

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

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

Fernando Silva-Oliveira¹, Carlos Inácio Andrade², Mariana Oliveira Guimarães³, Raquel Conceição Ferreira⁴, Efigênia Ferreira e Ferreira⁵, Patrícia Maria Zarzar⁶

RESUMO

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

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

¹ Doutor em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Mestre em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Mestranda em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴ Professora Associada, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵ Professora Titular, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁶ Professora Associada, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor para correspondência: Fernando Silva-Oliveira. Av. Antonio Carlos, 6627 Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270-901. Telefone: + 55 31 9 8839 8085.

Contatos: nando.sol@gmail.com, odontocarlos2005@yahoo.com.br, bones_bones27@hotmail.com, ferreira_rc@hotmail.com, efigeniaf@gmail.com, patyzarzar@hotmail.com

o abuso infantil é também um problema de saúde pública, trazendo impactos negativos e agravos ao bem-estar e saúde da vítima, necessitando de esforços intersetoriais para o seu combate ².

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

Embora o Brasil não tenha um sistema de informação, vigilância e notificação unificado, os esforços locais do poder público e da academia revelam índices alarmantes de abuso infantil, delineando um sério quadro epidemiológico. De acordo com o levantamento realizado nos registros da Rede de Proteção à criança em Curitiba durante os anos de 2004 a 2009, 19.316 notificações de abuso infantil foram realizadas, sendo que 70% dos casos notificados foram confirmados e apresentavam-se crônicos/recorrentes (27,2%) e moderados/graves (87,2%) ³. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram os responsáveis pelo maior número de identificação e notificação de casos, evidenciando a importância desses profissionais para o combate do abuso infantil, uma vez que, a proximidade com a comunidade possibilita a criação de vínculos com as famílias e conhecimento da realidade da comunidade ⁵.

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

MATERIAL E MÉTODOS

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

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

Sul continha, em 2014, ano em que foi planejado o estudo, um total de 17 dentistas, 34 enfermeiros, 32 médicos da família e 16 pediatras, enquanto a regional Venda Nova possui 44 dentistas, 91 enfermeiros, 71 médicos da família e 15 pediatras, de acordo com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Dentre as nove regionais administrativas da cidade, a Centro-Sul apresenta a menor média do índice de vulnerabilidade social ($IVS \leq 0,28$), portanto, menor vulnerabilidade social e a regional Venda Nova apresenta uma das maiores médias do IVS ($IVS \geq 0,5$), dentre as 9 regionais, apresentando maior vulnerabilidade social ⁸.

O IVS é uma medida de exclusão social aferido para cada Unidade de Planejamento de Belo Horizonte. Este índice possui 20 variáveis agrupadas em cinco domínios de cidadania: (a) acesso a casa e infraestrutura básica; (b) acesso à educação; (c) acesso à renda e emprego; (d) acesso à assistência jurídica. (e) acesso à saúde, alimentação, segurança e bem-estar. O IVS calculado para cada unidade de planejamento ⁸, é classificado em cinco grupos (I a V), sendo o grupo I o de maior vulnerabilidade social e o grupo V o de menor vulnerabilidade social ⁹. A pontuação do IVS varia de 0 a 1. Altos valores denotam piores condições de vida ou grande vulnerabilidade à exclusão social dentro da comunidade em questão.

Os profissionais foram convidados a responder a um questionário desenvolvido na Universidade de Londres ^{10, 11}. O questionário foi adaptado transculturalmente para uso por profissionais de saúde brasileiros e sua reprodutibilidade foi avaliada, sendo considerado reprodutível ¹². O questionário foi aplicado para a avaliação da reprodutibilidade, em 107 profissionais da Estratégia Saúde da Família escolhidos por conveniência. Dos 107 profissionais, 53 responderam o questionário em dois momentos diferentes, com um intervalo de 7 a 14 dias entre eles. Com os dados dos 53 profissionais que participaram do teste re-teste, o grau de concordância entre as respostas foi avaliado. O questionário apresentou concordância acima de 80% em quase todos os itens, sendo considerado reprodutível ¹².

Trata-se de um questionário auto-aplicável com 19 questões com múltipla escolha e que tem por finalidade medir a frequência de identificação e notificação dos casos de AFI por profissionais de saúde da atenção primária, bem como os fatores que estejam associados ao processo de identificação e notificação de casos. O questionário pode ser dividido em três partes. A primeira parte apresenta questões que abordam as informações pessoais e profissionais do respondente, como gênero, idade, categoria profissional, pós-graduação, tempo de trabalho no município e o tempo em que está alocado naquela Unidade Básica de Saúde. A segunda parte conta com

seis questões sobre a identificação e notificação de casos suspeitos ou comprovados de abuso e a terceira parte aborda a identificação e notificação de AFI e o conhecimento de onde notificar. A confidencialidade e o anonimato das respostas foram assegurados. O critério de inclusão considerado foram os profissionais que faziam parte da rede municipal da Estratégia Saúde da Família, com dedicação de 40 horas semanais. Os critérios considerados para exclusão foram os dentistas, enfermeiros e médicos da família da rede de apoio à ESF; os profissionais com dedicação de 20 horas, com exceção dos pediatras; e os médicos da família do Programa Mais Médicos, por se tratar de um programa de caráter emergencial e temporário.

Para a coleta de dados, o pesquisador compareceu à reunião na sede administrativa das regionais para explanação da pesquisa aos gerentes das UBS e dos distritos sanitários. O questionário e termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram entregues em envelopes aos gerentes da UBS para repasse aos profissionais da ESF. Em dia devidamente agendado, após preenchimento, o questionário acondicionado em envelopes lacrados foi recolhido pelo pesquisador. Esta medida foi adotada com o intuito de garantir a confidencialidade e não violação dos dados do participante e também como forma de diminuir possíveis vieses de resposta. Visando a otimização da coleta, parte dos questionários também foi entregue diretamente aos profissionais de saúde, por meio de visitas do pesquisador a UBS.

Foi considerada como variável desfecho a identificação e notificação de AFI na experiência profissional. As variáveis independentes consideradas foram a idade e tempo de trabalho no município (três grupos segundo os tercis); gênero (masculino e feminino); categoria profissional (dentista, enfermeiro, médico da família e pediatra); curso de pós-graduação

com foco na criança (sim, não), saber a qual órgão de notificar (sim, não); e o distrito sanitário (Venda Nova, Centro Sul).

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

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

RESULTADOS

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

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

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

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

*Índice de subnotificação

**Número de profissionais que identificaram casos de AFI

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

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

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

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

DISCUSSÃO

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

O padrão de apresentação dos MTI e AFI na sociedade, e da identificação e notificação de casos aos órgãos competentes pela população e profissionais de saúde é moldado pela cultura, organização e características dos serviços públicos². Alguns aspectos guardam semelhanças entre diferentes países, entretanto, entender o padrão característico de cada um

é importante para planejamento de condutas e políticas públicas de enfrentamento frente ao abuso infantil^{2, 6}.

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

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

Embora tenha sido observada alta frequência de profissionais que identificaram casos de AFI, é preciso ressaltar o alarmante índice de subnotificação dos casos: considerando o total de profissionais que já identificaram algum caso suspeito ou comprovado de AFI, 55,8% não notificaram às autoridades e órgãos competentes. Pesquisas realizadas em outros países com as três categorias de profissionais também apontam alto índice de subnotificação, contudo a presente investigação mostra índice de subnotificação superior a estas evidências^{2, 10, 11, 15, 16}. Evidências apontam que a subnotificação de abuso pode estar associada à falta de capacitação e dúvidas com relação a veracidade do caso, ao receio dos profissionais de sofrerem algum tipo de retaliação, e à preocupação de que a notificação piore a situação da criança^{2, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 20}.

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

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

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

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

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

Para se estabelecer uma suspeita de AFI, o profissional de saúde precisa desenvolver uma visão integral sobre o paciente e sua saúde, conjugando sinais físicos alterações comportamentais e psicológicos, e informações obtidas durante a anamnese. A abordagem do tema, abuso infantil, nos cursos de graduação e de educação continuada podem contribuir para o despertar de uma visão holística do paciente infantil, bem como na busca do entendimento quanto aos fatores relacionados à subnotificação⁷.

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

O alto índice de subnotificação pode estar relacionado à necessidade de cursos de treinamento para o reconhecimento de sinais de AFI que subsidiem o diagnóstico ou a suspeita de um caso, além do esclarecimento sobre os fluxos de notificação.

Evidências apontam que o treinamento dos profissionais esteve associado a notificação de casos^{7, 24}. Também foi observado nessa investigação que, profissionais que fizeram pós-graduação com enfoque em criança estiveram associados à notificação de AFI ($p < 0,001$). Dentre esses profissionais que fizeram pós-graduação com enfoque em crianças, a maioria é constituída por pediatras.

Programas de residência e especialização em pediatria muitas vezes contemplam em suas matrizes curriculares treinamentos para abordagem e condução de pacientes com suspeita de abuso infantil e AFI, diferentemente dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia que geralmente não apresentam disciplinas e treinamentos com esse fim⁷. Os dentistas, responsáveis pelo maior índice de subnotificação, foram os profissionais que menor conhecimento possuíam quanto aos fluxos e órgãos para notificação dos casos de AFI (29%), como o Conselho Tutelar ou Ficha de Notificação Compulsória do SINAN (Sistema de Informação De Agravos de Notificação do Ministério da Saúde). Este dado é corroborado por estudo de Moreira e colaboradores⁷ em que os profissionais que relataram ter conhecimento dos órgãos e fluxos para notificação estiveram associados à notificação do AFI, porém, este fato não apresentou significância estatística com a notificação na presente investigação.

Embora alguns estudos apontem que há associação positiva entre AFI/maus tratos e índices socioeconômicos mais baixos^{2, 25, 26, 27, 28, 29}, há também aqueles que não apontam tal associação^{2, 30}. Crianças e adolescentes com baixa escolaridade pertencentes a famílias de baixa renda, com mães que tiveram filhos muito cedo ou famílias com múltiplas figuras paternas, apresentam maior risco de sofrerem maus tratos e de futuramente apresentarem comportamento violento com seus filhos^{2, 25, 26, 27, 28, 29}. Esperava-se, portanto, que regiões de maior vulnerabilidade social apresentassem maiores índices de identificação e notificação de AFI, entretanto a presente investigação revelou que regiões com maior vulnerabilidade social não apresentaram relação com o índice de identificação e notificação de AFI. Embora a regional de Venda Nova e as Unidades de Planejamento com maior vulnerabilidade social tenham apresentado maior índice de subnotificação, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Todavia, é preciso ressaltar que o IVS é um índice de exclusão social calculado para regiões definidas, chamadas de Unidade de Planejamento. Estas unidades contêm, em média, 30 mil indivíduos⁸. Trata-se, portanto, de dados ecológicos e, embora uma família more em uma região com menor IVS, a realidade socioeconômica dessa família pode não ser a apresentada na região.

São necessárias mais pesquisas para explorar e entender os fatores que estão associados com a

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

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

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

ABSTRACT

Aim: To evaluate the frequency of identification and report of child physical abuse (CPA) by professionals of the Family Health Strategy (FHS) and associated factors in regional health clinics with different social vulnerabilities in Belo Horizonte, Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional study with a convenience sample of dentists, nurses, family doctors and pediatricians from two districts in Belo Horizonte, Brazil. The districts were selected based on the social vulnerability index (SVI). The professionals were invited to answer a self-administered questionnaire, which was developed at the University of London and adapted for use in Brazil. Descriptive and analytical analyses were performed using Pearson's chi-square test ($p < 0.05$). **Results:** A total of 144 professionals participated: 35 (24.3%) dentists, 46 (31.9%) nurses, 45 (31.2%) family doctors, and 18 (12.5%) pediatricians. Out of this total, 86 (59.7%) professionals had already identified some case of CPA in their professional experience, but only 38 (26.4%) had reported it to the authorities. The identification and reporting were associated with the professional

category ($p < 0.001$) and professionals who had done postgraduate studies focused on children ($p < 0.001$). The vulnerability of regional health clinics was not associated with the identification and notification of the cases from the CPA ($p = 0.754$). **Conclusion:** The identification and reporting of CPA were associated with the professionals with training focused on the child care and the professional category, with pediatricians and the nurses representing the professionals who most identified and notified cases. The regional social vulnerability was not associated with identification and reporting.

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

REFERÊNCIAS

- World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. 2006. (acesso em 28 de Fev de 2017) Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
- Gilbert R, Widom C.S, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
- Franzin LCS, Olandovski M, Vettorazzi MLT, Werneck RI, Moyses SJ, Kusma SZ, et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. *Child Abuse Negl*. 2014;38(10):1706-14.
- Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child maltreatment 2014. 2006. (acesso em 28 de Fev de 2017). Disponível em: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
- Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. The inclusion of the oral health team in the Brazilian family health strategy: barriers, advances and challenges. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):373-82.
- Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-80.
- Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4267-76.
- Belo Horizonte. Mapa de Exclusão Social de Belo Horizonte. Revista Planejar BH. 2006. (acesso em 28 de Fev de 2017). Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&lang=pt_BR&pg=7742&tax=25583
- Nahas MI, Ribeiro C, Esteves O, Moscovitch S, Martins VL. O mapa da exclusão social de Belo Horizonte: metodologia de construção de um instrumento de gestão urbana. *Cad Ciênc Soc*. 2000; 7(10):75-88.
- Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *Br J Community Nurs*. 2004;9(8):332-8.
- Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs*. 2006 Nov;56(3):227-36.
- Silva-Oliveira F, Ferreira EF, Mattos FF, Ribeiro MTF, Cota LOM, Vale MP, et al. Adaptação transcultural e reprodutibilidade de questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de saúde frente a casos de abuso físico infantil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(3):917-29.
- Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2012;26(1):5-11.
- Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):481-91.
- Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics*. 2008;122(3):611-9.
- Flaherty EG, Sege R, Price LL, Christoffel KK, Norton DP, O'Connor KG. Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreat*. 2006;11(4):361-9.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. (acesso em 28 de Fev de 2017) Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. (acesso em 28 de Fev de 2017)

- Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. (acesso em 28 de Fev de 2017) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html.
 20. Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ.* 2011;16(1):158-65
 21. Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(2):146-53.
 22. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dental Traumatol.* 2010;26(2):149-53.
 23. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba-PR. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15 Supl 1:1827-34.
 24. Alvarez KM, Kenny MC, Donohue B, Carpin KM. Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggress Violent Behav.* 2004;9(5):563-78.
 25. Hosseinkhani Z, Nedjat S, Aflatouni A, Mahram M, Majdzadeh R. Socioeconomic inequality and child maltreatment in Iranian schoolchildren. *East Mediterr Health J.* 2016;21(11):819-27.
 26. Gupta A, Biddala OS, Dwivedi M, Variar P, Singh A, Sen S, et al. Sociodemographic characteristics and aggression quotient among children in conflict with the law in India: a case-control study. *Natl Med J India.* 2015;28(4):172-5.
 27. Herrenkohl TI, Herrenkohl RC. Examining the overlap and prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: a longitudinal analysis of youth outcomes. *J Family Violence.* 2007;22(7):553-62.
 28. Alink LRA, Euser S, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources. *Int J Psychol.* 2013;48(2):117-27.
 29. Thornberry TP, Matsuda M, Greenman SJ, Augustyn MB, Henry KL, Smith CA, et al. Adolescent risk factors for child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2014;38(4):706-22.
 30. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil e Grandes Regiões. IBGE; 2013. (acesso em 28 de Fev de 2017) Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol3/default.shtm