

## Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência

### Conducts adopted by health professionals on hospitalized children victim of violence

### Conductas adoptadas por los profesionales de salud el niño hospitalizado víctima de violencia

Pollyanna Dantas de Lima<sup>I</sup>, Glauceia Maciel de Farias<sup>II</sup>

#### RESUMO

Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), em Boa Vista – RR. A população constou de 235 profissionais de saúde e os dados foram coletados de junho a agosto de 2006. Teve como objetivos conhecer os tipos de violência identificados pelos profissionais de saúde nos casos confirmados ou suspeitos de crianças hospitalizadas; identificar as condutas adotadas pelo profissional de saúde; identificar os profissionais que mais ajudaram a tomar as decisões das condutas adotadas. Os resultados mostram que os principais tipos de violência identificados foram as físicas (29%) seguida da negligência (25,8%) Sobre a suspeita ou confirmação dos casos de violência, 25,8% dos profissionais informaram ao enfermeiro e 20,3% ao serviço social. Os profissionais que mais ajudaram a tomar a decisão das condutas adotadas nos casos confirmados ou suspeitos de violência infantil foram os assistentes sociais (26,3%), os psicólogos (20,8%) e os médicos (18,2%). Inferimos, pois, que os profissionais de saúde estudados não utilizam adequadamente os caminhos preconizados para notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança atendidos no ambiente hospitalar.

**Palavras chave:** Saúde da criança; Violência doméstica; Enfermagem pediátrica.

#### ABSTRACT

Exploratory descriptive study, quantitative approach, performed in Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), in Boa Vista – RR. The population was composed of 235 health professionals and the data was collected from June to August 2006. Aiming to acknowledge the type of violence identified by the health professionals in the confirmed or suspected cases of violence on hospitalized children and identify the conducts adopted by the health professionals; identify the health professionals'

that most help to take the decision. The results show that 29% considered physical violence the most common kind followed by negligence (25,8%); 25,8 % take the attitude of reporting to the nurse and 20,3% to the social service; 26,3% of the professionals consider that the social assistants helped the most on deciding which conduct to adopt following by psychologists (20,8%) e and the physicians (18,2%). Thus we infer that the studied health professionals do not adequately utilize the prescribed ways for notification of suspected or confirmed cases of violence against children attended by hospital care.

**Key words:** Child health; Domestic violence; Pediatric nurse.

#### RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo, con una abordaje cuantitativa, llevada a cabo en el Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), en Boa Vista – RR. La población se constituyó de 235 profesionales de la salud y los datos fueron colectados de junio a agosto de 2006. La finalidad es reconocer el tipo de violencia identificadas por los profesionales de la salud en los casos confirmados o sospechosos de la violencia en los niños hospitalizados e identificar las conductas adoptadas por los profesionales de la salud que más ayudaron a tomar la decisión. Los resultados demuestran que los tipos identificados principales de violencia habían sido la física (29%) seguida del negligencia (25,8%); 25,8% adoptar la actitud de informar a la enfermera y el 20,3% para el servicio social;

<sup>I</sup> Enfermeira, Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Natal, RN. Brasil. E-mail: [plima3@hotmail.com](mailto:plima3@hotmail.com)

<sup>II</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Natal, RN. Brasil. E-mail: [glauceia@digizap.com.br](mailto:glauceia@digizap.com.br)

26,3% de los profesionales consideran que los asistentes sociales ayudó a la mayoría de decidir qué conducta adoptar siguiente de psicologists (20,8 %) E y los médicos (18,2%). Deducimos, por lo tanto, que los profesionales estudiados de la salud no utilizan elogiado notifique los casos sospechosos o las maneras

confirmadas adecuadamente de la violencia contra el niño tomado cuidado en del ambiente del hospital.

**Palabras clave:** Salud del niño; Violencia doméstica; Enfermería pediátrica.

## INTRODUÇÃO

As diferentes formas de violência ao longo dos tempos vêm sendo consideradas um problema de saúde pública, pois cada vez mais esse evento ocorre em todas as faixas etárias, principalmente entre crianças, adolescentes e idosos, configurando uma importante causa de morbimortalidade no mundo <sup>(1)</sup>.

Essa situação vem se perpetuando até os dias atuais, inclusive no Brasil, ao constatar em relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2004, uma observação relativa à violência onde diz que em uma sociedade como a nossa, tida como democrática, não pode mais tolerar situações de pobreza, desigualdades e condições injustas nas quais muitas crianças vivem. Acrescenta que a exploração sexual e o tráfico dessas vítimas são algumas das piores formas de violência originadas da pobreza, exclusão social e discriminação de gênero <sup>(2)</sup>.

O mesmo relatório acrescenta que o maior desafio dos governos é fazer com que as políticas públicas quebrem o ciclo de exclusão social, considerado o "buraco negro" da sociedade brasileira, no qual o Estado e os serviços sociais básicos não alcançam e as pessoas sobrevivem em condições que geram novas formas de violência sem nenhuma esperança para o futuro <sup>(2)</sup>.

A violência tem seu reflexo nos serviços de saúde seja pela dificuldade de lidar com esses casos seja pelos custos tangíveis e intangíveis <sup>(3,4)</sup>. No sentido de combater esse evento revertendo esse quadro, se faz necessário, a mobilização de entidades e profissionais no sentido de denunciarem a violência contra essas crianças. Foi com essa intenção que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado, passando a garantir os direitos da criança e do adolescente, mediante a Lei Federal 8.069 de 13 de julho de 1990 <sup>(5)</sup>.

Contudo, mesmo após anos da adoção do ECA, existem, hoje, apenas 3.477 Conselhos Tutelares (CTs) representando 5.578 Municípios. Nesse passo, a intenção do ECA, de se ter no mínimo um CT por município, só será alcançado em 2011. O autor ressalta, ainda, que a existência de CTs, isoladamente, não resolve o problema da violência, sendo necessário investir em recursos materiais e na capacitação de conselheiros <sup>(5)</sup>.

Um outro órgão importante que atua nas situações de violência são as Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCAs), que também podem ajudar, tanto na denúncia, como no combate à violência infantil. Porém, essas unidades de referência somente existem nas capitais dos Estados e em algumas outras poucas cidades, enquanto que elas deveriam estar presentes nos 494 municípios com população entre 50.000 e 500.000 habitantes <sup>(6)</sup>.

Para compreender melhor o que é violência, consideramos importante conceituá-la, pois, de acordo com Camargo e Buralli <sup>(6)</sup>, violência significa "ato de violentar, qualidade do que é violento, força empregada abusivamente contra o direito natural, constrangimento exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a praticar algo".

Bason <sup>(7)</sup> comenta que violência é qualquer ato acidental que implica em danos físicos ou psicológico realizado pelos pais ou por quem cuida da criança, advindos de ações físicas, sexuais ou emocionais. Acrescenta que esses eventos podem ocorrer por omissão ou permissão ameaçando o desenvolvimento físico ou psicológico da criança.

Neste contexto, alguns autores acrescentam que existem várias formas do indivíduo sofrer um ato de violência. Contudo, a mais frequentemente identificada é a física, por deixar marcas do instrumento usado na agressão e estar associada a uma forma de

punição ou disciplina. Entre os sinais mais encontrados destacamos as equimoses e hematomas nas regiões periorbitárias, tronco, nádegas e coxas, seguidas de queimaduras, traumatismo abdominal e fraturas <sup>(8)</sup>.

Um outro tipo de violência pouco comentado é a psicológica, talvez por não apresentar marcas visíveis; porém deixa profundas seqüelas, difíceis de cicatrizar e de tratar <sup>(9)</sup>.

Vemos, porém, que nem sempre a violência está associada a assaltos e homicídios. Ela pode se apresentar dos mais diversos modos desde uma palavra, um gesto ou até a indiferença.

No sentido de conhecer a epidemiologia desses eventos no Brasil, dados coletados pelo Laboratório de Estudos da Criança da Universidade de São Paulo (LACRI/USP/2005), entre 1996 e 2004, o número total de casos notificados foi de 110.250, incluindo todos os tipos de violência (física, sexual, psicológica, negligência e a fatal). Destes, a negligência obteve o maior índice com 44.890 casos <sup>(10)</sup>. Entretanto, apesar destes números, esses eventos sofrem um alto índice de subnotificação no Brasil.

Considerando o problema da subnotificação dos casos de violência infantil no nosso país, a Sociedade Internacional de Abuso e Negligência na Infância (SIANI) realizou estudos sobre epidemiologia desses eventos os quais revelaram que, por dia, aproximadamente 18 mil crianças são vítimas de espancamento, 750 violentadas por hora e 12 por minuto <sup>(11)</sup>.

Ainda nesse contexto, alguns autores afirmam que, infelizmente, a realidade nos mostra dados mais assustadores sobre a violência doméstica. Estudos recentes apontam que 70% destes casos atingem os mais jovens e acontecem no interior das famílias, sendo os pais os principais agressores <sup>(1)</sup>.

Contextualizando a violência doméstica, vemos que nem sempre é verdade absoluta quando inferimos que o lar é o ambiente mais seguro para a criança. As pesquisas apontam que grande parte dos casos de maus tratos da criança acontecem em casa, junto aos familiares e que na maioria das vezes não são notificadas <sup>(1)</sup>.

Neste sentido, em um levantamento realizado numa Instituição de proteção à criança e ao adolescente de Florianópolis, identificaram que somente em agosto de 1996 foram registrados 93 casos de violência doméstica e que apenas 08 foram encaminhados aos hospitais. O mesmo estudo revela ainda que, no Rio de Janeiro, as estatísticas policiais registraram cerca de 70% dos homicídios entre crianças de 0 a 11 anos os quais foram efetivados pela própria família <sup>(12)</sup>.

Enfatizando a importância atribuída à violência em todos os Estados do Brasil, no que se refere à realidade de Recife, capital de Pernambuco, considerada destaque no panorama da violência nacional, um estudo chama a atenção para um importante crescimento da mortalidade por causas externas nos grupos etários mais jovens de 0 a 19 anos <sup>(13)</sup>.

Em se tratando da região Norte, mais especificamente em Boa Vista (RR), onde foi realizado o nosso estudo, verificamos que quantificar dados sobre a violência contra a criança nesta área é uma tarefa de difícil acesso. Dados que comprovam esta realidade estão registrados no Setor de Estatística e Análise Criminal (SEAC) da Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP) do Estado de Roraima (RR). Ressaltamos que no ano de 2005, foram notificados 39 casos de atentado violento ao pudor, 21 de estupro e 07 tentativas de estupro em crianças de zero a 11 anos de idade. Em relação às vítimas adolescentes entre 12 a 17 anos de idade, esse número corresponde a 28 casos de estupro, 15 de atentado violento ao pudor e 15 de tentativas de estupro <sup>(14)</sup>.

As estatísticas do CT de Boa Vista (RR), de 2005, chamam a atenção para esses dados, pois, só neste ano (2005), o órgão registrou 2.535 casos de violência contra a criança e adolescente e, destes, 216 referem-se à violência física. O mesmo autor relata em artigo, publicado no Jornal Folha de Boa Vista (RR), que a maior parte dos casos de maus tratos, violência, negligência e abandono de crianças e adolescentes são praticados pelos pais <sup>(15)</sup>.

Em estudo realizado na região amazônica sobre violência sexual contra criança e

adolescente, detectaram 12 casos de exploração sexual e pornografia. As vítimas eram abordadas na escola e os agressores eram pessoas de influência, incluindo representantes do judiciário ou da segurança pública, tornando mais difícil a denúncia sobre o ato de violência praticado. Vale ressaltar que, dos 12 casos denunciados, apenas 03 terminaram em condenação <sup>(10)</sup>.

Frente a esse contexto, os profissionais de saúde, enquanto seres humanos e cidadãos com direitos e deveres a cumprir, devem intervir em situações de violência onde as crianças ou os adolescentes estão expostos. Porém, duas questões complicam o atendimento a essas crianças: a falta de conhecimento sobre sinais e sintomas de maus tratos por parte dos profissionais dados estes que os levaria a intervir corretamente, como também a inexistência de uma rede de apoio às vítimas, na maioria dos municípios <sup>(16)</sup>.

Muitas vezes, a falta de notificação acontece devido a omissão por parte das instituições tanto de ensino como de saúde. Em pesquisa realizada junto ao setor educacional em Ribeirão Preto <sup>(7)</sup>, de acordo com dados do Conselho tutelar que aproximadamente 97% dos casos de violência não são notificados.

Neste sentido, o MS alerta para a necessidade desses profissionais conhecerem as diretrizes do ECA, pois este o obriga a fazerem a notificação dos casos suspeitos ou comprovados de violência mas ao mesmo tempo os protege.

A Lei Federal 8.069/90 do ECA<sup>(5)</sup> considera em seu Artigo 13 que "os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais" <sup>(4)</sup>. O Artigo 245 trata da obrigação que têm os médicos, professores, responsáveis por estabelecimentos voltados à saúde, ensino fundamental, pré-escola ou creche de denunciarem esses eventos logo após sua identificação. A omissão de comunicar às autoridades competentes os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança e o adolescente é tida como uma Infração Administrativa sujeita à pena, com multa de 03 a 20 salários de referência. Reforça ainda no

Artigo 05 que "nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais" <sup>(5)</sup>.

Baseado nessas orientações, o profissional de saúde ao se deparar com um problema dessa natureza, durante a assistência, precisa lembrar que está presenciando uma situação em que existem duas vítimas isto é, o agredido e o agressor. A partir do diagnóstico deverá ser elaborado um plano conjunto com a equipe multiprofissional abordando e trabalhando tanto o agredido como o agressor <sup>(2)</sup>.

No sentido contrário do recomendado, observamos, durante o nosso exercício profissional, que o número de crianças possíveis vítimas de violência atendidas no hospital, mesmo que o diagnóstico muitas vezes esteja evidente, nem sequer é registrado em prontuário, muito menos denunciada. Por essas e tantas outras razões, consideramos, inicialmente, este trabalho relevante para toda a equipe de saúde, pois compreendemos que ele poderá ter uma influência significativa no papel do profissional, em especial, o da enfermagem, comunicando aos órgãos competentes os casos suspeitos ou confirmados de violência, diminuindo as recidivas dos casos e as seqüelas futuras destas vítimas.

Acreditamos também que uma abordagem dessa natureza poderá sensibilizar os profissionais a atuarem no atendimento à criança vitimizada e seus familiares de forma multidisciplinar e intersetorial, incentivando o funcionamento de redes de proteção. Entendemos, também, que poderá contribuir com a temática devido à escassez de trabalhos na área de saúde e da enfermagem.

Acrescentamos ainda que esse estudo poderá também alertar aos profissionais da área pediátrica para aspectos relevantes a serem observados, seja em hospitais ou comunidades, a fim de orientar e encaminhar os casos de violência aos órgãos competentes, não só para punir os agressores, mas para educá-los.

Diante dessa situação, e na expectativa de encontrar resposta para nossos propósitos, questionamos: quais os tipos de violência identificados pelos profissionais de saúde nos

casos confirmados ou suspeitos de crianças hospitalizadas; quais as condutas adotadas pelo profissional de saúde? Quais os profissionais que mais ajudaram a tomar as decisões das condutas adotadas?

Considerando estas questões, conhecendo a realidade exposta e a importância dessa temática, nos propomos a realizar esta pesquisa com o objetivo de conhecer os tipos de violência identificados pelos profissionais de saúde nos casos confirmados ou suspeitos de crianças hospitalizadas; identificar as condutas adotadas pelo profissional de saúde; identificar os profissionais que mais ajudaram a tomar as decisões das condutas adotadas.

Esperamos que os resultados deste estudo possam subsidiar os profissionais que trabalham com crianças a reconhecerem os sinais e sintomas que os levam a suspeitar ou identificar os casos de violência e atuarem de acordo de com a ética e legislação vigentes. Pretendemos que aliados a esse diagnóstico possam saber quais as condutas adotadas para denunciar aos órgãos competentes. Com essa iniciativa, as instâncias governamentais poderão utilizar estatísticas confiáveis e assim construir programas para prevenir e minimizar o ciclo de violência agressor/agredido.

## **METODOLOGIA**

Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), localizado em Boa Vista, Roraima.

A população constou de 235 profissionais, sendo 07 assistentes sociais, 150 auxiliares e técnicos de enfermagem, 35 enfermeiros, 38 médicos e 05 psicólogos. A coleta de dados foi realizada de junho a agosto de 2006, nos três turnos, utilizando formulário previamente estruturado contendo questões referentes à identificação pessoal, profissional e dados relacionados à assistência específica a criança vítima de violência. Para que esse processo acontecesse, seguimos os princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica em seres humanos, preconizados na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) manifestada pela aprovação do protocolo registro do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) - UFRN, processo nº. 058/06.

Os profissionais de saúde foram entrevistados, de forma individual no mesmo setor de trabalho ao qual pertenciam, porém em ambiente reservado para que as suas respostas tivessem um caráter sigiloso.

Os dados foram categorizados e processados eletronicamente, através dos softwares Microsoft-Excel XP e Statistica 6.0 e analisados pela estatística descritiva, sendo apresentados em forma de tabela e gráfico do tipo colunas e barras.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Para abordarmos os resultados e as discussões dos dados obtidos nessa pesquisa, iniciamos pela apresentação da caracterização sócio-demográficos e categoria profissional. Em seguida apresentaremos os principais tipos de violência apresentados pela criança hospitalizada, identificados pelo profissional de saúde. Posteriormente, analisaremos as condutas do profissional de saúde nos casos confirmados ou suspeitos de crianças hospitalizadas que sofreram algum tipo de violência e aqueles profissionais que mais ajudaram na tomada de decisão.

Ao analisarmos os dados de todas as categorias profissionais que participaram do estudo vemos o predomínio do sexo feminino com 179 (76,2%) na faixa etária entre 31 e 35 anos com 63 (26,8%), seguida daqueles entre 26 e 30 anos com 58 (24,7%) e 43 (18,3%) entre 36 a 40 anos. Quanto à formação profissional, 150 (63,9%) eram auxiliares e técnicos de enfermagem, 38 (16,2%) médicos, 35 (14,8%) enfermeiros, 07 (3,9%) assistentes sociais e 05 (2,1%) psicólogos.

A seguir apresentamos os resultados em relação aos tipos de violência identificados, durante a vivência dos profissionais de saúde, que pode ser observada pela descrição da Tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição dos profissionais de saúde, segundo os tipos de violências identificados.

HCSA – BOA VISTA/RR, 2006.

Profissionais Tipos violência	Médico		Enfermeiro		Aux./Téc.		Assit. Social		Psicólogo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Física	29	30,2	22	25,9	77	31,0	5	23,8	3	15,8	136	29,0
Sexual	22	22,9	18	21,2	47	19,0	6	28,6	4	21,1	97	20,7
Psicológica	16	16,7	16	18,8	48	19,4	3	14,3	5	26,3	88	18,8
Negligência	25	26,0	21	24,7	64	25,8	6	28,6	5	26,3	121	25,8
Extermínio	4	4,2	8	9,4	12	4,8	1	4,8	2	10,5	27	5,8
<b>TOTAL</b>	96	100,0	85	100,0	248	100,0	21	100,0	19	100,0	469*	100,0

\* Mais de uma opção

De acordo com a Tabela 1, o tipo de violência mais comumente identificado pelos profissionais de saúde foi a violência física com 136 (29,0%) seguida da negligência com 121(25,8%). Quando analisamos cada categoria profissional separadamente, os dados revelam que 100,00% (05) dos psicólogos afirmam ser a violência psicológica e a negligência os tipos mais freqüentes identificados com 26,3% para cada tipo, seguida da sexual 21,1%; os assistentes sociais identificaram a violência sexual e a negligência (28,6%) para cada uma. No entanto o tipo de violência mais comumente identificado para 29 médicos (30,2%), 22 enfermeiros (25,9%) e 77 (31,0%) auxiliares e técnicos de enfermagem, foi a física.

Nessa perspectiva, foi realizado um estudo para identificar as informações fornecidas pelos enfermeiros do Hospital Geral Clériston de Andrade em Feira de Santana-Bahia em 2002, sobre maus-tratos de crianças e adolescentes. Os autores detectaram que os enfermeiros conseguem identificar ou suspeitar parte das violências físicas e que as demais não são foram percebidas por falta de conhecimento<sup>(16)</sup>.

Uma pesquisa junto ao Conselho Tutelar no município de Ribeirão Preto – SP entre os anos de 2000 e 2003 detectou que de 7.272 casos notificados, 43,4% foram de violência estrutural e 44,1% de violências domésticas<sup>(7)</sup>.

Sobre a criança hospitalizada com suspeita de violência, é visto, que no ambiente hospitalar, a violência é manifestada por gritos, tapas, palmadas, bofetões, negligência no cuidado com a criança (não alimentá-la, não higienizá-la, deixá-la sozinha na enfermagem ou não trocar suas fraldas)<sup>(20)</sup>.

Alguns autores chamam a atenção para a violência psicológica presenciada diariamente, as quais, geralmente, não causam marcas físicas, mas, consiste num fator importante na formação da personalidade e no futuro comportamento da criança na sociedade. Pela maneira como é cometido o ato de violência, parece que a família a incorpora aos seus valores como algo normal, não encarando necessariamente esse episódio como o motivo da internação da criança<sup>(20)</sup>.

Em se tratando de violência psicológica, a criança apresenta atitudes de rejeição, isolamento e o fato da família aterrorizar, ignorar, corromper e ter expectativas irreais sobre a criança e o adolescente<sup>(6)</sup>.

Gomes e Lunardi Filho<sup>(20)</sup> falam que os maus tratos contra a criança precisam ser enfrentados e que a enfermagem pode auxiliar famílias violentas a refletirem sobre suas condutas e sobre alternativas de não-violência. Os autores acreditam que o fato de não combater a violência contribui para a sua banalização.

Diante destes resultados, acreditamos que algumas medidas urgentes devam ser postas em prática. Neste sentido, o MS que diz que é grande a dificuldade apresentada pelos serviços de saúde, em diagnosticar e registrar os casos de violência intrafamiliar. Complementa ressaltando que acima de tudo existe uma carência dos serviços ou respostas sociais adequadas a este problema, pois na maioria das vezes a intervenção são apenas pontuais<sup>(8)</sup>.

Em seguida apresentamos os dados que retratam as condutas adotadas pelos

profissionais de saúde, nos casos confirmados ou suspeitos de violência na criança.

Ao analisarmos a Tabela 2, no que se refere às condutas adotadas é possível observar que os dados divergem entre si quando associamos as condutas adotadas pelos sujeitos da nossa pesquisa diante de casos de violência

suspeitos ou confirmados. Entretanto, de uma maneira geral, 122 (25,8%) profissionais, revelam tomar a atitude de comunicar ao enfermeiro, seguidos do assistente social com 96 (20,3%) e fazer a anamnese e o exame físico, 56 (11,8%).

**Tabela 2:** Distribuição dos profissionais de saúde, segundo as condutas adotadas nos casos confirmados ou suspeitos de violência na criança. HCSA – BOA VISTA/RR, 2006

Profissionais / Conduta adotada	Médico		Enfermeiro		Aux./Téc.		A. Social		Psicólogo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anamnese/ex. físico	31	55,4	16	28,6	9	16,1	0	0	0	0	56	11,8
Comunica serv./social	31	32,3	26	27,1	36	37,5	0	0	3	3,1	96	20,3
Comunica Psicólogo	10	26,3	17	44,7	9	23,7	2	5,3	0	0	38	8
Comunica Cons.Tutelar	20	57,1	3	8,6	4	11,4	6	17,1	2	5,7	35	7,4
Delegacia proteção criança/adolesc.	1	7,7	0	0	6	46,2	4	30,8	2	15,4	13	2,7
Interna/trata lesões	20	87	3	13	0	0	0	0	0	0	23	4,8
Solicita exames	19	100	0	0	0	0	0	0	0	0	19	4
Comunica IML	8	88,9	0	0	0	0	1	11,1	0	0	9	1,9
Registra prontuário	0	0	0	0	18	78,3	0	0	5	21,7	23	4,8
Comunica médico	0	0	0	0	15	100	0	0	0	0	15	3,1
Comunica enfermeiro	25	20,5	17	13,9	75	61,5	5	4,1	0	0	122	25,8
OUTROS	2	8	3	12	15	60	2	8	3	12	25	5,4
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>	<b>35,2</b>	<b>85</b>	<b>17,9</b>	<b>187</b>	<b>39,5</b>	<b>20</b>	<b>4,2</b>	<b>15</b>	<b>3,2</b>	<b>474*</b>	<b>100</b>

\* Mais de uma opção

Na análise da opinião dos profissionais de acordo com a categoria, observamos que 05 (21,7%) dos psicólogos afirmam registrar a ocorrência do evento no prontuário; 06 (17,1%) dos assistentes sociais comunicam ao Conselho Tutelar; 31 (55,4%) dos médicos fazem a anamnese e o exame físico; 26 (27,1%) dos enfermeiros optam por comunicar ao serviço social e 75 (61,5%) dos auxiliares e técnicos de enfermagem comunicam ao enfermeiro.

Sobre esses dados, a seqüência adotada pelos profissionais de saúde da Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, do Rio Grande do Sul é a seguinte: a enfermeira da unidade comunica ao Serviço Social da instituição e ao CT; em seguida, o conselheiro vai ao hospital colher detalhes do caso e solicita ao pediatra um laudo médico completo. Após a coleta dos depoimentos da enfermeira e da família, o caso é encaminhado ao Juizado da Infância e da

Adolescência para as condutas legais pertinentes<sup>(17)</sup>.

Neste sentido é importante ressaltar que os artigos 19 e 57 da Lei 10.741/03 deixam claro a responsabilidade que têm os profissionais de saúde e instituições de fazerem a notificação dos casos de violência que tiverem conhecimento<sup>(18)</sup>. A notificação da violência intrafamiliar é um poderoso instrumento de política pública, pois ajuda dar uma dimensão a esse problema tal crucial nos nossos dias, determinando a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, cuidado e permite conhecer melhor a epidemiologia da violência doméstica<sup>(4,7)</sup>.

Em relação aos profissionais informarem ao Conselho Tutelar quando for diagnosticada suspeita ou confirmação de violência na criança,<sup>(7)</sup> ressalta que em 13 estudos nacionais que versam sobre essa temática, apenas três utilizaram informações deste órgão. Sendo assim, parece que os profissionais e os cidadãos

ainda não compreenderam a importância deste órgão como fonte de informações estatísticas contribuindo para uma subnotificação dos casos de violência na criança.

Com relação a essas condutas, pesquisas realizadas nas emergências do País ressaltam a preocupação dos profissionais de saúde apenas com os sinais e sintomas, patologias, ou ferimentos e o desconhecimento do fenômeno da violência familiar em suas diferentes formas, impossibilitando que os casos sejam investigados, notificados e registrados <sup>(16)</sup>.

Um estudo realizado em Campinas/SP <sup>(17)</sup> quanto à conduta tomada pelos médicos pediatras diante de casos, suspeitos ou confirmados de maus tratos infantis, obteve entre os 53 médicos que fizeram parte da pesquisa resposta positiva quanto já haverem tido experiência com este tipo de paciente. Do total, 66,7% optaram comunicar o fato às autoridades competentes, 20,8% decidiram conversar com os pais ou responsáveis pela criança e depois comunicar o caso às autoridades competentes e 11,4% orientaram os familiares e comunicaram.

Os resultados da pesquisa realizada pelo autor ora citado <sup>(18)</sup> estão coerentes com as diretrizes do ECA, quando ressaltam que a atuação errada ou omissa pelo profissional no atendimento, nos casos de abuso infantil, transgredir os Artigos 13 e 245 da Lei Federal 8.069/90 do ECA, como bem informa o Ministério da Saúde (MS), já citados anteriormente <sup>(5)</sup>.

Além das orientações do ECA, no que se refere aos profissionais de enfermagem, acreditamos que a utilização da Sistematização das suas ações poderá trazer uma grande contribuição tanto para a qualidade das ações do cuidado como dos dados registrados nos prontuários dos pacientes vítimas de violência.

Com a atitude de encaminhar a denúncia aos órgãos competentes os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança, estaremos cumprindo nosso papel de profissionais comprometidos com o cuidado a essas vítimas. Estaremos também colaborando para que tanto o agredido e o agressor sejam trabalhados de maneira que esse fato não mais aconteça e as seqüelas sejam minimizadas.

Pesquisa realizada entre enfermeiros do Hospital Geral Clériston de Andrade, em Feira de Santana – Bahia no ano de 2002 <sup>(16)</sup> revelou que os sujeitos do estudo conseguem identificar ou suspeitar apenas quando se trata de violência física, e que se faz necessário o treinamento desses profissionais para melhorar a sua competência na área.

Apresentamos na Tabela 3 os dados pertinentes às condutas adotadas pelos profissionais de saúde que ajudaram na tomada de decisão nos casos confirmados ou suspeitos de violência na criança.

**Tabela 3:** Distribuição dos profissionais de saúde que ajudaram na tomada de decisão das condutas adotadas nos casos confirmados ou suspeitos de violência na criança. HCSA – Boa Vista/RR, 2006.

Profissionais	Médico		Enfermeiro		Téc. Enf/Aux		A. Social		Psicólogo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Mais ajudaram</b>												
<b>Assit. Social</b>	26	22,6	27	38,0	63	26,1	3	15,0	2	14,3	121	26,3
<b>Enfermeiro</b>	10	8,7	8	11,3	63	26,1	2	10,0	0	0,0	83	18,0
<b>Médico</b>	10	8,7	8	11,3	66	27,4	0	0,0	0	0,0	84	18,2
<b>Psicólogo</b>	31	27,0	18	25,4	39	16,2	4	20,0	4	28,6	96	20,8
<b>Téc. Enf/Aux</b>	38	33,0	10	14,1	10	4,1	11	55,0	8	57,1	77	16,7
<b>TOTAL</b>	115	100,0	71	100,0	241	100,0	20	100,0	14	100,0	461*	100,0

\* Mais de uma opção

Analisando a opinião geral dos profissionais, o assistente social foi o profissional que mais ajudou na tomada de decisão das condutas adotadas nos casos

confirmados ou suspeitos de violência na criança com 121 eventos (26,3%). Quando analisamos cada categoria profissional, observamos, na Tabela 3, que em 11 situações

(55,0%) os assistentes sociais dizem que foram os técnicos de enfermagem que mais ajudaram; em 38 ocasiões, 33,0% dos médicos relatam que foram os técnicos/auxiliares de enfermagem; em 08 casos (57,1%) os psicólogos informaram ter sido os técnicos/auxiliares de enfermagem; o enfermeiro considerou em 27 situações (38,0%) que foi o assistente social; os técnicos/auxiliares de enfermagem relatam que em 66 ocasiões (27,4%).

Sobre essa temática, pesquisadores ressaltam que a atuação da enfermagem nos casos de violência é realizada em equipe, nas cidades do estado de São Paulo, como Campinas, São Paulo (capital), Piracicaba e Botucatu, junto aos projetos do Comitê Latino-Americano de Estudos sobre a Violência (CLAVES) e Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI). Essa atuação deve acontecer de forma dinâmica junto às equipes multidisciplinares, notificando casos, orientando famílias e vítimas, fazendo visitas domiciliares, encaminhando para outros serviços, dentre outros<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÃO

Concluimos que predominou a faixa etária entre 31 e 35 anos (26,81%) e 26 e 30 anos (24,68%). Quanto à formação profissional, 63,9% eram auxiliares e técnicos de enfermagem, 16,2% médicos, 14,8% enfermeiros, 3,9% assistentes sociais e 2,1% psicólogos.

O tipo de violência mais comumente identificado pelos profissionais de saúde foi a violência física com 136 (29,0%) seguida da negligência com 121 (25,8%).

No geral, 25,8% dos profissionais tomaram a atitude de comunicar ao enfermeiro e 20,3% ao serviço social sobre a suspeita ou confirmação da violência. Na análise por categoria, 21,7% dos psicólogos registram no prontuário; 17,1% dos assistentes sociais comunicam ao Conselho Tutelar; 55,4% dos médicos fizeram a anamnese e o exame físico e 27,1% dos enfermeiros comunicam ao serviço social.

Na opinião geral dos profissionais, o assistente social foi quem mais ajudou na tomada de decisão das condutas adotadas nos

casos confirmados ou suspeitos de violência na criança com 26,3%. Quando analisamos cada categoria profissional, em 57,1% dos casos, os psicólogos informaram ter sido os técnicos/auxiliares de enfermagem; em 55,0% das situações, os assistentes sociais dizem que foram os técnicos de enfermagem; os enfermeiros consideraram em 38,0% das situações, que foram os assistentes sociais; em 33,0% dos eventos, os médicos relataram que foram os técnicos/auxiliares de enfermagem; 27,4% das ocasiões os técnicos/auxiliares de enfermagem relataram que foram os médicos.

Inferimos, pois, que na nossa pesquisa, os profissionais de saúde não utilizam adequadamente os caminhos preconizados para notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança, atendidos no ambiente hospitalar.

Consideramos, porém, que este problema requer a colaboração da sociedade como um todo e não apenas dos profissionais de saúde e governo. As ações a serem desenvolvidas vão além do órgão judicial de defesa e necessita de intervenções na área médica, psicológica, de enfermagem, de grupos de apoio, assistência social para orientar e encaminhar os casos de violência, principalmente os omissos.

Em relação a esta participação dos profissionais de saúde, nos países desenvolvidos há algumas décadas já vêm enfrentando a violência familiar sugerindo e aplicando algumas estratégias para a identificação de casos em serviço de saúde. Alguns estudos focalizam a inclusão de perguntas sobre eventos violentos nas fichas de atendimento de emergência para chamar a atenção dos profissionais quanto à necessidade de abordar este assunto, aumentando a possibilidade de detecção. Outros estudos mostraram que a presença de um fluxograma anexado ao boletim de emergência elevou de maneira significativa às suspeitas dos profissionais do setor<sup>(16)</sup>.

Diante destes resultados, consideramos premente a necessidade de medidas educativas para os profissionais de saúde que trabalham nos serviços de urgência voltados para a temática. Sendo capacitados, poderão ter uma atuação condizente com a suas funções de cuidador/educador e estabelecerem um plano de ação multidisciplinar junto aos pais e

comunidade sobre os direitos da criança e do adolescente. Para tanto, é importante utilizar palestras educativas, grupos de auto-ajuda dentre outros, visando não somente prevenir e minimizar os casos de violência contra a criança, mas as suas conseqüências físicas e psicológicas.

Esperamos que os resultados deste estudo possam subsidiar aqueles profissionais que trabalham com crianças a reconhecerem os sinais e sintomas que os levam a suspeitar ou identificar os casos de violência. Pretendemos que aliados a esse diagnóstico possam saber quais as condutas adotadas para denunciar aos órgãos competentes. Com essa iniciativa, as instâncias governamentais poderão utilizar estatísticas confiáveis e assim construir programas para prevenir e minimizar o ciclo de violência agressor/agredido.

## REFERÊNCIAS

1. Ricas J, Donoso MTV, Gresta MLM A violência na infância como uma questão cultural. *Texto e Contexto - Enfermagem*. 2006;15(1):151-4.
2. Collet N, Oliveira BRG. *Manual de enfermagem em pediatria*. Goiânia: AB; 2002. 352 p.
3. Ministério Público – RS- Infância e Juventude [Internet]. Porto Alegre: Ministério Público (BR) [cited 2008 Set 30]. Relatório realizado pelo relator especial da ONU sobre a venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil. Available from: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/estudos/id435.htm>
4. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(3):472-7.
5. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1990. 110 p.
6. Camargo CL, Buralli K. O. *Violência familiar contra crianças e adolescentes*. Salvador: Ultragraph; 1998. 169 p.
7. Bazon MR. *Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(2):323-32
8. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília (Brasil): Ministério da saúde; 2002.
9. Cunha MLC. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. (Módulo 02 do Curso de Capacitação). Centro de Combate à Violência Infantil (CECOVI). Curitiba: UNICEF; 2004.
10. Silva HO, Silva JS. *Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil: conceitos, dados e proposições*. São Paulo/Brasília: Global/UNICEF; 2005. 299 p.
11. Leite F. *Violência doméstica atinge crianças*. Espaço cidadania [Internet]. 2005 [cited 2006 abril 01];(21). Available from: <http://www.metodista.br/cidadania/numero-21/document.2005-12-19.6246644650>.
12. Elsen I, Grüdtner DI, Rodrigues P, Machado AS. *Graduação em enfermagem de Santa Catarina enfoca a criança e o adolescente vítimas de violência doméstica*. In: Luz AMH, Mancia JR, Motta MGC (orgs). *As amarras da violência: família, as instituições e a enfermagem*. 1 ed. Brasília: ABEn Nacional; 2004. p. 65-76.
13. Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. *Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995*. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35 (2):142-149.
14. Governo do Estado de Roraima; Secretaria de Estado de Segurança Pública, Setor de Estatística e Análise Criminal. *Crimes contra os costumes: vítima criança (0–11 anos) e adolescente (12–17 anos)*. Roraima (Brasil): SESP; 2005.
15. Lopes R. *Dia das crianças vítimas de agressão*. Folha de Boa Vista. 2006 Junho 04. p.13.
16. Cardoso ES, Santana JSS, Ferriani MGC. *Criança e adolescente vítimas de maus-tratos: informações dos enfermeiros de um hospital público*. *Revista Enfermagem UERJ*. 2006;14(4):524-30.
17. Carvalho AA. *Conduta ética do profissional pediatra frente ao indivíduo infantil vítima de maus tratos [dissertação]*. [Campinas]: Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas; 2003. 75 p.
18. Presidência da República; Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a*

notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [Internet]. Brasília (Brasil): Presidência da República; 2003 [update 2008 jan 09, cited 2008 set 30]. Available from: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.778.htm>.

19. Ferriani MGC, Ceribelli C, Neves FRAL, Cano MAT, Ceribelli C, Ubeda EML. Crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: a enfermagem neste cenário. Acta Paul. Enf. 2001;14(2):46-54.

20. Gomes GC, Lunardi Filho WD. Banalização da violência na família. In: Luz AMH, Mancia JR, Motta MGC (orgs). As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem. 1. ed. Brasília: ABEn Nacional; 2004. p. 17-21.

Artigo recebido em 09.09.07

Aprovado para publicação em 30.09.08