



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIC - FPS/CNPq - 2024/2025

**ESTUDO TRANSVERSAL DO CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE
MEDICINA DO PRIMEIRO E SEXTO ANO SOBRE VIOLÊNCIA
INFANTOJUVENIL**

**CROSS-SECTIONAL STUDY OF KNOWLEDGE OF FIRST- AND SIXTH-YEAR
MEDICAL STUDENTS ON CHILD AND ADOLESCENT VIOLENCE**

Bárbara Letícia e Silva Araújo; Camila Fonseca Leal de Araújo; Jean Davison da Silva Sousa;
Juliana de Farias Pessoa Guerra; Mariana Maciel Nepomuceno; Marianna Alves Pereira;
Rodrigo Gonçalves de Lucena.

Recife, PE

2025

EQUIPE

Bárbara Letícia e Silva Araújo

Graduando do 7º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

<https://orcid.org/0009-0002-6145-0550>

barbaraleticia299@gmail.com

Marianna Alves Pereira

Graduando do 11º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

<https://orcid.org/0009-0001-5455-7010>

mariannaalvespereira@hotmail.com

Jean Davison da Silva Sousa

Graduando do 11º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

<https://orcid.org/0000-0002-2225-3012>

deivson.2009@hotmail.com

Rodrigo Gonçalves de Lucena

Graduando do 11º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

<https://orcid.org/0009-0002-5936-1807>

rodrigolucenat@gmail.com

Mariana Maciel Nepomuceno

Doutora em comunicação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e docente do curso de Medicina e de Odontologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

<https://orcid.org/0000-0002-4144-0016>

mnepomuceno@fps.edu.br

Juliana de Farias Pessoa Guerra

Doutorado em sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e docente do laboratório de comunicação da Faculdade Pernambucana de Saúde

<https://orcid.org/0000-0003-2387-1362>

juliana.guerra@fps.edu.br

Camila Fonseca Leal de Araujo

Mestrado em cuidados paliativos pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figureira (IMIP) e tutora do curso de medicina e da extensão comunitária na Faculdade Pernambucana de Saúde. Médica pediatra.

<https://orcid.org/0000-0001-8817-802X>

camila.fleal@fps.edu.br

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento de estudantes de Medicina do 1º e 6º ano sobre a suspeita e condução de casos de violência infantojuvenil, incluindo reconhecimento de sinais clínicos, condutas de notificação e encaminhamento. **Métodos:** estudo observacional, analítico e transversal, com 133 estudantes de Medicina (58 do 1º e 75 do 6º ano). A coleta ocorreu por formulário autoaplicável, com variáveis sociodemográficas/acadêmicas e 18 questões em escala Likert, distribuídas em quatro domínios: reconhecimento de sinais, conduta/notificação, responsabilidade legal e confiança/preparo. A análise foi realizada no Stata por estatística descritiva e teste de Mann-Whitney U ($p < 0,05$). Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. **Resultados:** No primeiro ano, observado ausência de experiência em pediatria/contato com violência infantil. Já no sexto ano, todos estudantes praticaram pediatria (100%) e 86.5% relataram contato com violência. Os alunos do 6º ano apresentaram desempenho significativamente superior em conduta e notificação, reconhecimento de sinais e confiança/preparo pessoal. Não houve diferença no reconhecimento de sinais dermatológicos, cautela/confidencialidade, notificação e necessidade de maior abordagem do tema. **Conclusão:** Progressão curricular favorece maior conhecimento, segurança e confiança no manejo da violência infantojuvenil, mas lacunas nos anos iniciais reforçam a necessidade de inserir o tema de forma precoce e transversal.

Palavras-chave: Educação Médica; Conhecimento; Pediatria; Violência Infantil.

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of first- and sixth-year medical students regarding the suspicion and management of child and adolescent abuse cases, including the recognition of clinical signs, reporting procedures, and referral practices. **Methods:** This was an observational, analytical, and cross-sectional study involving 133 medical students (58 from the first year and 75 from the sixth year). Data were collected using a self-administered questionnaire comprising sociodemographic/academic variables and 18 Likert-scale questions distributed across four domains: recognition of signs, conduct/reporting, legal responsibility, and confidence/preparedness. Data analysis was performed using Stata, employing descriptive statistics and the Mann-Whitney U test ($p < 0.05$). The study was approved by the institution's Ethics Committee. **Results:** First-year students reported no experience in pediatrics or exposure to child abuse cases. In contrast, all sixth-year students had completed pediatric rotations (100%), and 86.5% reported having encountered abuse cases. Sixth-year students performed significantly better in the domains of conduct/reporting, recognition of signs, and personal confidence/preparedness. No significant differences were found regarding the recognition of dermatological signs, caution/confidentiality, reporting obligations, and the perceived need for greater emphasis on the topic. **Conclusion:** Curriculum progression contributes to improved knowledge, confidence, and preparedness in managing child and adolescent abuse. However, the observed gaps in early years highlight the importance of introducing the topic early and transversally in medical education.

Keywords: Child Violence; Knowledge; Medical Education; Pediatrics.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	7
LISTA DE TABELAS.....	7
INTRODUÇÃO.....	8
METODOLOGIA.....	9
RESULTADOS.....	11
DISCUSSÃO.....	14
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

LISTA DE SIGLAS

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

OMS – Organização Mundial da Saúde

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS.

SINAN – Sistema de Informação e Agravos de Notificação

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação

FPS – Faculdade Pernambucana de Saúde

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NS – Não Significativo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil demográfico (idade e gênero) dos participantes da pesquisa.

Tabela 2 – Comparação das médias sobre notificação, sinais clínicos, responsabilidade legal, confiança e preparo pessoal nos casos de violência infantil entre estudantes do primeiro e sexto ano de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990, reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, garantindo-lhes proteção integral contra todas as formas de violência [1]. Define como criança o indivíduo de 0 a 12 anos e como adolescente aquele entre 12 e 18 anos [2]. Apesar desse marco legal, a violência infantojuvenil ainda se configura como um grave problema de saúde pública, com repercussões físicas, psicológicas e sociais que podem persistir até a vida adulta, como uso abusivo de drogas, baixa autoestima e déficits cognitivos [3,4].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso de força física ou poder, real ou em ameaça, contra si ou contra outrem, com potencial de causar sofrimento, morte, dano psicológico ou privação [5]. Minayo complementa essa definição ao ressaltar que decorre de ações ou omissões humanas [6]. O relatório mundial da OMS sobre violência e saúde, publicado em 2002, classificou a violência interpessoal em quatro formas: física, psicológica, sexual e negligência [5]. Na infância, esses episódios ocorrem principalmente no ambiente intradomiciliar, enquanto na adolescência se ampliam para contextos extradomiciliares, incluindo instituições, espaços urbanos e situações de bullying [7,8,9].

O artigo 13 do ECA estabelece que casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos devem ser comunicados obrigatoriamente ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais [10]. Contudo, a realidade demonstra que a identificação precoce ainda é um desafio. As agressões físicas são mais notificadas por deixarem evidências corporais claras, enquanto a violência psicológica e a autoagressão permanecem subdiagnosticadas, embora possuam impacto severo no desenvolvimento [8,11]. Dados do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) revelam que, em 2020, ocorreram 164 mortes

por lesões autoprovocadas entre jovens de 10 a 14 anos e 1.004 entre 15 e 19 anos, evidenciando a gravidade do problema [12].

Para sistematizar as notificações, foi criado em 1998 o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), cuja finalidade é quantificar os casos e subsidiar políticas públicas de prevenção e intervenção [13]. Em 2019, foram registradas 86.837 denúncias de violência contra crianças e adolescentes pelo Disque 100, das quais 2.872 ocorreram em Pernambuco. No mesmo período, Recife notificou 2.132 casos via SINAN [14]. Apesar desses números, estima-se que a violência contra crianças seja altamente subnotificada. A OMS calcula que cerca de um bilhão de crianças em todo o mundo sofram algum tipo de violência a cada ano, número muito superior ao registrado oficialmente [15].

A subnotificação decorre da dependência de terceiros para denunciar, da dificuldade dos profissionais em reconhecer sinais sutis de violência e do desconhecimento dos protocolos de notificação [16]. Estudos apontam que a inexperiência dos profissionais de saúde e o déficit de conhecimento sobre a rede de apoio estão entre os principais fatores que explicam essa lacuna [16,17,18].

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação (DCN) de Medicina, instituída por meio da resolução CNE/CES Nº 3, de 30 de Setembro de 2025 estabelece como os cursos devem formar médicos no Brasil. Um dos pontos centrais das DCNs é a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com forte ênfase na atenção integral à saúde, prevenção, vigilância e atuação ética — o que inclui o enfrentamento de violências, entre elas a violência infantil. [19]

Nesse contexto, o papel do médico torna-se fundamental durante o acolhimento das vítimas. Como porta de entrada frequente no sistema de saúde, o médico é responsável não apenas pela avaliação clínica e identificação de lesões físicas ou sinais comportamentais sugestivos de violência, mas também pela oferta de uma escuta qualificada, acolhedora e livre

de julgamentos, que favoreça o relato espontâneo. Esse profissional deve garantir privacidade, construir vínculo e atuar de forma ética e humanizada, assegurando a proteção integral da criança e do adolescente. Além disso, cabe ao médico realizar o registro detalhado das informações, emitir a notificação compulsória nos prazos estabelecidos e articular o caso com a rede intersetorial, incluindo o Conselho Tutelar, serviços de proteção social e apoio psicológico. Dessa forma, sua atuação é decisiva para interromper o ciclo de violência, reduzir danos e promover intervenções precoces.

Diante disso, é essencial que toda a rede de atenção à criança, especialmente o médico, esteja capacitada para identificar, acolher, notificar e encaminhar os casos de violência. O reconhecimento precoce não apenas possibilita intervenções imediatas, como também contribui para a formulação de políticas públicas mais eficazes, garantindo maior proteção e cuidado a esse grupo vulnerável.

METODOLOGIA

Estudo de corte transversal com componente analítico e quantitativo foi desenvolvido na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FPS AECISA (CAAE nº 84182124.7.0000.5569). Os participantes foram recrutados no período de fevereiro a julho de 2025 e todos forneceram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostragem ocorreu por conveniência e o tamanho amostral não foi calculado previamente.

Foram selecionados estudantes acima de 18 anos, de ambos os sexos, regularmente matriculados no primeiro e sexto anos do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Foram excluídos os estudantes com graduação anterior na área da saúde e aqueles que participaram de atividades extracurriculares relacionadas à prática em pediatria.

Os dados foram coletados por meio de um formulário autoaplicável, disponibilizado de forma presencial, dividido em duas seções. A primeira contemplou questões

sociodemográficas e acadêmicas, incluindo idade, sexo, renda, prática ambulatorial em pediatria e contato prévio com situações de violência. A segunda seção reuniu 18 questões específicas sobre violência infantojuvenil, elaboradas em escala de Likert de cinco pontos (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente). Estas questões foram organizadas em quatro domínios de avaliação: reconhecimento de sinais clínicos, conduta e notificação, responsabilidade legal e confiança/preparo pessoal.

As respostas foram tabuladas inicialmente em planilha eletrônica do *Microsoft Excel* e, em seguida, exportadas para o software *Stata* para análise estatística. Para o processamento, foi aplicada análise estatística descritiva na caracterização da amostra e na avaliação das frequências absolutas e relativas das respostas. A comparação entre os grupos (1º e 6º ano) foi realizada por meio do teste de Mann-Whitney U bicaudal, adequado para dados ordinais e amostras independentes, considerando-se nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram entrevistados 132 estudantes. Havia 77 (58,33%) mulheres no total, com uma razão de 1,4 mulheres para cada homem. Comparativamente, havia significativamente mais mulheres matriculadas no primeiro ano (72%), e mais homens no sexto ano (52%, $p=0,0038$), sendo uma distribuição de gênero mais equilibrada. Cinquenta e oito estudantes (43%) estavam matriculados no primeiro ano e 74 (56%) no último ano, uma razão de 0,78:1

A idade dos participantes do primeiro ano variou entre 18 e 28 anos, com média de 20,4 anos e mediana de 19 anos, indicando um perfil mais homogêneo e concentrado em faixas etárias mais jovens. Já entre os estudantes do 6º ano, diferentemente do 1º ano, a distribuição de idade apresentou maior amplitude, variando de 22 a 41 anos, com média de 26,83 anos, mediana de 24 anos e moda de 23 anos, evidenciando uma população mais heterogênea e com maior dispersão etária (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil demográfico (idade e gênero) dos participantes da pesquisa dos estudantes de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), 2025.

Variável	1º ano (n=58)	6º ano (n=74)	Total (N=132)	Valor p (p = 0,0038)
Sexo feminino	42 (72,4%)	35 (47,3%)	77 (58,33%)	-
Sexo masculino	16 (27,6%)	39 (52,7%)	55 (41,66%)	-
Mediana de idade	19 (18 - 26)	24 (21 - 41)	-	-

Os dados fornecem evidências estatisticamente significativas de que os estudantes do sexto ano têm uma experiência significativamente maior com casos de violência infantil do que os estudantes do primeiro ano, uma vez que apenas três estudantes do primeiro ano relataram algum contato prévio com a área de pediatria, e nenhum havia vivenciado casos de violência contra crianças, enquanto que todos no último da graduação já haviam atuado em pediatria, e 64 relataram contato direto com situações de violência infantil, contra apenas 10 que afirmaram não ter vivenciado essa experiência ($p < 0,001$).

A análise estatística comparativa nas categorias de notificação, sinais clínicos e responsabilidade legal, confiança e preparo pessoal frente os casos de violência na infância (Tabela 2) revelou diferença significativa no nível de compreensão e segurança entre os estudantes do 1º e do 6º ano. Observou-se uma evolução marcante em três aspectos principais: notificação, sinais/sintomas clínicos e confiança no manejo.

Tabela 2 - Comparação das médias sobre notificação, sinais clínicos, responsabilidade legal, confiança e preparo pessoal nos casos de violência infantil entre estudantes do primeiro e sexto ano de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde, Brasil, 2025.

Categoria	Tema avaliado	Média 1º ano	Média 6º ano	Valor p
Notificação	Notificação apenas por suspeita	3,03	4,5	p < 0,00001*
	Obrigatoriedade da notificação	4,3	4,5	p = 0,1668
	Preenchimento de ficha do SINAN	2,87	3,81	p < 0,05*
Sinais Clínicos	Mudança súbita no comportamento	4,27	4,59	p < 0,05*
	Violência sexual	3,89	4,14	p = 0,07689
	Apatia na anamnese	3,62	4,05	p < 0,05*
	Alterações dermatológicas	3,27	3,52	p = 0,1031
	Equimoses fisiológicas/benignas	3,55	4,10	p = 0,00012*
	Negligência	4,29	4,78	p = 0,00062*
	Munchausen por procuração	4,10	4,33	NS
Responsabilidade legal	Atendimento exclusivo por médico	2,10	2,14	p = 0,90448
	Comunicação imediata à família	2,51	3,09	p = 0,01242*
Confiança e preparo pessoal	Conhecimento suficiente na graduação	2,41	3,39	p < 0,00001*
	Capacidade de reconhecer e acolher casos	2,56	3,29	p < 0,05*
	Reconhecimento de autoagressão	4,62	4,82	p < 0,0455*
	Desejo de maior abordagem do tema na graduação	4,68	4,79	p = 0,051

*Legenda: NS = não significativo; * = diferença estatisticamente significativa (p < 0,05).*

Em relação à conduta e notificação, os alunos do 6º ano apresentaram médias significativamente superiores quanto à obrigação de notificar mesmo diante apenas da suspeita ($p < 0,00001$) e ao preenchimento da ficha de notificação compulsória. No reconhecimento de sinais clínicos, verificou-se melhora na capacidade de identificar situações de violência, com destaque para a negligência ($p = 0,00062$) e para a importância do reconhecimento de sinais de autoagressão ($p = 0,0455$). Por fim, no que se refere à confiança e preparo pessoal, os estudantes do 6º ano relataram sentir-se mais preparados e seguros para lidar com casos de violência infantojuvenil ($p < 0,00001$).

A análise dos dados revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os estudantes do primeiro e do sexto ano em relação a diversas questões sobre o manejo de casos de violência infantil. As questões relacionadas à responsabilidade isolada do médico no atendimento a vítimas de violência infantil ($p = 0,90448$), à presença de machucaduras gênito-anais como indicativo de violência sexual ($p = 0,07689$) e às alterações dermatológicas como sinais de maus-tratos ($p = 0,1031$) apresentaram diferenças entre os grupos, porém sem significância estatística. Esses resultados sugerem que as percepções dos estudantes do primeiro e do sexto ano são semelhantes quanto aos temas abordados.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam uma progressiva ampliação do conhecimento, da percepção e da segurança dos estudantes de medicina à medida que avançam na formação, particularmente no que se refere à identificação e manejo da violência contra crianças e adolescentes. Embora os estudantes do sexto ano tenham apresentado desempenho significativamente superior na maioria dos domínios avaliados, observou-se que mesmo entre eles ainda persistem lacunas conceituais e operacionais, especialmente quanto ao domínio legal e à autopercepção de preparo.

As médias obtidas, tanto para os estudantes do 1º quanto do 6º ano, situam-se em níveis intermediários, o que aponta para um conhecimento parcial e, muitas vezes, limitado em relação ao tema. Ainda que os alunos mais avançados demonstrem maior compreensão e segurança, os dados sugerem que a abordagem da violência infantojuvenil na graduação médica ainda é incipiente, sendo frequentemente postergada para os estágios finais do curso. Esses achados estão alinhados com a literatura nacional e internacional, que aponta falhas na formação médica no que se refere à preparação para lidar com a violência contra populações vulneráveis [20,22,25].

Uma das maiores discrepâncias observadas entre os grupos refere-se à identificação de sinais indiretos de violência, como alterações comportamentais, silêncio excessivo, apatia, vestimentas inadequadas e medos não justificados. Esses indicadores, por serem mais sutis, exigem do profissional sensibilidade clínica, escuta ativa e capacidade de contextualização—competências que tendem a ser desenvolvidas com a prática clínica e o amadurecimento acadêmico. Os alunos do primeiro ano, ainda restritos a conteúdos teóricos básicos, apresentaram maior dificuldade em reconhecer esses sinais, concentrando-se em manifestações físicas mais evidentes, como lesões dermatológicas ou genitais [21,22].

Esse achado reforça a necessidade de antecipar, na grade curricular, conteúdos relacionados à violência contra crianças e adolescentes, com ênfase nos sinais menos óbvios, mas igualmente graves. A inserção precoce desses temas, por meio de metodologias ativas, simulações realísticas e discussões interdisciplinares, pode promover maior sensibilização, aumentar a capacidade de suspeição clínica e preparar o estudante para uma atuação mais proativa e responsável [21,28].

Outro ponto de destaque foi o maior conhecimento, entre os estudantes do 6º ano, sobre os aspectos legais e éticos da notificação compulsória. As diferenças observadas nas

médias das questões sobre a obrigatoriedade da notificação por suspeita e o preenchimento da ficha do SINAN foram estatisticamente significativas, refletindo o impacto da vivência clínica e do contato com políticas públicas de saúde e com a rede de proteção social [23,24].

Ainda assim, o fato de estudantes em formação avançada ainda apresentarem dúvidas sobre responsabilidades legais e procedimentos administrativos aponta para uma fragilidade estrutural na formação médica. Diversos estudos indicam que, mesmo após a graduação, muitos profissionais seguem inseguros quanto às exigências legais, à comunicação com o Conselho Tutelar e ao fluxo de encaminhamentos [25,26]. Essa insegurança contribui diretamente para a subnotificação dos casos, perpetuando o ciclo de violência e invisibilizando as vítimas [15,30].

Além dos conhecimentos técnicos, a dimensão emocional e relacional da prática médica também se destaca como um fator determinante na capacidade de intervenção frente a situações de violência. O medo de retaliações, o envolvimento emocional, a ausência de supervisão e a insegurança institucional são barreiras frequentemente relatadas por estudantes e profissionais de saúde [25,29,31]. A literatura aponta que esses fatores não apenas reduzem a taxa de notificação, mas também comprometem a qualidade do acolhimento às vítimas, muitas vezes revitimizadas por abordagens inadequadas ou negligentes [32].

Nesse sentido, a construção da confiança profissional não pode ser atribuída apenas à vivência clínica espontânea, mas exige estratégias pedagógicas estruturadas, como treinamentos específicos, simulações de casos complexos e acompanhamento por preceptores capacitados. A inserção dos estudantes em ambientes multiprofissionais, com integração real à rede de proteção, pode promover maior compreensão da dinâmica dos casos e fortalecer o senso de corresponsabilidade frente à criança em situação de risco [27,31].

Outro achado relevante do estudo é o forte desejo, manifestado por ambos os grupos, de maior abordagem do tema durante a graduação. Ainda que essa percepção seja mais evidente entre os alunos do 1º ano, também se mantém alta entre os do 6º ano, sugerindo que o conteúdo, quando presente, é insuficiente em profundidade ou aplicabilidade. Essa lacuna formativa já foi relatada por outros estudos realizados em diferentes instituições brasileiras, nos quais os estudantes expressam insegurança em atuar frente à violência infantojuvenil, mesmo após o término do curso [25,27].

A formação do médico generalista pressupõe não apenas o domínio técnico das patologias e condutas clínicas, mas também o compromisso ético com a proteção da infância e a atuação ativa na defesa dos direitos humanos. Portanto, é fundamental que as escolas médicas se comprometam com a formação de profissionais não apenas tecnicamente competentes, mas também sensíveis, informados e engajados com a proteção das populações vulneráveis.

Por fim, é importante destacar que o problema da subnotificação não pode ser compreendido apenas como uma falha individual, mas como reflexo de fragilidades sistêmicas. A ausência de protocolos bem definidos, a sobrecarga de trabalho, a falta de suporte interprofissional e a escassez de treinamentos contínuos constituem barreiras institucionais que comprometem a efetividade da rede de proteção [30,31,32]. Tais fatores demandam respostas coordenadas entre universidades, serviços de saúde e instâncias de governo, de modo a garantir condições estruturais, formativas e emocionais adequadas para que os futuros médicos possam agir com segurança, empatia e compromisso social.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que estudantes do sexto ano de medicina demonstram maior conhecimento, segurança e preparo para lidar com casos de violência infantojuvenil em comparação aos ingressantes do primeiro ano. Apesar desse avanço ao longo da formação, persistem lacunas importantes, especialmente nos anos iniciais, relacionadas à identificação de sinais sutis, à compreensão legal e à autoconfiança na abordagem dos casos.

Os resultados reforçam a necessidade de inserir, de forma precoce e contínua, conteúdos sobre violência contra crianças e adolescentes na graduação médica, utilizando metodologias ativas e integrando os alunos à rede de proteção. A antecipação desse conteúdo pode favorecer intervenções mais eficazes, contribuir para a notificação adequada e fortalecer o papel social do futuro médico na defesa dos direitos da infância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1]. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 1990 jul 13 [citado 2024 mar 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm;
- [2]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2024 mar 23]. 316 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf;
- [3]. Doescher AM, Leão AM, Ribeiro PR. A dependência química como resultado da violência sexual sofrida na infância e na adolescência: análise de histórias de vida. In: Congresso Nacional de Formação de Professores; 2014; São Paulo. São Paulo: UNESP; 2014. p. 8308–20;
- [4]. Rezende SJ. As cicatrizes: impactos na vida adulta do abuso sexual infantil. Raízes no Direito. 2013;2(1):87–100;
- [5]. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2002 [citado 2024 mar 15]. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf;
- [6]. Minayo MCS. Violência e saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006 [citado 2024 abr 16]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo9788575413807.pdf>;
- [7]. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2024 abr 16]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf;

[8]. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(4):22–9;

[9]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Linhas de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2024 abr 16]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf;

[10]. Maia DAB, Frias PG, Assunção RS, Vidal SA, Vanderlei LCM. Avaliação da implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Pernambuco, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(1):e2018051;

[11]. Barros P, Silva FBN. Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência. *Rev Bras Ter Cogn* [Internet]. 2006;2(1):55–66. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100006;

[12]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos - SINAN. Violência - Notificações registradas: banco de dados [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2024 abr 10]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>;

[13]. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço geral de 2011–2019: dados de violação dos direitos humanos [Internet]. Brasília: MMFDH; 2020 [citado 2024 abr 12];

[14]. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2024 abr 12]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>;

[15]. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against

- children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* [Internet]. 2016;137(3):e20154079. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/137/3/e20154079>;
- [16]. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência contra crianças e adolescentes (2019–2021) [Internet]. São Paulo: FBSP; 2021 [citado 2024 abr 15]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/12/violencia-contra-criancas-e%20adolescentes-2019-2021.pdf>;
- [17]. Kong HH, Im S, Seo JH, Kim DK, Roh H. Medical students' clinical performance of dealing with patients in the context of domestic violence. *Korean J Med Educ*. 2018;30(1):31–40;
- [18]. Rolim ACA, Moreira GAR, Corrêa CRS, Vieira LJES. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Saúde Debate*. 2014;38(103):1–12;
- [19] Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (BR). Resolução CNE/CES No 3, de 30 de Setembro de 2025. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília (DF): DOU Publicado em: 01/10/2025 | Edição: 187 | Seção: 1 | Página: 35. [acesso em 2020 set 20].
- [20]. Albayaty BAA, Al-Azzawi NK, Al-Zuhairy WN, Mohammed RZ. Awareness of child abuse among health-care students: a cross-sectional study. *Int J Prev Med*. 2024;15:127. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39045959/>;
- [21]. Kazakos C, Argyriadis A, Papageorgiou D, Moros D, Vasiliadis E. Knowledge, perceptions, and attitudes of medical and nursing students towards child abuse and neglect in Greece. *Children*. 2022;9(12):1978. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/12/1978>;
- [22]. Al-Ghadban R, Al-Mansour H, Al-Taiar A, Al-Dabbous L, Memon A, Nasrallah M.

- Ability of medical students to identify child abuse: diagnostic accuracy study. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):588. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10528059/>;
- [23]. Alshahrani A, Alshehri A, Almalki M, Alghamdi A, Alzahrani M, Alasmari S. Medical students' knowledge and attitudes towards child maltreatment: a cross-sectional comparative study. *BMC Prim Care.* 2025;26(1):34. Disponível em: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-025-02729-w>;
- [24]. Al-Qerem W, Jarab AS, Jaber RM, Othman A, Hayek B, Hammad H, et al. Knowledge and perception of child abuse among medical students: a multicenter study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(12):7071. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9221984/>;
- [25]. Maia JN, Ferrari RA, Gabani FL, Tacla MT, Reis TB, Fernandes ML. Violence against children: the routine of the professionals in the primary health care. *Rev Rede Enferm.* 2016;17(5):593. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500003>;
- [26]. Lima CCJ, Martins RD, Gomes NP, Cruz MA, Gomes NR, Silva KAA, Corrêa RM. Violência intrafamiliar presenciada e vivenciada por adolescentes escolares. *Cogitare Enferm.* 2022;27:e84185. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.84185>;
- [27]. Wilson IA, Lee J. Barriers and facilitators associated with child abuse and neglect reporting among child care professionals: a systematic review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2021;59(6):14–22. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/02793695-20210324-01>;
- [28]. Oliveira M, Silva A, Santos P. Notificações de violência interpessoal/autoprovoçada na XII Regional de Saúde de Pernambuco. *Rev UCPEL [Internet]*. [citado 2024 abr 12]. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2972/1866>;
- [29]. Veloso MMX, Magalhães CMC, Cabral IR. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde.

Mudanças Psicol Saúde. 2017;25(1);

[30]. Malta DC, Bernal RTI, Silva AG da, Sá NNB de, Tonaco LAB, Santos SLA dos, et al. Fatores associados à notificação de violência na infância no Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2025;30(2):e00572024. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2025.v30n2/e00572024/>;

[31]. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. Bull World Health Organ [Internet]. 2009 May 1;87(5):353–61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678770/>;

[32]. Alruwaili NSQ, Alanazi AMM, Alrawaili NM, Alzalbani AKM, Alanazi MSM, Alotibi FAJ, et al. The awareness of child abuse and neglect among the Saudi population: a narrative review. Cureus [Internet]. 2023 Dec 4 [citado 2024 abr 13];15(12):e204536. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/204536-the-awareness-of-child-abuse-and-neglect-among-the-saudi-population-a-narrative-review>.