

Capacidade autorreferida de profissionais da Estratégia Saúde da Família na detecção e notificação de abuso físico infantil de uma capital da Amazônia Brasileira

Self-reported ability of Family Health Strategy professionals to detect and report child physical abuse in a capital city of the Brazilian Amazon

Capacidad autorreferida de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia en la detección y notificación del abuso físico infantil en una capital de la Amazonía brasileña

Brendo Benzecry Silva de Lima¹, Daniela Ferreira Borba Cavalcante², Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes³, Elen Petean Parmejiani⁴, Jeanne Lucia Gadelha Freitas⁵

1 Cirurgião-dentista pela Universidade Estadual do Amazonas, especialista em Saúde da Família pela Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

2 Enfermeira pela Fundação Universidade Federal de Rondônia, mestre pela Fundação Universidade Federal de Rondônia, doutora pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, docente na Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

3 Enfermeira pela Universidade Federal de Rondônia, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás, docente da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

4 Enfermeira pela Universidade Federal de Mato Grosso, mestre pela Universidade Federal de Maro Grosso, doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, professora no Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

5 Doutora em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela UFPA, Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela UNIR, Especialista em Gestão Descentralizada em IST/HIV/Aids pela UFM, Especialista em Formação Pedagógica em Educação na Área de enfermagem e em Doenças Tropicais pela UNIR.

Correspondência:

Brendo Benzecry Silva de Lima

Universidade Federal de Rondônia - UNIR, Porto Velho, Rondônia, Brasil.

Email: benzecry.brendo@gmail.com

RESUMO

Introdução: Os profissionais da Estratégia Saúde da Família estão em situação propícia para identificar possíveis vítimas de violência contra crianças, e devem possuir conhecimentos sobre os principais sinais-sintomas de abuso físico infantil, sobre a existência e o correto preenchimento da ficha de notificação compulsória.

Objetivo: Avaliar a detecção e notificação de abuso físico infantil por profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Porto Velho–RO.

Métodos: Tratou-se de um estudo descritivo de caráter quantitativo, com aplicação de um questionário validado contendo 19 perguntas sobre a caracterização da amostra e os conhecimentos sobre o assunto, com 70 participantes nos critérios de elegibilidade.

Resultados: Metade dos entrevistados já suspeitaram de abuso físico infantil entre seus pacientes e 72,86% nunca notificaram. Em relação ao último ano, dos 11 profissionais que suspeitaram, somente seis notificaram. A maioria se autodeclarou com alta capacidade para reconhecer sinais e sintomas de abuso físico. O Conselho Tutelar foi o órgão mais citado para se recorrer para realização da notificação. As principais dificuldades e barreiras citadas pelos profissionais para não ocorrer a notificação são o conhecimento insuficiente e o medo.

Conclusão: Apesar de se autodeclararem capazes de identificar casos de abuso físico infantil, o conhecimento insuficiente foi o mais citado como motivo para não haver a notificação, que mostra que os entrevistados sabem reconhecer os sinais e sintomas, porém possuem dificuldades com o

processo de notificação. Recomenda-se realizar ações de educação continuada e o fortalecimento dos Núcleos de Educação Permanente.

Palavras-chave: Saúde da Família. Violência. Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Family Health Strategy professionals are in a favorable situation to identify potential victims of violence against children and must have knowledge of the main signs and symptoms of physical child abuse, as well as the existence and proper completion of the mandatory reporting form.

Objective: To assess the detection and reporting of physical child abuse by Family Health Strategy professionals in Porto Velho, Rondônia (RO), Brazil.

Methods: This was a descriptive, quantitative study involving the application of a validated questionnaire containing 19 questions regarding sample characterization and knowledge on the subject. Seventy professionals participated, meeting the eligibility criteria.

Results: Half of the respondents had previously suspected physical child abuse among their patients, yet 72.86% had never filed a report. In the past year, of the 11 professionals who suspected abuse, only six reported it. Most participants self-reported a high capacity to recognize signs and symptoms of physical abuse. The Guardianship Council was the most frequently mentioned authority to report such. The main difficulties and barriers cited by professionals for not reporting are insufficient knowledge and fear.

Conclusion: Despite self-reporting their ability to identify cases of child physical abuse, insufficient knowledge was the most cited reason for not reporting, showing that the interviewees know how to recognize the signs and symptoms, but have difficulties with the reporting process. It is recommended to carry out continuing education actions and strengthen the Permanent Education Centers.

Keywords: Family Health. Violence. Epidemiology.

RESUMEN

Introducción: Los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia se encuentran en una posición privilegiada para identificar posibles víctimas de violencia contra niños y deben poseer conocimientos sobre los principales signos y síntomas del abuso físico infantil, así como sobre la existencia y el correcto llenado de la ficha de notificación obligatoria.

Objetivo: Evaluar la detección y notificación del abuso físico infantil por parte de profesionales de salud de la Estrategia de Salud de la Familia en Porto Velho-RO.

Métodos: Se trató de un estudio descriptivo de carácter cuantitativo, con la aplicación de un cuestionario validado que contenía 19 preguntas sobre la caracterización de la muestra y los conocimientos sobre el tema, con 70 participantes que cumplían con los criterios de elegibilidad.

Resultados: La mitad de los encuestados ya había sospechado de abuso físico infantil entre sus pacientes y el 72,86% nunca lo notificó. En relación con el último año, de los 11 profesionales que sospecharon, solo seis realizaron la notificación. La mayoría se autodeclaró con alta capacidad para reconocer signos y síntomas de abuso físico. El Consejo Tutelar fue la institución más mencionada para recurrir a la hora de realizar la notificación. Las principales dificultades y barreras que señalan los profesionales para no denunciar son el conocimiento insuficiente y el miedo.

Conclusión: Aunque se declararon capaces de identificar casos de maltrato físico infantil, la falta de conocimientos fue la razón más citada para no denunciar, lo que demuestra que los entrevistados saben reconocer los signos y síntomas, pero tienen dificultades con el proceso de denuncia. Se recomienda implementar iniciativas de educación continua y fortalecer los Centros de Educación Permanente.

Palabras-clave: Salud de la Familia. Violencia. Epidemiología.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) reorganiza a atenção primária do Brasil e se caracteriza por ser uma estratégia de qualificação, consolidação e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) para reorientar o processo de trabalho (Brasil, 2017).

Por ser a porta de entrada aos serviços de saúde e cada equipe de Saúde da Família (eSF) possuir um território definido e uma população adscrita, a APS deve realizar ações de promoção de saúde, visitas domiciliares e atividades no Programa Saúde na Escola (PSE) no seu território (Correia *et al.*, 2022; Brasil, 2017).

Com isso, a eSF identifica os principais problemas de saúde da sua população, inclusive casos de violência intrafamiliar. Por estar em proximidade e constante contato com a família, os profissionais possuem papel fundamental para ações de prevenção, detecção e condução das situações de violência doméstica, principalmente com os mais vulneráveis, como crianças e adolescentes (Santana, 2019). Contudo, ainda há o sentimento de incapacidade e insegurança ao manejar situações de violência devido o conhecimento insuficiente dos profissionais da APS por não estarem familiarizados com o fluxo da ficha de notificação compulsória (Muniz; Dantas; Santana, 2022).

Esse tipo de agravo merece uma atenção maior do profissional da ESF, especialmente a violência contra crianças e adolescentes. Eles são considerados um grupo mais suscetível à violência física pelo fator cultural de associar a punição física como sinônimo de educação na criação dos filhos, além de que muitas pessoas acreditam que esse seja um problema para ser resolvido internamente na família, e é somente motivo de intervenção quando as consequências passam do que culturalmente seja dito como aceitável (Batista; Quirino, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de poder ou força física, na forma de ação ou ameaça, contra si próprio ou contra o outro, que resulta em ferimentos, desenvolvimento deficiente, dano psicológico, privação ou até mesmo em morte (WHO, 2002).

A violência doméstica contra crianças e adolescentes possui quatro tipos definidos: violência física ou abuso físico infantil (AFI), que é o uso de força física de forma intencional que sucede em danos à saúde ou desenvolvimento; violência sexual, que consiste em utilizar o indivíduo na satisfação sexual própria; violência psicológica, que é toda forma de depreciação, cobrança ou punição exagerada, desrespeito, rejeição por parte dos pais; e a negligência, que consiste na falha por longo tempo de prover o bem estar do menor em relação a sua saúde, educação, abrigo, higiene ou nutrição (Hirschmann; Martins; Gonçalves, 2021; Waksman; Hirschheimer; Pfeiffer, 2018).

Os dados do ano de 2022 do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) sobre casos notificados de violência interpessoal/autoprovocada mostram que no Brasil foram notificados 166.438 casos na faixa etária de 0 a 19 anos, que representa 36,7% do total de casos notificados. Ao olhar para o estado de Rondônia, foram notificados 709 casos na mesma faixa etária, sendo 36,7% do total de notificação. Já na capital do estado, Porto Velho, foram 301 notificações, que representa 52,7% do total (Brasil, 2022). Apesar disso, estima-se que esse número represente apenas uma fração da realidade, devido à subnotificação por conta de medo de represália que o profissional sente.

A Organização das Nações Unidas (ONU), através do 16º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estimula a promoção de sociedades pacíficas e inclusivas para seus países-membros, que dentre as suas ações está a de acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças (United Nations, 2015).

A suspeita ou confirmação de violência é de notificação compulsória e de obrigatoriedade a todos os profissionais de saúde (Brasil, 2011). A notificação não possui caráter de denúncia nem punitivo para o agressor, ela serve para caráter epidemiológico quando encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde e de ajuda na conduta do caso quando encaminhada para o Conselho Tutelar, sendo obrigatório o preenchimento de duas vias e o encaminhamento delas para as instituições citadas (Brasil, 2014; Brasil, 2001).

Não obstante, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e respalda com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente

facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. E tem como um de seus eixos estratégicos a atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz. (BRASIL, 2015).

Os profissionais da eSF estão em situação estratégica para identificar e ajudar possíveis vítimas de violência, além de atuar na prevenção deste agravo. Para isso, este profissional deve possuir conhecimentos sobre os principais sinais/sintomas indicativos de maus-tratos infantis, sobre a existência e o correto preenchimento da ficha de notificação para que seja capaz de suspeitar e realizar os devidos procedimentos diante dessa situação. Nesse contexto, há uma lacuna quando à produção científica envolvendo profissionais da ESF e a detecção e notificação de AFI, tendo em vista a atribuição legal e ética do profissional de saúde sobre a temática. Esta lacuna é ainda maior na região Norte, onde há poucos estudos com esse foco.

A partir do que foi exposto, o intuito deste trabalho é avaliar a capacidade autorreferida dos profissionais de saúde da ESF de Porto Velho–RO sobre a detecção e notificação de abuso físico infantil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal, com base no conhecimento de profissionais da ESF sobre AFI e sua notificação.

Os cenários do presente estudo foram constituídos por sete Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas na zona urbana do município de Porto Velho–Rondônia (RO), distribuídas na área geográfica sanitária leste, abrangendo 34 eSF, com coleta de dados ocorrida no período de junho de 2023 a setembro de 2023, com 95 profissionais de saúde atuantes nessas equipes, e a seleção dos participantes foi por conveniência, ao considerar a disponibilidade no momento da coleta de dados.

O município de Porto Velho é a capital do estado de Rondônia e possui uma população estimada de 539.354 habitantes, sendo que 22,7% da população possui até 14 anos. Em 2020, o município possuía 81 equipes de Saúde da Família. São 39 Unidades de Saúde, totalizando uma cobertura de 52,8% da ESF. As Unidades de Saúde se distribuem em 19 no ambiente rural e 20 no ambiente urbano. No ambiente urbano, as unidades são divididas em 04 zonas sanitárias: Leste (07), Sul (06), Norte (03) e Central (04) (SEMUSA, 2022).

A zona Leste de Porto Velho foi escolhida por ser a maior área geográfica e o maior quantitativo populacional do município, é a zona que contém a maior quantidade de USFs e conseqüentemente concentrar maior quantidade de profissionais da ESF, além de ser a zona de maior vulnerabilidade socioeconômica do município.

A coleta de dados se baseou na aplicação do questionário desenvolvido na Irlanda do Norte por uma equipe da Universidade de Londres, cujo principal objetivo foi investigar a capacidade autorreferida de enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da APS para reconhecer e relatar casos de abuso físico infantil (Lazenbatt; Freeman, 2006). O questionário foi traduzido, adaptado e validado para utilização no Brasil por Silva-Oliveira et al. (2014), e tem como título "Questionário para avaliação de conhecimento e atitudes de profissionais de saúde frente a casos de Abuso Físico à Criança".

Para esta pesquisa, a primeira parte do questionário foi adaptada para o local onde foi realizado o estudo. No estudo original realizado no Brasil, constava o item "tempo de trabalho na PBH (prefeitura de Belo Horizonte)" e foi alterado para "tempo de trabalho na prefeitura de Porto Velho".

Foram incluídos profissionais do gênero masculino e feminino, independentemente da condição social, com curso superior em Odontologia, Enfermagem ou Medicina, que atuem na ESF por no mínimo um ano. Este último critério se baseia na possibilidade de o profissional ter suspeitado de AFI durante seu último ano de atuação na ESF.

Foram excluídos profissionais que se encontravam de férias, folga ou licença de qualquer tipo, bem como aqueles que estavam em exercício de funções gerenciais durante o período da coleta de dados.

Primeiramente houve um contato, através de e-mail, com o gerente da unidade de saúde, com informações sobre a pesquisa e solicitação da participação dos profissionais em um dia oportuno para aplicação do questionário. Dos 95 profissionais dispostos no quadro profissional, 13 receberam

o questionário, mas não devolveram ao pesquisador, 6 estavam de férias, licença ou atestado no período, 2 se recusaram a participar e 4 foram excluídos, pois tinham menos de um ano de atuação na ESF de Porto Velho, que totalizou 70 participantes que responderam ao questionário e que estavam nos critérios de elegibilidade.

A coleta de dados foi de junho a setembro de 2023. A ida às unidades foi no período de trabalho dos profissionais e a aplicação do questionário foi em um tempo oportuno, sem que atrapalhasse a rotina de trabalho. Para a coleta de dados, primeiramente ocorreu a entrega e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o profissional de saúde, sendo assegurados os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, pelo qual recebeu a informação sobre a intenção da pesquisa que é avaliar a detecção e notificação de AFI por profissionais de saúde da ESF através de um questionário validado e adaptado. O questionário foi aplicado por um único pesquisador, sem que houvesse consultas ou esclarecimentos sobre as respostas das perguntas durante o momento.

Devido ao estudo se basear em coleta de dados a partir de realização de aplicação de questionário, o risco foi mínimo, incluindo um possível constrangimento do entrevistado. E para minimizar esse risco, a coleta de dados se deu individualmente e em local apropriado. Não se realizou nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos participantes no estudo. A participação do estudo traz como benefício para os profissionais da ESF participantes a sensibilização para o tema e o esclarecimento sobre a notificação de abuso infantil.

Os dados foram separados em três áreas: características da amostra, suspeição e notificação de casos de AFI, e as principais dificuldades sobre o assunto.

A partir da coleta dos dados, foram confeccionados gráficos e tabelas de frequência absolutas e relativas, média e desvio padrão através do Excel® (Microsoft Office 365). Em seguida, ocorreu a análise descritiva dos achados e discussão com base na fundamentação teórica.

O projeto foi aprovado pelo parecer de número 6.092.623 do comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Rondônia (CEP-UNIR), tendo obtido também autorização do gestor municipal de saúde de Porto Velho.

RESULTADOS

Características da amostra

Os dados sociodemográficos dos profissionais estão descritos na tabela 1. Pode ser observado que a maioria é composta por participantes do sexo feminino (70%), com idade entre 36 e 50 anos (60%), com experiência profissional de até 15 anos (51,43%), com atuação na prefeitura de Porto Velho entre 6 e 15 anos (48,57%).

A maioria possui pós-graduação sem ser a pediatria (Saúde da Família, Saúde Pública ou especialização específica da sua profissão) (80%) e com graduação em Odontologia (35,71%), sendo esta última variável bem equilibrada entre as categorias profissionais, com 32,86% de médicos e 31,43% de enfermeiros.

Tabela 1: Dados socioeconômicos e demográficos dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família da Zona Leste. Porto Velho–RO, 2023

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	21	30
Feminino	49	70
Idade (anos)		
20–35	15	21,43

	36–50	42	60
	Maior que 50	13	18,57
Tempo de formado (anos)			
	1-15	36	51,43
	16–30	29	41,43
	Maior que 30	5	7,14
Tempo de atuação na prefeitura de Porto Velho (anos)			
	1-5	16	22,86
	6-15	34	48,57
	Maior que 15	20	28,57
Pós-graduação			
	Não possui	12	17,14
	Outras pós-graduações	56	80
	Pediatria	2	2,86
Formação profissional			
	Odontologia	25	35,71
	Enfermagem	22	31,43
	Medicina	23	32,86

Suspeição e notificação de casos de abuso físico infantil

Sobre a suspeição de casos de AFI entre os pacientes infantis dos entrevistados, 35 (50%) nunca suspeitaram e 35 (50%) já suspeitaram, destes, 26 (74,29%) suspeitaram de 1 a 5 casos, 5 (14,29%) entre 6 e 10 casos e 4 (11,43%) em mais de 10 casos.

Em relação à notificação destes casos suspeitos, 51 (72,86%) nunca notificaram e dos 19 (27,14%) que já notificaram, a maioria (89,47%) realizou a notificação de 1 a 5 casos suspeitos, e 2 (10,53%) notificaram entre 6 e 10 casos.

A maioria (94,29%) não presenciou casos de trauma orofacial relacionados com casos de abuso físico em criança no último ano e dos 4 (5,71%) que já viram, 3 foi em até 5 casos e 1 em mais de 10 casos.

Sobre os casos suspeitos de AFI no último ano (2022), 59 profissionais (84,29%) não suspeitaram. Dos 11 (15,71%) que suspeitaram, somente seis presenciaram casos comprovados e notificaram às autoridades, sendo que o número de casos foi entre 1 e 5.

Em uma escala de 0 a 10 sobre o quanto o profissional é capaz de reconhecer sinais e sintomas de abuso físico em crianças e quanto ele é efetivamente capaz de diagnosticar esses casos, a média das respostas coletadas foi de 6,8 e 6,59 respectivamente. Já o Desvio Padrão encontrado foi de 5,19 para o reconhecimento de sinais e sintomas e de 5,53 para a capacidade de diagnosticar.

As respostas dessa escala foram separadas em três categorias: baixa capacidade (de 0 a 3), média capacidade (de 4 a 6) e alta capacidade (de 7 a 10). Para a capacidade de reconhecer sinais e sintomas, os dados obtidos nessas categorias foram de 7,14%, 34,29% e 58,57% respectivamente. Já para a capacidade de diagnosticar os casos, os dados obtidos nessas categorias foram de 10%, 34,29% e

55,71% respectivamente.

Em relação ao conhecimento do profissional sobre a quem recorrer para notificar casos suspeitos e comprovados de AFI, 13 (18,57%) não sabem a quem recorrer e entre os 57 (81,43%) que sabem, o mais citado foi o Conselho Tutelar (75,44%), seguido pela polícia (38,6%) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) (21,05%). Ressalta-se que alguns profissionais citaram mais de um órgão em sua resposta. Os órgãos e profissionais citados estão apresentados na tabela 2. E dos que disseram que sabem a quem recorrer, 35 (61,4%) não possuem telefone ou endereço de contato de órgão, instituição ou profissional responsável por receber a notificação de abuso físico à criança.

Tabela 2: Órgãos ou profissionais que os profissionais recorreriam para notificar casos suspeitos e comprovados de abuso físico infantil. Porto Velho-RO, 2023

Órgão / profissional	n	%
Conselho tutelar	43	75,44
Polícia	22	38,60
CRAS	12	21,05
Hospital de referência	7	12,28
Secretaria de Saúde	4	7,02
Enfermeiro	4	7,02
Psicólogo	2	3,51
SINAN	1	1,75
Juizado da Juventude	1	1,75
Ministério Público	1	1,75
IML	1	1,75

Principais dificuldades sobre o assunto

Quando questionados sobre o porquê alguns casos de abuso físico em criança não são notificados, a maioria (65,71%) afirmou que é o conhecimento insuficiente. Os demais motivos estão descritos na tabela 3.

Tabela 3: Motivo pelo qual alguns casos de abuso físico em criança não são notificados, Porto Velho-RO, 2023

Motivo	n	%
Conhecimento insuficiente	46	65,71
Medo	16	22,86
Negligência	3	4,29
Informações insuficientes para confirmar abuso	2	2,86
Omissão familiar	2	2,86
Nenhum	1	1,43
Total	70	100,00

Sobre os fatores que podem facilitar ou encorajar o profissional da saúde a notificar casos suspeitos de abuso físico em criança, os participantes puderam escolher três fatores, e o mais citado foi a capacitação (80%). Os dados estão descritos na tabela 4.

Tabela 4: Fatores que podem facilitar ou encorajar o profissional da saúde a notificar casos suspeitos de abuso físico em criança, Porto Velho–RO, 2023

Fatores	n	%
Capacitação	56	80,00
Segurança	50	71,43
Confidencialidade	41	58,57
Facilitar processo de notificação	39	55,71
Interdisciplinaridade/intersetorialidade	24	34,29

Em relação às barreiras para que os profissionais de saúde notifiquem o abuso físico em criança, os participantes puderam escolher três fatores, sendo o conhecimento insuficiente (77,14%) o mais citado, com os demais sendo descritos na tabela 5.

Tabela 5: Barreiras para que os profissionais de saúde notifiquem o abuso físico em criança, Porto Velho–RO, 2023

Barreiras	n	%
Conhecimento insuficiente	54	77,14
Medo	49	70,00
Falta de confidencialidade	45	64,29
Excesso de demanda	29	41,43
Negligência	22	31,43
Segurança	2	2,86
Achar que não é sua atribuição	2	2,86
Omissão familiar	1	1,43
Praticidade	1	1,43
Dificuldade de acesso ao órgão competente	1	1,43
Foco direcionado ao problema	1	1,43
Comprometimento do poder público	1	1,43
Achar que a denúncia não irá em frente	1	1,43
Demora do atendimento	1	1,43

A maioria dos profissionais (92,86%) quer receber treinamento sobre como identificar e sobre os mecanismos de notificação de casos suspeitos de abuso físico em crianças. E todos acreditam que mecanismos de identificação e notificação de possíveis casos de abuso físico em criança devem ser parte de cursos de educação permanente.

Em escala de 0 a 10 sobre o quanto o profissional se sente disposto a envolver-se na detecção de abuso físico contra criança, a média e o desvio padrão das respostas coletadas foram de 8,5 e 8,7 respectivamente. As respostas dessa escala foram separadas em três categorias: baixa disposição (de 0 a 3), média disposição (de 4 a 6) e alta disposição (de 7 a 10) e os resultados obtidos foram de 2,86%, 7,14% e 90% respectivamente.

Sobre o quanto a sua graduação foi suficiente para o atendimento à criança, a média e o desvio padrão obtidos foram de 4,91 e 3,47 respectivamente. As respostas dessa escala foram separadas em três categorias: pouco suficiente (de 0 a 3), mais ou menos suficiente (de 4 a 6) e muito suficiente (de 7 a 10) e os resultados obtidos foram de 28,57%, 38,57% e 32,86% respectivamente.

Sobre o quanto se sente interessado no atendimento à criança, a média e o desvio padrão obtidos foram de 7,99 e 6,84, respectivamente. As respostas dessa escala foram separadas em três categorias: baixo interesse (de 0 a 3), médio interesse (de 4 a 6) e alto interesse (de 7 a 10) e os resultados obtidos foram de 5,71%, 11,43% e 82,86% respectivamente.

Sobre o quanto se sente preparado para o atendimento à criança, a média e o desvio padrão obtidos foram de 6,84 e 6,26, respectivamente. As respostas dessa escala foram separadas em três

categorias: baixa preparação (de 0 a 3), média preparação (de 4 a 6) e alta preparação (de 7 a 10) e os resultados obtidos foram de 8,57%, 21,43% e 70% respectivamente.

E sobre o quanto se sente interessado em cursos de educação continuada e treinamentos para aprimorar o atendimento à criança, a média e o desvio padrão obtidos foram de 8,47 e 8,82 respectivamente. As respostas dessa escala foram separadas em três categorias: baixo interesse (de 0 a 3), médio interesse (de 4 a 6) e alto interesse (de 7 a 10) e os resultados obtidos foram de 4,29%, 5,71% e 90% respectivamente.

DISCUSSÃO

Dos 70 entrevistados, metade dos profissionais nunca suspeitou de casos de abuso infantil entre seus pacientes durante a sua vida profissional. Chama a atenção que embora a maioria dos entrevistados possui certa experiência profissional no âmbito da APS, esse percentual sugere que os profissionais ainda possuem a visão cultural de normalização de agressões físicas como forma de punição pelos pais (Condori *et al.*, 2018; Silva-Oliveira *et al.*, 2019; Rios *et al.*, 2022).

Ao comparar as categorias profissionais, percebe-se que os médicos foram os que mais suspeitaram de casos de AFI e a categoria que menos suspeitou foi a dos cirurgiões-dentistas, com apenas 36% dos profissionais. Ao ser descrito na literatura que a maioria das lesões características de AFI são encontradas em região de cabeça e pescoço e essa ser a área de atuação do cirurgião-dentista, esperava-se que mais profissionais dessa categoria relatassem suspeita ou confirmação de casos de violência infantil (Condori *et al.*, 2018; Martins-Júnior *et al.*, 2019; Silva-Oliveira *et al.*, 2019; Demarco; Silva-Júnior; Azevedo, 2021).

Apenas 27,14% dos profissionais notificaram casos suspeitos de AFI, menos do que descrito em outras pesquisas (42,27% e 41,4%), como os estudos de Condori *et al.* (2018) e Silva-Oliveira *et al.* (2020). Quando se separa por categoria profissional, nota-se que os enfermeiros foram os que mais notificaram (40,91%) e os dentistas os que menos notificaram (8%), sendo que a literatura descreve que a profissão que mais notificou foi a dos médicos (47% e 90%) e a que menos notificou foi a dos cirurgiões-dentistas (15,1% e 7,4%) (Martins-Júnior *et al.*, 2019; Silva-Oliveira *et al.*, 2020).

Sobre a presença de trauma orofacial relacionado ao AFI no último ano, poucos entrevistados relataram presenciar e devido a região de cabeça e pescoço ser a área de atuação do cirurgião-dentista e pela literatura descrever essa região como a mais acometida pela violência, esperava-se maior número de cirurgiões-dentistas que tivesse presenciado esse tipo de trauma, como foi relatado por Martins-Júnior *et al.* (2019) com 33% de dentistas.

A partir da descrição desses dados, pode-se observar que ocorre a suspeição de casos, porém a notificação não é preenchida, o que gera um percentual de 45,71% de possíveis casos não notificados durante a vida profissional dos entrevistados e de 45,45% durante o último ano, este último dado é menor do que descrito em outra pesquisa (61%) (Silva-Oliveira *et al.*, 2017). A subnotificação de casos de violência pode acontecer devido ao conhecimento insuficiente dos profissionais sobre os sinais-sintomas característicos, ao desconhecimento da obrigação de notificar casos suspeitos ou ao medo de sofrer represálias por conta do agressor, dentre outros motivos (Carvalho *et al.*, 2022).

Sobre a capacidade de reconhecer os sinais e sintomas de AFI, obteve-se 58,57% de profissionais autodeclarados com alta capacidade, o que corrobora Rios *et al.* (2022) com 58,1% capazes, porém menor do que descrito por Condori *et al.* (2018) com 75,6% capazes. Quando se separa por categoria profissional, 40% dos dentistas, 63,64% dos enfermeiros e 73,91% dos médicos se autodeclararam com alta capacidade.

O baixo número de dentistas autodeclarados com alta capacidade pode ser explicado pela deficiência no ensino durante a graduação em relação ao tema, já que o assunto é pouco trabalhado durante a formação profissional. Vale ressaltar a pouca procura por parte do profissional em Educação Continuada (EC) através de cursos e de informações na temática após a sua saída da graduação ou pela falta de oferta de Educação Permanente em Saúde (EPS) pelas gestões municipais (Muniz; Dantas; Santana, 2022).

A maior parte dos profissionais afirma saber a quem recorrer para notificar casos suspeitos e comprovados de AFI (81,43%), sendo o Conselho Tutelar o órgão mais citado (75,44%), semelhante

ao descrito na literatura (Batista; Quirino, 2020; Rios *et al.*, 2022; Silva-Oliveira *et al.*, 2020). Ao avaliar que uma via da notificação deva ser enviada para a Secretaria Municipal de Saúde e ser digitada no SINAN, nota-se que poucos profissionais citaram este órgão em suas respostas, com apenas 5 citações (7,14%), sendo que 74,15% dos profissionais entrevistados em outro trabalho citaram serviços infantis ou o SINAN em suas respostas (Silva-Oliveira *et al.*, 2020).

A literatura também descreve que algumas categorias profissionais são vistas como as responsáveis pela notificação de violência, sendo a enfermagem e a medicina as responsáveis nas USF e o serviço social e a psicologia quando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é presente na região (Demarco; Silva-Júnior; Azevedo, 2021; Muniz; Dantas; Santana, 2022).

Este e outros estudos descrevem o conhecimento insuficiente e o medo como barreira para notificação do AFI (Silva-Oliveira *et al.*, 2020; Clarke *et al.*, 2020; Martins-Júnior *et al.*, 2019). Estudos mostram que em alguns casos, os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na ESF e estão em contato mais próximo com a comunidade do seu território, sentem medo ao realizar a notificação pois se sentem sujeitos a sofrer represálias e estão vulneráveis por não haver proteção a eles ou há a associação de que a notificação funcione como uma denúncia (Tobias; Cruz; Horta, 2021).

Outro motivo que explica a dificuldade em notificar é o conhecimento insuficiente sobre o assunto ou sobre a notificação. Em um estudo, alguns profissionais relataram insegurança ou incapacidade na condução de situações de violência, além de não estarem acostumados com o preenchimento e o fluxo da ficha de notificação (Muniz; Dantas; Santana, 2022). Em outros estudos, a maioria dos profissionais alegaram não saber sobre o momento do preenchimento da notificação ou não sabia do que ela se tratava (Tobias; Cruz; Horta, 2021; Ribeiro; Fernandes; Melo, 2021).

Com isso, pode-se pensar que há uma divergência entre as respostas relatadas, já que muitos profissionais se autodeclararam com alta capacidade de reconhecer sinais e sintomas de AFI, porém relatam que o conhecimento insuficiente é a maior barreira para não haver a notificação. Porém isso pode ser analisado ao verificar que o profissional declara que sabe reconhecer AFI, porém não tem conhecimento sobre obrigatoriedade da notificação, ou o momento adequado ou para quem notificar esses casos.

Devido esta problemática não ser abordada ou ministrada de maneira superficial durante a graduação, a oferta de EC ou a realização de estudos coletivos na equipe de saúde através da EPS seriam uma forma de preencher esta lacuna na formação do profissional para que possa reconhecer os sinais-sintomas e saber o fluxo de atendimento e notificação desses casos. Em um estudo com cirurgiões-dentistas da rede pública de Pelotas, no Rio Grande do Sul, quase todos da amostra (97,8%) relataram que nunca participaram de capacitações ou treinamentos sobre o assunto após ingressarem no serviço público (Demarco; Silva-Júnior; Azevedo, 2021).

Ao pensarem nos fatores que facilitariam ou encorajariam o profissional de saúde a notificar casos suspeitos de abuso físico em criança, os mais citados por eles foram a capacitação e a segurança, também descrito em outras pesquisas (Silva-Oliveira *et al.*, 2020; Martins-Júnior *et al.*, 2019). Uma sugestão compartilhada em outros estudos foi a discussão do caso suspeito ou confirmado nas reuniões de equipe, o que vai ao encontro com os objetivos da APS, para que haja envolvimento de todos os membros e tentar evitar que apenas um trabalhador seja exposto (Batista; Quirino, 2020; Ribeiro; Silva, 2018).

Todos os trabalhadores afirmam que os mecanismos de identificação e notificação de possíveis casos de AFI devem ser parte de cursos de capacitação profissional, o que corrobora outros achados (Rios *et al.*, 2022; Silva-Oliveira *et al.*, 2019; Martins-Júnior *et al.*, 2019). A EPS surge como uma promissora estratégia para que os profissionais se apoderem da temática, principalmente através das reuniões técnicas de equipe como espaço de discussão de casos e aquisição de novos conhecimentos (Muniz; Dantas; Santana, 2022).

Não obstante, segundo a PNAISC, no seu Art. 17, a promoção de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde é competência das Secretarias de Saúde dos municípios, e, caso haja necessidade, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal (Brasil, 2015).

Neste estudo, embora nem todos os entrevistados querem receber treinamento sobre esse tópico, parcela significativa (92,86%) dos profissionais disse querer participar, semelhante ao relatado em outros estudos (Rios *et al.*, 2022; Silva-Oliveira *et al.*, 2020; Martins-Júnior *et al.*, 2019). E a maioria se sentia disposto a envolver-se na detecção de abuso físico contra criança, o que mostra um ponto positivo para combater os casos de AFI e melhorar o fluxo do atendimento dos casos.

Sobre as limitações do estudo, pode-se citar o seu desenho transversal, que possibilita determinar associações, porém sem possibilitar o estabelecimento de causalidade. Além disso, vale ressaltar que os profissionais responderam ao questionário com base em suas memórias sobre os casos suspeitos e notificados durante sua trajetória profissional, que pode impactar na precisão dos dados coletados. Ademais, os resultados obtidos não representam a realidade do município de Porto Velho, devido a amostra não ser representativo com o total de profissionais vinculados à prefeitura municipal.

Conduto, o estudo se mostrou relevante ao sensibilizar os profissionais da ESF sobre a temática da suspeição, detecção e notificação do abuso físico infantil, ao promover a reflexão das principais dificuldades individuais no manejo da violência. Além disso, o estudo aborda um tema que comumente é visto como um tabu para a sociedade, que ainda associa violência física como um método de correção para o comportamento não desejável da criança e que ainda está enraizado no cotidiano das famílias, principalmente daquelas com piores condições socioeconômicas e com menor grau de estudo.

No mais, é necessário desvincular a notificação de violência com a denúncia policial, que é um dos motivos para que a ficha não seja preenchida. Dessa forma, abordar a temática da violência infantil com profissionais de saúde é uma estratégia necessária para identificar o conhecimento sobre o manejo em relação à notificação de abuso físico infantil, além de elucidar quais as principais dificuldades para que não ocorra a notificação e saber o quanto eles estão interessados em aprender mais sobre a temática e aplicá-la no seu cotidiano.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, percebe-se que apesar dos profissionais se autodeclararem capazes de identificar casos de AFI e se declarem dispostos a atuar na detecção desses casos, o conhecimento insuficiente foi o mais citado como motivo para não haver a notificação, que mostra que os entrevistados sabem reconhecer os sinais e sintomas, porém possuem dificuldades com o processo de notificação, seja pela sua obrigatoriedade em casos suspeito e/ou confirmados, seja pelo desconhecimento do momento de preenchimento ou o fluxo dessa notificação.

Além do mais, normalmente há a associação da notificação com denúncia policial, e que pode medo de represália e de se envolverem na situação, principalmente por trabalharem em USF mais periféricas e próxima de locais perigosos e com envolvimento com tráfico de drogas, não notificam os casos presenciados.

Apesar dessas limitações, a maioria dos entrevistados possuem predisposição positiva à qualificação profissional que abordem tanto o reconhecimento clínico e comportamental do AFI quando o correto preenchimento e encaminhamento da ficha de notificação.

A partir do exposto, recomenda-se a realização de ações de educação permanente realizados tanto pela Secretaria Municipal de Saúde através dos representantes do Departamento de Vigilância Epidemiológica e do Departamento de Atenção Básica, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, com abordagem dos principais sinais-sintomas sugestivos de abuso físico infantil, do preenchimento de forma correta da notificação de violência mesmo em casos suspeitos, do funcionamento da linha de cuidado da violência infantil no município.

Recomenda-se também o fortalecimento dos Núcleos de Educação Permanente presentes nas unidades de saúde do município, para que haja o fomento de ações de EPS voltadas para a realidade de cada equipe de Saúde da Família baseada nas principais demandas de seu território, com a violência infantil sendo um exemplo de tema a ser abordado.

Ressalta-se a importância de realizar novos estudos sobre a temática com mais profissionais e de abordar este tema através de estudos qualitativos, tendo em vista a relevância de entender as percepções sobre a notificação de AFI pelos profissionais.

REFERÊNCIAS

BATISTA, M. K. B.; QUIRINO, T. R. L. Debatendo a violência contra crianças na saúde da família: reflexões a partir de uma proposta de intervenção em saúde. **Saúde e Sociedade, São Paulo**, v. 29, n. 4, e180843, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180843>. Acesso em: 6 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.679, de 18 de setembro de 2023**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/l14679.htm#art2. Acesso em: 30 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha de notificação/investigação individual: violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violero.def>. Acesso em: 29 nov. 2025.

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 confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html. Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional [...]. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 26 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 18 set. 2022.

CARVALHO, A. J. M.; AZEVEDO, A. A.; SILVA, G. B. *et al.* Aspectos gerais, diagnóstico e condutas pelo cirurgião-dentista frente aos maus-tratos contra crianças e adolescentes. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 6, n. 2, p. 83-92, 2022. Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/RCO/article/view/2004>. Acesso em: 3 nov. 2022.

CLARKE, L.; CHANA, P.; NAZZAL, H.; BARRY, S. Experience of and barriers to reporting child safeguarding concerns among general dental practitioners across Great Manchester. **British Dental Journal**, v. 227, n. 5, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0663-2>. Acesso em: 26 set. 2023.

CONDORI, P. L. P.; NASCIMENTO, S. C. L.; MITIE, A. B. D. *et al.* Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta de profissionais de nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 15, n. 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.21726/rsbo.v15i1.612>. Acesso em: 1 mar. 2023.

CORREIA, B. O. P. C.; SILVA, A. B. C.; MEIRA, L. P. *et al.* A importância da Atenção Primária à Saúde na identificação da violência infantil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 7, e10728, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e10728.2022>. Acesso em: 3 nov. 2022.

COSTA, C. C.; MANIA, T. V. Maus-tratos infantis: lesões que podem ser identificadas por cirurgiões-dentistas. **Revista Multidisciplinar de Psicologia**, v. 13, n. 44, p. 905-916, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i44.1608>. Acesso em: 3 nov. 2022.

DEMARCO, G. T.; SILVA-JÚNIOR, I.; AZEVEDO, M. S. Conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas da rede pública de Pelotas frente aos maus-tratos infantis. **Revista da ABENO**, v. 21, n. 1, p. 1077, 2021. DOI: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1077>. Acesso em: 24 set. 2023.

HIRSCHMANN, R.; MARTINS, R. C.; GONÇALVES, H. Maus-tratos infantis e comportamentos sexuais de risco na idade adulta: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 3, p. 5057-5068, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.31562019>. Acesso em: 10 nov. 2022.

LAZENBATT, A.; FREEMAN, R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 3, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x>. Acesso em: 8 dez. 2022.

LEVANDOWSKI, M. L.; STAHNKE, D. N.; MUNHOZ, T. N. *et al.* Impacto do distanciamento social nas notificações contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140020>. Acesso em: 13 nov. 2022.

MARQUES, D. O.; MONTEIRO, K. D.; SANTOS, C. S. *et al.* Violência contra crianças e adolescentes: atuação da enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246168>. Acesso em: 24 set. 2023.

MARTINS-JÚNIOR, P. A.; RIBEIRO, D. C.; PERUCH, G. S. O. *et al.* Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19482017>. Acesso em: 25 set. 2023.

MUNIZ, B. A. A.; DANTAS, A. L. M.; SANTANA, M. M. de. Notificação de violência infantojuvenil: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs620>. Acesso em: 22 fev. 2023.

NUNES, G. C.; NASCIMENTO, M. C. D.; ALENCAR, M. A. C. Pesquisa científica: conceitos básicos. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 29, 2016. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v10i1.390>. Acesso em: 22 fev. 2023.

PORTO VELHO. **Plano Municipal de Saúde 2022–2025**. Porto Velho: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Disponível em: [https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/editor/files/PLANO_MUNICIPAL_SAUDE_2022_2025_vFinal%20\(2\).pdf](https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/editor/files/PLANO_MUNICIPAL_SAUDE_2022_2025_vFinal%20(2).pdf). Acesso em: 17 nov. 2022.

RIBEIRO, F. M. A.; FERNANDES, F. E. C. V.; MELO, R. A. Rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência na visão dos profissionais. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42099>. Acesso em: 1 out. 2023.

RIBEIRO, R. U. P.; SILVA, A. L. Notificação compulsória de violência na Atenção Básica: o que dizem os profissionais? **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília**, v. 21, 2018. DOI: <https://doi.org/10.36311/1983-2192.2018.v21n21.p164>. Acesso em: 1 out. 2023.

RIOS, E. B.; RODRIGUES, G. S.; ROCHA, S. A. *et al.* Conhecimento dos cirurgiões-dentistas que atuam em unidades básicas de saúde frente aos abusos e maus-tratos infantis. **Revista de APS**, v. 25, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.33935>. Acesso em: 1 mar. 2023.

SANTANA, A. C. C. S. Desafios da atenção à violência doméstica pela equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 5, n. 3, p. 215, 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7059>. Acesso em: 2 nov. 2022.

SILVA-OLIVEIRA, F. *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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01322013%20>. Acesso em: 8 dez. 2022.

SILVA-OLIVEIRA, F.; ANDRADE, C. I.; GUIMARÃES, M. O. *et al.* Frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família e relação com fatores socioeconômicos. **Arquivos em Odontologia**, v. 53, 2017. DOI: <https://doi.org/10.7308/aodontol/2017.53.e09>. Acesso em: 28 set. 2023.

SILVA-OLIVEIRA, F.; ANDRADE, C. I.; GUIMARÃES, M. O. *et al.* Recognition of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 29, n. 5, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/ipd.12506>. Acesso em: 28 set. 2023.

SILVA-OLIVEIRA, F.; FERREIRA, R. C.; ALENCAR, G. P. *et al.* Reporting of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals and associated factors. **Child Abuse & Neglect**, v. 107, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104571>. Acesso em: 1 out. 2023.

SOARES, C. F. S.; ARAÚJO, R. S.; ESTRELA, F. M. *et al.* Fatores precipitantes e/ou agravantes da violência contra crianças no contexto da COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 9430-9442, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-638>. Acesso em: 22 fev. 2023.

TOASSI, R. F. C.; PETRY, P. C. Metodologia científica aplicada à área da saúde. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/218553/001123326.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2022.

TOBIAS, V. K. G.; CRUZ, M. G. S.; HORTA, A. L. de M. Perspectiva dos profissionais de unidades básicas de saúde sobre a ocorrência de maus-tratos infantis. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-567>. Acesso em: 24 set. 2023.

UNITED NATIONS. **Transforming our world**: the 2030 agenda for sustainable development. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>. Acesso em: 26 fev. 2024.

WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R.; PFEIFFER, L. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. 2. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%AAdtimas_Viol%C3%AAncia_2018.pdf. Acesso em: 2 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on preventing violence against children 2020**. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/70731/file/Global-statusreport-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>. Acesso em: 18 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a25476ed-8585-47f3-986e-9d0e7f5e9f1b/content>. Acesso em: 18 set. 2022.