



MAUS TRATOS FÍSICOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

PHYSICAL ABUSE AGAINST CHILDREN AND TEENS: PERCEPTION OF PEDIATRIC NURSING TEAM

ABUSO FÍSICO CONTRA LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES: LA PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Elizabete Cristina Pinto¹, Daise Laís Machado Ferreira², Zaida Aurora Sperli Geraldles Soler³, Juliana Ribeiro⁴

RESUMO

Objetivo: verificar o conhecimento da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência pediátrica quanto aos maus tratos físicos contra crianças e adolescentes. **Metodologia:** estudo qualitativo, com 18 profissionais de enfermagem, de um hospital escola quaternário no Noroeste paulista, São Paulo/Brasil. A coleta dos dados foi por meio de entrevista gravada, com uso de formulário e analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo. Os dados foram apresentados em figuras e de forma descritiva. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer n°. 369/2010 e Protocolo n°. 5697/2010. **Resultados:** a maioria da equipe de enfermagem possuía conhecimento sobre maus tratos físicos, apesar de muitos confundirem os tipos de violência; também, tinha pouco conhecimento sobre normas legais relacionadas. **Conclusão:** há necessidade de capacitação da equipe de enfermagem sobre os tipos de maus tratos contra crianças e adolescentes, visando as condições adequadas de diagnóstico, notificação e intervenções. **Descritores:** Síndrome da Criança Maltratada; Violência Doméstica; Crianças; Adolescentes; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the knowledge of the nursing staff of a pediatric emergency unit about physical abuse against children and adolescents. **Methodology:** a qualitative study with 18 nurses, a quaternary teaching hospital in the North West of São Paulo, São Paulo / Brazil. Data collection was through interviews recorded, using a form and analyzed by the technique of content analysis. The data were presented in figures and descriptively. The research project was approved by the Research Ethics, Opinion n°. 369/2010 and Protocol n°. 5697/2010. **Results:** most of the nursing staff had knowledge about physical abuse, although many confuse the kinds of violence, too, had little knowledge about related laws. **Conclusion:** there is need for training of the nursing staff about the types of abuse against children and adolescents, to the appropriate conditions of diagnostic, reporting and interventions. **Descriptors:** Battered Child Syndrome; Domestic Violence Children; Teens; Nursing Team.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento del personal de enfermería de una unidad de emergencia pediátrica sobre abuso físico contra los niños, niñas y adolescentes. **Metodología:** estudio cualitativo con 18 enfermeras, en un hospital docente cuaternario en el noroeste de São Paulo, São Paulo / Brasil. La recolección de datos fue a través de entrevistas grabadas, usando un formulario y se analizó mediante la técnica de análisis de contenido. Los datos se presentan en las figuras y descriptivamente. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación, Dictamen n°. 369/2010 y en el Protocolo n°. 5697/2010. **Resultados:** la mayor parte del personal de enfermería tenía conocimiento sobre el abuso físico, aunque muchos confunden el tipo de violencia, también, tenían poco conocimiento acerca de las leyes relacionadas. **Conclusión:** existe necesidad de la formación del personal de enfermería sobre los tipos de abusos contra los niños, niñas y adolescentes, a las condiciones apropiadas de diagnóstico, presentación de informes y las intervenciones. **Descriptores:** Síndrome del Niño Maltratado; Violencia Infantil; Adolescentes; Equipo de Enfermería.

¹Enfermeira, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: elizabete_cp@hotmail.com.br; ²Enfermeira, Docente, Mestranda em Ciências da Saúde, Pós-Graduação/Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: dlais@famerp.br; ³Obstetriz, Enfermeira, Livre Docente em Enfermagem Obstétrica, Graduação/Pós-Graduação, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/PPGENF/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: zaidaaurora@gmail.com; ⁴Fisioterapeuta, Enfermeira, Professora Mestre, UNILAGO E UNORP/UNIPÓS. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: juliana.fisenf@gmail.com

INTRODUÇÃO

A violência doméstica inclui os maus tratos na infância, nos âmbitos físico, negligência, emocional e sexual, que representam um problema de saúde pública, pois comprometem o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes e produzem consequências na fase adulta das pessoas.^{1,2}

São caracterizados como maus tratos físicos, todos os atos abusivos praticados mediante uso de instrumentos, golpes, queimaduras, mordidas, cortes, asfixia, castigos cruéis, cujas lesões são provocadas de maneira intencional.³⁻⁷ A negligência se refere às falhas do familiar ou responsável em relação às necessidades básicas das crianças ou dos adolescentes.^{3,4,6,7} A violência emocional abrange danos psicológicos, relacionados insultos, desvalorização ou críticas constantes, ameaças, intimidação, humilhação, constrangimento, rejeição, exploração ou corrupção, negação de apoio emocional, discriminação, desrespeito e atos para aterrorizar.⁴⁻⁸ O abuso sexual é todo ato, jogo ou relação sexual provocado por adulto contra crianças ou adolescentes, incluindo a molestação e o relacionamento sexual propriamente dito.⁴⁻⁸

Nas últimas décadas, vários grupos sociais vêm lutando em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes brasileiros, principalmente após 1990, quando entrou em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, tendo como objetivo de assegurar os direitos das crianças e dos adolescentes. Nele se destaca o papel dos profissionais de saúde e de educação, que têm a responsabilidade de identificar e notificar os casos de violência, além de determina as penalidades para aqueles que praticam ou agem de forma omissiva ou comissiva quanto aos maus tratos na infância e adolescência.^{7,10,11}

Para que as determinações previstas no ECA sejam cumpridas, é preciso a formação do Conselho Tutelar, que toma medidas que incluem orientações e apoio às vítimas, a busca de abrigo, a comunicação dos fatos à Vara da Infância e da Juventude¹² e a realização de encaminhamentos para os serviços de proteção social, jurídica ou de saúde mental.¹¹⁻¹⁵

Os profissionais de saúde têm papel importante na percepção e notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes, para permitir o adequado processo de assistência e auxílio à criança.¹⁶ Para tanto devem ter conhecimentos a respeito dos conceitos, os sinais de alerta, os

aspectos legais, as políticas públicas de saúde vigentes os dados epidemiológicos, os fatores de risco e as consequências dos maus-tratos.^{11,17}

Considerando a relevância das respostas a este questionamento, foi desenvolvida esta pesquisa, cujos objetivos foram:

- Identificar as características sociodemográficas dos membros da equipe de enfermagem atuantes em um serviço de emergência pediátrica.
- Verificar o conhecimento destas profissionais em relação aos maus tratos físicos contra crianças e adolescentes.

METODOLOGIA

Estudo com abordagem qualitativa, realizado em Unidade de Emergência Pediátrica de um hospital escola quaternário no noroeste paulista, com 12 leitos de internação e 1 leito de emergência, com atendimento diário de cerca de 55 crianças. Foram sujeitos do estudo 18 profissionais da equipe de enfermagem, todos do gênero feminino, correspondendo a 6 (33,3%) enfermeiras e 12 (66,7%) auxiliares de enfermagem, que consentiram em participar.

A coleta dos dados foi realizada entre outubro e novembro de 2010, por meio de entrevista gravada em aparelho de MP3, com uso de formulário com dados de identificação e quatro questões abertas a respeito de conceitos e sinais de alerta de maus tratos físicos e medidas de proteção. As entrevistas foram transcritas na íntegra e leituras repetidas, com o objetivo de categorizar as falas dos sujeitos.

A análise dos dados seguiu o modelo de Bardin, que busca definir a análise de conteúdo com agrupamento de técnicas que objetivam a dedução de conhecimentos condizentes à recepção destas mensagens e as ideias centrais dos dados obtidos, são apresentados em forma de Categorias de Enunciados, no foco de sinais de alerta, conhecimento de normas legais e condutas a serem tomadas.¹⁸

Os dados estão apresentados em Figuras e de forma descritiva, sendo discutidos à luz da literatura científica sobre as questões abordadas.

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer no. 369/2010 e Protocolo no. 5697/2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas Figuras 1, 2 e 3, estão caracterizadas as 18 profissionais de enfermagem

participantes desta pesquisa, todas eram do sexo feminino, sendo 6(33,3%) enfermeiras (uma era aprimoranda em pediatria, que é uma forma de especialização remunerada, nos moldes de residência em enfermagem) e 12(66,7%) auxiliares de enfermagem. A idade das entrevistadas variou de 21 a 51 anos entre as auxiliares de enfermagem e 22 a 41 anos entre as enfermeiras. O tempo de atuação profissional ficou entre 10 meses a 18 anos entre as enfermeiras e de 2 anos a 30 anos entre as auxiliares de enfermagem. Em pediatria, atuavam entre 2 meses a 8 anos as enfermeiras e de 18 meses a 14 anos e 9 meses entre as auxiliares de enfermagem.

Entrevistada	Idade (anos)	Profissão	Tempo no exercício da profissão (anos)	Tempo de Atuação na Emergência Pediátrica (anos)
1	23	AE	3	3
2	21	AE	2	1,5
3	41	E	15	8
4	34	AE	9 anos	7 anos
5	37	AE	4 anos	3 anos e 6 meses
6	41	E	18 anos	Atua como cobertura
7	35	AE	7 anos	2 anos -cobertura
8	29	E	3 anos	2 anos
9	28	E	4 anos	4 anos
10	34	AE	2 anos e 8 meses	2 anos e 3 meses
11	41	AE	20 anos	14 anos e 9 meses
12	24	AE	4 anos	4 anos
13	26	E	5 anos	4 anos
14	30	AE	8 anos	6 anos
15	29	AE	9 anos	5 anos
16	22	E	10 meses	2 meses
17	51	AE	30 anos*	13 anos
18	44	AE	24 anos*	12 anos

Figura 1. Características da equipe de enfermagem de emergência pediátrica de hospital de ensino. São José do Rio Preto, 2010. *Auxiliar de enfermagem (AE), Enfermagem (E).

Quanto à qualificação das enfermeiras para atuar em Pediatria, nota-se pelo **Figura 2** que estariam capacitadas para reconhecer os sinais de alerta sobre maus tratos físicos e outros tipos de violência contra crianças e adolescentes, pois apenas a enfermeira número 6 não tinha especialização em pediatria, mas tinha especialização em Saúde Coletiva. Também, que a enfermeira no. 9 fez aprimoramento em pediatria e as enfermeiras de números 6 e 13 fizeram a especialização e aprimoramento em pediatria.

Entrevistada	Especialização	Aprimoramento
3	UTI Adulto, Pediatria, Enf. Trauma	-
6	Saúde Coletiva	-
8	UTI Neonatal	-
9	-	Pediatria
13	Pediatria	Pediatria
16	Pediatria	Pediatria

Figura 2. Especialização realizada pelas enfermeiras atuantes em unidade de emergência pediátrica. São José do Rio Preto, 2010.

Constata-se pela **Figura 3** que a maioria das auxiliares de enfermagem deste estudo tinham bom nível de escolaridade, já que apenas 3 (25%) tinham só o curso de auxiliar de enfermagem. Entre as outras que atuavam como auxiliares de enfermagem na emergência pediátrica estudada, 6 (50%) já eram técnicas de enfermagem e destas, duas estavam cursando a graduação em enfermagem; 2 (16,7%) eram também enfermeiras e 1 (8,3%) tinha feito o curso de graduação em Administração.

Entrevistada	Formação Complementar	Cursando
1	Técnica de Enfermagem	Graduação em Enfermagem
2	Técnica de Enfermagem	Graduação em Enfermagem
4	Não	-
5	Não	-
7	Técnica de Enfermagem	-
10	Técnica de Enfermagem	-
11	Técnica de Enfermagem	-
12	Administração	-
14	Graduação em Enfermagem	-
15	Graduação em Enfermagem	-
17	Técnica de Enfermagem	-
18	Não	-

Figura 3. Formação complementar das auxiliares de enfermagem atuantes em unidade de emergência pediátrica. São José do Rio Preto, 2010.

Apresenta-se a seguir os dados qualitativos sobre o conhecimento da equipe de enfermagem da emergência pediátrica estudada sobre maus tratos físicos contra

crianças e adolescentes, organizados em 3 categorias de Análise : I- conhecimento dos sinais de alerta para maus tratos físicos; II- conhecimento das normas legais vigentes no Brasil de proteção de crianças e adolescentes e III - condutas tomadas.

♦ I - Categoria Conhecimento dos Sinais de Alerta para Maus Tratos Físicos

O conhecimento dos sinais de alerta são importantes na suspeita ou confirmação de maus tratos físicos contra crianças e adolescentes. Se os profissionais de saúde não souberem reconhecer tais sinais, de certa forma contribuem para a manutenção do ciclo de violência na saúde física e mental das crianças vitimadas.^{3, 7, 19-22}.

Por ordem de maior citação, os sinais de alerta apontados pelas enfermeiras neste estudo foram lesões no corpo, comportamento da criança vítima; observações feitas por parte de um profissional durante internação da vítima e comportamento da mãe ou responsável durante internação. Houve algumas citações de violência física de situações como internações repetidas da mesma vítima; miíase, de “bicho de pé”, de más condições de higiene da vítima, de agravos na parte ginecológica e DST, que revelaram que as participantes do estudo confundiram violência física com violência relacionada a negligência e abuso sexual. Abaixo são apresentados relatos das enfermeiras e auxiliares de enfermagem participantes deste estudo, quanto ao que consideram sinais de maus tratos físicos, com transcrição de parte das falas delas.

• Relatos das enfermeiras

[...] lesões no corpo, hematomas, cicatrizes, edema, sinais na pele, queixa de dor sem explicação [...] bebê de 3 meses com fratura de fêmur! ela voltou com uma outra fratura em região, acho que temporal [...] depois ela voltou com lesão em córnea [...], depois de muito tempo a gente descobriu que o agressor era o pai, com conhecimento da mãe que se omitia porque o amor pelo marido era maior que o amor pelo filho[...] alguma lesão na região genital. [...] uma criança uma vez chegou com miíase no ouvido; bicho de pé, também sinal de mau trato[...] crianças que tem uma história um pouco suspeita [...] não tá batendo com o que se vê [...] [...] criança muito agitada, chorosa, ansiosa, irritada [...]; comportamento da mãe, como que a mãe cuida da criança aqui, como pega no colo, como dá de mamá, [...].A partir do comportamento da criança e da mãe, a gente já começa a observar outros sinais né[...].

• Relatos das auxiliares de enfermagem

[...]criança que fica meio amuadinha, [...]tem medo quando a gente se aproxima, quando se aproxima algum familiar, a gente suspeita de algum mau trato.[...] a criança já é retraída, aquela criança que não olha nos olhos, aquela criança que fica olhando sempre pro chão [...] é uma criança que não se comunica bem, [...]que está sempre escondida atrás ou de um responsável que ela confia [...].alguns sinais como hematomas[...] às vezes a criança chega assustada, não conversa com a gente, fica retraída... [...] já aconteceu de eu ver crianças com sinais de queimadura tipo de cigarro[...] [...] ela tem algum hematoma, ou ela tem muito medo dos pais, ela não conversa muito [...] Hematomas [...] uma fratura[...] você vê que a criança está meio arredia lesões né, na pele, [...]tem um monte, mas no momento eu não consigo lembrar[...] Manchas no corpo [...] roxo, olhinho fundo [...] a gente vê que foi surra, foi pancada mesmo.

As respostas da maioria das profissionais de enfermagem do estudo sobre sinais de alerta para maus tratos físicos abrangeram lesões físicas, comportamento diferenciado das vítimas e as repetidas internações, o que está de acordo com a literatura científica^{8,10,16,17,22}. Ainda, as histórias não condizentes com o estado da criança e/ou adolescente ou relatos distintos entre os familiares e/ou responsáveis levam a suspeita de maus tratos. Os profissionais devem atentar-se para esses e outros possíveis sinais sugestivos, para buscar medidas de proteção às vítimas^{20, 23}.

Ainda, pelos fragmentos de relatos abaixo, verifica-se que algumas enfermeiras e auxiliares de enfermagem mencionaram erroneamente como característicos de maus tratos físicos certos sinais de lesões em região genital, de doença sexualmente transmissível, de infecções parasitárias, lesões na pele e higiene precária, definidos como abuso sexual e negligência, respectivamente.^{4,6,7, 8,24-29} As falas demonstram a dificuldade em relação ao conceito de mau trato físico e, conseqüentemente, para os demais tipos de maus tratos. As falhas na identificação da violência podem dificultar a adequada atenção à criança e ou adolescente vitimizados.^{4,8,7,24-31}

• Relato das enfermeiras

Ah, conforme a criança... A parte ginecológica da criança né [...] [...] reparo nas coisinhas da criança, nas roupas se estão em ordem, se estão limpinhas... Então a gente vai observando, tudo isso a gente já fica com um pé atrás [...]

• Relato das auxiliares de enfermagem

[...] a gente acha que pode ter sido violência sexual. [...] na região

genital[...]. ferimentos que dá por doenças venéreas que uma criança não teria esse tipo de problema [...] criança muito retraída, com muito medo de tudo [...] caso assim de maus tratos, de falta de cuidado com a criança [...] você vê que é mal nutrida, mal tratada, mal cuidada, suja [...]. É, estupro assim. [...] Às vezes a criança chega com hematoma, com miíase (que eu também acho que é maus tratos) [...] poderia incluir também pediculose[...]. Escabiose[...]

♦ **II- Categoria Conhecimento das Normas Legais e Condutas recomendadas de no Brasil de Proteção da Criança e Adolescentes Vítimas de Maus Tratos.**

No **Figura 4** mostra-se como está orientado no Brasil o fluxo de atendimento à criança vítima de violência. Ficou evidenciado neste estudo que a maioria das enfermeiras conhecia, ainda que superficialmente, a legislação sobre a notificação para casos suspeitos e/ou confirmados de maus tratos. Citaram a comunicação das ocorrências aos órgãos de proteção à criança e ao adolescente, como o Conselho Tutelar, a Vara da Infância e Juventude; a realização de boletim de ocorrência; acionar o CRAMI e o Projeto Acolher, que é relacionado apenas à violência sexual. De modo geral ficou destacado que as participantes do estudo não sabem descrever ao menos as principais etapas de encaminhamento da criança vítima de maus tratos, como se verifica nos relatos abaixo.

♦ **Relato de enfermeiras**

[...] a gente encaminha mais pro Conselho Tutelar tá ... que vai fazer todo esse direcionamento...Houve uma época aqui que a gente tava pedindo boletim de ocorrência, encaminhando pro IML, nãñã, e a gente chegou a conclusão que o IML não é um dos lugares mais adequados pra essas crianças [...]encaminhando para a Vara da infância e Juventude [...] o Conselho Tutelar [...] a gente tem um impresso aqui passo a passo que a gente tem que fazer, tanto de acionar o CRAMI também, que é o órgão que acompanha junto, tanto do Projeto Acolher, quando é suspeita de abuso [...]Eu já li, mas de verdade assim, não sei te falar... o que tá escrito certinho... [...] eu sei que a criança e o adolescente tem um lei específica que defende[...] conheço pouco. [...] conheço assim, a nossa rotina aqui, as atitudes que a gente tem que ter aqui, agora, mais, além, eu não tenho muito conhecimento [...]

♦ **Relato das auxiliares de enfermagem**

[...] Ai, como chama [...]! [...] geralmente os médicos que fazem [...]eles fazem aquela

notificação, chama o Conselho Tutelar [...]se for alguma coisa mais grave fazem até boletim de ocorrência [...] A gente mesmo assim em si, não faz nada [...] suspeita de maus tratos tem o Projeto Acolher, do Hospital e todas as crianças que são suspeitas ou confirmação de abuso tem quer ser encaminhada pro Conselho Tutelar, a polícia tem que ser acionada, aí tem o exame que tem que ser feito, corpo de delito lá, exame ginecológico[...] eu sei que em primeiro lugar a gente tem que acionar o Conselho Tutelar né ou então pelo menos chamar a polícia pra ver o que está acontecendo [...] o que eu vou falar? [...] Estatuto da criança e as leis que regem [...] a gente passa pros médicos quando achamos que a criança está sendo maltratada, [...] eles também analisam a situação e eles mesmos que acionam o Conselho Tutelar e eles que preenchem todos os papéis [...] é que aqui a gente já tem o protocolo né? Já tem assim, a papelada específica né, e aonde deve ser comunicado, então é tudo certinho. Então chegou, é preenchida aquela papelada, e é entrado em contato né com o serviço da assistente social... Não, social não[...] é de[...] de[...] De maus tratos lá [...] Conselho Tutelar! [...] o ECA? Eu nunca li na íntegra, algumas coisas eu já li, mas na íntegra, na íntegra eu ainda não li [...]Não conheço a fundo não. Eu já li, mas assim, bem por cima, não conheço assim, pra falar pra você que eu conheço todos os artigos, eu não conheço não. A gente tem uma noção né? [...] A legislação eu não sei, mas aí a gente conhece a nossa rotina daqui. Aí a legislação mesmo assim, a notificação, essas coisas, não! [...] eu não conheço a fundo, gostaria muito de conhecer.

Deduz-se pelas respostas das participantes que elas nunca notificaram a violência contra crianças e adolescentes, pois se tivessem feito saberiam que o fluxo citado por elas é incorreto. Vale destacar que em 2001, uma equipe interdisciplinar do hospital campo desta pesquisa criou o Projeto Acolher, para atender especificamente vítimas de abuso sexual. A finalidade é prestar atendimento às vítimas; fornecer atendimento de emergência para profilaxia de gravidez e DST/AIDS; posterior acompanhamento para controle e prevenção das conseqüências físicas, psicológicas e sociais resultantes da violência; informar a população sobre a problemática; auxiliar na prevenção deste tipo de violência e aumentar o número de notificações.³⁸

Segundo informações obtidas em visita ao CRAMI (Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância de São José do Rio Preto) é o Conselho Tutelar - órgão central de recebimento das notificações de maus tratos - que encaminha as vítimas e suas famílias para os serviços de atendimento psicossocial nas

redes de saúde, como o CRAMI, cujo objetivo também é tratar e prevenir a violência doméstica para crianças, adolescentes e famílias vitimizadas.

O que chama a atenção é a falta de referência ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), citado apenas superficialmente por apenas uma entrevistada (8). Os pontos citados foram: encaminhar ao Conselho Tutelar; acionar a polícia; fazer boletim de ocorrência; o Projeto Acolher; exame de corpo delito e o ECA com suas leis. Temos casos em que algumas afirmaram não ter conhecimento ou ter apenas alguma noção, sendo evidências de desconhecimento profissional sobre a legislação.

Um fato curioso e que vale a pena ser comentado foi que, uma auxiliar de enfermagem me procurou e perguntou se eu poderia arrumar o ECA para ela, pois a mesma gostaria de conhecer mais sobre o tema. Eu mandei em seu e-mail e ela me disse que iria imprimir e deixaria na unidade para que todos pudessem também se informar. Isso comprova a deficiência sobre o tema para alguns profissionais e mostra como alguns funcionários possuem interesse em aprender mais, para atuarem de forma ideal, ajudando as vítimas. O conhecimento da legislação e a atuação efetiva permitem minimizar a subnotificação, fato que mascara a real situação da violência.^{7,24,26-7,39-40}

Foi perguntado sobre a vivência profissional de algum caso de mau trato físico e a consequente conduta:

Muitos! Muitos! [...] aqui normalmente, na parte de notificação, a Enfermeira não se envolve muito. Normalmente quem faz a notificação é o residente, para ele aprender, porque ele vai ser a pessoa de frente né, de início pra estar fazendo essa notificação[...] se o médico fala: “eu não vou fazer a notificação”, o profissional de Enfermagem fica meio inseguro de querer fazer. Eu acho que é um pouco da gente não querer problemas pro nosso lado posteriormente [...] se você se omitir diante de uma criança em maus tratos, em risco, você não denunciar isso, você vai responder junto com o agressor pelo fato de você ter omitido, isso a gente sabe muito bem claro [...] tem as testemunhas e normalmente nós somos uma das testemunhas, mas normalmente não somos nós que preenchemos... Lógico que muitas vezes a gente faz um convencimento para que eles façam a notificação, que muitas vezes fala assim: “ah, mas não precisa, nãã[...]”. Não, tem que notificar! [...] Ainda na mesma questão, foi perguntado: “Então a sua conduta é comunicar ao médico” e ela afirma: “Isso!”

◆ Entrevista 3 - Enfermeira

Sim. A gente comunicou a equipe médica, a equipe médica acionou o Conselho Tutelar e muitas dessas crianças nem precisariam ficar internadas, ficaram internadas mais pra uma questão social [...] Então, a partir do momento que comunicou o Conselho Tutelar, foram acompanhadas pelo serviço social, por psicologia, NE? [...] a gente já teve vários casos aqui [...].

Em relação às condutas dos casos de maus tratos físicos, é necessário que o trabalho de atenção as vítimas e seus familiares envolvidos sejam realizados de forma interdisciplinar, com uma rede multiprofissional, intersetorial e interinstitucional. Os setores mais envolvidos são: educação, saúde, justiça, segurança, cultura e trabalho. Na área da saúde, as equipes interdisciplinares devem agir em conjunto, pois respeitadas as especificidades de cada área, todos desempenham papéis relevantes na prevenção, promoção e recuperação das crianças e adolescentes vitimizados e suas famílias.¹⁶

Outra questão identificada no estudo é o fato de comunicarem a equipe médica em primeiro lugar, sendo que o enfermeiro, como responsável pela equipe de enfermagem e muitas vezes pela unidade assistencial deveria fazer a interlocução necessária em benefício do paciente. Começando pela notificação, que é um meio de proteção, também outras condutas importantes o enfermeiro tem condições de atuar e orientar a equipe de enfermagem nos procedimentos e diagnósticos; realizar o exame físico para avaliação do estado do paciente e identificação de possíveis sinais de alerta; promover o bem estar da vítima, atendendo não apenas as suas necessidades físicas, mas também às necessidades emocionais e comportamentais; promover um ambiente terapêutico durante a internação; procurar desenvolver um trabalho com a família da vítima de modo a promover, prevenir e intervir nessa situação de violência; capacitar a equipe de enfermagem para uma correta identificação e conduta dos casos; direcionar as ações de cuidado da equipe de enfermagem; encaminhar ao trabalho em conjunto com outros profissionais da equipe multiprofissional.^{21,25}

Ainda, no caso de uma suspeita de maus tratos é preciso que seja feita uma correlação com vários fatores, onde o diagnóstico definitivo deve ser dado somente após ter sido descartada a possibilidade de outras patologias. Para tanto, esse diagnóstico deve ser feito por profissionais capacitados, que

conheçam os critérios que devem ser utilizados para enquadrar um caso como sendo de maus-tratos físicos contra crianças e adolescentes, sendo esse um possível motivo para a postura do hospital em relação a notificação por parte médica. Entretanto todo profissional deve ser capacitado para ter o conhecimento necessário que o possibilite contribuir com a ideal identificação e conduta as vítimas.^{20,23}

Fica claro, portanto, o não envolvimento direto das enfermeiras nas situações de suspeita de violência, pelo fato da comunicação ser feita primeiramente à equipe médica; por não haver um protocolo de ações direcionado à equipe de enfermagem; o não questionamento das normas instituídas no hospital; a comprovação de casos que foram identificados pelo médico, quando na verdade a enfermeira deveria ser parte fundamental no também reconhecimento dos maus tratos físicos. Os demais aspectos levantados, como descrito na tabela anterior, não mostram com clareza quem efetua a ação, mas o ideal seria que também fosse feito pelo enfermeiro.

Outro fator de preocupação é o sigilo profissional, destacado no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, quando trata das responsabilidades e deveres - “manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos por lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou seu representante legal”. Além disso, é importante ressaltar que o trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar se faz necessário.^{16,35}

Ficou claro neste estudo que as auxiliares de enfermagem, talvez pela maior aproximação, exercem condutas mais diretas as vítimas. Sendo assim, a forma como acolhem, escutam e atendem as crianças e adolescentes vitimizados, influencia na adesão ao cuidado e tratamento, cabendo ao profissional ter um olhar crítico e sensível para analisar cada situação, tendo uma conduta correta. Para isso, os profissionais devem estabelecer primeiramente um clima de afinidade, harmonia e confiança com a criança e adolescente, além de realizar a essência do cuidado: o bem estar e o conforto do cliente, que exige dos profissionais um esforço constante no entendimento da complexidade e fragilidade do ser humano sob sua responsabilidade. A equipe de enfermagem deve conquistar a criança e o adolescente, criando um vínculo de confiança que, expresse atitudes sinceras durante o cuidado. Também deve familiarizá-los ao

ambiente hospitalar e às pessoas que estarão envolvidas no seu cuidado.^{20,22,31-2}

O fato de haver uma pessoa de referência para a notificação e atendimento às vítimas, faz com que os demais membros da equipe venham a delegar a atuação, nos casos suspeitos ou confirmados, somente aquele profissional que é referência. Isso age contra os preceitos éticos, onde todo profissional tem o dever de cumprir com seu papel social, político e moral, notificando casos suspeitos e/ou confirmados, com o objetivo de proteger a vítima, e que cada um, dentro de sua especificidade, pode contribuir para compor esta rede de informação que permite estabelecer critérios de diagnóstico para o mau trato físico e a adequada conduta a ser tomada por todo profissional.^{8,23,25}

Os conceitos e percepções sobre os diferentes tipos de maus tratos e as idéias a eles associadas não são tão simples, fato que se agrava com a falta de conhecimento e o despreparo dos profissionais de saúde. É possível que não tais conteúdos não tenham sido abordados de forma adequada durante a graduação, o que compromete a correta identificação, notificação e encaminhamento de vítimas de violência. O que é preconizado como dever profissional, de respeito a aspectos humanísticos e aos dispositivos éticos e legais profissionais é a sensibilização, a educação continuada, permanente e a constante busca pelo saber, para reconhecer sinais de alerta no trato com crianças e adolescentes vítimas de violência.^{22,30}

A recomendação é que a criança ou adolescentes sejam vistos de maneira holística, considerando o ser biopsicossocial como passível de mudanças resultantes da violência. Como medidas preventivas de agravos recomenda-se dar importância a sinais visíveis e não visíveis, com investigação durante a internação, em especial quando há repetidas internações, pois sugerem que algo está errado.²¹⁻²

Em vista do exposto, deve ser implementado condições necessárias para que o profissional de Enfermagem tenha conhecimento sobre a identificação dos sinais de alerta ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de maus tratos físicos. O profissional Enfermeiro deve ser dotado de conhecimento específico para capacitar a sua equipe, a conhecer e reconhecer sinais de violência doméstica no atendimento a crianças e adolescentes vitimizados.

CONCLUSÃO

A equipe de enfermagem estudada possui conhecimento sobre os sinais de alerta que caracterizam suspeita e/ou confirmação de maus tratos físicos contra crianças e adolescentes, mas têm conhecimento deficiente sobre a legislação; também, que tanto enfermeiras como auxiliares de enfermagem equivocaram-se ao considerar como mau trato físico, sinais característicos de abuso sexual e negligência.

A análise da percepção de vários profissionais estudados revelou despreparo em relação à temática de violência contra crianças e adolescentes; também, que os enfermeiros das unidades pediátricas pesquisadas devem assumir o compromisso técnico-científico, social, político e moral, no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violências, assim como devem cumprir seu papel na capacitação dos auxiliares e técnicos de enfermagem no contexto da atenção a vítimas infanto-juvenis em situações de maus tratos físicos.

REFERÊNCIAS

1. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS de, Nascimento R do, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde soc* [Internet]. 2011 [cited 2013 May 2012];20(1):147-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/17.pdf>
2. Branco MAO, Tomanik EA. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevenção e enfrentamento. *Psicol Soc* [Internet]. 2012 [cited 2013 May 2012];24(2):402-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/17.pdf>
3. Algeri S, Souza LM. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2010 May 8];14(4):625-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a23.pdf
4. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS da, Egry EY. Características da Violência contra a criança em uma capital brasileira. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2013 Feb 20];20(2):266-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08.pdf
5. Faleiros JM, Matias ASA, Bazon MR. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2010 Aug 26];25(2):337-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/12.pdf>
6. Charles FJ. Abuso e negligência contra crianças. In: Kliegman RN, Behrman RI, Jenson HB, Stanton BF. *Tratado de Pediatria*. 18th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 171-83.
7. Assis SG de, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2013 Feb 12];17(9):2305-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf>
8. Santoro Junior M. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatr Mod* [Internet]. 2002 [cited 2010 May 8];38(6):279-83. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1955
9. Câmara dos Deputados. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991 [Internet]. 3rd ed. Brasília: Câmara dos Deputados; 2001 [cited 2010 Ago 4]. Available from: <http://redesociaisapaulo.org.br/downloads/ECA.pdf>
10. Silva LMP da, Ferriani MGC, Silva MAI. O Poder Judiciário como última instância de proteção às crianças e aos adolescentes: ações intersetoriais, investimento em recursos humanos e estruturação dos serviços. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2012. [cited 2013 Jan 12];20(3):444-52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a04v20n3.pdf
11. Zambon MP, Jacintho ACA, Medeiros MM de, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet]. 2012. [cited 2013 Mar 14];58(4):465-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a18.pdf>
12. Martins CBG, Jorge MHPM. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009. [cited 2010 June 12];22(6):800-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v22n6/a12v22n6.pdf>
13. Garbin CAS, Roviada TAS, Joaquim RC, Paula AM de, Queiroz APDG. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos

contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 14];64(4):665-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a06v64n4.pdf>

14. Melo MC, Cristo RC, Kadama I. Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. Comun Ciênc Saúde [Internet]. 2006 [cited 2010 June 21];17(1):47-53. Available from: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2006Vol17_1Art5avaliacaoassistencia.pdf

15. Pfeiffer L, Rosário NA, Cat MNL. Violência contra Crianças e Adolescentes: proposta de classificação dos níveis de gravidade. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 15];36(2):172-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/02.pdf>

16. Barbosa PZ, Pegoraro RF. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. Saúde Soc [Internet]. 2008 [cited 2010 Aug 15];17(3):77-89. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/09.pdf>

17. Martins CBG, Jorge MHPM. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2009 [cited 2010 June 12];12(3):325-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/04.pdf>

18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

19. Guerra VNA. Parte 1: a violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 6th ed. São Paulo: Cortez; 2008. p. 29-48

20. Fonseca RMGS da, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG de. Reincidência da violência contra crianças no município de Curitiba: um olhar de gênero. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 14];25(6):895-901. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a11.pdf>

21. Cocco M, Silva EB da, Jahn AC, Poll AS. Violência contra crianças e adolescentes: estratégias de cuidado adotadas por profissionais de saúde. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2010 [cited 2011 Jan 15];9(2):292-300. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/viewFile/8061/6108>.

22. Guimarães JATL, Villela WV. Características da violência física e sexual

contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011. [cited 2013 Mar 17];27(8):1647-53. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n8/19.pdf>

23. Souza GL de, Kantorski LP. Maus tratos na infância. Fam Saúde Desenv [Internet]. 2003 [cited 2011 Jan 15];5(3):213-22. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/8084/5703>.

24. Rossi D. Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes (Procedimentos de profissionais de saúde do setor público de Campinas SP) [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2004.

25. Cunha JM. A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2007.

26. Rosas FK, Cionek MIGD. O impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem. Conhecimento interativo [Internet]. 2006 [cited 2011 June 3];2(1):10-5. Available from: <http://www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/impacto.pdf>

27. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. J Pediatr [Internet]. 2005 [cited 2011 June 3];81(5):197-204. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>

28. Bazon MR, Mello ILMA de, Bérnago LPD, Faleiros JM. Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social. Temas Psicol. [Internet]. 2010. [cited 2011 June 3];18(1):71-84. Available from: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n1/PDF/v18n1a07.pdf>

29. Maia JMD, Williams LCA. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. Temas Psicol. [Internet]. 2005 [cited 2011 June 3];2(1):91-103. Available from: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol13n2/PDF/v13n02a03.pdf>

30. Gomes R, Junqueira MFPS, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2002 [cited 2010 June 12];7(2):275-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10247>

31. Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança:

oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2010 July 11];24(12):2926-36. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/22.pdf>

32. Woiski ROS, Rocha DLB. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 [cited 2011 June 3];14(1):143-50. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a21.pdf>

Submissão: 15/01/2013

Aceito: 22/04/2013

Publicado: 01/06/2013

Correspondência

Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Av. Brg. Faria Lima, 5416 / Vila São Pedro
CEP: 15090-000 – São José do Rio Preto (SP),
Brasil