

Ana Flávia Granville-Garcia¹
Taciane Martins Teixeira Vaz²
Veruska Medeiros Martins³
Andreza Cristina de Lima Targino Massoni⁴
Alessandro Leite Cavalcanti¹
Valdenice Aparecida Menezes⁴

Abuse of Children and Adolescent in Solânea, Paraíba, Brazil: Occurrence and Professional Conduct

| Maus-tratos em crianças e adolescentes de Solânea, Paraíba, Brasil: ocorrência e conduta profissional

ABSTRACT | *Objective: To observe the occurrence of abuse of children and adolescents recorded in the Guardianship Council of the city of Solânea-PB, Brazil, and to evaluate the knowledge of health professionals on the subject. Methodology: Cross sectional analytical, through data collection in the Guardianship Council of the city and interviews with 42 health professionals. The Statistical analysis was performed using the Exact Fischer test (5% significance). Results: The most reported type of abuse was physical violence (44%), the mother being the main aggressor (59%), and the abuse of children over the age of 15 was more frequent (26%). Most health professionals claimed to have knowledge of the subject (87.8%, $p = 0.655$) and consider themselves able to make the diagnosis (90.2%, $p = 0.609$). Slightly more than half of the professionals have already suspected of a case of abuse (54.8%, $p = 0.062$) and 34.8% of the professionals reported to authorities cases of abuse. The Guardianship Council was the most cited place for reporting abuse cases (88.1%, $p = 0.251$) and hematoma the most reported clinical sign (71.4%, $p = 0.890$). Most professionals received no information on the subject at undergraduate level (73.8%, $p = 0.029$) and would like to be trained on the subject (95.2%, $p = 0.652$). In the majority of answers there was no significant difference among the professional categories. Conclusion: The professionals surveyed are not prepared to identify abuse, and more training is necessary to diagnose situations of violence and to report suspected cases.*

Keywords | Child; Domestic violence; Health personnel.

RESUMO | *Objetivo: Observar a ocorrência de maus-tratos na infância e adolescência registrados no Conselho Tutelar do município de Solânea-PB e verificar o conhecimento de profissionais de saúde sobre o assunto. Metodologia: Estudo transversal analítico, por meio de levantamento de dados no Conselho Tutelar do município e entrevista com 42 profissionais de saúde. A análise estatística foi realizada pelo teste Exato de Fischer (significância de 5%). Resultados: O tipo de maus-tratos mais registrado foi a violência física (44%), sendo a mãe a principal agressora (59%), e a faixa etária maior que 15 anos a mais frequente (26%). A maioria dos profissionais de saúde afirmou ter conhecimento sobre o tema (87,8%, $p=0,655$) e se considera apta a fazer o diagnóstico (90,2%, $p=0,609$). Um pouco mais que a metade já suspeitou de caso de maus-tratos (54,8%, $p=0,062$) e 34,8% dos profissionais reportaram à Justiça casos de maus-tratos. O Conselho Tutelar foi o órgão mais citado para denúncias (88,1%, $p=0,251$), e o hematoma o sinal clínico mais indicado (71,4%, $p=0,890$). A maioria não recebeu informações sobre o tema na graduação (73,8%, $p=0,029$) e gostaria de ser capacitado sobre o assunto (95,2%, $p=0,652$). Na maioria das repostas, não se observou diferença significativa entre as categorias profissionais. Conclusão: Os profissionais pesquisados não estão preparados para identificar maus-tratos, portanto é necessário treinamento para diagnosticar situações de violência e notificar casos suspeitos.*

Palavras-chave | Criança; Violência doméstica; Pessoal de saúde.

¹Professor do Mestrado em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

²Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

³Mestranda em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

⁴Doutora em Odontopediatria pela Universidade de Pernambuco, Camaragibe, Brasil.

INTRODUÇÃO |

No Brasil, os maus-tratos são considerados a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade, representando, então, um grave problema de saúde pública para a nossa sociedade. Trata-se de uma população cujos direitos básicos são muitas vezes violados, como o acesso à escola, a assistência à saúde e aos cuidados necessários para o seu desenvolvimento. Os menores são, ainda, explorados sexualmente e usados como mão de obra complementar para o sustento da família. Há situações em que são abandonados à própria sorte, fazendo da rua seu espaço de sobrevivência. Nesse contexto de exclusão, as crianças podem ser alvo de ações violentas que comprometem física e mentalmente a sua saúde²².

Os maus-tratos infantis são considerados um fenômeno mundial que atinge todas as classes sociais, em toda sua diversidade cultural, embora seja mais visível nas classes menos favorecidas devido ao maior controle pelas autoridades policiais e pelo fato de essa classe geralmente procurar as delegacias com maior frequência¹⁸. O Quadro 1 descreve o perfil epidemiológico de estudos nacionais sobre este tema.

O aumento dos casos de maus-tratos contra a criança tem alertado quanto à necessidade de capacitação de profissionais para identificação e prevenção^{2,20}. Para a legislação brasileira, a notificação de suspeita de maus-tratos pelos profissionais de saúde ao Conselho Tutelar é obrigatória^{1,9}. Apesar disso, alguns profissionais de saúde se omitem em casos de maus-tratos, justificando essa

postura pelos seguintes motivos: falta de conhecimento sobre a conduta correta^{2,15,19,21}, incerteza no diagnóstico² e medo de se envolver legalmente^{10,11,16}.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo observar a ocorrência de maus-tratos a crianças e adolescentes, bem como verificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o assunto.

METODOLOGIA |

Este estudo foi realizado em Solânea (PB), município considerado de pequeno porte, com 31.208 habitantes¹⁴. Tratou-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, descritiva e analítica, realizada em duas etapas: um levantamento de dados secundários do Conselho Tutelar (período de 2007 a 2008) e entrevistas com os profissionais da área de saúde (7 cirurgiões-dentistas, 10 médicos e 25 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que estavam na ativa na rede pública ou privada. A fidedignidade das respostas foi testada pelo método de validação de “face” em 10% dos entrevistados⁸.

As informações obtidas foram calculadas por técnicas estatísticas descritivas por distribuições absolutas, percentuais de medidas e técnicas de estatísticas inferenciais (Exato de Fischer).

Esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba e obteve autorização, conforme número de Protocolo: CAAE 0420.0.133.000-08. Além disso, todas as etapas de execução consideraram

| Autor/Local/ | Instituição/ Período | Número de casos | Sexo da vítima | Idade em anos | Principal tipo de maus-tratos | Local da lesão (violência física) | Agressor |
|--|---|--------------------|-------------------|------------------|----------------------------------|---|--------------|
| Cavalcanti e Duarte ⁴ João Pessoa (PB). | Departamento Médico-Legal, de 1999 a 2001 | 539 | - | - | - | Cabeça e face (60,9%) | - |
| Silveira, Mayrink, Netto ²² Blumenau (SC). | Instituto Médico-Legal | 452 | Feminino (52%) | > 13 (61%). | - | Cabeça e pescoço (44%) | Pai (34%) |
| Granville-Garcia <i>et al.</i> ¹³ Caruaru (PE) | Conselho Tutelar entre 2002 e 2004 | 798 | Masculino (55,3%) | - | Negligência (49,24%) | - | - |
| Ferreira <i>et al.</i> ⁷ João Pessoa (PB) | Conselho Tutelar entre 2004 e 2005 | - | Masculino (52,2%) | 0 a 3 (35,8%). | Negligência (65,3%) | Cabeça e pescoço (2,1%) | Mãe (42,1%). |
| Granville-Garcia <i>et al.</i> ¹⁰ (2008a) São Bento do Una (PE) | Conselho Tutelar entre 2000 e 2006 | 343 | - | - | Negligência (54,22%) | - | - |

Quadro 1 - Perfil epidemiológico de estudos nacionais sobre maus-tratos infantis

as orientações propostas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS |

A análise dos dados secundários no Conselho Tutelar apresentou 38 registros de maus-tratos infantis. Em adição, verifica-se que os maus-tratos foram mais prevalentes nos adolescentes acima de 15 anos (26%), sendo o sexo feminino o mais frequente (50%) (Tabela 1). Observou-se que a violência física foi o tipo de agressão mais prevalente (44%), e a mãe a principal agressora (59%). Em relação ao denunciante, a mãe e o anônimo representaram percentuais iguais, 21% cada um.

Tabela 1 - Distribuição das vítimas de maus-tratos infantis em relação à idade, ao sexo, ao tipo de agressão, ao agressor e ao denunciante (continua)

| Variável | nº | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Idade das vítimas | | |
| 0 – 5 anos | 9 | 24 |
| 6 – 11 anos | 7 | 18 |
| 12 – 15 anos | 5 | 14 |
| > 15 anos | 10 | 26 |
| Não mencionado | 7 | 18 |
| TOTAL | 38 | 100 |
| Sexo das vítimas | | |
| Feminino | 19 | 50 |
| Masculino | 17 | 45 |
| Não mencionado | 2 | 5 |
| TOTAL | 38 | 100 |

Tabela 1 - Distribuição das vítimas de maus-tratos infantis em relação à idade, ao sexo, ao tipo de agressão, ao agressor e ao denunciante (conclusão)

| Variável | nº | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Tipo de agressão | | |
| Física | 17 | 44 |
| Psicológica | 6 | 16 |
| Sexual | 3 | 8 |
| Negligência | 12 | 32 |
| TOTAL | 38 | 100 |
| Agressor | | |
| Mãe | 22 | 59 |
| Pai | 9 | 23 |
| Familiar | 4 | 10 |
| Não mencionado | 3 | 8 |
| TOTAL | 38 | 100 |
| Denunciante | | |
| Pai | 6 | 16 |
| Mãe | 8 | 21 |
| Vítima | 5 | 13 |
| Parente/amiga da família | 6 | 16 |
| Outros | 5 | 13 |
| Anônimo | 8 | 21 |
| TOTAL | 38 | 100 |

A maioria dos profissionais relatou ter conhecimento sobre a violência contra a criança (87,8%, $p=0,655$) e se considera apto a realizar o diagnóstico (90,2%, $p=0,609$). Um pouco mais que a metade suspeitou de casos de violência (54,8%, $p=0,062$) e a atitude mais citada foi conversar com o responsável ou com a família (56,5%, $p=0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação das questões relacionadas com o conhecimento da violência contra criança segundo a profissão - Solânea-PB 2009 (continua)

| Questão | Cirurgião-dentista | | Profissão Corpo de enfermagem | | Médico | | Grupo Total | | Valor de p |
|--|--------------------|--------------|----------------------------------|--------------|----------|--------------|-------------|--------------|-------------------|
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % | |
| Tem conhecimento a respeito da violência contra criança? | | | | | | | | | |
| Sim | 6 | 85,7 | 21 | 84,0 | 9 | 100,0 | 36 | 87,8 | $p^{(1)} = 0,655$ |
| Não | 1 | 14,3 | 4 | 16,0 | - | - | 5 | 12,2 | |
| TOTAL² | 7 | 100,0 | 25 | 100,0 | 9 | 100,0 | 41 | 100,0 | |
| Considera-se apto a fazer o diagnóstico de maus-tratos infantis? | | | | | | | | | |
| Sim | 6 | 85,7 | 21 | 87,5 | 10 | 100,0 | 37 | 90,2 | $p^{(1)} = 0,609$ |
| Não | 1 | 14,3 | 3 | 12,5 | - | - | 4 | 9,8 | |

(*): Diferença significativa a 5,0%.

(1): Por meio do teste Exato de Fisher.

(2): Um profissional não respondeu.

(3): Três profissionais não responderam.

Tabela 2 – Avaliação das questões relacionadas com o conhecimento da violência contra criança segundo a profissão - Solânea-PB 2009 (conclusão)

| Questão | Profissão | | | | | | | | Valor de p |
|---|--------------------|--------------|---------------------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|---------------------------|
| | Cirurgião-dentista | | Corpo de enfermagem | | Médico | | Grupo Total | | |
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % | |
| Já suspeitou de algum caso? | | | | | | | | | |
| Sim | 1 | 14,3 | 15 | 60,0 | 7 | 70,0 | 23 | 54,8 | p ⁽¹⁾ = 0,062 |
| Não | 6 | 85,7 | 10 | 40,0 | 3 | 30,0 | 19 | 45,2 | |
| TOTAL | 7 | 100,0 | 25 | 100,0 | 10 | 100,0 | 42 | 100,0 | |
| Em caso afirmativo, qual foi o seu procedimento diante do fato? | | | | | | | | | |
| Nenhum | - | - | - | - | 2 | 28,6 | 2 | 8,7 | p ⁽¹⁾ = 0,001* |
| Reportou à Justiça | - | - | 3 | 20,0 | 5 | 71,4 | 8 | 34,8 | |
| Conversou com o responsável ou família | 1 | 100,0 | 12 | 80,0 | - | - | 13 | 56,5 | |
| TOTAL³ | 1 | 100,0 | 15 | 100,0 | 7 | 100,0 | 23 | 100,0 | |

(*): Diferença significativa a 5,0%.

(1): Por meio do teste Exato de Fisher.

(2): Um profissional não respondeu.

(3): Três profissionais não responderam.

Na Tabela 3, verifica-se que a maioria conhece algum órgão de proteção à criança (88,1%, p=0,251). O Conselho Tutelar foi o mais citado (88,1%, p=0,251). Os hematomas foram os sinais mais destacados (71,4%, p=0,890) e 26,2% receberam informações sobre o tema (p=0,029). Todos acreditam que o tema é importante e 95,2% gostariam de receber informações sobre o assunto (p=0,652).

DISCUSSÃO |

A ocorrência de maus-tratos registrados no município de Solânea (PB), no período de referência para o estudo, foi de 38 casos. O maior percentual registrado ocorreu na faixa etária superior a 15 anos de idade, concordando com o estudo de Silveira et al.²¹ que enfatiza as faixas etárias mais avançadas como as mais vitimadas. Quanto ao sexo, em

Tabela 3 – Avaliação das questões relacionadas com o conhecimento da violência contra criança segundo a profissão - Solânea-PB 2009 (continua)

| Questão | Profissão | | | | | | | | Valor de p |
|---|--------------------|-------|---------------------|------|--------|-------|-------------|------|--------------------------|
| | Cirurgião-dentista | | Corpo de enfermagem | | Médico | | Grupo Total | | |
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % | |
| Conhece algum órgão de proteção à criança ou a quem recorrer nos casos de maus-tratos infantis? | | | | | | | | | |
| Sim | 7 | 100,0 | 20 | 80,0 | 10 | 100,0 | 37 | 88,1 | p ⁽¹⁾ = 0,251 |
| Não | - | - | 5 | 20,0 | - | - | 5 | 11,9 | |
| Órgãos que conhece: | | | | | | | | | |
| Conselho Tutelar | 7 | 100,0 | 20 | 80,0 | 10 | 100,0 | 37 | 88,1 | p ⁽¹⁾ = 0,251 |
| Promotoria de Justiça | 1 | 14,3 | 1 | 4,0 | 3 | 30,0 | 5 | 11,9 | p ⁽¹⁾ = 0,062 |
| Juizado de Menores | - | - | 1 | 4,0 | - | - | 1 | 2,4 | p ⁽¹⁾ = 1,000 |
| Polícia Militar | - | - | - | - | 2 | 20,0 | 2 | 4,8 | p ⁽¹⁾ = 0,077 |

(1): Por meio do teste Exato de Fisher.

Tabela 3 – Avaliação das questões relacionadas com o conhecimento da violência contra criança segundo a profissão - Solânea-PB 2009 (conclusão)

| Questão | Profissão | | | | | | | | Valor de p |
|--|--------------------|--------------|---------------------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|---------------------------|
| | Cirurgião-dentista | | Corpo de enfermagem | | Médico | | Grupo Total | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | |
| Quais os sinais e sintomas: | | | | | | | | | |
| Hematomas | 5 | 71,4 | 17 | 68,0 | 8 | 80,0 | 30 | 71,4 | p ⁽¹⁾ = 0,890 |
| Sinais psicológicos | 3 | 42,9 | 7 | 28,0 | 5 | 50,0 | 15 | 35,7 | p ⁽¹⁾ = 0,453 |
| Ferimentos | 3 | 42,9 | 8 | 32,0 | 2 | 20,0 | 13 | 31,0 | p ⁽¹⁾ = 0,588 |
| Desnutrição | - | - | 2 | 8,0 | 1 | 10,0 | 3 | 7,1 | p ⁽¹⁾ = 1,000 |
| Edema | 1 | 14,3 | 2 | 8,0 | - | - | 3 | 7,1 | p ⁽¹⁾ = 0,538 |
| Fraturas | - | - | - | - | 3 | 30,0 | 3 | 7,1 | p ⁽¹⁾ = 0,014* |
| Sinais de abuso sexual | - | - | 2 | 8,0 | - | - | 2 | 4,8 | p ⁽¹⁾ = 1,000 |
| Falta de higiene | - | - | 1 | 4,0 | 1 | 10,0 | 2 | 4,8 | p ⁽¹⁾ = 0,652 |
| Traumatismos musculares | - | - | - | - | 2 | 20,0 | 2 | 4,8 | p ⁽¹⁾ = 0,077 |
| Cegueira | - | - | - | - | 2 | 20,0 | 2 | 4,8 | p ⁽¹⁾ = 0,077 |
| Queimaduras | - | - | - | - | 1 | 10,0 | 1 | 2,4 | p ⁽¹⁾ = 0,405 |
| Convulsões | - | - | - | - | 1 | 10,0 | 1 | 2,4 | p ⁽¹⁾ = 0,405 |
| TOTAL | 7 | 100,0 | 25 | 100,0 | 10 | 100,0 | 42 | 100,0 | |
| Recebeu alguma informação sobre o tema durante a sua formação acadêmica? | | | | | | | | | |
| Sim | 1 | 14,3 | 4 | 16,0 | 6 | 60,0 | 11 | 26,2 | p ⁽¹⁾ = 0,029* |
| Não | 6 | 85,7 | 21 | 84,0 | 4 | 40,0 | 31 | 73,8 | |
| TOTAL | 7 | 100,0 | 25 | 100,0 | 10 | 100,0 | 42 | 100,0 | |
| Acha importante o conhecimento do tema? | | | | | | | | | |
| Sim | 7 | 100,0 | 25 | 100,0 | 10 | 100,0 | 42 | 100,0 | ** |
| Não | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| TOTAL | 7 | 100,0 | 25 | 100,0 | 10 | 100,0 | 42 | 100,0 | |
| Gostaria de receber uma capacitação em relação ao assunto? | | | | | | | | | |
| Sim | 7 | 100,0 | 24 | 96,0 | 9 | 90,0 | 40 | 95,2 | p ⁽¹⁾ = 0,652 |
| Não | - | - | 1 | 4,0 | 1 | 4,0 | 2 | 4,8 | |
| TOTAL | 7 | 100,0 | 25 | 100,0 | 10 | 100,0 | 42 | 100,0 | |

(*): Diferença significativa a 5,0%.

(**): Não foi possível determinar devido à ausência de uma das categorias.

(1): Por meio do teste Exato de Fisher.

5% dos casos denunciados, não foi relatado. Nos demais registros, verificou-se que 50% era do sexo feminino, contrariando outros estudos^{7,13,21}.

A violência física foi o tipo mais frequente (44%), resultado este semelhante ao de Day et al.⁵ e Carvalho et al.³. Esse achado pode ser devido ao fato de manifestações físicas

da violência ser mais facilmente perceptíveis e identificadas quando comparadas com abuso emocional e negligência¹². A segunda modalidade mais registrada foi a negligência (32%). Em oposição, outros estudos relataram ser essa a de maior ocorrência^{7,10,13,21}. Esse é um tipo de violência silenciosa e difícil de ser detectada, parecendo não inspirar o mesmo grau de indignação, embora não menos grave

do que as demais modalidades. É um fator ainda mais complicado em sociedades nas quais uma importante parcela das crianças e adolescentes são vítimas crônicas do descuido do próprio Estado, que não lhes garante condições mínimas necessárias ao crescimento e desenvolvimento. Nessas circunstâncias, a própria definição de negligência familiar é pouco clara, o que dificulta a imputação de causalidade em certas associações encontradas.

Verificou-se, neste estudo, que a mãe foi a principal agressora (59%) das crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, aspecto que traz modificações culturais nas concepções de que o agressor dessa população é alguém estranho à vítima⁵. Os achados deste estudo foram semelhantes aos de outros trabalhos presentes na Literatura^{1,6,7}. Em geral, é a mãe quem passa mais tempo junto aos filhos, cabendo-lhe culturalmente o manejo das decisões cotidianas e da convivência doméstica⁶.

Em relação à autoria da denúncia, a mãe, ao lado de pessoas anônimas foram os principais responsáveis, concordando com outras pesquisas^{7,22}.

Constatou-se que a maioria dos entrevistados afirmou ter conhecimento sobre a violência contra a criança e o adolescente, sem diferença estatística entre as categorias profissionais ($p=0,655$). Esse resultado está de acordo com dados da literatura^{10,11,16,23}.

Majoritariamente, os profissionais consideram-se aptos a fazer o diagnóstico em caso de maus-tratos ($p=0,609$). Resultados semelhantes foram relatados em pesquisas similares^{11,23}.

Um percentual de 54,8% dos profissionais já havia suspeitado de casos de maus-tratos ($p=0,602$). Embora a maioria afirmasse ter conhecimento de como agir em caso de maus-tratos, apenas 34,8% os reportaram à Justiça ($p<0,001$), sendo os médicos os principais responsáveis por essa atitude. O comportamento mais adotado foi conversar com os familiares. Um baixo percentual de cirurgiões-dentistas reporta casos de maus-tratos à Justiça^{2,19,21}. Nesse contexto, é importante ressaltar que, caso o profissional tome conhecimento da ocorrência de maus-tratos praticados contra a criança e o adolescente, e não o comunique às autoridades, estará incorrendo em ilícito penal, às sanções da lei, podendo, inclusive, ser processado criminalmente⁴.

A maioria dos profissionais conhece algum órgão de proteção à criança ($p=0,251$). O Conselho Tutelar foi o mais citado ($p=0,251$). Resultados similares foram relatados em inquéritos realizados com cirurgiões-dentistas^{9,11,19}. Em

pesquisa com odontopediatras da cidade do Recife (PE)², verificou-se um elevado percentual de abstenções nessa questão (67,86%), denotando o desconhecimento dos profissionais sobre os órgãos de proteção à criança.

A incerteza do diagnóstico tem sido apontada pelo número tímido de denúncias por parte dos profissionais de saúde^{2,6}. Nesse sentido, foi indagado aos pais sobre a sintomatologia dos maus-tratos. Os hematomas, os sinais psicológicos e os ferimentos foram os mais citados, sem diferença estatística. Esses são sinais e sintomas mais referendados como característicos de maus-tratos¹.

A maioria dos pesquisados não recebeu informações acadêmicas sobre o assunto ($p=0,029$). Nessa questão, os profissionais da área médica apresentaram melhores resultados. Essa é uma lacuna já percebida na formação acadêmica⁹. O papel da universidade é formar profissionais preparados para agir de forma ética e responsável com os recursos humanos, sendo ainda capazes de entender a complexidade de problemas, como a pobreza, as desigualdades sociais e a violência.

A unanimidade dos profissionais reconheceu a importância do tema e apenas dois (4,8%) não gostariam de receber informações sobre a temática. Ressalta-se que, em frente à complexidade da violência cometida contra crianças e adolescentes, questões como capacitação profissional, planejamento de ações integradas e participação dos profissionais em ações públicas devem ser equacionadas, visando a uma melhor abordagem desses casos⁹. É fato que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias preconcebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar a quem for competente essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação¹⁷.

Nesse sentido, o estabelecimento de programas de formação continuada, o aprimoramento das instituições de proteção aos menores e a ampliação das redes de suporte profissional poderiam reduzir o grau de insegurança profissional e incrementar o número de notificações de casos de maus-tratos.

CONCLUSÃO |

Este trabalho conclui que:

- a) crianças e adolescentes das faixas etárias superiores a 15 anos e do sexo feminino foram os

mais vitimados pelos maus-tratos, e a violência física e a negligência foram os tipos mais frequentes;

b) o principal agente agressor foi a mãe;

c) os principais denunciadores, em mesma proporção, foram a mãe e o denunciante anônimo;

d) a maioria dos profissionais de saúde pesquisados afirmou ter conhecimento a respeito do tema e se considera apto a fazer o diagnóstico, entretanto, menos da metade reportou casos suspeitos à Justiça;

e) o Conselho Tutelar foi o órgão mais citado para denúncias, e o hematoma o sinal clínico mais indicado.

f) a maioria dos entrevistados não recebeu informações sobre o tema na graduação e gostaria de receber uma capacitação sobre o assunto;

g) na maioria das respostas, não se observou diferença significativa entre as categorias profissionais.

Valença AMG. Maus-tratos infantis: estudo nos conselhos tutelares do município de João Pessoa no período de 2004 a 2005. *Rev de Odontologia da UNESP* 2007; 36(3):237-41.

8 - Frankfort-Nachimias C, Nachimias D. *Research methods in the social sciences*. 4 ed. London: Edward Arnold; 1992.

9 - Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1):315-9.

10 - Granville-Garcia AF, Menezes VA, PFRM Silva. Maus-tratos infantis: percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. *Revista Odonto Ciência* 2008a; 23(1):35-9.

11 - Granville-Garcia AF, Silva MJS, Menezes VA. Maus-tratos a crianças e adolescentes: um estudo em São Bento do UNA, PE, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2008b; 8(3):301-7.

12 - Granville-Garcia AF, Souza MGC, Menezes VA, Barbosa RG, Cavalcanti AL. Conhecimento e percepção de professores sobre maus-tratos em crianças e adolescentes. *Saúde Soc* 2009; 18(1):131-40.

13 - Granville-Garcia AF, Menezes V, Torres Filho B, Araújo JR, Silva PF. Ocorrência de maus-tratos infantis em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru/PE. *Pesq Bras Odontoped Clin Integ* 2006; 6(1):65-70.

14 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores demográficos e sociais. [citado 2009 abr 20]. Disponível em: URL: <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/paraiba/SOLANEA.pdf>.

15 - Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56(3):227-36.

16 - Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K, et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis Ver Bras Saude Mater Infant 2005; 5(1):103-8.

17 - Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3):472-7.

18 - Santos JF, Cavalcanti AL, Nunes KS, Silva EC. Primary identification of an abused child in dental office: a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007; 6(4):191-3.

19 - Santos JF, Nunes KS, Cavalcanti AL, Silva EC. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras

REFERÊNCIAS |

1 - ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção: guia de orientação para educadores. 3 ed. Petrópolis: Autores e Agentes Associados; 2000.

2 - Andrade Lima K, Colares V, Cabral H. Avaliação dos odontopediatras do Recife em relação ao abuso infantil. *Rev Odont Ciênc* 2005; 20(49):231-6.

3 - Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção ao adolescente em Salvador, Bahia. *Cienc Saúde Coletiva* 2009; 14(2):539-46.

4 - Cavalcanti AL, Duarte RC. Manifestações bucais do abuso infantil em João Pessoa - Paraíba-Brasil, REBRASA 2003; 7(2):161-70.

5 - Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja, MRF, Machado DA, Silveira MB et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul* 2003; 25(1):9-21.

6 - Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(1):177-88.

7 - Ferreira JMS, Cysne SS, Pires LV, Medeiros LADM,

em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2006; 6(3):273-9.

20 - Shaffer A, Yates TM, Egeland BR. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. *Child Abuse and Neglect* 2009; 33(1):36-44.

21 - Silveira LL, Mayrink S, Netto O. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2005; 5(2): 119-26.

22 - Sociedade Brasileira de Pediatria, Centro Latino-Americano de Estudos e Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Justiça. Guia de atuação frente a maustratos na infância e adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. 2ª ed. Rio de Janeiro: SBP/ Claves/ ENSP/ FIOCRUZ/ Ministério da Justiça; 2001.

23 - Souza ER, Assis SG, Pesce RP. Fatores de risco para o abuso sexual de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Arq Bras Psicol* 2001; 53(1):54-71.

Correspondência para/ Reprint request to:

Ana Flávia Granville-Garcia

Rua Capitão João Alves de Lira, 1325, apto 410, Bela Vista

Campina Grande - PB

CEP: 58428-800

Email: anaflaviagg@hotmail.com