



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

ÁLISSON THIAGO LIMA

**ENFRENTAMENTO DOS MAUS-TRATOS INFANTO-JUVENIS: UMA
REALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

**CAMPINA GRANDE - PB
2020**

ÁLISSON THIAGO LIMA

**ENFRENTAMENTO DOS MAUS-TRATOS INFANTO-JUVENIS: UMA
REALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba – Campus I
como requisito parcial à obtenção do título de
Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andreza Cristina de
Lima Targino Massoni

**CAMPINA GRANDE - PB
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732e Lima, Álisson Thiago.
Enfrentamento dos maus-tratos infanto-juvenis [manuscrito]
: uma realidade da atenção básica / Alisson Thiago Lima. -
2020.
31 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2020.
"Orientação : Profa. Dra. Andreza Cristina de Lima Targino
Massoni, Departamento de Odontologia - CCBS."
1. Maus-tratos Infantis. 2. Estratégia Saúde da Família. 3.
Conduta profissional. 4. Profissionais da saúde. I. Título
21. ed. CDD 617.6

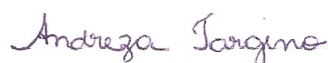
ÁLISSON THIAGO LIMA

**ENFRENTAMENTO DOS MAUS-TRATOS INFANTO-JUVENIS: UMA
REALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

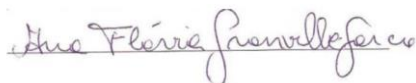
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba – Campus I
como requisito parcial à obtenção do título de
Cirurgião-Dentista.

Aprovada em: 04/06/2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Andreza Cristina de Lima Targino Massoni (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^a. Dr^a. Ana Flávia Granville-Garcia
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^a. Dr^a. Lorena Marques da Nóbrega
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ao Álisson de anos atrás, que havia perdido a fé em si mesmo, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus e todos seus seres de luz que guiaram meu caminho até aqui.

À minha família, que nunca duvidou de minha capacidade e de que, um dia, eu chegaria a esse momento.

Ao meu namorado, Rodolfo, por ter trazido tanta leveza nessa reta final do curso, tendo me incentivado e apoiado diariamente. Por todo seu carinho e zelo, muito obrigado!

À minha dupla, Rafaela, que literalmente esteve ao meu lado durante todo esse percurso. Passamos juntos por inúmeros altos e baixos e saímos ilesos (ou quase). Tenho certeza de que sem você eu não teria conseguido. Obrigado por tudo, minha irmã! Isso é super clichê, mas é a mais pura verdade.

Aos meus amigos: Luiza Dinoá, Matheus, Luiza Jordânia, Danyllo, Assis e Isaac. Obrigado por todo apoio, incentivo e cuidado recebidos. Saibam que, próximo da reta final, quando o mundo pareceu cair, vocês foram parte do que me manteve lutando.

À minha orientadora, professora Andreza Targino, sempre presente em minha caminhada acadêmica. Foram 4 cotas de PIBIC e 3 anos de Extensão. Não sei, pra ser sincero, como ela ainda me aguenta. Com ela, reforcei cada dia mais meu sonho em seguir carreira acadêmica, retornar à docência, que é algo que amo. E convivendo com ela surgiu outro amor: meus pequenos... ah, a Odontopediatria... Tive muita sorte de estar em contato com alguém que ama o que faz. Tive um grande exemplo a ser seguido e uma senhora responsabilidade nas costas: não decepcioná-la! Espero ter conseguido. Obrigado, professora, por todos os ensinamentos, por todas as palavras de apoio e incentivo, pelos sermões quando necessários e por acreditar no meu potencial.

Não poderia deixar de agradecer a todos os professores, técnicos e demais funcionários do Departamento de Odontologia que dividiram comigo conhecimento, sorrisos, lágrimas, reclamações e confissões. Em especial às queridas Ana Flávia, Edja, Jossária, Renata Rocha, Rilva, Waleska, Bruna, Raquel, Francineide, Kátia, Denise, Gabriela, Andréia, Júnia, Clécia, Marta, Cris e Edna.

Por fim, mas não menos importantes, queria agradecer a todos que contribuíram de alguma forma, durante esses 35 anos de vida, para que eu chegasse até aqui. Especialmente aos que estiveram ao meu lado durante meus anos mais sombrios. Não citarei nomes, pois a lista seria enorme. Mas em meu coração, todos serão lembrados! Divido com vocês, meus caros, essa vitória!

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.” (Hamed, psicografado por Francisco do Espírito Santo)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Medidas de tendência central da variável idade dos profissionais; e distribuição dos profissionais de acordo com o sexo e a profissão	15
Tabela 2 –	Associação entre conhecimento, acesso à informação e conduta dos profissionais frente a situações de maus-tratos infanto-juvenis e o grau de escolaridade	16
Tabela 3 –	Análise de Conteúdo de questões propostas para obtenção de respostas subjetivas	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	International Business Machine
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA	12
2.1 Tipo de Estudo	12
2.2 Local da Pesquisa	12
2.3 População e Amostra	13
2.4 Critérios de Elegibilidade	13
2.5 Instrumentos de Coleta de Dados	13
2.6 Procedimentos de Coleta de Dados	13
2.7 Processamento e Análise dos Dados	14
2.8 Aspectos Éticos	14
3 RESULTADOS	14
4 DISCUSSÃO.	17
5 CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	20
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	25
APÊNDICE B – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	27
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UEPB	28

**ENFRENTAMENTO DOS MAUS-TRATOS INFANTO-JUVENIS: UMA
REALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

**FACING CHILD AND ADOLESCENT ABUSE: A PRIMARY HEALTH CARE
REALITY**

Álison Thiago Lima*
Andreza Cristina de Lima Targino Massoni**

RESUMO

O objetivo desse estudo foi verificar o conhecimento e a conduta dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) diante de casos suspeitos de maus-tratos infanto-juvenis. Ao todo, 137 profissionais (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Cirurgiões-Dentistas, Técnicos em Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde) atuantes na ESF do município de Queimadas-PB participaram da pesquisa. Para tal, estes responderam a um questionário contendo questões subjetivas e objetivas, sendo estas analisadas pela estatística descritiva, a fim de caracterizar a amostra. Em seguida, empregou-se o teste Qui-quadrado de Pearson (ou o teste Exato de Fisher quando apropriado) para investigar associação entre as variáveis categóricas. O nível de significância foi fixado em 5%, considerando um intervalo de confiança de 95%. As questões subjetivas, por sua vez, foram analisadas através da Análise de Conteúdo, observando-se a saturação das respostas e agrupando-as de acordo com a ideia central. Observou-se que 70,1% dos profissionais reconhece sinais e sintomas indicativos de maus-tratos a crianças e adolescentes. Em contrapartida, 51,5% não se considera apta a realizar o diagnóstico e 75% não sabe documentar tais casos. Em relação à conduta, 94,2% conhece Órgãos aos quais possam recorrer e 88,3% afirma que faria a denúncia junto à Justiça. No entanto, 30,7% dos profissionais já suspeitou de casos de violência e destes, em 81%, a conduta adotada foi a conversa com os pais ou responsáveis. A aptidão para o diagnóstico ($p=0,049$), documentação/notificação ($p=0,005$) e o acesso a informações sobre o Tema ($p<0,001$) estiveram estatisticamente associadas à escolaridade do profissional. Conclui-se que o nível de conhecimento dos profissionais analisados é satisfatório, sobretudo os de Nível Superior; mas que a conduta frente a casos suspeitos é, na sua maioria, inadequada.

Palavras-chave: Conhecimento, Maus-tratos Infantis, Estratégia Saúde da Família, Notificação.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the knowledge and behavior of professionals of the Family Health Strategy (FHS) in face of suspected cases of child and adolescent abuse. Altogether, 137 professionals (Doctors, Nurses, Nursing Technicians, Dental Surgeons, Oral Health Technicians and Community Health Agents) working in the municipality's FHS in Queimadas-PB participated in the study. To do this, they answered a questionnaire containing subjective and objective questions, the last ones were analyzed by descriptive statistics, in

* Graduando em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campus I.

** Professora Doutora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campus I.

order to characterize the sample. Then, Pearson's Chi-square test (or Fisher's Exact test when appropriate) was used to investigate the association between categorical variables. The level of significance was set at 5%, considering a 95% confidence interval. The subjective questions, in turn, were analyzed through Content Analysis, observing the saturation of the answers and grouping them according to the central idea. It was observed that 70.1% of professionals recognize signs and symptoms that indicate children and adolescents abuse. In contrast, 51.5% do not consider themselves able to make the diagnosis and 75% do not know how to document such cases. In relation to the conduct, 94.2% know the entities to which they can appeal and 88.3% say that they would file the complaint with the Justice. However, 30.7% of professionals have already suspected of cases of violence and of these, in 81%, the conduct adopted was dialogue with parents or guardians. The aptitude for diagnosis ($p = 0.049$), documentation / notification ($p = 0.005$) and access to information on the Theme ($p < 0.001$) were statistically associated with the professional's education degree. It is concluded that the level of knowledge of the professionals analyzed is satisfactory, especially those with a higher education degree; but that the conduct in the face of suspicious cases is, for the most part, inadequate

Keywords: Knowledge, Child Abuse, Health Family Strategy, Notification

1 INTRODUÇÃO

Os maus-tratos infanto-juvenis são considerados traumas não acidentais, os quais podem ser definidos como toda ação ou omissão que cause prejuízo ao bem-estar, integridade física e/ou psicológica, bem como à liberdade e ao direito ao pleno desenvolvimento de menores de idade (BRASIL, 2002). Estes incluem situações em que podem transitar conflito e preconceito, além de, em determinados casos, negligência por parte dos familiares e até profissionais da saúde no enfrentamento do problema (UNICEF, 2014). É importante salientar que, historicamente, a violência doméstica contra crianças e adolescentes era ignorada pela própria família e sociedade em geral, uma vez que era tida como parte natural e indissociável do processo de educar. Esse pensamento ainda é encontrado no cotidiano de diversas culturas (YILDIZ; TANRIVERDI, 2018).

Neste contexto, existem quatro tipos de abuso: físico, o de mais fácil identificação, considerando a possibilidade de sinais visíveis (GARROCHO-RANGEL et al., 2015; FISHER-OWENS; LUKEFAHR; TATE, 2017; PRINTZ; BAKER; CARR, 2017); sexual, em que crianças e adolescentes são usados para satisfação sexual, geralmente por adultos (FISHER-OWENS; LUKEFAHR; TATE, 2017); emocional, compreendido como a omissão de carinho e/ou atenção à criança e ao adolescente, assim como ameaças, humilhações e agressões verbais a eles dirigidas, capazes de resultar em quadros de isolamento social, automutilação, depressão e suicídio (CUI; LIU, 2018); e negligência, a falha no provimento de necessidades básicas ou a exposição de crianças e adolescentes a situações que poderiam ser evitadas por seus responsáveis, tais como fome, frio, e uso/abuso de substâncias psicoativas (SMITT; LEEW; VRIES, 2017).

Devido a maior vulnerabilidade psicossocial das vítimas, este problema tem gerado discussão em toda a sociedade (WACHESKI et al., 2012). Além disso, diversos estudos comprovam que este tem se tornado um problema de saúde pública mundial, apresentando grande prevalência, inclusive no Brasil, e se caracterizando como uma das maiores causas de morte em crianças e adolescentes (REICHENHEIM et al., 2011; SILVA JUNIOR et al., 2015; CINDY, 2015; VALENTE et al., 2015; SALUM et al., 2016; SOARES et al., 2016).

O aumento de casos de maus-tratos infanto-juvenis alerta para a necessidade de capacitar os profissionais para sua identificação e prevenção (GARROCHO-RANGEL et al., 2015; COSTACURTA et al., 2015; SILVA-JÚNIOR et al., 2018). E neste contexto, é importante destacar que; segundo a legislação brasileira; é obrigação dos profissionais de saúde notificar a suspeita de maus-tratos a um órgão competente (MASSONI et al., 2014).

A rede básica de saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), configura-se um lugar propício para a prevenção, identificação, notificação e vigilância da violência que acomete crianças e jovens por ter proximidade com as famílias em seu contexto territorial (LOBATO et al., 2012). Porém, apesar de todos os avanços; estudos relatam que a identificação e notificação dos casos de maus-tratos ainda representa um desafio para muitos profissionais e gestores dos serviços de saúde (MOREIRA et al., 2014; MASSONI et al., 2014; WHO, 2015; KAUR et al., 2016; CARLOS et al., 2016). Tal aspecto é preocupante, uma vez que a notificação, além de fornecer dados importantes para a vigilância epidemiológica (VELOSO et al., 2013), é considerada a primeira etapa no processo de enfrentamento da violência (LIMA; DESLANDES, 2015).

É importante salientar, nesse contexto, que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990, em seus artigos 13 e 245, torna compulsória a notificação de casos, mesmo que suspeitos, de maus-tratos e prevê multa aos profissionais de saúde que optarem por não realizar a denúncia.

Alguns profissionais de saúde se omitem diante de casos de maus-tratos, sendo as justificativas para essa conduta: o medo de perder pacientes, falta de confiança no serviço de

proteção à criança e ao adolescente, medo de lidar com os pais, falta de conhecimento sobre a conduta correta, incerteza no diagnóstico, medo de se envolver legalmente, e desconhecimento da verdadeira responsabilidade de denunciar e medo da violência da família contra a criança (GRANVILLE-GARCIA et al., 2010; KAUR et al., 2016, MARTINS-JÚNIOR et al., 2019). Muitas vezes as informações sobre esse assunto estão praticamente ausentes ou insuficientes nos cursos de graduação e pós-graduação (WACHESKI et al., 2012; MATOS et al., 2013; ABREU et al., 2017).

Existe, portanto, uma lacuna considerável no que diz respeito à notificação e identificação de casos de violência por parte dos profissionais de saúde. Estes, por estarem em contato direto com a comunidade e serem instruídos a notificar compulsoriamente situações suspeitas de maus-tratos ou abandono, espera-se serem aliados importantes na denúncia dessas situações (CARRIJO et al., 2014).

Ressalta-se que por se tratar de um problema complexo, multicausal e com forte influência de questões sociais, culturais e econômicas é necessário que as estratégias de enfrentamento estejam de acordo com o contexto familiar e da comunidade (CARLOS et al., 2016). Para tal, sugere-se a análise das múltiplas formas de violência e seus determinantes locais (LOPES et al., 2015) a fim de elaborar políticas públicas e ações intersetoriais que sejam adequadas àquela realidade (SILVA et al., 2019).

Tem se observado uma escassez em estudos desenvolvidos sobre o Tema em municípios de pequeno porte populacional (até 50.000 habitantes, segundo o IBGE). Visto que, as publicações, em sua maioria, são oriundas de pesquisas realizadas em cidades com mais de 100.000 habitantes. Todavia é relevante questionar se o porte populacional do município tenha relação direta com questões culturais e sociais e estas, por sua vez, apresentem relação com o fenômeno da violência.

Desse modo, se faz necessário a realização de estudos como estes em municípios de pequeno porte populacional para a melhor compreensão de como os profissionais da saúde inseridos naquela realidade agem diante de casos suspeitos de maus-tratos infanto-juvenis. A análise de trabalhos como este, possibilita a profissionais e gestores de municípios com este perfil, além de um momento de autoavaliação, a elaboração de estratégias de enfrentamento à violência mais próximas de sua realidade.

Neste contexto, é objetivo do presente estudo avaliar dentre os profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte populacional do interior do Nordeste do Brasil, o conhecimento e conduta diante de casos suspeitos de maus-tratos infanto-juvenis.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo do Estudo

Foi realizada uma pesquisa transversal, observacional, descritiva-analítica (ANTUNES; PERES, 2013).

2.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em Queimadas, Paraíba; município de pequeno porte populacional localizado na Região Metropolitana de Campina Grande e apresentando uma população de 41.049 habitantes (IBGE, 2011). Justifica-se a escolha pelo município em questão, por este, além de apresentar o porte populacional adequado ao desenvolvimento da proposta de estudo, possuir 100% de seu território coberto pelas equipes da Estratégia Saúde

da Família, todas com Equipe de Saúde Bucal, sendo o único município na Região que apresenta tais características.

2.3 População e Amostra

O município conta com 17 Equipes inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com composição mínima de Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Baseado nas informações contidas no CNES, há 190 profissionais atuantes na Atenção Básica. Desse modo, optou-se pela realização de um censo desta população (ANTUNES; PERES, 2013).

2.4 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos nesse estudo todos os profissionais da saúde (Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Auxiliares em Saúde Bucal, Profissionais da Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) cadastrados no CNES, na Atenção Básica, que desempenham suas atividades laborais em uma das 17 Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Queimadas, Paraíba; sendo excluídos aqueles profissionais da saúde que, no momento da coleta, mesmo constando no cadastro do CNES, não desempenhavam mais suas atividades laborais em uma das referidas Unidades ou encontravam-se em apenas em funções administrativas.

2.5 Instrumento de Coleta de Dados

Para tal, foram aplicados questionários (APÊNDICE A) contendo questões subjetivas e objetivas relacionadas à idade, sexo, profissão e dados referentes à escolaridade do participante da pesquisa; bem como ao seu conhecimento sobre violência infanto-juvenil, sua conduta diante de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos e suas dúvidas sobre o Tema. Destaca-se o fato de por serem autoaplicáveis, os questionários permitiram maior liberdade e autonomia do voluntário, contribuindo, assim, para uma maior veracidade das informações e evitando transtornos negativos no desenvolvimento de suas atividades laborais.

2.6 Procedimentos de Coleta de Dados

No momento inicial da coleta de dados, foi explicada, aos profissionais de cada Unidade da ESF, a finalidade do estudo, sendo então solicitada a participação dos sujeitos da pesquisa daquele Estabelecimento de Saúde mediante a autorização através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

A fidedignidade das respostas foi testada pelo método de validação de “face” com 10% dos participantes, onde durante a explicação inicial da finalidade da pesquisa e primeiro contato dos sujeitos da pesquisa com os questionários foi solicitado que estes explicassem, com suas próprias palavras, o que haviam entendido sobre cada pergunta (FRANKFORT-NACHMIAS; NACHMIAS, 1996).

Os questionários foram deixados em cada Unidade, organizados em envelopes e na quantidade exata de profissionais ali atuantes, para a posterior coleta dos mesmos. Optou-se por esta estratégia para que, em momento algum, os sujeitos da pesquisa se sentissem coagidos, pela presença do pesquisador, a participar do estudo proposto. Além disso, possibilitou que não houvesse interferência nas atividades laborais, nem no funcionamento da Unidade Básica.

Adotou-se como padrão, para todas as Unidades Básicas de Saúde, duas tentativas de recolhimento dos questionários. Caso o preenchimento não pudesse ter sido feito na primeira tentativa, passava-se para a segunda tentativa de coleta, após uma semana. Os questionários faltosos ou em branco nos envelopes, foram contabilizados como perda amostral.

2.7 Processamento e Análise dos Dados

Por fim, os dados obtidos foram processados considerando dois grupos de questões. As questões objetivas foram analisadas pela estatística descritiva, a fim de caracterizar a amostra. Em seguida, empregou-se o teste Qui-quadrado de Pearson (ou o teste Exato de Fisher) para investigar associação entre as variáveis categóricas. O nível de significância foi fixado em 5%. Todas as análises foram conduzidas através do *software* IBM SPSS Statistics versão 25.0, considerando um intervalo de confiança de 95%. As questões subjetivas, por sua vez, foram analisadas através da análise de conteúdo, observando-se a saturação das respostas e agrupando-as de acordo com a ideia central, sendo possível, nesse tipo de análise, a possibilidade de um mesmo participante citar mais de uma resposta (FREITAS; JANISSEK, 2000).

2.8 Aspectos Éticos

Ressalta-se que o presente estudo seguiu as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (parecer número: 2.593.356) (ANEXO A), sendo garantido o sigilo dos dados referentes aos profissionais participantes da pesquisa e demais preceitos éticos daquela Resolução.

3 RESULTADOS

A população inicialmente proposta para este estudo foi composta pelos 190 profissionais da saúde que desempenham suas atividades laborais nas 17 Unidades da Estratégia de Saúde da Família do município de Queimadas, Paraíba. Destes, 20 foram excluídos por estarem afastados do trabalho (por atestado ou licença) durante a realização do estudo. Desse modo, a amostra final consistiu em 170 profissionais, dos quais 137 responderam os questionários após 2 tentativas de coleta. Houve, portanto, uma perda amostral, devido à recusa, de 19,5% (33 profissionais).

Foi possível observar que os profissionais investigados neste estudo apresentaram, em média, 36 anos, sendo predominantemente do sexo feminino (79,6%) (Tabela 1).

Mais da metade dos profissionais foi representada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (53,3%), seguidos por Enfermeiros (13,1%). O menor número de profissionais foi representado por Médicos (1,5%) (Tabela 1).

Tabela 1: Medidas de tendência central da variável idade dos profissionais; e distribuição dos profissionais de acordo com o sexo e a profissão. Queimadas, Brasil (n=137).

	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Idade (em anos)	36	9	18	64
		n		%
Variáveis				
Sexo				
Feminino		109		79,6
Masculino		24		17,5
Não informado		4		2,9
Profissão				
Agente Comunitário de Saúde		73		53,3
Enfermeiro		18		13,1
Técnico de Enfermagem		16		11,7
Cirurgião-Dentista		15		10,9
Auxiliar de Saúde Bucal		13		9,5
Médico		2		1,5
Total		137		100

A maioria dos profissionais afirmou possuir conhecimento sobre a violência contra a criança e o adolescente (75,2%) e saber como agir diante de casos suspeitos de maus tratos (75,7%). Todavia, apenas 27% afirmaram ter recebido alguma informação sobre o tema durante sua vida acadêmica e profissional. É importante destacar que 92% dos profissionais demonstraram interesse em receber algum tipo de capacitação (Tabela 2).

Quanto ao diagnóstico dos maus-tratos infanto-juvenis, menos da metade dos profissionais relataram se sentir aptos a realizá-lo (48,2%), apesar de 70,1% afirmarem conhecer quais sinais e sintomas podem ser observados em casos suspeitos. Destacado, porém, que o perfil dos agressores é desconhecido para os mesmos (60,6%) (Tabela 2).

Em relação à conduta dos profissionais participantes, frente aos casos suspeitos de violência contra crianças e adolescentes, observou-se que 75% afirmam não saber como documentá-los. Quando perguntados se denunciariam tais casos à Justiça, 88,3% responderam que sim (Tabela 2).

Na Tabela 2 ainda é possível verificar, associação estatisticamente significativa entre o grau de escolaridade dos profissionais participantes e a aptidão ao diagnóstico de violência ($p=0,049$), bem como entre a escolaridade e o fato de saber documentar sinais e sintomas indicativos de agressão ($p=0,005$). Assim, o relato sobre a aptidão para diagnosticar casos prováveis de violência foi maior entre os profissionais com o ensino Superior (62,9%), bem como o relato sobre a habilidade em documentar sinais e sintomas indicativos de agressão (42,9%) em comparação com os profissionais que tinham até o ensino Técnico. Constatou-se, também, associação estatisticamente significativa entre o grau de escolaridade e o acesso à informação sobre o tema ($p<0,001$). Profissionais com o ensino Superior relataram ter tido

mais acesso à informação sobre o tema (54,3%) em comparação com os profissionais que tinham até o ensino Técnico.

Tabela 2. Associação entre conhecimento, acesso à informação e conduta dos profissionais frente a situações de maus-tratos infanto-juvenis e o grau de escolaridade. Queimadas, Brasil.

Variáveis	Nível de escolaridade						p-valor
	Até o Ensino Técnico		Ensino Superior		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Conhecimento sobre violência							0,095 ^(a)
Sim	73	71,6	30	85,7	103	75,2	
Não	29	28,4	5	14,3	34	24,8	
Apto ao diagnóstico							0,049^{(a)*}
Sim	44	43,6	22	62,9	66	48,5	
Não	57	56,4	13	37,1	70	51,5	
Suspeitou maus tratos							0,443 ^(a)
Sim	33	32,7	9	25,7	42	30,9	
Não	68	67,3	26	74,3	94	69,1	
Conhece o perfil dos agressores							0,584 ^(a)
Sim	38	37,6	15	42,9	53	39,0	
Não	63	62,4	20	57,1	83	61,0	
Sabe como agir diante de casos de violência							0,254 ^(a)
Sim	74	73,3	29	82,9	103	75,7	
Não	27	26,7	6	17,1	33	24,3	
Denunciaria a violência à justiça							0,359 ^(b)
Sim	88	86,3	33	94,3	121	88,3	
Não	14	13,7	2	5,7	16	11,7	
Conhece o órgão a qual recorrer							0,999 ^(b)
Sim	96	94,1	33	94,3	129	94,2	
Não	6	5,9	2	5,7	8	5,8	
Conhece os sinais e sintomas							0,137 ^(a)
Sim	68	66,7	28	80,0	96	70,1	
Não	34	33,3	7	20,0	41	29,9	
Sabe documentar							0,005^{(a)*}
Sim	19	18,8	15	42,9	34	25,0	
Não	82	81,2	20	57,1	102	75,0	
Acesso à informação sobre o tema							< 0,001^{(a)*}
Sim	18	17,8	19	54,3	37	27,2	
Não	83	82,2	16	45,7	99	72,8	
Gostaria de capacitação sobre o tema							0,999 ^(b)
Sim	93	92,1	33	94,3	126	92,6	
Não	8	7,9	2	5,7	10	7,4	

Nota. ^(a) Teste qui-quadrado de Pearson; ^(b) Teste exato de Fisher; * p < 0,05.

A Tabela 3 apresenta a consolidação das falas dos participantes sobre algumas questões propostas. Verificou-se que a maioria (49%) dos profissionais reconhece o papel do Conselho Tutelar como Órgão de proteção à criança e ao adolescente. Esse percentual

umenta para 86,2% se for considerada a associação do Conselho Tutelar com outros Órgãos. Em relação aos sinais sugestivos de maus-tratos, evidenciou-se que 44,5% compreende a existência de sinais físicos e psicológicos, associados ou não. Quanto à conduta mediante a hipótese de um caso suspeito de maus-tratos, 57,7% relatou optar por acionar imediatamente os Órgãos competentes sem que haja contato prévio com pais ou responsáveis pela vítima. No entanto, dos 137 profissionais, 42 (30,7%) já suspeitaram de casos de violência contra criança e adolescente. Destes, a conduta adotada pela maioria foi a conversa com os pais ou responsáveis (81%), seguida da notificação junto à Justiça (16,6%) (Tabela 2). (Tabela 3).

Tabela 3: Análise de Conteúdo de questões propostas para obtenção de respostas subjetivas. Queimadas, Brasil.

Variável/Ideia central	n	%
Órgão(s) de proteção à criança e ao adolescente que pode(m) ser acionado(s)		
Conselho Tutelar	67	49
Conselho Tutelar e outro Órgão*	51	37,2
Outro Órgão*	11	8
Não respondeu	08	5,8
Sinais sugestivos de maus-tratos		
Sinais físicos, psicológicos e cognitivos	61	44,5
Apenas sinais físicos	19	13,8
Apenas sinais psicológicos e/ou cognitivos	16	11,6
Não respondeu	41	30,1
Como agir diante de um caso suspeito		
Conversar com pais ou responsáveis, seguido de notificação junto aos Órgãos competentes	22	16
Denunciar aos Órgãos competentes, sem contato prévio com os pais ou responsáveis	79	57,7
Não respondeu	36	26,3
Total	137	100
Diante dos casos suspeitos, o que fez		
Conversou com responsável ou família	34	81
Reportou à Justiça	07	16,6
Nada	01	2,4
Total	42**	100

* Os outros Órgãos mencionados, com frequências variáveis, foram: Juizado da Infância e Juventude, Delegacia, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS).

** n=42, referente aos profissionais que já suspeitaram de casos de maus-tratos.

4 DISCUSSÃO

As publicações voltadas à temática dos maus-tratos infanto-juvenis e sua abordagem na Atenção Básica tem visado avaliar o conhecimento e conduta, em geral, dos profissionais de nível superior, como Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas (DESLANDES et al., 2015; SILVA-OLIVEIRA et al., 2017; COSTA; MANIA, 2019; MARTINS-JÚNIOR et al.,

2019). No presente estudo optou-se por incluir, além dos profissionais já mencionados, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Compreende-se que estes profissionais, além de fazerem parte da equipe multiprofissional atuante na Estratégia Saúde da Família, podem contribuir com o processo de enfrentamento da violência intrafamiliar, principalmente no que se refere à identificação de casos suspeitos.

Dentre estes profissionais, o ACS está mais propenso a presenciar situações indicativas de maus-tratos, em especial casos de negligência, pois; pelas características de sua função; tem acesso direto aos domicílios das famílias da sua microárea. No entanto, mesmo tendo essa responsabilidade, a categoria relata escassez de informações recebidas acerca da identificação e notificação (RAMOS; SILVA, 2011; PALMEZONI; MIRANDA, 2011; GARBIN et al., 2014).

De forma geral, os profissionais investigados apresentam nível satisfatório de conhecimento em relação à percepção de casos suspeitos de maus-tratos à criança e ao adolescente, uma vez que a maioria soube identificar adequadamente sinais e sintomas característicos desse tipo de violência. Ressalta-se que, assim como em estudos anteriores (GRANVILLE-GARCIA et al., 2010; MASSONI et al., 2014; COSTA et al., 2015), a ênfase dada pelos profissionais foi em torno de sinais relacionados, geralmente, à violência física. Houve, portanto, um menor destaque para sinais e sintomas de possível abuso sexual ou psicológico e nenhuma menção a aspectos relacionados à negligência. Apesar da importância da temática, o investimento em iniciativas educacionais voltadas aos profissionais para o enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil é negligenciado. Desta forma, se sugere a construção de planos de capacitação permanentes e de caráter intersetorial (DESLANDES et al., 2015). Considerando-se, inclusive, que muitos profissionais da saúde não apresentam o conceito de negligência bem consolidado (COSTA et al., 2015).

Mesmo apresentando conhecimento adequado sobre os sinais e sintomas relacionados aos maus-tratos infanto-juvenis, mais de a metade dos profissionais não se considera apta a realizar o diagnóstico e a documentação de tais casos. A lacuna na aptidão para documentar os casos também foi encontrada em estudo anterior (MASSONI et al., 2014). Nenhum dos participantes do presente estudo mencionou, em momento algum, a ficha de notificação de maus-tratos (compulsória quando relacionada a crianças e adolescentes) instituída pelo Ministério da Saúde, corroborando, desse modo, estudos anteriores em que os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família desconheciam tal instrumento legal (COSTA et al., 2015; CRUZ et al., 2019). Compreende-se, portanto, que pode haver um processo de subnotificação da violência e que a presença da ficha na Unidade, bem como o conhecimento sobre seu correto preenchimento estão diretamente associados com a melhoria na notificação dos casos e, conseqüentemente, em estratégias de enfrentamento mais coerentes e efetivas (SANTOS et al., 2016; MACEDO et al., 2019).

Neste contexto Médicos e Enfermeiros são os que mais percebem casos suspeitos de maus-tratos infanto-juvenis e prosseguem com a denúncia, já os Cirurgiões-Dentistas são os que menos identificam e denunciam (WHO, 2015; SILVA-OLIVEIRA et al., 2017; MARTINS-JÚNIOR et al., 2019). Tais achados podem ser interpretados como paradoxais, uma vez que a região orofacial é a região mais atingida em casos de abuso físico e também se configura como campo de atuação deste profissional, favorecendo a percepção de sinais indicativos desse tipo de abuso (PRINTZ; BAKER; CARR, 2017).

Entre as justificativas para que os profissionais adotem essa conduta está a lacuna no que concerne à capacitação para o enfrentamento da violência intrafamiliar dentro do contexto acadêmico e profissional. Estudo realizado com graduandos em Odontologia demonstrou que uma parte considerável dos alunos não se sentia apto a realizar o diagnóstico de maus-tratos e não recebeu, durante a graduação, quaisquer informações a respeito (ABREU et al., 2017). A

ausência de informação durante a graduação também pode ser encontrada nos cursos de Medicina (SILVA JÚNIOR et al., 2017). No que se refere ao presente estudo, constatou-se que pouco mais de um quarto dos profissionais tiveram, durante sua vida acadêmica e profissional, acesso a alguma informação sobre a temática da violência infanto-juvenil. A falta de conhecimento está diretamente associada à subnotificação do problema (SILVA-OLIVEIRA, et al., 2017; MARTINS-JÚNIOR et al., 2019; MACEDO et al., 2019).

Além disso, corroborando estudos conduzidos anteriormente (GRANVILLE-GARCIA et al., 2010; MASSONI et al., 2014; SILVA-OLIVEIRA et al., 2017; CRUZ et al., 2019; MARTINS-JÚNIOR et al., 2019), alguns profissionais afirmam já ter suspeitado de casos de maus-tratos a crianças e adolescentes e, mesmo sabendo quais Órgãos são responsáveis pela proteção dessa parcela da população, optam, na maioria das vezes, por não acioná-los. Foram relatadas, como justificativas para esta atitude, dúvidas em relação ao anonimato da denúncia e o conseqüente medo de represália por parte dos agressores. A conduta da não notificação pode ser considerada, ainda, conseqüência da falta de ações intersetoriais e de políticas públicas voltadas para o enfrentamento à violência (SILVA et al., 2019).

O perfil dos agressores também é desconhecido por grande maioria dos profissionais participantes do presente estudo. Tal fato está diretamente relacionado à sua conduta frente a casos suspeitos de violência a criança e ao adolescente. Constatou-se que a maior parte afirma que faria a denúncia junto à Justiça, mas ao surgir caso suspeito de maus-tratos, os profissionais preferem entrar em contato com os pais ou responsáveis antes de acioná-la. No entanto, essa conduta necessita ser repensada já que estudos apontam que, na maioria dos casos, os agressores fazem parte do núcleo familiar da vítima (OLIVEIRA et al., 2014; PINTO JÚNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015; SILVA et al., 2019; FERREIRA; NILANI; BENNEMANN, 2019; FERREIRA; CORTÊS; GONTIJO, 2019).

A associação estatística significativa aqui encontrada se assemelha a estudo anterior (MASSONI et al., 2014) em que os profissionais de nível Superior possuem maior acesso prévio à informação sobre o Tema e se sentem melhor qualificados para realizar o diagnóstico e a notificação de casos suspeitos de maus-tratos infanto-juvenis em comparação aos profissionais que possuem até o nível Técnico. Ressalta-se que o percentual de profissionais que tiveram acesso à informação sobre o Tema durante sua vida acadêmica ainda é baixo – 54,3% para os de nível Superior e apenas 17,8% para os que possuem até o nível Técnico – corroborando estudos anteriores (ABREU et al., 2017; SILVA JUNIOR et al., 2017). É importante salientar que dos 190 profissionais atuantes na ESF, 139 (73,2%) são de nível Médio e Técnico; desses, 105 (55%) são Agentes Comunitários de Saúde.

É relevante destacar que os dados desse devem ser considerados com cautela, dada as suas limitações, entre as quais, por ser este do tipo transversal, permitindo a realização, apenas, de associações entre fatores e desfecho; não havendo, portanto, a possibilidade de relacionar causa. Ressalta-se, ainda, a amostra limitada dos Médicos justificada pela recusa de 88,2% dos profissionais dessa categoria em participar do estudo.

As observações feitas através deste trabalho permitem perceber que há a necessidade de ofertar aos profissionais da Atenção Básica momentos voltados para a educação continuada no tema do estudo realizado. A proposta de capacitações sobre o tema foi aceita por maioria (92,6%) dos profissionais participantes. Destaca-se que a parceria entre os Órgãos de proteção à criança e ao adolescente e a Estratégia Saúde da Família deve ser reforçada, uma vez que contribui para a desmistificação do processo de denúncia, criando um vínculo de confiança em relação à garantia ao anonimato da denúncia; orienta os profissionais acerca da conduta adequada e oferece a estes a possibilidade de acompanhar o caso, dando uma maior resolutividade ao mesmo.

5 CONCLUSÃO

Os profissionais participantes do estudo apresentam nível satisfatório de conhecimento em relação à percepção de casos suspeitos de maus-tratos a crianças e adolescentes. No entanto, mais de a metade não se considera apta a realizar o diagnóstico e a documentação de tais casos. Constatou-se, ainda, que os profissionais de nível superior apresentam maior aptidão para o diagnóstico e notificação, bem como acesso à informação sobre o tema. Em relação à conduta, a maior parte dos profissionais afirma que faria a denúncia junto à Justiça, mas ao se deparar com um caso suspeito de maus-tratos, os profissionais preferem entrar em contato com os pais ou responsáveis antes de acioná-la.

REFERÊNCIAS

- ABREU, P. T. R.; COSTA, I. F. S.; GALVÃO, A.; SOUZA, A. C. P.; ZOCCRATTO, K. B. F.; OLIVEIRA, C. A. S. Abuso físico infantil: vivências e atitudes de estudantes de Odontologia. **Rev ABENO**, v. 17, n. 2, p. 107-119. 2017.
- ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. 2ª Ed. São Paulo: Santos, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Violência intrafamiliar – Orientações para a prática em serviço**. Brasília: MS; Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2002.
- CARLOS, D. M.; PÁDUA, E. M. M.; SILVA, L. M. P.; SILVA, M. A. I.; MARQUES, W. E. U.; LEITÃO, M. N. D. C.; FERRIANI, M. R. D. C. The care network of the families involved in violence against children and adolescents: the Primary Health Care perspective. **J Clinical Nursing**, v. 26, n. 15-16, p. 2452–67. 2016.
- CARRIJO, L. F.; COSTA E SILVA, R.; PEREIRA, L. S.; SILVA, G. Q.; SILVA, M. B. A Notificação da Violência Familiar: uma Responsabilidade dos Profissionais de Saúde. In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde**; São Paulo. p. 124-125. 2014
- CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011
- CINDY, W. C. The evaluation of suspected child physical abuse. **Pediatrics**, v. 135, n. 5, p. 1337-1354. 2015.
- COSTA, C. C.; MANIA, T. V. Maus-Tratos Infantis: lesões que podem ser identificadas por Cirurgiões-Dentistas. **Id on Line Rev Mult Psic**, v. 13, n. 44, p. 905-916. 2019.
- COSTA, D. K. G.; REICHERT, L. P.; FRANÇA, J. R. F. S.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Trab Educ Saúde**, v. 13, n. 2, p. 79-95. 2015.
- COSTACURTA, M.; BENA VOLI, D.; ARCUDI, G.; DOCIMO, R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. **Oral & Implantology**, v. 8, n. 2, p. 68-73. 2015.

CRUZ, N. P. S.; SILVA, M. C.; SANTOS, H. L.; OLIVEIRA, C. M. Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada: desafios enfrentados pelo profissional de saúde. **HumanÆ**, v. 13, n. 2, p. 01-16. 2019.

CUI, N.; LIU, J. Physical abuse, emotional abuse, and neglect and childhood behavior problems: a meta-analysis of studies in Mainland China. **Trauma Violence Abuse**, v. 21, n. 1, p. 206-224. 2020.

DESLANDES, S.; CAVALCANTI, L. F.; VIEIRA, L. J. E. S.; SILVA, R. M. Capacitação profissional para o enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 431-435. 2015.

FERREIRA, C. L. S.; CÔRTEZ, M. C. J. W.; GONTIJO, E. D. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 3997-4008. 2019.

FERREIRA, S. M.; NILANI, R. G.; BENNEMANN, R. M. Perfil das famílias e do atendimento em saúde prestado a crianças vítimas de violência doméstica no interior do Paraná. **RIES**, v. 9, n. 2, p. 148-160. 2019.

FISHER-OWENS, A. S.; LUKEFAHR, J. L.; TATE, A. R. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. **Pediatrics**, v. 140, n. 2, Aug. 2017.

FRANKFORT-NACHMIAS, C.; NACHMIAS, D. **Research methods in the social sciences**. St. Martin's Press, 1996.

FREITAS, H.; JANISSEK, R. **Análise léxica e Análise de Conteúdo**: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Sphinx, 2000.

GARBIN, C. A. S.; MELO, L. M. L. L.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, A. J. L.; ROVIDA, T. A. S. Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde. **J Health Sci Inst**, v. 32, n. 4, p. 385-9. 2014.

GARROCHO-RANGEL, A.; MÁRQUEZ-PRECIADO, R.; OLGUÍN-VIVAR, A. I.; RUIZ-RODRIGUES, S.; POZOS-GUILLÉN, A. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse: a review and a case report. **J Clin Exp Dent**, v. 7, n. 3, p. 428-34. 2015.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; VAZ, T. M.; MARTINS, V. M.; MASSONI, A. C. L. T.; CAVALCANTI, A. L.; MENEZES, V. A. Maus tratos em crianças e adolescentes de Solânea, Paraíba, Brasil: ocorrência e conduta profissional. **Rev Bras Pesqui Saúde**, v. 12, p. 26-33. 2010.

KAUR, H.; CHAUDHARY, S.; CHOUDHARY, N.; MANUJA, N.; CHAITRA, T. R.; AMIT, S. A. Child abuse: Cross-sectional survey of general dentists. **J Oral Biol Craniofac Res**, v. 6, n. 2, p. 118-123. 2016.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde Soc**, v. 24, n. 2, p. 661-73. 2015.

LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. 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**, v. 28, n. 9, p. 1749-1758. 2012.

LOPES, C. S.; MORAES, C. L.; JUNGER, W. L.; WERNECK, G. L.; PONCE DE LEON, A. C.; FAERSTEIN, E. Direct and indirect exposure to violence and psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective cohort study. **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 109. 2015.

MACEDO, D. M.; FOSCHIERA, L. N.; BORDINI, T. C. P. M.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 487-496. 2019.

MARTINS-JÚNIOR, P. A.; RIBEIRO, D. C.; PERUCH, G. S. O.; PAIVA, S. M.; MARQUES, L. S.; RAMOS-JORGE, M. L. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2609-2616. 2019.

MASSONI, A. C. L. T.; ALMEIDA, M. A. N. F.; MARTINS, C. G.; FIRMINO, R. T.; GRANVILLE-GARCIA, A. F. Maus-tratos na infância e adolescência: conhecimento e atitude de profissionais da saúde. **Arq Odontol**, v. 50, n. 2, p. 71-77. 2014.

MATOS, F. Z.; BORGES, A. H.; MAMEDE NETO, I.; REZENDE, C. D.; SILVA, K. L.; PEDRO, F. L. M.; PORTO, A. N. Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgia dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças. **Rev Odontol Bras Central**, v. 22, n. 63, p. 153-7. 2013.

MOREIRA, G. A. R.; VIEIRA, L. J. E. S.; DESLANDES, S. F.; PORDEUS, M. A. J.; GAMA, I. S.; BRILHANTE, A. V. M. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4267-4276. 2014.

OLIVEIRA, J. R.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; SANTOS, C. A.; ASSIS, S. G.; NASCIMENTO, O. C. Violência sexual e cocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 759-771. 2014.

PALMEZONI, V. P.; MIRANDA, F. J. S. A identificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelo agente comunitário de saúde. **Saúde Coletiva**, v. 08, n. 49, p. 88-92. 2011.

PINTO JUNIOR, A. A.; CASSEPP-BORGES, V.; SANTOS, J. G. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Colet**, v. 23, n. 2, p. 124-131. 2015.

PRINTZ, J. N.; BAKER, A. CARR, M. Identifying Potential Child Abuse through Oral Examination. **Case Rep Pediatr**, 6943954. 2017.

RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo – Brasil. **Saúde Soc**, v. 20, n. 1, p. 136-146. 2011.

REICHENHEIM, M. E.; DE SOUZA, E. R.; MORAES, C. L.; DE MELLO JORGE, M. H.; DA SILVA, C. M.; DE SOUZA MINAYO, M. C. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975. 2011.

SALUM, G. A.; DE SOUSA, D. A.; MANFRO, G. G.; PAN, P. M.; GADELHA, A.; BRIETZKE, E.; MIGUEL, E. C.; MARI, J. J.; ROSÁRIO, M. C.; GRASSI-OLIVEIRA, R. Measuring child maltreatment using multi-informant survey data: a higher-order confirmatory factor analysis. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 38, n.1, p. 23-32. 2016.

SANTOS, T. M. B.; CARDOSO, M. D.; PITANGUI, A. C. R.; SANTOS, Y. G. C.; PAIVA, S. M.; MELO, J. P. R.; SILVA, L. M. P. Completitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3907-3916. 2016.

SILVA JUNIOR, G. B.; ROLIM, A. C. A.; MOREIRA, G. A. R.; CORRÊA, C. R. S.; VIEIRA, L. J. E. S. Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 469-484. 2017.

SILVA JUNIOR, M.F.; PAGEL, M. D.; CAMPOS, D. M. K. S.; MIOTTO, M. H. M. B. Conhecimento de acadêmicos de Odontologia sobre maus-tratos infantis. **Arq Odontol**, v. 51, n. 3, p. 138-144. 2015.

SILVA, G. C. B.; MARCOLINO, E. C.; NÓBREGA, W. F. S.; CAVALCANTI, A. L. Violência contra crianças e adolescentes do sexo feminino: perfil da vítima e do agressor em município do Nordeste do Brasil. **Revista Saúde e Ciência Online**, v. 8, n. 1, p. 88-99. 2019.

SILVA-JÚNIOR, I. F.; HARTWIGA, A. D.; STÜERMERB, V. M.; DEMARCOB, G. T.; GOETTEMSA, M. L.; AZEVEDO, M. S. Oral health-related quality of life in Brazilian child abuse victims: a comparative study. **Child Abuse Negl**, v. 76, p. 452–458. 2018.

SILVA-OLIVEIRA, F.; ANDRADE, C. I.; GUIMARÃES, M. O.; FERREIRA, R. C.; FERREIRA, E. F., ZARZAR, P. M. Frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família e relação com fatores socioeconômicos. **Arq Odontol**, v. 53, n. 09, p. 01-08. 2017.

SMITT, H. S.; DE LEEUW, J.; DE VRIES, T. Association between severe dental caries and child abuse and neglect. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 75, n. 11, p. 2304-2306. 2017.

SOARES, A. L.; HOWE, L. D.; MATIJASEVICH, A.; WEHRMEISTER, F. C.; MENEZES, A. M.; GONÇALVES, H. Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. **Child Abuse Negl**, v. 51, p. 21-30. 2016.

United Nations Children's Fund (UNICEF). **Hidden in Plain Sight: a statistical analysis of violence against children**. New York: UNICEF; 2014.

VALENTE, L. A.; DALLEONE, M.; PIZZATTO, E.; ZAITER, W.; SOUZA, J. F.; LOSSO, E. M. Domestic violence against children and adolescents: prevalence of physical injuries in a Southern Brazilian metropolis. **Braz Dent J**, v. 26, n. 1, p. 55-60. 2015.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; DELL'AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; GOMES, M. M. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1272. 2013.

WACHESKI, A.; LOPES, M. G. K.; PAOLA, A. P. B.; VALENÇA, P.; LOSSO, E. M. O conhecimento do aluno de Odontologia sobre maus tratos na infância antes e após o recebimento de uma cartilha informativa. **Odonto**, v. 20, n. 39, p. 7-15. 2012.

World Health Organization (WHO). **Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACEIQ)**. Geneva: WHO; 2015.

YILDIZ, E.; TANRIVERDI, D. Child neglect and abuse: A global glimpse within the framework of evidence perspective. **Int Nurs Rev**, v. 65, n. 3, p. 370-380. 2018.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO



Idade: _____

Sexo: M () F ()

Profissão: _____

Ano de Conclusão do Curso: _____ **Especialidade:** _____

1. Tem conhecimento a respeito da violência contra a criança?

S () N ()

2. Considera-se apto a fazer o diagnóstico de maus-tratos infantis?

S () N ()

3. Já suspeitou de algum caso de maus-tratos infantis?

S () N ()

4. Em caso **afirmativo**, o que fez?

Nada () Reportou à Justiça () Conversou com o responsável ou família

5. Conhece o perfil dos agentes agressores de crianças?

S () N ()

Em caso **positivo**, descreva:

6. Sabe como agir diante de algum caso de violência contra a criança?

7. S () N ()

Em caso **positivo**, descreva:

8. Você denunciaria um caso de violência infantil à Justiça?

S () N ()

Em caso **negativo**, qual (is) o (s) motivo (s)?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a), pedimos o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado.

Estamos realizando uma pesquisa que tem como título: “**CONHECIMENTO E CONDUTA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE QUEIMADAS, PARAÍBA, SOBRE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA**”; com o objetivo de avaliar a ocorrência de maus-tratos infantis, bem como o conhecimento e a atitude do profissional de saúde inserido na Estratégia Saúde da Família deste município sobre o assunto.

DESCRIÇÃO DO ESTUDO: Esta pesquisa tem finalidade acadêmica. Será realizada mediante preenchimento de um questionário, constando de questões objetivas e subjetivas. Salienta-se que todas as informações obtidas serão guardadas e resguardadas, não sendo revelada sob qualquer pretexto a identificação dos respondentes. Deixamos claro, desde já, que não haverá nenhuma forma de benefício financeiro ou pessoal, e que esta declaração de concordância em participar do estudo poderá ser retirada a qualquer época, não acarretando em danos.

RISCOS: Tal estudo não acarretará quaisquer tipos de risco ou desconforto, exceto o tempo gasto para responder as questões.

CUSTOS: Não haverá custo algum para o participante.

BENEFÍCIOS: Avaliar a necessidade de maiores esclarecimentos sobre o assunto, para que posteriormente sejam instituídas ações de orientação e capacitação entre os profissionais da área de saúde, em relação à identificação e ao relato ou denúncia de maus tratos infantis que possam estar ocorrendo na população por eles assistida.

CONTATO: Caso necessite de maiores informações sobre o estudo, entrar em contato com a coordenadora, Andreza Cristina de Lima Targino Massoni, pelo telefone: (83) 98815-2439 ou pelo e-mail: andrezatargino@gmail.com.

Eu, _____, RG: _____, li a descrição do estudo e, não havendo quaisquer dúvidas, concordo em participar do mesmo. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar a qualquer momento. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida.

PARTICIPANTE DA PESQUISA

TESTEMUNHA

COORDENADORA DA PESQUISA

APÊNDICE C
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
 PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
 PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E CONDUTA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE QUEIMADAS, PARAÍBA, ACERCA DOS MAUS-TRATOS A CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUA NOTIFICAÇÃO

Pesquisador: Andreza Cristina de Lima Targino Massoni

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87012518.9.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.991.886

Apresentação do Projeto:

A pesquisa está vinculada ao Programa de Iniciação Científica, realizada pelo Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. Trata-se de um estudo que abordará a violência contra crianças e adolescentes, também conhecida por maus-tratos. Consideram-se maus-tratos infantis “traumas não acidentais e podem ser definidos como toda ação ou omissão que cause prejuízo ao bem-estar, às integridades física e psicológica ou à liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento contra menores de idade, constituindo-se como agressores os pais, tutores familiares, amigos ou pessoas responsáveis por eles”. Para tanto será realizado um estudo para verificar o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde do município de Queimadas, Paraíba, sobre os casos suspeitos de maus-tratos na infância e na adolescência. A pesquisa será do tipo transversal, observacional, descritiva-analítica, quali-quantitativa. A população desse estudo será composta por profissionais de saúde (Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Auxiliares em Saúde Bucal, Profissionais da Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) das 17 Unidades de Atenção Básica do município de Queimadas, Paraíba, totalizando 190 participantes. A coleta de dados será realizada através de um questionário individual, padronizado e autoaplicável. Os dados coletados serão submetidos à análise estatística descritiva e de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.991.886

Verificar o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde (Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Auxiliares em Saúde Bucal, Profissionais da Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) da Atenção Básica do município de Queimadas, Paraíba, sobre os casos suspeitos de maus-tratos na infância e na adolescência.

Objetivos secundários:

Observar o conhecimento dos profissionais de saúde (Médicos, Cirurgiões Dentistas, Auxiliares em Saúde Bucal, Profissionais da Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) da Atenção Básica do município de Queimadas, Paraíba, sobre os maus-tratos na infância e adolescência;

- Observar as atitudes dos profissionais de saúde (Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Auxiliares em Saúde Bucal, Profissionais da Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) da Atenção Básica do município de Queimadas, Paraíba, frente aos casos de maus-tratos na infância e adolescência;
- Identificar as principais dúvidas e questionamentos dos profissionais de saúde (Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Auxiliares em Saúde Bucal, Profissionais da Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) da Atenção Básica do município de Queimadas, Paraíba, sobre a identificação e a denúncia de casos suspeitos de maus-tratos na infância e na adolescência;
- Conhecer, através do relato dos profissionais investigados, os meios de divulgação e esclarecimento sobre esta temática que mais despertariam o interesse desses profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação ao risco, o pesquisador refere que “tal estudo não acarretará quaisquer tipos de risco ou desconforto, exceto o tempo gasto para responder as questões”. Os benefícios da pesquisa serão “avaliar a necessidade de maiores esclarecimentos sobre o assunto, para que posteriormente sejam instituídas ações de orientação e capacitação entre os profissionais da área de saúde, em relação à identificação e ao relato ou denúncia de maus tratos infantis que possam estar ocorrendo na população por eles assistida”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata de uma temática de extrema relevância social. É notório, nos dias atuais, o crescimento da violência contra crianças e adolescentes, assim o estudo em tela, trará uma importante contribuição principalmente na vigilância do fenômeno enquanto problema de saúde pública. No que se refere aos aspectos éticos da pesquisa, o desenho do estudo apresenta-se bem estruturado em conformidade com as recomendações da Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.991.886

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram assinados e anexados ao protocolo de pesquisa.

Recomendações:

É obrigatório o envio dos relatórios de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Protocolo de pesquisa atende às exigências éticas de pesquisa com seres humanos estando em conformidade com a Resolução 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1090213.pdf	10/05/2018 15:52:09		Aceito
Outros	Anuencia.pdf	10/05/2018 15:51:44	Andreza Cristina de Lima Targino Massoni	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento.pdf	10/05/2018 15:51:13	Andreza Cristina de Lima Targino Massoni	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	QUEIMADAS_CEP_10_05.pdf	10/05/2018 15:50:51	Andreza Cristina de Lima Targino Massoni	Aceito
Outros	questionario.pdf	15/03/2018 09:56:48	Andreza Cristina de Lima Targino Massoni	Aceito
Outros	TERMO_Compromisso.pdf	15/03/2018 09:55:31	Andreza Cristina de Lima Targino Massoni	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CONCORDANCIA_PESQUISA.pdf	15/03/2018 09:53:39	Andreza Cristina de Lima Targino Massoni	Aceito
Folha de Rosto	Document5.pdf	15/03/2018 09:49:08	Andreza Cristina de Lima Targino Massoni	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.991.886

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 30 de Outubro de 2018

Assinado por:
Valeria Ribeiro Nogueira Barbosa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br