

# Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras

*Difficulties to identify and report cases of abuse against children and adolescents from the viewpoint of pediatricians*

Thais Helena Bannwart<sup>1</sup>, Rachel de Faria Brino<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever e analisar as dificuldades enfrentadas na identificação e notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes sob a óptica de médicos pediatras.

**Métodos:** Estudo qualitativo envolvendo oito participantes (quatro homens e quatro mulheres), com média de idade de 48 anos e tempo médio de experiência profissional de 22 anos. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário contendo: a) duas vinhetas descrevendo uma situação que envolvia suspeita de maus-tratos contra crianças, com duas questões em cada vinheta, as quais tratavam do processo de identificação da suspeita e das dificuldades encontradas, e b) três questões adicionais sobre dificuldades específicas nesse procedimento de identificação de maus-tratos.

**Resultados:** As dificuldades observadas no estudo foram descrença na efetividade do Conselho Tutelar, formação inexistente ou insuficiente sobre o tema, além de limitações pessoais. Ademais, foi observada a necessidade de confirmação da suspeita de maus-tratos para que fosse feita a notificação, o que contradiz a legislação.

**Conclusões:** O despreparo do profissional para lidar com vítimas de violência deve-se, possivelmente, ao desconhecimento sobre como proceder frente a esses casos. Além disso, o modelo biomédico vigente dificulta a identificação de possíveis casos, pois sinais e sintomas de maus-tratos

infantis podem ser confundidos com outros diagnósticos diferenciais. Há necessidade de treinamento dos pediatras acerca da abordagem aos maus-tratos, bem como a avaliação da efetividade dessas capacitações.

**Palavras-chave:** notificação de abuso; Pediatria; prevenção secundária; maus-tratos infantis.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe and analyze the difficulties found in identifying and notifying abuse against children and adolescents in the opinion of pediatricians.

**Methods:** Qualitative study with eight participants (four men and four women), with an average age of 48 years and an average time of professional experience of 22 years. The tool used for data collection was a questionnaire containing: a) two vignettes describing a situation involving suspected abuse against children with two questions in each sticker dealing with the process of identifying the suspect and the difficulties encountered, and b) three additional questions on specific difficulties in the procedure of identifying child abuse.

**Results:** The main difficulties noted by the pediatricians were disbelief in the effectiveness of the Child Support Service, non-existence or inadequate training on child-abuse issues by the pediatricians, and personal limitations. These

Instituição: Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (Laprev) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, SP, Brasil

<sup>1</sup>Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Laprev da UFSCar, São Carlos, SP, Brasil

<sup>2</sup>Doutora em Educação Especial pela UFSCar; Professora Adjunta de Medicina da UFSCar, São Carlos, SP, Brasil

Endereço para correspondência:  
Thais Helena Bannwart  
Rua Noruega, 19 – Jardim Europa  
CEP 18045-230 – Sorocaba/SP  
E-mail: thais.psico@gmail.com

Fonte financiadora: Programa Integrado de Apoio ao Docente Recém-Doutor

Conflito de interesse: nada a declarar

Recebido em: 16/4/2010

Aprovado em: 8/12/2010

difficulties are the same reported by the literature. Furthermore, professionals thought that in order to report the case, confirmation of the suspected abuse is needed, which contradicts the law.

**Conclusions:** There was a lack of professional training to deal with victims of violence leading to ignorance about how to proceed in such cases. The current biomedical model is an obstacle for identifying possible cases because their signs and symptoms can be confused with other differential diagnoses. It is necessary to train pediatricians about diagnosis and procedures regarding child abuse as well as to evaluate the effectiveness of this training.

**Key-words:** mandatory reporting; Pediatrics; secondary prevention; child abuse.

## Introdução

Atualmente, a violência é considerada um grave problema de Saúde Pública no Brasil, sendo a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade<sup>(1)</sup>. Devido à complexidade dos maus-tratos contra crianças e adolescentes e à ligação estreita entre violência e Saúde Pública, o envolvimento dos profissionais de saúde tem sido estudado, principalmente porque é obrigatória a notificação à autoridade competente de qualquer suspeita ou confirmação de maus-tratos, sob pena de multa de três a 20 salários de referência, segundo dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no artigo 245<sup>(2)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(3)</sup> define maus-tratos como “toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, da qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder”.

A relação entre a violência e a Saúde Pública não se restringe ao número crescente de crianças e adolescentes submetidos a maus-tratos, atendidos na rede pública e nas clínicas particulares. Essa relação continua em curto, médio e longo prazos, em razão das consequências dos maus-tratos. Ao analisar a identificação e a notificação de maus-tratos de crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde, são consideradas as seguintes categorias: negligência e abandono, abuso físico (incluindo a síndrome do bebê sacudido), abuso sexual, abuso psicológico e síndrome de Munchausen por procuração<sup>(1,3-5)</sup>.

No Brasil, os maus-tratos contra crianças e adolescentes passaram a ser tratados como problema de saúde após os anos 1960. A implementação do ECA, em 1990, assegurou direitos especiais e proteção integral à criança, além de tornar compulsória a notificação, por parte dos profissionais de saúde, de casos suspeitos e/ou confirmados. A partir de 1998, o Ministério da Saúde elaborou a proposta de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, na qual foram formuladas ações articuladas sobre o assunto. Em 2001, com a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência na Infância e na Adolescência, foi estabelecida como obrigatória a notificação de casos suspeitos e confirmados de maus-tratos pelos profissionais dos estabelecimentos que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(6)</sup>. Por notificação entende-se informar aos órgãos competentes que tal fato ocorreu ou pode ter ocorrido, no caso de suspeita. Essa informação é utilizada para planejar ações públicas, objetivando eliminar a violência a partir da realidade brasileira, pois, ao notificar, se sabe quem foi a vítima, o agressor, o local da ocorrência, o tipo de ocorrência etc. A diferença entre notificação e denúncia é que a última é o registro da ocorrência na delegacia. Apesar da obrigatoriedade, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil, pois se estima que, para cada caso notificado, dois o deixam de ser<sup>(7)</sup>.

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde frente à identificação e notificação de maus-tratos foram abordadas em alguns estudos<sup>(8-12)</sup>, sendo possível constatar que, de maneira consensual, os profissionais afastam a hipótese orgânica com a realização de exames para, então, investigar as “causas externas”. Nesses estudos, os profissionais demonstram oscilação entre a crença e a descrença da resolubilidade dos casos, havendo medo e insegurança emocional por parte de quem atende a criança e a família, destacando-se problemas relacionados à lacuna desse tema na formação profissional e a reprodução de padrões culturais no não envolvimento em assuntos que seriam do âmbito familiar. Também é possível observar o relato do medo de envolver-se legalmente<sup>(10)</sup> e a falta de informações básicas que permitam identificar a violência<sup>(12)</sup>, assuntos que não têm sido tratados nos currículos de graduação. Peculiaridades de cada caso são influenciadas por fatores de ordem pessoal dos profissionais e pelas próprias estruturas dos serviços, na maioria insuficientes<sup>(8,9,11)</sup>, com falta de infraestrutura e sobrecarga de trabalho dos Conselhos Tutelares e até mesmo a inexistência deles em alguns municípios brasileiros<sup>(9,12)</sup>.

Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar as dificuldades enfrentadas na identificação e notificação dos maus-tratos contra crianças e adolescentes na rede de saúde em uma cidade de porte médio do interior do Estado de São Paulo sob a óptica de médicos pediatras.

## Método

Trata-se de estudo qualitativo com a participação de oito médicos pediatras de um hospital filantrópico de uma cidade de porte médio do interior do Estado de São Paulo, que trabalham como profissionais autônomos em consultório e também têm vínculo institucional. Foram quatro homens e quatro mulheres, com média de idade de 48 anos e tempo médio de experiência profissional de 22 anos. O preenchimento do questionário foi realizado no próprio consultório em que os participantes desenvolvem suas atividades profissionais.

O instrumento para coleta de dados foi um questionário com duas vinhetas que descreviam uma situação com suspeita de maus-tratos contra crianças, contendo duas questões em cada vinheta a respeito do processo de identificação da suspeita e das dificuldades na tomada de providências em relação ao caso e, uma segunda parte, contendo três questões específicas sobre as dificuldades encontradas nesse processo de identificação e notificação de maus-tratos. As situações colocadas foram as seguintes:

*Parte 1 – Situação 1:* Carlinha, com dois anos de idade, chegou ao pronto-atendimento trazida pela mãe e foi recebida pela profissional de saúde Joana. A criança chora sem parar e a mãe parece não lhe dar atenção, apenas diz a Joana que acha que a filha caiu da escada e pede um médico. Joana percebe que Carlinha está muito magrinha e suas roupas estão sujas. O médico do pronto-atendimento examina a criança, que continua chorando, e pergunta à mãe o que houve com a filha. A mãe responde que acha que ela caiu da escada, pois o filho mais velho, de seis anos, não cuidou dela direito. O médico constata que Carlinha tem uma luxação no ombro e parece desnutrida, por isso encaminha a criança para internação na Unidade de Pediatria. Você é o profissional que tem o primeiro contato com a Carlinha quando ela chega à Pediatria e foi informado do histórico apresentado. O que você faria diante dessa situação? Quais as possíveis dificuldades que você enfrentaria ao tomar providências em relação à situação de Carlinha?

*Parte 1 – Situação 2:* Júnior, de cinco anos de idade, chega ao pronto-atendimento junto dos pais, Luiz e Juliana. Juliana

parece muito nervosa e quase chora ao falar com o profissional de saúde Ricardo. Ela relata que o filho está com fortes dores no estômago, não aceita nenhum tipo de alimento e está muito apático. Os pais relatam que Júnior começou a apresentar esses sinais depois que voltou da escola. Ricardo encaminha Júnior para Dra. Cíntia. Durante o exame, Dra. Cíntia nota que Júnior não consegue sentar, parece incomodado, mas não reage e nem responde a nenhuma pergunta feita por ela. Decide, então, deixá-lo em observação na Pediatria. Na Pediatria, você tem contato com Júnior e, durante o procedimento, nota feridas na região do ânus da criança. O que você faria se estivesse nessa situação? Quais as possíveis dificuldades que você enfrentaria ao tomar providências em relação à situação de Júnior?

*Parte 2:* Que tipo de dificuldade você encontra no encaminhamento de um paciente com suspeita de maus-tratos aos órgãos competentes para notificação e denúncia de casos de maus-tratos (por exemplo, direção do hospital, Conselho Tutelar, Juizado da Infância e da Juventude)? Qual foi seu contato com esse tema durante sua formação? Quais as consequências que você acha que podem acontecer diante de atitudes que você venha a tomar em casos de suspeita de maus-tratos?

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). O projeto de pesquisa previa a participação de 30 médicos pediatras, ou seja, 100% do total de médicos pediatras de um hospital filantrópico da cidade nos anos de 2007 e 2008. Os 30 profissionais foram contatados, sendo entregue a eles um envelope contendo o termo de consentimento livre e esclarecido, o Questionário e uma Carta de Apresentação da pesquisa com dados para contato com as pesquisadoras, em caso de dúvida. No ato da entrega do material, foi avisado que seu retorno, devidamente respondido, seria antecipadamente avisado por telefone. Foram devolvidos oito questionários preenchidos, dois em branco e o restante não aceitou participar. A Figura 1 ilustra o motivo de recusa.

É interessante notar que 14% das recusas estiveram relacionadas a um aspecto pessoal do profissional (falta de tempo ou interesse), podendo estar vinculado à dificuldade de lidar com o tema tratado no estudo. Isso também foi verificado na resposta “nunca atendeu um caso assim” (14%), fornecida por pediatras que tinham como segunda especialidade a homeopatia. Desse modo, o total de participantes do estudo

(oito médicos) correspondeu a 27% do total de médicos pediatras do hospital.

A análise dos dados teve como base as categorias estabelecidas nas questões formuladas. As respostas da questão 1 da situação 1 (QISI) e da situação 2 (QISII), que descreviam quais procedimentos seriam adotados naquela situação, foram divididas em “adequados” e “inadequados”. Os procedimentos adequados foram aqueles que, em algum momento, levaram à realização de um encaminhamento, solicitação de auxílio para lidar com o caso ou ainda suspeita de qualquer tipo de mau-trato, uma vez que essas iniciativas protegeriam a criança e/ou adolescente. Os procedimentos inadequados estiveram relacionados à ausência dessas iniciativas. É importante ressaltar que essa classificação não tem como objetivo avaliar o procedimento técnico realizado, mas verificar em que momento haveria notificação ou encaminhamento. Nas respostas à questão 2, em ambas as situações (QIISI e QIISII), a categoria analisada foi “dificuldades enfrentadas”.

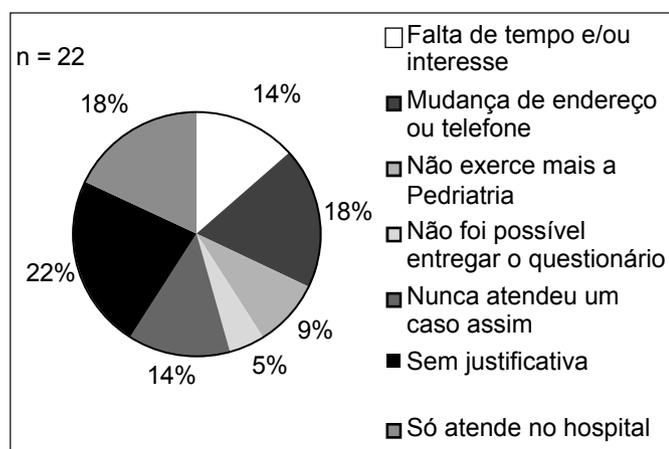


Figura 1 – Motivo da recusa de participação de 22 pediatras.

Quanto à segunda parte do questionário, na QI, foi investigada a dificuldade no encaminhamento de suspeita de maus-tratos aos órgãos competentes, na QII, o contato com o tema durante a formação e, na QIII, as possíveis consequências de atitudes tomadas em casos de suspeita de maus-tratos. Para todos os quesitos, foram verificadas as respostas recorrentes, que foram agrupadas em subcategorias.

## Resultados

As respostas sobre os procedimentos que os participantes realizariam diante da Situação 1 podem ser divididas em três subcategorias quanto à existência da suspeita: “Sim”, apontado por 12,5%; “Não”, por 12,5%; e “Dúvida”, por 75% dos participantes. É possível verificar o quão recorrente é a ideia de que o profissional precisa averiguar e confirmar, a partir de provas, se realmente ocorreram os maus-tratos.

Diante da certeza ou incerteza da suspeita de maus-tratos (dentre os 87,5% que responderam “Sim” ou “Dúvida”), foram assinalados procedimentos considerados adequados e inadequados no desenvolvimento do caso (Tabela 1). Cabe ressaltar que um mesmo participante apontou que adotaria mais de um procedimento frente à suspeita ou certeza de maus-tratos, podendo ser este adequado ou inadequado. Assim, na Tabela 1, são apresentadas as porcentagens por ação citada pelo participante. Observou-se com frequência que o pediatra assinalou simultaneamente procedimentos adequados e inadequados, isto é, ao mesmo tempo em que é acionada uma outra instância, o profissional procura conversar de maneira investigativa com a mãe, comportamento de alto risco devido à exposição do profissional.

Tabela 1 – Categorias de procedimentos e porcentagem de resposta da questão 1 da situação 1

Profissionais (%)	Procedimentos	Classificação
37,5	Acionar o Conselho Tutelar	Adequado
	Encaminhar para Assistência Social	Inadequado
25	Conversar com a mãe	Adequado
	Encaminhar para o psicólogo	Inadequado
	Solicitar avaliação do especialista	Adequado
	Internar a criança	Inadequado
12,5	Realizar exames laboratoriais	Adequado
	Chamar a direção do hospital	Adequado
	Fazer a anamnese	Inadequado
	Fazer avaliação clínica	Inadequado
	Receitar medicação	Inadequado

As dificuldades para tomar providências em relação ao caso (QIISI) são apresentadas na Tabela 2. A necessidade de se ter provas para a suspeita ou para confirmar a presença de maus-tratos vem ao encontro do significado do que seja “suspeitar” para o corpo médico. Sabe-se que cabe ao Conselho Tutelar a função de proteger a criança ao mesmo tempo em que protege o profissional, pois não o deixa exposto, e cabe à polícia a investigação do caso. No entanto, a cultura médica leva os médicos a lidar com o fenômeno dos maus-tratos como uma doença, um diagnóstico a ser comprovado por exames, limitando ao biológico um problema que possui dimensões sociais<sup>(13)</sup>.

A existência da suspeita acontece de modo diferente na QISII, que relata um caso de suspeita de abuso sexual. Há predominância da certeza de suspeita (75%) e nenhuma ausência de suspeita, sendo que 25% dos participantes apontaram dúvidas. As respostas dadas sobre os procedimentos tomados na QISII têm algumas semelhanças em relação às que foram dadas na QISI. Observa-se haver necessidade de uma condição prévia para realização da denúncia, que é a confirmação da suspeita, conforme apresentado na Tabela 3. Na Tabela encontram-se as porcentagens de cada ação indicada pelo participante (que pode ter indicado mais de um procedimento a ser adotado, dentre adequados e inadequados). Com relação às dificuldades enfrentadas nessa situação, o confronto com a família de diferentes maneiras foi a mais citada. Essa situação foi considerada mais delicada pelos profissionais

e o medo aparece de duas formas: o medo da criança de contar o que aconteceu e o do profissional de deixar de realizar a denúncia. As consequências jurídicas também são mais citadas do que na situação anterior e o receio de realizar um julgamento precipitado está presente. No entanto, aspectos da rotina médica são apresentados, como dificuldades para realizar o exame clínico e o tempo imprevisível a ser dedicado no atendimento.

Na Tabela 4 encontram-se as dificuldades enfrentadas no encaminhamento de uma suspeita de maus-tratos aos órgãos competentes para notificação e denúncia (pergunta QI).

Um aspecto interessante é visto na questão sobre o contato com o tema durante a formação. Apenas um participante relatou ter feito curso teórico em um Departamento de Medicina Legal e outro relatou casos que atendeu durante sua formação, isto é, aparentemente ampliou o conceito de formação à residência, aprendendo na prática sobre o tema. A maioria (75%) relatou esse contato como “nenhum” ou “muito pouco”.

Na questão sobre as consequências que o participante acredita que possam acontecer diante de atitudes tomadas frente a casos de suspeita de maus-tratos (QIII), verifica-se que o medo de “acusar um inocente”, “causar maiores traumas ou desconforto na família e/ou criança” e “sofrer processo judicial” está em 37,5% das respostas; a “ameaça física” está presente em 25% das respostas e “ser omissor”, em 12,5%.

**Tabela 2 – Dificuldades enfrentadas na questão 2 da situação 1**

Participante	Respostas
P1	“Tomar uma atitude precoce de achar que são maus-tratos e, na verdade, a família não tem comida, os irmãos brigam muito e podem acontecer acidentes”
P2	“Se confirmada a suspeita de maus-tratos não sei bem a quem recorreria – inicialmente ao Conselho Tutelar e seria necessário fazer um exame pericial”
P3	“A maior dificuldade é saber se o julgamento inicial é correto. A criança está suja porque estava brincando e a mãe correu para o pronto-socorro? A criança é magrinha porque sua constituição familiar é essa? A mãe culpa a criança de 6 anos porque está nervosa?”
P4	“Nenhuma”
P5	“Provas convincentes de que a criança está sendo submetida a maus-tratos e como investigar e comprovar o fato”
P6	“Se realmente for um caso de maus-tratos, ao menos teria que enfrentar a família com uma notificação para o conselho tutelar”
P7	“Em relação ao fato de estar ‘magrinha’ e com ‘roupas sujas’, infelizmente é muito comum, dadas as condições socioeconômicas de grande parcela da população brasileira de baixa renda”
P8	“Pouca vivência (experiência) em casos semelhantes – sou pediatra geral Dificuldades em abordar a mãe que provavelmente é a responsável direta, inclusive sobre a causa da luxação Como será a atuação do Conselho?”

**Tabela 3** – Categorias de procedimentos e porcentagem de resposta da questão 1 da situação 2

Profissionais (%)	Procedimentos	Classificação
62,5	Confirmar a suspeita	Inadequado
37,5	Solicitar avaliação do especialista	Adequado
25	Acionar o Conselho Tutelar	Inadequado
	Conversar com os pais	Inadequado
	Realizar exames laboratoriais	Inadequado
	Fazer boletim de ocorrência	Inadequado
	Encaminhar para Assistência Social	Adequado
	Encaminhar para o Psicólogo	Adequado
	Conversar com a criança	Adequado
	Realizar o diagnóstico diferencial	Adequado
12,5	Solicitar perícia	Inadequado
	Emitir laudo	Inadequado
	Estabelecer vínculo	Inadequado
	Acionar a Vara da Infância	Inadequado
	Acionar a direção do hospital	Adequado
	Chamar a polícia	Adequado

**Tabela 4** – Dificuldades enfrentadas no encaminhamento de uma suspeita de maus-tratos aos órgãos competentes para notificação e denúncia

Participante	Resposta (QI)
P1	“Eles não dão retorno da queixa ou às vezes tratam muito mal a família (pai e mãe) e o responsável pode não ser eles (tios, vizinhos, amigos)”
P2	“Inicialmente o medo de estar fazendo uma acusação injusta Falta de um serviço de assistência social durante 24 horas no hospital Insegurança em relação à ação do Conselho Tutelar Falta de informações em relação a um fluxo que deve ser seguido nestes casos”
P3	“É tudo muito demorado. Muitas vezes parece claro estar havendo maus-tratos e a criança continua com a família até que seja averiguada a situação”
P4	“Nenhuma”
P5	“Não tenho ultimamente vivenciado tais situações. Acredito que não teria dificuldade para a notificação e denúncia de maus-tratos para a direção do hospital, conselho tutelar ou juizado de menores”
P6	“Nunca tive problemas desse tipo, mas, pelos colegas, sei que são amparados pela direção da Santa Casa de um município do interior de São Paulo. Não sei sobre os órgãos públicos”
P7	“No meio em que trabalho, não tenho dificuldades. Chamo a enfermeira-chefe do setor que toma as providências cabíveis (chamando, notificando, [trecho inelegível]). Faço os laudos ou declarações que o serviço me solicitar”
P8	“Nunca fiz encaminhamentos assim. Portanto a maior dificuldade é a inexperiência: como contatar? Deve existir algum disque-denúncia, mas desconheço. É possível que se consiga nos próprios órgãos. Existe algum impresso próprio e como endereçar o mesmo? Ao próprio juiz?”

## Discussão

As dificuldades apresentadas pelos participantes dessa pesquisa são equivalentes às encontradas em estudos nacionais e internacionais<sup>(8-12,14)</sup>, principalmente no que se refere

à oscilação entre a crença e a descrença da resolubilidade dos casos. Ademais, foram relatados o medo de envolver-se legalmente<sup>(10)</sup> e a falta de informações básicas que permitam identificar a violência<sup>(12)</sup>. A avaliação dos aspectos particulares dos casos apresentados foi influenciada por fatores de

ordem pessoal dos profissionais e pela própria estrutura dos serviços, na maioria das vezes insuficiente<sup>(8,9,11)</sup>.

Gomes *et al*<sup>(9)</sup> afirmaram que a identificação e um encaminhamento adequado dos casos de maus-tratos podem ser perpassados por aspectos emocionais que comprometem uma atuação melhor, dentre elas dificuldades preexistentes do profissional em lidar com problemas relacionados a tabus e a atitudes de fuga frente a situações estressantes. Entretanto, sabe-se que os fatores importantes que influenciam o processo de tomada de decisão são: a explicação apresentada por quem trouxe a criança para o atendimento, a natureza da lesão e a idade da criança<sup>(15)</sup>.

O nível de conhecimento sobre o assunto e as razões para a decisão de não notificação coincidem com algumas dificuldades encontradas no presente estudo, como desejo de esperar até ter uma evidência mais conclusiva, confiança na dinâmica familiar, dificuldade em identificar abuso emocional ou negligência e percepção de desvantagens na notificação, como falta de mudança e possíveis efeitos prejudiciais da notificação – envolvimento com o poder judiciário ou retaliação da família<sup>(14)</sup>.

O despreparo do profissional para lidar com vítimas de violência, verificado várias vezes nas falas e nos questionamentos que os participantes fizeram, deve-se, possivelmente, ao desconhecimento sobre como proceder frente a esses casos. No Brasil, a escassez de regulamentos que firmam os procedimentos técnicos, a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar os maus-tratos, a falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional são considerados entraves para a notificação<sup>(11)</sup>.

Notificar casos de violência é de extrema importância, pois se trata de instrumento de combate à violência, uma vez que possibilita o embasamento de ações de intervenção em vários níveis. Ao tornar público um fenômeno que acontece no privado, torna-se possível perceber que são mais comuns do que se imagina, mas nem por isso devem ser banalizados ou normalizados<sup>(16)</sup>. A falta de capacitação dos profissionais de saúde em geral sobre o que significa e qual a importância da notificação implica confusão entre os termos “notificar” e “denunciar”, sendo que notificar deve ter como sinônimo a garantia de que a criança ou adolescente e sua família terão apoio de instituições e profissionais competentes<sup>(17)</sup>. O papel do profissional, conforme dispõe o artigo 245 do ECA<sup>(2)</sup>, é de comunicar, isto é, notificar à autoridade competente os casos de seu conhecimento, suspeitos ou confirmados.

Diante dos procedimentos “automáticos” ou hierarquizados, observou-se haver uma atribuição ao serviço social e à psicologia de toda a abordagem que extrapolava o modelo biomédico. Tal modelo, ao qual se reduz o aprendizado médico, pode ser considerado uma barreira para identificar os casos de maus-tratos. De acordo com Camargo Jr.<sup>(13)</sup>, a racionalidade médica dita que as categorias diagnósticas pressupõem um conjunto característico de sinais e sintomas que as definem, o que também é conhecido e descrito como “quadro clínico” da doença. O problema é que essa relação inclui os dados possivelmente observados, o que não quer dizer que um paciente vá apresentar todos eles ou mesmo os considerados mais relevantes. Assim, quando o profissional se depara com um paciente com suspeita de maus-tratos, essa lógica tende a ser quebrada, uma vez que sinais e sintomas podem ser confundidos com outros diagnósticos diferenciais. Ainda segundo Camargo Jr.<sup>(13)</sup>, a busca da “causa última” das doenças é básica na Medicina, isto é, a “essência” da doença reside em sua causa; logo, remova-se a causa e cessa a doença: “doença e lesão estão umbilicalmente ligadas: uma não existe sem a outra. Esta montagem teórica é fundamental na construção do modelo médico de intervenção, pois a identificação produzida entre doença e lesão permite reduzir ao biológico todo o processo de adoecimento, excluindo componentes outros (‘psicológicos’, ‘sociais’) que possam estar envolvidos nesta determinação”.

Algumas limitações deste estudo devem ser levadas em consideração, destacando-se o número limitado de participantes em relação ao número total de pediatras do hospital. A obtenção de adesão à pesquisa de apenas 27% dos médicos pediatras do hospital foi baixa. Algumas hipóteses para essa taxa de adesão são: sobrecarga de trabalho, mediação da secretária para a entrega do instrumento, falta de interesse e formação no assunto, não dar importância ou não ver contrapartida ao participar da pesquisa. No entanto, as dificuldades apresentadas por eles são as mesmas citadas na literatura, o que pode indicar que, mesmo com mais participantes, seriam obtidos resultados semelhantes. Ainda assim, para estudos futuros, seria importante criar condições para uma maior adesão dos médicos pediatras à participação na pesquisa.

Para que as dificuldades apontadas pelos participantes e por outros estudos realizados nessa área sejam amenizadas diante de crianças vítimas de violência, aponta-se a necessidade de capacitação dos profissionais acerca dos maus-tratos e de pesquisas que avaliem a eficácia desse treinamento<sup>(6,14-16,18-20)</sup>. Adicionado a isso, é fundamental a inserção da temática nos currículos de graduação<sup>(15)</sup>.

Também é importante que o profissional esteja familiarizado com dados epidemiológicos sobre maus-tratos na infância, pois pode ajudar na tomada de posição ao se avaliar a informação coletada, além de capacitar quanto à elaboração de diagnósticos diferenciais<sup>(14,15,19)</sup>.

Ferreira<sup>(18)</sup> aponta alguns desafios para os pediatras no acompanhamento de casos de maus-tratos, os quais podem ser inseridos em um projeto de capacitação, como estratégias de envolver-se sem gerar mais violência; ter as famílias, e não apenas as crianças e mães, como alvo da atenção; avaliar, em sua rotina de atendimento, fatores de risco e protetores relacionados à criança e à família, fortalecendo os de proteção e trabalhando para minimizar ou afastar os de risco. Além disso, é fundamental educar quanto à distinção conceitual em

relação a notificar e denunciar, a fim de evitar um comportamento de esquiva do profissional quanto ao procedimento mais adequado de encaminhamento, em casos de suspeita ou confirmação dos maus-tratos infantis.

Dessa maneira, a capacitação do profissional médico ou de qualquer outro profissional de saúde deve ter como objetivo investir na promoção de ações que os sensibilize aos direitos e às necessidades das crianças e adolescentes, de maneira a aumentar sua capacidade profissional de identificar as situações de maus-tratos, reconhecendo-as como tal, e ampliar o compromisso em notificá-las. Assim, o encadeamento entre essas ações em todos os níveis, órgãos e instituições responsáveis por cuidar do respeito aos direitos da criança e do adolescente pode ser fortalecido.

## Referências bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2<sup>nd</sup> ed. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/Fiocruz; 2001.
2. Brasil - Congresso Nacional [homepage on the Internet]. Estatuto da Criança e do Adolescente; 1990 [cited 2008 Jul 10]. Available from: [www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm)
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy A, Zwi AB, Lozano R. Abuso infantil e negligência por pais e outros cuidadores. In: Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre saúde e violência. Genebra: OMS; 2002. p. 57-81.
4. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção. Guia de orientação para profissionais de saúde. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados; 1997.
5. Brasil - Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.
6. Pires AL, Miyazaki MC. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Arq Ciencia Saude 2005;12:42-9.
7. Pascolat G, Santos CF, Campos EC, Valdez LC, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. J Pediatr (Rio J) 2001;77:35-40.
8. Braz M, Cardoso MH. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. Rev Latino-Am Enfermagem 2000;8:91-7.
9. Gomes R, Pinheiro MF, Silva CO, Junger WL. The approach to bad treatment against children and teenagers in a public health-care unit. Cienc Saude Coletiva 2002;7:275-83.
10. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K *et al*. Barriers for reporter of child abuse by pediatricians. Rev Bras Saude Mater Infant 2005;5:103-8.
11. Gonçalves HS, Ferreira AL. Health professionals' reporting of family violence against children and adolescents. Cad Saude Publica 2002;18:315-9.
12. Theodore AD, Runyan DK. A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment. Child Abuse Negl 2006;30:1353-63.
13. Camargo Jr KR. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. Physis 1992;2:203-27.
14. van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery--will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. Child Abuse Negl 1998;22:159-69.
15. Warner-Rogers JE, Hansen DJ, Spieth LE. The influence of case and professional variables on identification and reporting of physical abuse: a study with medical students. Child Abuse Negl 1996;20:851-66.
16. Bazon MR. Maus-tratos na infância e adolescência: perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. Cienc Saude Coletiva 2007;12:1110-2.
17. Deslandes SF. Medical care for victims of violence in emergency room: is it time for prevention? Cienc Saude Coletiva 1999;4:81-94.
18. Ferreira AL. Follow-up of child abuse victims: challenges for the pediatrician. J Pediatr (Rio J) 2005;81 (Suppl 5):S173-80.
19. Leite CN, Oliveira RK, Camerini MB, Ramos C, Moscardini AC. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. Arq Cienc Saude 2006;13:22-6.
20. Reece RM, Jenny C. Medical training in child maltreatment. Am J Prev Med 2005;29 (Suppl 2):266-71.