

MAUS TRATOS NA INFÂNCIA

CHILD ABUSE IN CHILDHOOD

EL ENFERMO-TRATAMIENTO EN LA NIÑEZ

Gabriela Lobato de Souza*

Luciane Prado Kantorski**

RESUMO: O presente trabalho trata do tema maus-tratos na infância estudado a partir da compreensão da equipe de saúde. Esta pesquisa tem como objetivo identificar a visão da equipe de saúde acerca das situações de maus-tratos e seus procedimentos. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, desenvolvido com a equipe de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo) e do conselheiro tutelar, que estiveram envolvidos no atendimento da ocorrência de maus-tratos estudada. Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, a qual foi gravada. Foi feita a descrição da família do paciente estudado. A análise temática das entrevistas foi orientada pelo referencial teórico metodológico proposto enfocando as situações que envolvem violência infantil. Os resultados da pesquisa mostraram que as equipes de saúde, que trabalham com crianças, desenvolvem ações voltadas para a questão dos maus-tratos. O estudo também mostrou que este assunto é muito abrangente, pois envolve aspectos morais, éticos e profissionais de cada um dos envolvidos e que estas questões individuais devem ser trabalhadas e discutidas em conjunto por toda a equipe multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Maus tratos; Criança; Família; Equipe de assistência ao paciente

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata do tema maus-tratos na infância, estudado a partir da compreensão da equipe de saúde. Muitas vezes, situações de maus-tratos podem passar despercebidas ou até mesmo serem conduzidas de forma equivocada, acarretando prejuízo psicológico e físico em muitas crianças. Para que estes prejuízos não ocorram, a sensibilidade das equipes hospitalares sobre maus-tratos infantil deve estar relacionada à boa observação, escuta, ao conteúdo das falas e comportamento da criança e seus familiares.

Neste sentido, foi realizado um estudo voltado a identificar quais os sentimentos da equipe de saúde diante de uma criança internada por sofrer maus-tratos, verificando-se que, algumas vezes, as pessoas que prestam atendimento à vítima deixam que a opinião pessoal e seus sentimentos interfiram na abordagem terapêutica. Em alguns casos essa interferência pode atrapalhar o tratamento⁽¹⁾.

Pretendemos expor, de modo sucinto e claro, a maneira como ocorrem os maus-tratos na infância. Devido à complexidade e a amplitude do assunto, priorizamos uma abordagem embasada no contexto familiar, já que, é neste meio que ocorrem à maioria destes casos, devido o abuso de autoridade.

* Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.

** Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem. E mail: kantorski@uol.com.br **Apoio CNPq.**

Durante séculos observou-se uma cultura onde a prática de maus-tratos era vista como algo absolutamente natural e justificável, uma vez que, a família – principalmente a figura paterna – tinha o direito de praticar atos abomináveis contra seus filhos sem sofrer represálias por isso.

No primitivo direito romano o poder dos pais sobre os filhos era absoluto, pois os mesmos podiam matá-los, doá-los, e entregá-los como pagamento de dívidas, venda ou indenização⁽²⁾. Observa-se que muitos anos após esse tipo de cultura, anteriormente citada, ter sido abolida, ainda restam fortes resquícios herdados desta época que se manifestam nos dias atuais, pois não raro, encontramos no noticiário de televisão, rádio e jornal, coisas do tipo: pais drogados espancam bebê até a morte, ou criança é vendida pelos pais a casal de estrangeiros, entre outros crimes.

No século XIX, ainda não existia uma legislação específica sobre maus tratos, somente eram punidos casos que resultassem em lesão corporal ou morte. No Brasil, o código penal de 1830 não previa castigos moderados, considerando justificado o crime quando o mal fosse resultado do castigo moderado dos pais aos filhos⁽²⁾. Atualmente, o pátrio poder é encarado como um direito concedido aos pais para cumprirem um dever, deixando assim de atender exclusivamente os desejos dos genitores em prol do interesse dos filhos e da família.

Nos primórdios da humanidade, já encontrava-se presente a preocupação do homem em entender o fenômeno da violência, buscando formas de prevenir, eliminar e atenuar este ato da vida social. É provável que todos nós, em algum momento da nossa existência, já tenhamos nos comportado de maneira violenta, mas logo identificamos esse comportamento e procuramos corrigi-lo. O problema está em que certas pessoas não conseguem identificar em si esse tipo de atitude e acabam por incorporá-las em sua maneira de ser e de lidar com os outros⁽³⁾.

Em relação aos maus-tratos praticados no Brasil muito já vem sendo feito para punir aqueles que o praticam, principalmente após a criação do

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, cuja finalidade é garantir os direitos da população infanto-juvenil a partir do Princípio da Doutrina de Proteção Integral⁽⁴⁾. Muito há de ser feito para melhorar esta situação no país frente aos maus-tratos, e quando, então, teremos que enfrentar muitas conquistas e desafios.

Encontramos o seguinte conceito sobre maus-tratos: “expor o perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina^(2:155)”.

Conforme percebemos na situação anterior, o código criminal traz uma conotação ampla a respeito do assunto, em que o agressor sempre é alguém que tem uma relação de autoridade e proteção sobre a vítima. Para que ocorra maus-tratos é necessário essa relação de autoridade, guarda e vigilância do agressor para com a vítima⁽²⁾. Conclui-se, então, que este agressor sempre será alguém muito próximo, ou seja, dificilmente será um estranho, e sim alguém do convívio da criança.

Nesta relação de maus-tratos, figuram dois sujeitos principais: o sujeito ativo e o sujeito passivo. O primeiro é aquele que tem a vítima sob sua autoridade, guarda ou vigilância, encarregado de sua educação, ensino, tratamento ou custódia. O sujeito passivo é a pessoa que está sob os cuidados do sujeito ativo, e a ocorrência de maus-tratos não está necessariamente ligada à lesão corporal, basta haver negligência em relação à pessoa⁽²⁾...

Devido a este risco de vida para a pessoa, é obrigatório a comunicação de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem que haja prejuízo de outras providências legais⁽⁴⁾. Conforme o ECA, o Conselho Tutelar é o órgão encarregado pela sociedade de fazer com que sejam respeitados os direitos do infante e do adolescente.

No que diz respeito a legislação dos profissionais, é proibido provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos⁽⁵⁾. Devido a essas proibições e, também, ao dever moral que temos, enquanto cidadão e profissionais da saúde, devemos estar atentos e nos posicionarmos adequadamente frente a estas situações, pois elas envolvem o posicionamento pessoal, moral e legal da questão da violência.

A violência não é um problema somente da área da saúde, entretanto, ela atinge a saúde, podendo representar risco de morte para a criança e, também, podendo provocar enfermidades físicas e danos psicológicos.

Frente a estas questões, a área da saúde tem trabalhado de forma a atenuar os efeitos da violência. Atualmente, procura-se atender o indivíduo violentado, no que diz respeito a sua saúde física, processos de reabilitação, providências legais, registros e abordagem dos aspectos psicossociais e psicológicos em relação ao impacto da violência sobre a vítima⁽³⁾.

Segundo documento do Ministério da Saúde observa-se que há dificuldade de se realizar um diagnóstico de maus tratos, salvo em situações policiais onde ele está explícito, entretanto, existem outros tipos de violência que são difíceis de serem percebidos, tanto em nível institucional, quanto pelo agressor ou pela vítima⁽⁶⁾.

Esta dificuldade de se diagnosticar os maus-tratos se deve ao fato da violência contra crianças e adolescentes ter aspectos peculiares, uma vez que pode se manifestar de várias formas. Por isso é essencial que a equipe de saúde esteja atenta para poder identificar os sinais de maus tratos quer sejam eles de ordem física, sexual ou emocional, e refletir sobre suas conseqüências.

Neste trabalho, pretendemos priorizar as questões que envolvem profissionais de equipe de saúde que atuam na violência praticada contra menores tendo como contexto, da situação de maus-tratos, o grupo familiar. Deste modo temos como **objetivo**: Identificar a visão da equipe de saúde acerca das situações de maus-tratos e seus procedimentos.

1 MAUS TRATOS NA INFÂNCIA

Existem várias formas de vitimizar uma criança, em geral este fenômeno é dividido em quatro categorias: abuso físico, sexual, psicológico e negligência. Vale salientar que em uma mesma criança pode ser encontrado mais de um tipo de abuso⁽⁶⁾. Neste espaço exploraremos mais a questão do abuso físico, a fim de fundamentar o estudo de caso apresentado.

O abuso físico se caracteriza pelo uso da força física, praticado de forma intencional, pelos pais ou cuidadores da criança, com o intuito de ferir, lesar ou danificar a vítima, deixando ou não marcas visíveis. Quando as marcas do abuso são aparentes, a pele é o local mais freqüentemente afetado e as equimoses são as lesões de maior ocorrência e aparecem em decorrência do trauma provocado. É importante ressaltar que a observação da distribuição e da aparência das lesões ajuda o profissional a diferenciar uma lesão de origem acidental de uma lesão de origem intencional. Nas primeiras, as áreas expostas e as iminências ósseas são os locais mais típicos, enquanto que nas intencionais as equimoses se distribuem centripetamente e aumentam em extensão. Existe uma correlação entre o tempo de ocorrência do trauma e a coloração da lesão: primeiro dia – apresenta coloração vermelha ou vermelho-azulada; um a quatro dias – lesão violácea; cinco a sete dias – esverdeada; sete a dez dias – amarelada ou amarronzada; a partir dos dez dias até vinte e um dias – ocorre a recuperação da coloração normal da pele. Ainda em maus tratos físicos, observamos injúrias específicas que refletem o tipo de material utilizado para praticá-las, como por exemplo, marcas de fivelas, queimaduras em forma de luva, de bota ou de cigarro, marcas de cabides, de fios, etc. Outro sinal sugestivo de maus-tratos físicos é a ocorrência de fraturas múltiplas bilaterais em diferentes processos de cicatrização. As fraturas mais comuns em abuso são as de baixa especificidade: como as lineares de crânio, de ossos longos ou de clavícula^(6,7,8).

Em se tratando de lesão no sistema nervoso central, observa-se que a cabeça é o principal alvo de injúrias intencionais em lactentes e que os traumatismos cranianos são a causa mais comum de morte por maus-tratos físicos. As lesões podem ser provocadas devido a trauma direto ou injúria tipo Shaking, que causa danos gravíssimos ao sistema nervoso central, sem evidências externas do trauma^(7, 8).

A denominada *Shaken Baby* Síndrome ou Síndrome do Bebê Sacudido descreve um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem devido à sacudida manual vigorosa do bebê. Essa sacudida causa forças de aceleração do cérebro dentro do crânio, fato que acarreta graves danos cerebrais que variam desde alterações neurológicas secundárias – irritabilidade, choro, por exemplo – até alterações primárias – convulsões, coma, estupor e morte⁽⁹⁾.

A vítima típica costuma ter idade inferior a um ano e usualmente menos de seis meses de idade, geralmente é do sexo masculino. Enquanto que o agressor mais freqüente é do sexo masculino (90% dos casos), sendo o pai biológico o agressor mais comum⁽⁷⁾. Os agressores mais comuns são: o pai biológico, os namorados das mães, babás, mães e padrastos, respectivamente⁽⁹⁾. A lesão mais freqüentemente relatada de Síndrome do Bebê Sacudido é o hematoma subdural o qual se caracteriza por lesões intracranianas, hemorragia retiniana e fratura de ossos longos⁽⁷⁾.

Os sintomas desta forma de maus-tratos são inespecíficos, podendo variar de leves à graves. Pode ocorrer diminuição do nível de consciência, sonolência, irritabilidade, diminuição da aceitação alimentar, vômitos, convulsões, alteração do ritmo respiratório, incluindo apnéia, coma e postura de epistótono⁽⁸⁾. A combinação da hemorragia retiniana e subdural em lactente ou criança pequena pode aumentar a suspeita em relação ao caso.

Neste tipo de abuso físico, o atendimento médico à criança deve ser imediato, sendo importante que os profissionais de saúde orientem os pais e cuidadores quanto ao perigo de se sacudir

uma criança, por castigo, brinquedo ou qualquer outro motivo⁽⁹⁾.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, uma vez que o interesse da pesquisa é avaliar uma situação singular, bem delimitada. O estudo de caso se caracteriza por enfatizar a interpretação em contexto, pois para compreender melhor a manifestação geral de um problema, as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas devem ser relacionadas com a situação específica onde ocorreu. Além disto, o estudo de caso retrata a complexidade natural das situações evidenciando a inter-relação dos componentes, mostrando a realidade de forma completa e profunda, recorrendo-se a uma variedade de dados coletados em diferentes momentos⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi desenvolvida numa unidade de tratamento intensivo pediátrico e neonatal (UTIPN), de um hospital público, universitário, localizado em uma cidade de médio porte, no Estado do Rio Grande do Sul.

Foram selecionados como sujeitos do estudo um conselheiro tutelar e um profissional de cada área da saúde (médico pediatra, médico residente, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e psicólogo) que estiveram envolvidos no atendimento da situação de maus-tratos, na referida unidade, e que, conforme contatos prévios e preceitos éticos, aceitaram participar da pesquisa. Os sujeitos do estudo foram identificados no texto da seguinte forma: Entrevistado 1; Entrevistado 2; Entrevistado 3; Entrevistado 4; Entrevistado 5; Entrevistado 6 e Entrevistado 7.

Na pesquisa utilizou-se a entrevista como instrumento para obtenção dos dados. Para tanto foi utilizado um roteiro semi-estruturado com questões norteadoras. Todas as entrevistas foram gravadas em fita cassete e transcritas literalmente. Os resultados obtidos foram analisados e discutidos a luz da bibliografia disponível.

2.1 DESCRIÇÃO DA FAMÍLIA

Esta situação foi vivenciada por uma das autoras e somente após a confirmação da suspeita de maus-tratos iniciou-se o estudo de caso.

O paciente vitimizado era um menino de seis meses de idade, que estava internado em estado grave na UTIPN. Para descrever de forma objetiva o contexto familiar em que esta criança está inserida utilizamos o genograma familiar^{***}, que permite uma melhor visualização e compreensão das relações familiares⁽¹¹⁾.

A história familiar foi composta a partir do relato dos entrevistados e da análise do prontuário do paciente. Os nomes usados para compor a descrição da família são fictícios, a fim de assegurar o sigilo e o anonimato dos seres humanos envolvidos nesta pesquisa.

Maria, 20 anos, do lar, estudante do ensino médio, mãe do paciente, casou-se com João, que atualmente trabalha com o sogro. Desta união nasceu Pedro, que tem 6 meses de idade. Pedro foi um bebê prematuro (33 semanas) que esteve internado em UTIPN durante quinze dias, tendo tido alta hospitalar e ido para casa sem maiores intercorrências. Maria não fez pré-natal durante a gestação. Ela tem outro filho, Eduardo, três anos, concebido em um relacionamento anterior.

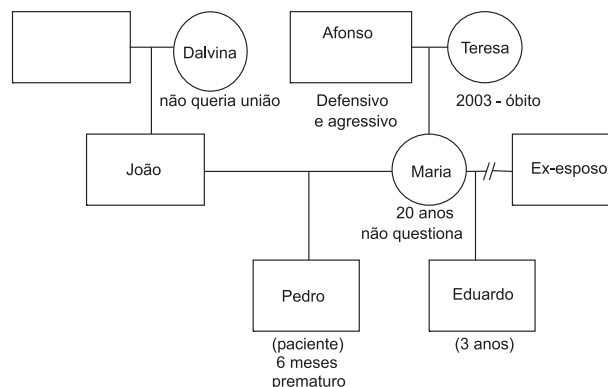
Dalvina, avó paterna do paciente, não queria a união de Maria e João, pois achava que seu filho João deveria se relacionar com uma mulher que não tivesse filhos de outro casamento. Também achava que deveria ter estudado e se estabilizado na vida antes de ter se casado.

Maria (mãe), João (pai), Eduardo (irmão) e Pedro (paciente) moram em uma casa juntamente

com Afonso (avô materno do paciente). Afonso era separado de Tereza (avó materna do paciente), mas foi morar com a família logo após o falecimento de Tereza, que foi a óbito pouco tempo antes de Pedro nascer.

A casa onde a família vive foi herdada de Tereza, é uma residência modesta e não possui energia elétrica.

FIGURA 2 – GENOGRAMA DA FAMÍLIA DO PACIENTE ESTUDADO



2.2 A HISTÓRIA DO PACIENTE

Através das informações colhidas com as entrevistas, pudemos compor uma descrição detalhada acerca desta situação específica, de maus-tratos de Pedro. Cada um dos entrevistados relatou o caso e também a sua visão a respeito da situação.

O fato de ter entrevistado uma equipe multidisciplinar ampliou e enriqueceu a história, pois cada membro da equipe pode abordar o acontecimento de acordo com a sua competência.

O paciente em questão é um menino de 6 meses de vida que, quando chegou ao Pronto Socorro Municipal, trazido pelo pai, estava em parada cardiorrespiratória e foi reanimado. Segundo a família, ele teria apresentado uma crise convulsiva em casa.

No Pronto-Socorro, o menino foi encaminhado para uma UTI Pediátrica e Neonatal, a fim de receber os cuidados especializados de que necessitava. Ele internou, na referida unidade, em estado comatoso, não respondia a estímulos, chegou entubado e foi colocado em ventilação mecânica.

Esta criança foi avaliada pelo neurologista que evidenciou algumas alterações preocupantes no

^{***} O genograma familiar¹¹ é um diagrama do grupo familiar, que permite delinear suas estruturas internas e externas, sendo construído por meio de gráficos convencionais genéticos e genealógicos que vem a representar os relacionamentos, ao longo do tempo, podendo também incluir dados acerca da saúde, ocupação, religião, etnia e migrações. Os retângulos do genograma representam o sexo masculino, enquanto que os círculos representam o sexo feminino. Cada linha unindo um retângulo a um círculo significa casamento ou relacionamento consensual. As crianças são denotadas por linhas verticais e ordenadas em uma classificação da esquerda para a direita, começando pela mais velha.

exame físico, como, por exemplo, uma hemorragia retiniana e sinais de comprometimento importante do Sistema Nervoso Central, decidindo-se, então, solicitar uma tomografia, a qual evidenciou um hematoma frontal e outro occipital subdural que, associado à hemorragia retiniana, fez com que a equipe chegasse ao diagnóstico de Síndrome do Bebê Sacudido.

Esta síndrome, como foi descrito anteriormente, decorre do ato violento de se sacudir uma criança vigorosamente e jogá-la. Essa sacudida causa forças de aceleração e desaceleração do cérebro dentro do crânio, causando lesões graves no Sistema Nervoso Central, como lesão frontal e occipital, que ocorreu neste caso⁽⁹⁾.

Após a tomografia, foi solicitado um raio-X de corpo inteiro, onde observou-se que além dessas alterações neurológicas, essa criança tinha uma fratura já consolidada no antebraço esquerdo, que reforçou a hipótese de maus-tratos.

Com a família se conseguiu alguns relatos, por exemplo, que o irmão dele, de três anos, havia batido nele, mas isso não caracterizava aquele tipo de lesão. A mãe do paciente relatou que ela acordou e o menino já estava convulsionando. O caso foi notificado ao Conselho Tutelar, que fez um registro policial da situação.

2.3 VISÃO DA EQUIPE DE SAÚDE FRENTE AO CASO DE MAUS-TRATOS

A visão que a equipe tem em relação aos maus-tratos está relacionada à opinião pessoal e profissional que cada um tem a respeito do caso. Portanto, é pouco provável que duas pessoas tenham exatamente a mesma opinião sobre um determinado caso. O que pode acontecer é que estas pessoas tenham idéias semelhantes.

No caso de Pedro, os membros da equipe de saúde demonstraram que concordavam entre si em relação às idéias que cada um tem, pois todos manifestaram indignação e preocupação com o futuro do menino e sua família, no sentido de como será a

vida desta criança após a alta hospitalar. As falas a seguir demonstram isso:

É complicado [...] eu aprendi a não julgar, mas não julgar não quer dizer não se importar com a situação? Eu penso que essa família tem que ser ajudada (ENTREVISTADO 1).

[...] uma criança que vai ficar com seqüela importante e que a gente não sabem quem foi o autor dos maus-tratos. A gente tem suspeitas [...] mas não sabe na verdade quem é o autor (ENTREVISTADO 3)

[...] é um caso grave [...] eu me preocupo particularmente com o prognóstico do Pedro, de como vai ser a vida dele daqui pra frente. O que ele vai carregar disso, não só em termos afetivos mas até em termos neurológicos e psicomotores (ENTREVISTADO 5).

[...] é um caso bem dramático, é um bebê de seis meses que vai ficar com incapacidade pro resto da vida (ENTREVISTADO 6).

Observamos, pelas falas, que a equipe demonstrou uma preocupação especial acerca do prognóstico do paciente, por se tratar de um caso que deixou seqüelas físicas graves, que exigirá uma dedicação total da família cuidadora em relação à criança portadora de necessidades especiais.

É importante que exista essa preocupação com o bem-estar social da criança, com a educação e saúde, pois a presença ou ausência de doença, por si só, não é um indicador de que a criança possui uma vida digna. É preciso que também sejam avaliados todos os indicadores positivos que contribuem para o atendimento de suas necessidades⁽¹²⁾.

A equipe de saúde mostrou, através dos depoimentos, uma preocupação com os desdobramentos e conseqüências decorrentes da situação de maus-tratos, evidenciando, ainda, a necessidade de cuidados a serem prestados à família desta criança. A ênfase, nesse aspecto, denota a complexidade da situação, os conflitos, questionamentos e inquietações vivenciados por esta equipe.

Os encaminhamentos diante da situação também foram evidenciados:

Abordamos diretamente e explicamos para eles [familiares] que é uma obrigação da instituição, toda vez que há uma suspeita de maus-tratos, denunciar. Isso está no Código do Menor [...] mas que ninguém, jamais estaria acusando nenhuma das pessoas (ENTREVISTADO 4).

[...] ocorreu o registro policial, e após isso, a gente fez um documento para Promotoria, um ofício relatando toda a situação [...] para que a Promotoria aplicasse a medida cabida, o mais urgente possível (ENTREVISTADO 7).

O ato de comunicar, às autoridades encarregadas de proteger os direitos da criança, é um dever legal. Caso isso não ocorra, a pessoa que é conhecedora da situação, ou suspeita de maus-tratos, poderá ser punida pela lei que pune quem praticou a violência e quem praticou a negligência do fato⁽¹³⁾.

2.4 CRITÉRIOS UTILIZADOS PELA EQUIPE PARA DIAGNOSTICAR OS MAUS-TRATOS

Diante de uma suspeita de maus-tratos, é importante estar atento aos detalhes, pois, muitas vezes, a história relatada pela família ou acompanhante da vítima não condiz com o que está sendo evidenciado.

O fato de se suspeitar que uma criança foi levada ao atendimento médico por ser vítima de violência por si só não é o suficiente para que seja diagnosticado os maus-tratos. É preciso que seja feita uma correlação com outros fatores, como a queixa principal, a história familiar, a existência de fatores de risco para maus-tratos e o exame físico para, finalmente, se confirmar ou não a suspeita do abuso infantil.

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 infantis.

No caso de Pedro, a equipe de saúde se baseou, principalmente, num roteiro de exames físicos e de diagnósticos, como a tomografia, e na história familiar para chegar até a confirmação da Síndrome do Bebê Sacudido. Podemos verificar isso nas seguintes falas:

A equipe chegou a essa conclusão depois de terem sido realizados exames e pelo quadro clínico que a criança apresentava, pois além de uma hemorragia cerebral, foi descoberta uma fratura já antiga, consolidada em membro superior esquerdo [...] durante o banho foi verificado que tinha um membro superior que estava com uma forma meio estranha, então desconfiamos que fosse uma fratura [...] foi solicitado [...] um raio-X onde realmente apareceu uma fratura antiga, consolidada o que é característico de maus-tratos (ENTREVISTADO 2).

A gente fez o diagnóstico através do exame de fundo de olho e ele apresentou hemorragia retiniana bilateral, que, na maioria dos casos, é ocasionada por maus-tratos. Além disso, ele tinha na tomografia, uma lesão cerebral na região frontal e na região occipital, que fala a favor de lesão por aceleração e desaceleração no caso do bebê ser sacudido, assim pra frente e pra trás [...] Ele tem uma fratura no antebraço esquerdo, uma criança de seis meses é muito difícil ter uma fratura nessa região. E, também, o fato de os pais e da família, cada um contar uma história diferente. Além das histórias não coincidirem entre os familiares, não fecham com o quadro clínico da criança [...] Ele tem um fator de risco para maus-tratos, porque ele é um nenê que nasceu prematuro, que ficou longe da família nos primeiros dias (ENTREVISTADO 3).

Se fez uma boa avaliação clínica, a partir dos sintomas, dos exames que ele fez de imagem quando se constatou que ele tinha dois hematomas cranianos e uma fratura consolidada num dos bracinhos [...] É claro que todas essas outras coisas que a gente observa das reações da família nos ajuda, mas o diagnóstico definitivo foi clínico foi clínico (ENTREVISTADO 5).

Observa-se que os entrevistados tiveram uma escuta voltada para a questão do abuso infantil, e isso ajudou o desenrolar da história. Também pode-se perceber que as conversas com a família do paciente são de grande importância para que se possa relacionar as evidências físicas com o que está sendo relatado pelos familiares. Neste caso, conforme relato dos entrevistados, as histórias não fechavam entre si, ou seja, cada familiar entrevistado contou uma versão diferente do caso.

Saber o que realmente aconteceu com a vítima é a primeira medida que deve ser tomada, a fim de se diferenciar um trauma intencional de um acidental. Para tanto, é necessário estar atento para histórias que mudam cada vez que um dos membros da família é interrogado separadamente dos demais⁽⁶⁾.

Ainda a respeito da abordagem familiar, histórias incoerentes, que não condizem com as evidências do exame físico ou com o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, contraditórias ou que variam com o passar do tempo, constituem-se em elementos importantes que nos levam a pensar em maus-tratos⁽⁷⁾.

Com relação aos achados físicos e clínicos, Pedro apresentava sinais característicos da Síndrome do Bebê Sacudido, como traumatismo craniano com hematoma subdural bilateral, hemorragia retiniana, associado à uma fratura de antebraço e à prematuridade, que é um fator de risco para maus-tratos.

A causa mais freqüente de morte ocasionada por maus-tratos físicos são os traumatismos cranianos, demonstrando que 95% das lesões

intercranianas graves que ocorrem no primeiro ano de vida são decorrentes de maus-tratos⁽¹⁴⁾.

A Síndrome do Bebê Sacudido, como já foi descrita na revisão de literatura desta pesquisa, é caracterizada por lesões no Sistema Nervoso Central e hemorragias oculares são decorrentes do ato de se sacudir uma criança. Geralmente, a vítima costuma ter menos de seis meses de idade e ser do sexo masculino⁽⁸⁾.

O termo Síndrome do Bebê Sacudido é descrito para crianças que apresentam hemorragia retiniana, hemorragia subdural ou subaracnóidea, com leve evidência de trauma de crânio e pescoço. A vítima pode, ainda, sofrer dano cerebral e ocular, médio ou moderado, mas os casos mais freqüentes são os que ocasionam convulsões e coma. O mecanismo que desencadeia as lesões é a força de aceleração e desaceleração do cérebro dentro do crânio, causada pelo ato de se chacoalhar uma criança⁽¹⁵⁾.

Pedro, como já foi dito, apresentava uma fratura já cicatrizada no antebraço esquerdo. As fraturas diafisárias de úmero ou fêmur, ainda que apareçam isoladas, são sinais que sugerem a ocorrência de violência. Elas acontecem devido ao ato de se torcer e girar forçadamente o osso⁽⁸⁾.

Em relação a prematuridade, sabe-se que bebês prematuros têm um risco maior para sofrer maus-tratos, devido ao fato de a criança ser separada de sua família em uma etapa importante de união e fortalecimento do vínculo entre pais e filhos^(13, 14).

Observamos que a equipe foi rigorosa em relação ao estabelecimento de critérios para definição de maus-tratos. Embora o diagnóstico final seja dado pela equipe médica, cada profissional, dentro de sua especificidade, pode contribuir para compor esta rede de informações que permitiu estabelecer critérios e fechar o diagnóstico de maus-tratos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os maus-tratos infantis são assunto antigo, mas que tem, nos dias atuais, um impacto bem mais relevantes do que tinham em épocas passadas.

Isso porque, atualmente, a questão da violência infantil está começando a ser tratada com mais seriedade pelas autoridades governamentais e também pela sociedade, que passou a encarar esse problema como sendo uma situação difícil e dolorosa, que atinge todas as camadas sociais e causa conseqüências desastrosas.

Ao desenvolver este estudo, constatamos que as equipes que trabalham com crianças desenvolvem, com o passar do tempo, uma atenção voltada para a questão dos maus-tratos, identificando até mesmo aquelas situações aparentemente insuspeitas.

Percebemos que a abordagem adequada à vítima e sua família aliada aos conhecimentos técnico-científicos apropriados para diagnosticar corretamente estes casos, são elementos fundamentais para um atendimento qualificado, que zele pela integridade física e psíquica da criança.

Por fim, vale salientar que este estudo veio demonstrar que todos nós, seja enquanto cidadãos ou como equipe de saúde, temos obrigação e dever moral de proteger as crianças e para isso precisamos pensar seriamente no que está sendo feito e no que ainda pode se fazer para evitar que esta teia de maus-tratos continue crescendo.

ABSTRACT: This work deals with the child abuse from the health staff viewpoint. The aim of this study was to identify the staff behavior facing child abuse situations. We also describe here a case and we identify the criteria used for definition child abuse. It is a case study, with a qualitative approach of the data. The study was developed with the health staff (doctor, nurse, nurse auxiliary, social assistant, and psychologist) and a guardianship counselor that were involved in a child abuse situation. It was used a recorded semistructured interview for the data collection. We make a patient's family description, a case description and a thematic analysis of the interview that was guided by the theoretical and methodological reference of situations that involve

childhood violence. The results showed that the health staff that works with children have developed a listening geared towards the abuse issues. The study also have showed that this is a very broad issue because it involves moral, ethical and professional aspects and these individual issues need to be worked and discussed for all the multidiscipline staff.

KEYWORDS: Child abuse; Child; Family; Patient care team

RESUMEN: Este trabajo se trata de la niñez el tratamiento enfermo del punto de vista de personal de salud. El objetivo de este estudio era identificar las personal conducta cara enfermo-tratamiento situaciones. Nosotros también describimos aquí un caso y nosotros identificamos el criterio usado para la definición de tratamiento enfermo en la niñez. Es un estudio del caso, con un acercarse cualitativo de los datos. El estudio se desarrolló con el personal de salud (doctor, alimete, enfermera el ayudante auxiliar, social, y psicólogo) y un consejero de la protección que estaba envuelto con la situación del enfermo-tratamiento claveteada. Fue usado que un semistructured grabado entrevista para la colección de los datos. Nosotros hacemos la descripción de la familia de un paciente, una descripción del caso y un análisis temático de la entrevista que se guió por la referencia metodológica teórica de situaciones que involucran violencia de niñez. Los resultados mostraron que que el personal de salud que trabaja con los niños ha desarrollado un escuchando engranó hacia los problemas de los enfermo-tratamientos. El estudio también tiene que mostró que éste es un problema muy ancho porque involucra aspectos morales, éticos y profesionales y estos necesidad de los problemas individual se trabaje y discutió para todo el personal del multidiscipline.

PALABRAS-CLAVE: Maltrato; Niño; Familia; Grupo de atención al paciente

REFERÊNCIAS

- 1 Peres IB. Maus tratos na infância: a atitude da equipe de enfermagem diante de situações expressas de maus tratos a crianças hospitalizadas [trabalho de conclusão de curso Graduação em Enfermagem. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2000.
- 2 Barros FAM. Crimes contra a pessoa. São Paulo: Saraiva; 1997.
- 3 Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. 10(1):7-16. Cad. Saúde Publ; 1994; Rio de Janeiro; 10 (1): 7-16.
- 4 Brasil. Lei Federal Nº 8096 de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1990.
- 5 Conselho Regional de Enfermagem. Legislação. Porto Alegre; 1998.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intra-familiar: orientação para prática em serviço. Brasília; 2001.
- 7 Moraes SRS. Violência contra a criança e o adolescente. In: Bevilacqua, Moraes SRS, Fernandes MF, Costa ALM, Rodrigues MCF. Emergências pediátricas: IIPPMG/UFRJ. São Paulo: Atheneu; 2000. p.107-12.
- 8 Cardoso ACA, et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). Ped Mod 2003; 39(9):354-62.
- 9 Moraes ARM. Lesão cerebral abusiva: Síndrome do Bebê Sacudido – “Shaken Baby Syndrome”[online] [citado 2003 Novembro 15.] Disponível em: <http://www.sprs.com.br>.
- 10 Lüdke M, André MDA Pesquisa em educação: abordagens qualitativas – temas básicos de educação e ensino. São Paulo: EPU; 1986.
- 11 Wright L.M., Leahey M. Modelo Calgary de avaliação da família. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3.ed. São Paulo: Roca; 2002. p.63-148.
- 12 Corrêa EJ, Senna RR, Coelho MCV. O atendimento pela equipe de saúde. In: Leão E, Corrêa EJ, Viana MB, Mota JAC. Pediatria ambulatorial. 3.ed. Belo Horizonte: Coop. Editora e de Cultura Médica; 1998. p.5-13.
- 13 Santoro Jr M. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. “Um fenômeno antigo e sempre atual”. Ped Mod 2002; 38(6):279-83.
- 14 Johnson CF. Maus-tratos e negligência infantis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Johnson, HB. Tratado de pediatria. 16.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.111-9.
- 15 Zamataro TMR, Fonseca CB, Rodrigues RM. Síndrome de maus-tratos. In: Marcondes E et al, coordenadores. Pediatria básica: pediatria clínica geral. 9.ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p.541-4.

Recebido em 06/01/2003

Aceito em 02/04/2003