

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior Politécnica de Viseu

**Maria Rosa Correia Rodrigues**

Intervenções de enfermagem na abordagem da criança vítima de maus tratos em contexto hospitalar

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



novembro de 2013

**Maria Rosa Correia Rodrigues**

Intervenções de enfermagem na abordagem da criança vítima de maus tratos em contexto hospitalar

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório final efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Maria da Graça F. Aparício Costa

Co-orientação:

Mestre Maria Isabel Bica de Carvalho

novembro de 2013

“E digo-vos que a vida é de facto obscuridade exceto onde há arrebatamento, e todo o arrebatamento é cego exceto onde há trabalho e todo o trabalho é vazio exceto onde há amor. E o que é trabalhar com amor? É pôr em todas as coisas que fazeis um sopro do vosso espírito”.

Khalil Gibran (s.d.).

À memória do meu pai...

Pelo esforço e dedicação para dar tudo aos filhos, enfrentando todas as adversidades da vida.

Em especial aos meus filhos pelo amor, carinho, incentivo e compreensão. Pelas horas não dedicadas e deles por direito. Foram e, serão sempre muito importantes para mim.

Muito obrigado pelo vosso carinho e amor!

## **AGRADECIMENTOS**

Este estudo apenas foi concebido devido à colaboração de todas as pessoas que diretas ou indiretamente estiveram envolvidas na sua concretização. Neste sentido, quero expressar o meu profundo agradecimento.

Queria agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Graça Aparício, pela disponibilidade, pelo apoio, pelas críticas e pelas sugestões que permitiram que este árduo trabalho se concretizasse.

Ao Co-Orientadora, Mestre Isabel Bica, agradeço a liberdade de ação concedida pela valorosa contribuição, disponibilidade, compreensão.

Aos outros professores/orientadores deste mestrado, pela dedicação e apoio.

A todas as crianças e famílias de quem cuidei...Foram quem me mostraram o verdadeiro sentido dos Cuidados de Enfermagem Especializados na Promoção da Parentalidade Positiva... muitas vezes demonstrada por um sorriso! O meu sentido e sincero agradecimento.

A Deus, pela força transmitida ao longo de todo este percurso...

A todos vocês muito obrigado.

## RESUMO

**Enquadramento:** Os maus-tratos caracterizam-se por atos intencionais contínuos e que ocasionam dano físico, psicológico ou social à criança, sendo praticados por um agente agressor em condições de superioridade. Embora não se restrinja ao âmbito doméstico, a prática de maus-tratos pelos pais ou responsáveis constituem a forma mais frequente de violência contra as crianças em contexto hospitalar.

**Objetivo:** Identificar as intervenções dos enfermeiros na abordagem de crianças vítimas de maus tratos em contexto hospitalar.

**Métodos:** Considerando a diversidade de informação relativa à abordagem dos maus tratos a crianças e de forma a serem identificadas as melhores intervenções na prática de enfermagem, baseadas em recomendações científicas, que se definiu levar a efeito uma *revisão integrativa da literatura* sobre essa temática. Quanto aos métodos de seleção da evidência científica deste estudo, a primeira etapa foi realizada pela utilização da Biblioteca Virtual em Saúde – Descritores em Ciências da Saúde – a fim de se poder validar os descritores, o que deu acesso a outros motores de pesquisa, tais como: PubMed - indexed for MEDLINE, SciELO; B-on, Latindex e Lilacs. Os descritores ou palavras-chave foram: a) “Child” b) “abuse victims” c) “nurse's role”; “a+b” e) “a+c”.

**Resultados:** No que respeita às intervenções necessárias à abordagem da criança vítima de maus tratos, os estudos salientam a importância de: notificação da situação, de forma a ser dada visibilidade ao problema e ao despoletar de toda a intervenção legal; Encaminhamento para outros profissionais, que garanta uma cobertura multiprofissional, nomeadamente do serviço social e psicologia; Existência de protocolos de atuação que sirvam de guia para a tomada de decisão; Capacitação da equipa de saúde, sobretudo dos enfermeiros na abordagem específica destas situações, que garanta cuidados adequados; Acolhimento da criança/família que deve ter em consideração a particularidade da sua situação emocional; Cuidados clínicos imediatos.

No que respeita às dificuldades sentidas destaca-se: Ausência de protocolos institucionais; Ausência de conhecimento/capacitação técnica da equipa sobre a violência contra as crianças, o que dificulta a abordagem e o encaminhamento da situação; Reconhecimento/identificação dos sinais de alerta, sobretudo nos casos em que a criança/família negam a situação; Desconhecimento das normas legais instituídas; Falta de consenso na atuação, resultante da falta de preparação e de discussão sobre a temática.

**Conclusão:** Os enfermeiros, por inerência da missão que lhes cabe, devem ser conhecedores dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes nas crianças vítimas de maus tratos, de modo a que as suas intervenções sejam consentâneas com cada caso e a fim de se poder minimizar as sequelas que daí possam advir. Têm a responsabilidade particular na deteção precoce de contextos, fatores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos.

**Palavras-chave:** Maus tratos; Crianças; Intervenções de enfermagem; Contexto hospitalar.

## ABSTRACT

**Background:** The mistreatment characterized by continuous and intentional acts that cause physical, psychological or social harm to the child, being charged by a pathogenic agent capable of superiority. Although not restricted to the domestic sphere, the practice of maltreatment by parents or guardians is the most common form of violence against children in the hospital setting.

**Aims:** Identify the nursing interventions in child victims of maltreatment approach in a hospital.

**.Material and Methodology:** Given the diversity of information on the approach to child abuse and in order to be identified with the best interventions in nursing practice, based on scientific advice, which is set to effect an integrative review of the literature on this subject. Regarding methods of selection of scientific evidence from this study, the first step was performed by use of the Virtual Health Library - Health Sciences Descriptors - in order to be able to validate the descriptors, which gave access to other search engines, such as PubMed - indexed for MEDLINE, SciELO, B-on, Latindex and Lilacs. The descriptors or keywords were : a) " Child" b ) "abuse victims " c ) " nurse 's role" , " a + b " e) " a + c " .

**Results:** With regard to the necessary child from maltreatment approach interventions , studies emphasize the importance of: notification of the situation, so the visibility problem to be given and the triggering of any legal intervention , referral to other professionals , ensuring a multidisciplinary coverage , including social service and psychology; Existence of actuation protocols that serve as a guide for decision making ; Training of health staff , especially the nurses in addressing these specific situations , to ensure proper care , the Home child / family must take into account the peculiarity of their emotional situation ; immediate clinical care .

With regard to the difficulties that stand out: Absence of institutional protocols; Lack of knowledge / technical training team on violence against children, which hinders the approach and the referral of the situation; recognition / identification of warning signs, especially in cases where the child / family deny the situation; lack of established legal norms; lack of consensus on action resulting from lack of preparation and discussion on the topic.

**Conclusions:** Nurses, by virtue of its role to them, must be knowledgeable of the risks of psychosocial nature which are present in children victims of abuse, so that their interventions are consistent with each case and in order to minimize power sequel that may arise there from. Have a particular responsibility for the early detection of contexts, and risk factors warning signs in this respect in monitoring cases and signposting them.

**Key words:** Mistreatment; Children; Nursing interventions; Context hospital.

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1. ENQUADRAMENTO DO ABUSO E MAU-TRATO A CRIANÇAS</b> .....	21
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	35
2.1. DEFINIÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	36
2.2. MÉTODOS DE SELEÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA .....	37
2.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO DOS ESTUDOS.....	38
<b>3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	41
3.1. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS .....	41
3.1.1 Origem dos estudos incluídos .....	41
3.1.2 Objetivos dos estudos.....	42
3.1.3 Caracterização dos participantes .....	43
3.1.4 Metodologia utilizada nos estudos incluídos.....	45
3.1.5 Caracterização dos maus tratos .....	47
3.1.6 Intervenções de enfermagem e dificuldades encontradas no atendimento ..	49
<b>4. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b> .....	57
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	61

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão .....	39
Quadro 2 – Estudos incluídos na revisão sistemática .....	42
Quadro 3 – Definição dos objetivos dos estudos incluídos .....	43
Quadro 4 – Definição dos participantes/amostra dos estudos incluídos .....	44
Quadro 5 – Definição da metodologia dos estudos incluídos .....	46
Quadro 6 – Caracterização do tipo de maus-tratos dos estudos incluídos .....	48
Quadro 7 – Intervenções de enfermagem e dificuldades na abordagem da criança vítima de maus tratos .....	54

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Algoritmo: Detecção de sinais de alerta em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar .....	29
Figura 2 – Representação esquemática das fases sequenciais da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos .....	40

## INTRODUÇÃO

Os maus tratos a crianças são entendidos como um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial (Direção Geral de Saúde, 2011). A violência pode ocorrer ao longo do ciclo vital, sem distribuição de classe, etnia, nível económico, religião ou educação. Este fenómeno, nas suas diferentes formas de expressão é encarado como um dos principais problemas de saúde pública, envolvendo direta ou indiretamente crianças de todas as idades, de ambos os sexos tendo implicações graves e imediatas para a sua saúde e para o seu desenvolvimento psicossocial. Considera-se, assim, uma forma de violação dos Direitos Humanos e da liberdade da dignidade humana, limitando o reconhecimento de tais direitos (Ramião, 2010).

Maus tratos referem-se a qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções ou de carências nas relações entre as crianças e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e/ou afetos. Pela forma reiterada como, por norma, acontecem, privando as crianças dos seus direitos e liberdades estes maus-tratos afetam a saúde da criança e o seu desenvolvimento físico, psicológico e social e a sua dignidade (Magalhães, 2005). Na opinião de Portugal, DGS (2011), os maus tratos referem-se a qualquer ação ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento psicossocial e afetivo da vítima.

Assim, e nesta perspetiva, consubstanciada pelo conhecimento e experiência de uma vida profissional rica em vivências com crianças vítimas de maus tratos em contexto de Urgência Pediátricas, surgiu este trabalho, cujo objetivo basilar é *Identificar as intervenções dos enfermeiros na abordagem em ambiente hospitalar da criança vítima de maus tratos*.

Sabe-se que o acompanhamento das crianças que vivem esta situação é uma tarefa muito complexa, que deve abarcar uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de apoiar e não substituir ou suplantar o papel central das famílias na prestação dos cuidados às crianças, sobretudo na fase de deteção ou de contacto inicial com a instituição de saúde tornando-se de particular importância pelo impacto que pode ter na evolução da situação.

Contudo, apesar dos esforços dos vários profissionais e da adoção de medidas, estas nem sempre se têm revelado conseqüentes, tornando-se necessário proceder a investimentos mais concertados, efetivos e exequíveis que permitam responder de modo mais efetivo a este problema. Diversas barreiras têm dificultado uma intervenção mais

proactiva por parte dos profissionais. Problemas como, desconforto em lidar com estas situações, défice de informação e preparação técnica, ausência de protocolos formais no seio das equipas e de apoio institucional para respostas adequadas, desconhecimento das redes de apoio e falta de confiança nas instituições (Portugal, DGS, 2008), constituem alguns exemplos dos constrangimentos identificados nas equipas.

Assim, procura-se com esta investigação, averiguar, através de uma revisão integrativa da literatura, que intervenções têm sido utilizadas pelos enfermeiros na abordagem destas crianças, que vivem com uma família concreta e num meio específico. Como refere Lima (2012), qualquer intervenção não pode ser feita relegando-se para segundo plano os interesses da criança, uma vez que esses devem ser o ponto de partida.

Face ao exposto formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Quais são as intervenções dos enfermeiros perante crianças vítimas de maus tratos em contexto hospitalar?

Como forma de se poder responder a esta questão, seguiu-se uma metodologia de revisão integrativa, que consiste num método de revisão mais amplo e sistemático do que o método convencional, porquanto possibilita incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (Pompeo, Rossi & Galvão, 2009). As mesmas autoras referem ainda que, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas com uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.

As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como para identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras (Sampaio & Mancini, 2007).

Ao viabilizarem, de forma clara e explícita, um resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção, as revisões sistemáticas permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao contrário de limitar as conclusões à leitura de somente alguns artigos. Outras vantagens incluem a possibilidade de avaliação da consistência e de generalização dos resultados entre populações ou grupos clínicos, bem como

especificidades e variações de protocolos de tratamentos. É importante destacar que esse é um tipo de estudo retrospectivo e secundário, isto é, a revisão é usualmente desenhada e conduzida após a publicação de muitos estudos primários, experimentais ou não, sobre um tema. Dessa forma, uma revisão sistemática depende da qualidade da fonte primária (Sampaio & Mancini, 2007).

De facto, este estudo tem a sua relevância pois ao identificar as intervenções dos enfermeiros, confronta-nos de igual forma com as dúvidas e constrangimentos da equipa, pelo que pretende deixar subsídios para os profissionais de enfermagem, sobretudo no que respeita à adoção de intervenções mais efetivas. Ou seja, a justificação da sua realização assenta na imprescindibilidade de se implementar uma intervenção precoce, adequada sistemática e efetiva na abordagem de casos de maus tratos a crianças, cujo olhar deve atender a três premissas: magnitude do problema, visando-se a redução da sua incidência e evolução temporal; impacto na saúde e na vida das crianças; possibilidade de uma atuação multidisciplinar e intersectorial, com implicação junto dos serviços sociais responsáveis, que permitam prevenir os casos de crianças vítimas de maus tratos.

Este trabalho apresenta-se estruturado em três partes distintas, mas complementares, ou seja, na primeira faz-se o enquadramento do abuso e mau-trato a crianças com base na revisão da literatura efetuada, como forma de contextualizar o tema. A segunda parte corresponde à metodologia, na qual se incluem os métodos de seleção da evidência científica, a definição da questão de investigação, os critérios de seleção da evidência científica, os critérios de exclusão e de inclusão dos estudos, seguindo-se a apresentação dos resultados e das principais conclusões.



## 1. ENQUADRAMENTO DO ABUSO E MAU-TRATO A CRIANÇAS

A história relata que, desde a Antiguidade, existem inúmeras crianças maltratadas, batidas, exploradas, abandonadas ou abusadas sexualmente. O ato de maltratar a criança na família não é recente, nem uma característica que distinga a sociedade atual de outras no passado. Porém, a novidade reside na descoberta e valorização desta dimensão violenta da família (Cunha, 2010).

As revoluções em França e na América, o amadurecimento dos ideais democráticos e o desenvolvimento das leis dos direitos humanos criaram as condições para que diversos profissionais pudessem ter impacto na proteção das crianças. É, assim, a emergência de novos olhares que veem o mau trato infantil, enquanto um problema que marca as principais diferenças relativamente ao passado (Cunha, 2010).

O papel dos profissionais de saúde, nomeadamente pediatras e enfermeiros, foi decisivo no processo de conquista de visibilidade deste fenómeno (Cunha, 2010).

Dando um salto na história e reportando-nos a 1981, a Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo Calheiros e Monteiro (2009), enquadra o mau trato infantil no conjunto de outras formas de violência familiar e define violência como toda a forma de violência física, psicológica, sexual, negligência, abandono, desnutrição e destruição de bens ou animais de estimação. A crescente valorização da infância terá contribuído decididamente para uma redução de certos tipos de maus tratos às crianças e, por outro lado, mudou os critérios definidores das «boas práticas educativas», realçando no grupo dos maus tratos, hábitos reprováveis que antigamente não eram como tal reconhecidos.

Para Magalhães (2005, p.32), “maus-tratos são qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissões ou negligência nos cuidados e (ou) nos afetos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e (ou) dignidade”. Assim, são consideradas formas de maus-tratos: negligência, maus-tratos físicos, abuso sexual e abuso emocional.

De acordo com Deslandes (2007), os maus-tratos contra a criança podem ser compreendidas como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos ao seu desenvolvimento. Pressupõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o adulto e a criança.

Machado et al. (2004) refere que os maus-tratos ou abuso é o que se caracteriza por atos intencionais contínuos e que ocasionam dano físico, psicológico ou social à criança e/ou adolescente, sendo praticados por um agente agressor em condições de superioridade. Embora não se restrinja ao âmbito doméstico, a prática de maus-tratos pelos pais ou responsáveis constitui a forma mais frequente de violência dos atendimentos nas urgências pediátricas.

Em conformidade com a Direção-Geral da Saúde (2011), os maus tratos infligidos a crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.

O termo “criança maltratada” é lato e engloba diferentes tipos de maus-tratos. Segundo Planella (2000), podem considerar-se os seguintes tipos: negligência – física, educativa e emocional; abuso – físico, emocional e sexual. De acordo com o mesmo autor, a violência dentro da própria família mostra-se sob a forma de agressão física, normalmente provocada por um indivíduo adulto e mais velho. Esta forma de violência é também um mal que não distingue sexo, religião, raça ou classe social. A negligência é considerada um tipo de abuso difícil de definir, como também dos mais difíceis de detetar. Define-se pela negativa, ou seja, não se trata do que é, mas sim do que não se proporciona à criança. A criança tem necessidades básicas de amor e segurança, de oportunidades e novas experiências, de reconhecimento, de alimentação adequada, de cuidados médicos e de educação. Por tudo isto, pode considerar-se negligência a falha dos pais ou responsáveis pela criança em responder e estas necessidades, quando possuem recursos para o fazer. Planella (2000) refere que a negligência é uma forma passiva de maus-tratos.

Na mesma linha, a Direção-Geral da Saúde (2011, p. 7) entende por negligência “a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades”.

Os maus-tratos psicológicos também são difíceis de definir. No entanto, há consenso quando se definem como uma ofensa intencional de um adulto ao desenvolvimento da autoestima e da competência social da criança, através de comportamentos de rejeição, isolamento ou terror. A privação de necessidades emocionais, ameaças de abandono e chantagem emocional, são igualmente formas de maus-tratos psicológicos. Contudo, os

maus-tratos físicos continuam a encabeçar a lista de crianças maltratadas, em que as lesões sofridas pela criança são provocadas a partir do uso excessivo de força física por parte de alguém com maior aporte físico (Matos & Figueiredo, 2001).

Neste âmbito, também a Direção-Geral da Saúde (2011, p. 8) define mau trato psicológico como “o resultado da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem. Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança/jovem, com frequente repercussão negativa a nível comportamental. Alguns sinais, sintomas e indicadores de mau trato psicológico/emocional são os seguintes: episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente; comportamentos agressivos (auto-agressividade e/ou hétero agressividade) e/ou automutilação; excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais; perturbações do comportamento alimentar; alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese); choro incontrolável no primeiro ano de vida; comportamento ou ideação suicida.

Para Canha, (2003), os maus-tratos também podem classificar-se em diversos tipos: mau trato físico, negligência, abuso sexual, mau trato psicológico e a síndrome de *Munchausen* por procuração, sendo o mau trato físico o mais fácil de identificar e o mais frequente nas Instituições de Saúde.

Subjacente à definição da criança maltratada e negligenciada encontram-se questões relacionadas com valores e de variação cultural existentes ao nível das crenças e das práticas educativas, que evidenciam bem a inexistência de normas universais sobre quais os cuidados se devem ter com as crianças ou sobre o que pode, ou não, constituir o mau trato e a negligência. Por exemplo, “os rituais de iniciação juvenil como a circuncisão e a clitoritomia, estão presentes em certas partes do mundo e são práticas que testemunham este tipo de conflito intercultural.

Mas, os problemas na definição de mau trato e negligência não se colocam somente no quadro das diferenças culturais entre diferentes países. Mesmo dentro de uma mesma cultura, a linha que separa as práticas de educação aceitáveis das não aceitáveis é muito ténue. A simples bofetada ou «palmada no rabo» pode ser uma prática perfeitamente aceitável para muitas pessoas e totalmente inconcebível para outras” (Cunha, 2010, p. 29).

A convicção de que o conceito de mau trato ou de negligência tenha sido uma imposição definida pelos técnicos especialistas ou pelas classes mais altas da sociedade não encontra suporte nos estudos efetuados à opinião pública, que demonstram que a

população tem uma ideia muito concreta do que constitui mau trato. Esta ideia é apoiada pelo facto de ser normalmente a partir do público em geral (familiares, vizinhos, colegas) que ocorrem as denúncias das situações de agressão às crianças. Estes estudos, referidos por Giovannoni (1998, cit. por Calheiros e Monteiro, 2009, p. 153), no seu artigo *Definitional issues in child maltreatment*, comprovam que não existe uma grande tolerância da parte da população aos maus tratos às crianças, mesmo nas classes mais desfavorecidas e nas minorias étnicas. Este autor considera que as definições de mau trato devem basear-se no que é consensualmente aceite e não aceite, enquanto prática educativa, numa dada sociedade.

Inicialmente abordado a nível estritamente médico, que lhe conferiu identidade, legitimidade e credibilidade, o mau trato começou depois a penetrar outros campos profissionais e discursivos. Passou a fazer parte das preocupações de todos os profissionais de saúde, do direito, da ação social, nos discursos políticos e pela população em geral que está mais atenta, começando, inclusive, a condenar moralmente os abusos e maus tratos praticados contra as «suas» crianças. Este interesse público manifesta-se no acionar de diversos projetos estatais e serviços de proteção à criança, a cujos interesses se deve dar primazia (Gawryszewski et al., 2012).

Assim, os maus tratos físicos, psíquicos e sociais constituem uma entidade clínica que afeta a criança que deles é vítima, por ação ou omissão das pessoas que têm de cuidá-la, daquelas com quem convive habitualmente e da comunidade em geral (Jorge et al., 2008).

Em conformidade com a Direção-Geral da Saúde (2011, p. 8), o mau trato físico resulta de qualquer “ação não accidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico. Este tipo de maus tratos engloba um conjunto diversificado de situações traumáticas, desde a Síndrome da Criança Abanada até a intoxicações provocadas”. Alguns sinais, sintomas e indicadores de mau trato físico, de acordo com a mesma fonte bibliográfica, são os seguintes: equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental (face, peri ocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas); síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada); alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio; lesões provocadas que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...); sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura); fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura de metáfise; demora ou ausência na procura de cuidados médicos; história inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos

diferentes cuidadores; perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...); alterações graves do estado nutricional.

Nesta medida, poder-se-á afirmar que o fenómeno da criança maltratada corresponde, em sentido lato, a um problema de saúde pública, e que se nada se fizer para o evitar, o fenómeno da violência tende a repercutir-se numa mesma fratria e a reproduzir-se de geração para geração.

A criança é um ser em constante crescimento, desenvolvimento e mudança. Esta mudança implica sempre um risco, pois ela contempla inevitavelmente um período de alguma incerteza e fragilidade que, segundo Reis (2009), será tanto maior quanto mais e múltiplos forem os parâmetros que regulam ou desregulam essa mudança.

De acordo com os dados estatísticos emanados pela Associação Portuguesa de Apoio às Vítimas (APAV, 2012), entre 2010 e 2012 registou-se um aumento percentual de 8,4 % processos de apoio a crianças vítimas de maus tratos em Portugal. Este acréscimo foi de 8,8% de 2010 para 2011 e de 10% de 2011 para 2012. Já o número de vítimas diretas revelou um aumento de 29% no espaço de 2 anos. Um pouco mais de 50% das crianças e jovens eram do sexo feminino, e em 2012, as faixas etárias com maior relevo situaram-se entre os 11 e os 17 anos de idade (45%) e entre os 6 e os 10 anos (32,4%). Em contrapartida, as crianças entre os 4 e os 5 anos foram a faixa etária menos visada. Em termos de contexto familiar a maioria destas vítimas pertencia a famílias nucleares com filhos (41,3%), ainda que os núcleos monoparentais representassem 26,3% das situações.

De acordo com os dados recolhidos pela APAV em 2012, as crianças e jovens vítimas de maus tratos que recorreram direta ou indiretamente aos seus serviços, residiam fundamentalmente no distrito de Lisboa (9%). Seguiu-se a Região Autónoma dos Açores (5%), Faro (4,2%), Vila Real (2,3%) e Porto (2,1%). Somente 4 distritos portugueses não se encontravam representados nos locais de residência destas vítimas (Beja, Guarda, Portalegre e Região Autónoma da Madeira). Tendo em conta que cada vítima pode ser alvo de vitimização por mais do que um autor de crime, relativamente às crianças e jovens totalizou-se 898 autores de crime com as vítimas assinaladas, sendo que a maioria estabelecia relações de parentalidade com as mesmas (68,9%). A maior parte das situações de maus tratos (59,2%) ocorreram na residência comum à vítima e ao autor do crime. O tipo de vitimação continuada sobrepôs-se em larga escala à não continuada, com um registo na ordem dos 70%. Já a duração deste tipo de situação situava-se entre os 2 e os 6 anos, com 17% dos casos.

O atendimento de crianças vítimas de maus tratos pressupõe a existência de uma equipa multiprofissional, com capacidade para atender a especificidade desta exigência. A

assistência adequada exige uma abordagem multidisciplinar, com conhecimentos e recursos suficientes (Cardoso, Santana & Ferriani, 2006). A equipa envolvida no cuidado deve respeitar os direitos da criança e conduzir um atendimento baseado na integralidade, ampliando a capacidade de responsabilização de cada elemento que constitui a equipa (Erdmann & Sousa, 2009).

Todos os profissionais de saúde, no âmbito das suas competências, podem ser confrontados com situações de maus tratos em crianças, às quais urge dar resposta necessária, suficiente e adequada. Fundada no quadro ético e deontológico estabelecido, a atuação técnica nos diferentes níveis de ação deve pautar-se por critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade, orientada segundo princípios de intervenção explicitados na própria Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (art. 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro), conforme enunciado:

- O interesse superior da criança e do jovem como referencial primeiro da ação, sem prejuízo da ponderação devida a outros interesses legítimos presentes em cada situação;

- A privacidade, relacionada com o respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da vida privada da criança ou do jovem;

- A intervenção, o mais precoce possível, a desencadear logo que conhecida a situação de perigo;

- A intervenção mínima, salvaguardando que apenas intervêm os agentes indispensáveis à promoção de direitos e proteção da criança ou do jovem em perigo;

- A intervenção proporcional e atual, assegurando que a mesma se processa segundo princípios de razoabilidade e no momento imediato à tomada de decisão, produzindo impacto mínimo na vida da criança, do jovem e respetiva família da forma estritamente necessária à finalidade pretendida;

- O exercício da responsabilidade parental, sendo a intervenção acionada de forma que os pais assumam os respetivos deveres para com a criança e o jovem;

- A obrigatoriedade da informação, tendo em conta que a criança, o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a respetiva guarda de facto devem ser informados acerca dos seus direitos, dos motivos que determinam a intervenção e da forma como esta se processa;

- A participação nos atos e na definição das medidas e a audiência obrigatória são asseguradas, quer à criança ou jovem a partir dos 12 anos de idade, quer aos pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto;

- A subsidiariedade na intervenção, a qual deve caber, em primeira instância, às entidades com competência em matéria de infância e juventude, em segunda instância, à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e, em terceira instância, aos Tribunais.

Em relação aos enfermeiros que se defrontam com uma situação de uma criança vítima de mau trato ou suspeita, convém referir que mais que notificar e encaminhar essa criança aos serviços especializados é recomendado saber abordar, acolher, diminuir o impacto face ao trauma. No seu estudo, Pfeiffer e Salvagni (2005) referem que o acolhimento da criança e da sua dor é o primeiro passo para um bom resultado do tratamento físico e emocional que serão necessários. Os mesmos autores salientam que o acolhimento deve ser inerente a qualquer atendimento, seja ele qual for, contudo no que se refere à criança vítima de maus tratos, caracterizada por um sentimento de revolta e injustiça, pressupõe um atendimento compatível com o problema, através da isenção e da compaixão. Neste sentido, o enfermeiro deve ter a habilidade para identificar sinais que indiquem a situação de casos concretos e suspeitos para promover um acolhimento mais adequado.

Cuidar de uma criança nesta situação é um desafio para os enfermeiros, pois requer um esforço constante e respeito pela criança no seu todo biopsicossocial (Nunes, 2012).

Embora a atuação nos casos de maus tratos contra as crianças em geral envolva um trabalho multiprofissional e intersectorial, o enfermeiro, sem dúvida, é privilegiado em relação à deteção precoce e à intervenção nos casos que chegam às urgências pediátricas, pois é o primeiro membro da equipa de saúde a entrar em contacto com a criança e que também passa maior tempo em contacto com a vítima e com a sua família (Machado et al., 2006).

Na opinião de Machado et al. (2006), o primeiro passo para a assistência de enfermagem refere-se a uma adequada colheita da história da criança e um minucioso exame físico, que deve ter em conta, precisamente, os possíveis indícios de maus tratos e/ou abuso sexual, como as equimoses, os sangramentos e a laceração na região genital e anal, entre outros. Estabelecida a evidência de maltrato é dever do enfermeiro notificar a suspeita.

Almeida (2011) considera também que o papel do enfermeiro deve incluir a identificação, assim como o tratamento, a avaliação e o encaminhamento para outros profissionais especializados, uma vez que a criança pode, para além de apresentar sinais físicos causados pelos maus tratos, apresentar consequências de ordem emocional e comportamental.

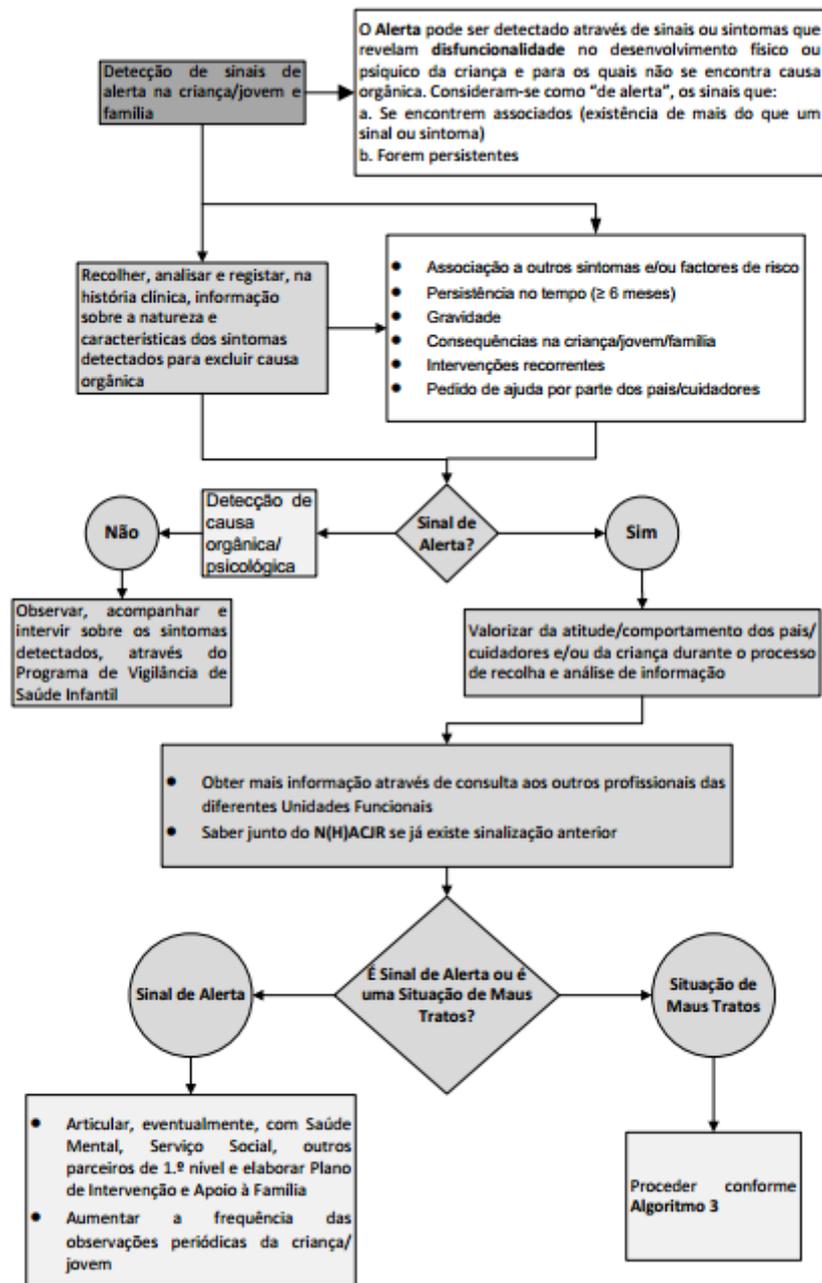
Ao se receber uma criança vítima de maus tratos, o enfermeiro deve saber que está a lidar com uma situação na qual, embora com distintas caracterizações, há duas vítimas: a própria criança e a pessoa que praticou o ato. Sendo assim, é necessário antes de iniciar a intervenção, identificar a melhor forma de abordar o caso, a fim de elaborar um plano de trabalho em conjunto com a equipa multiprofissional (Collet & Oliveira, 2002).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2011), face a uma situação em que haja suspeita de sujeição a maus tratos, a intervenção dos profissionais de saúde deve ter como objectivos prioritários: proteger a criança; intervir no risco para prevenir evolução para o perigo; evitar a recorrência. Isto porque os maus tratos resultam da conjugação de diferentes fatores (de risco, proteção e agravamento/crise de vida) que interagem entre si e que devem ser ponderados pelos profissionais de saúde durante a avaliação da situação. Só assim se tornará viável a prossecução dos objectivos da intervenção em saúde. Importa salientar também que os fatores de risco, por si só, não provam a existência de maus tratos; somente indiciam a probabilidade do seu aparecimento. Os fatores de risco dizem respeito à criança, família e/ou cuidadores e aos contextos de vida (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Os enfermeiros têm de estar atentos aos sinais de alerta dado que estes são indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de maus tratos e implicam a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protetora.

Ainda de acordo com a Direção-Geral da Saúde (2011), as orientações para sinalização de uma potencial situação de mau trato, quer a nível Hospitalar, quer dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), devem seguir o fluxograma apresentado na figura 1.

**Figura 1 - Algoritmo: Detecção de sinais de alerta em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar**



Fonte: Direcção-Geral da Saúde (2011). Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>.

Os sinais de alerta, por si só, não possibilitam aos profissionais de saúde diagnosticar uma situação de maus tratos, já que podem surgir como sintomas e sinais de outras entidades clínicas. Contudo, apontam para a necessidade de intervir. Os enfermeiros poderão pensar numa possível situação de maus tratos se, perante um sinal de alerta, os

pais/cuidadores não se mostrarem preocupados e colaboradores perante as propostas de intervenção e, ao contrário, exteriorizarem indiferença ou rejeitarem as orientações dadas (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Deste modo, e confirmando-se a situação de maus-tratos, segundo a Direção-Geral da Saúde (2011), os enfermeiros devem recolher, analisar e registar, na história clínica, informação sobre a natureza e características dos sintomas detetados para excluir a causa orgânica; valorizar da atitude/comportamento dos pais/cuidadores e/ou da criança durante o processo de recolha e análise de informação; obter mais informação através de consulta a outros profissionais; procurar saber se já existe uma sinalização anterior; ativar o procedimento de urgência (Art. 91º da Lei n.º 147/99), ou seja, o enfermeiro deve ponderar as medidas adequadas para assegurar a proteção imediata da criança, por exemplo, adulto idóneo que possa assegurar a sua proteção; elaborar relatório escrito para o Ministério Público do Tribunal de Família e Menores ou da Comarca, solicitando a intervenção judicial; solicitar a colaboração policial para dar cumprimento à medida considerada adequada para remover o perigo em que a criança se encontra, já proposta no relatório dirigido ao Ministério Público; se a medida de proteção mais adequada for o Acolhimento Temporário, contactar a Linha Nacional de Emergência Social; dar conhecimento à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) caso exista um processo ativo a favor da criança em apreço; sinalizar ao N(H)ACJR e enviar cópia do relatório.

Nas suas intervenções, em consonância com a Direção-Geral da Saúde (2011), os profissionais de saúde têm igualmente de ter em conta a avaliação do grau de severidade da situação de mau trato, o que implica a análise de um conjunto de fatores, em particular:

- As circunstâncias do incidente que gerou o mau trato;
- Os efeitos do mau trato na criança;
- O facto de se tratar de um ato isolado ou de uma situação repetida ou continuada;
- A existência de fatores que aumentam a vulnerabilidade, tais como:
  - Tratar-se de uma criança pequena (menor que 5 anos);
  - Haver incapacidades físicas ou psíquicas.
- A inexistência de fatores de proteção externos:
  - Ausência de outro familiar ou pessoa idónea que tenha capacidade para proteger a criança;

- Dificuldade de acesso ao apoio de estruturas sociais (por incapacidade devida à idade/grau de desenvolvimento ou à oposição por parte dos cuidadores).

Um outro aspeto importante tem a ver com o facto de o profissional de saúde necessitar de manter, em todas as fases do acolhimento, designadamente durante a entrevista, uma atitude compreensiva e empática face à situação, baseando a sua intervenção no reforço positivo das competências reveladas pela criança e respetiva família, bem como na sua capacidade de mudança e de resiliência (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Assim, o objetivo geral da entrevista é proporcionar apoio terapêutico à criança e família e/ou recolher informação sobre uma possível situação de maus tratos. Para a sua realização, os principais aspetos a ter em conta são (Direção-Geral da Saúde, 2011):

- Preparação do ambiente: a escolha do espaço físico deverá favorecer o processo de empatia entre entrevistador e entrevistado, pelo que deve assegurar que não haja qualquer interrupção ao longo da entrevista; proporcionar ambiente calmo e confortável;

- O profissional de saúde que realiza a entrevista deve ter formação e/ou experiência quer na técnica de entrevista, quer na área visada, os maus tratos infantis. Se em qualquer momento duvidar da sua própria capacidade para realizar a entrevista, este deve solicitar apoio e assessoria a outro profissional de saúde com mais formação e/ou mais experiente;

- Se possível, preparar e estruturar, antecipadamente, o conteúdo da entrevista, definindo com rigor: a razão e o objetivo da entrevista; a informação básica que se pretende obter.

A observação também é uma etapa fundamental para o diagnóstico de situações de maus tratos. Como tal, é importante que o profissional de saúde esteja atento à expressão comportamental da criança, mas também às interações que estabelece com os pais/acompanhantes. A observação deverá incluir a avaliação dos seguintes parâmetros (Direção-Geral da Saúde, 2011): crescimento e desenvolvimento da criança; estado físico (pele, cabelo, unhas, roupa, etc.); estado emocional; estado emocional dos pais (relação pais/filho(a)); contexto social (frequência e assiduidade escolar, mendicidade, etc.).

Nas suas intervenções, os enfermeiros, devem assumir, perante a criança, atitudes assentes nas seguintes diretrizes (Direção-Geral da Saúde, 2011): tentar que a entrevista seja realizada pelo profissional de saúde com quem a criança tenha mais vínculo ou contacto; escutar o testemunho da criança; entender os pontos essenciais da situação; não emitir juízos de valor nem reagir intempestivamente; evitar fazer perguntas diretas que possam soar bruscas ou agressivas; não fazer perguntas desnecessárias; apaziguar as tensões que possam surgir durante a entrevista; transmitir confiança, orientar e proteger;

utilizar uma linguagem simples, com uma abordagem apropriada à fase de desenvolvimento da criança; mostrar disponibilidade para o diálogo com a criança; respeitar as pausas no discurso da criança e os silêncios, mantendo uma escuta ativa constante.

Há igualmente a necessidade de se referir que, neste domínio, a intervenção da equipa de saúde se enquadra num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da comunidade, conforme o regime jurídico consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro). De acordo com este dispositivo legal, a ação processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de intervenção, articulados e complementares.

No primeiro nível, intervêm as entidades com competência em matéria da infância e juventude, ou seja, as que têm ação privilegiada em áreas como as da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros, tendo em vista a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo, em particular. No segundo nível, quando não seja possível às entidades acima mencionadas atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a ação da CPCJ, nas quais a saúde também participa. No terceiro nível, é à intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe assegurar a proteção de crianças e jovens em perigo.

Neste contexto, os Serviços de Saúde, enquanto instâncias de primeiro nível, adquirem relevo particular. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, e mediante o enquadramento conferido pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, os Agrupamentos de Centros de Saúde/Centros de Saúde e os Hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos Tribunais, que apenas devem ser chamados a agir quando não for possível aos primeiros remover o perigo, ou seja, após terem sido esgotados todos os seus meios e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se, assim, o Princípio da Subsidiariedade.

Além disso, constituindo os maus tratos em crianças um crime público, o procedimento criminal não depende apenas da apresentação de queixa por parte da vítima ou de quem detenha as responsabilidades parentais da mesma (art.º 152º - A, art.º 152º -B e art.º 178º do Código Penal e art.º 70º da Lei n.º 147/99, de 1 de setembro). Desta feita, os profissionais de saúde ou a população em geral, que tenham conhecimento duma situação, devem denunciá-la, por escrito, ao Ministério Público do Tribunal Judicial. Esta denúncia não tem tempo limite para ser apresentada e deverá assegurar que a proteção da criança não será posta em causa.

Salienta-se igualmente que a prevenção dos maus tratos a crianças implica o reconhecimento precoce de riscos e a necessidade de apoio às famílias, a fim de se evitar possíveis ameaças à saúde das crianças e ao seu bem-estar holístico, através da introdução de medidas de suporte. Neste sentido, os profissionais de saúde, mormente os enfermeiros, podem desempenhar um papel importante no diagnóstico precoce de riscos e de iniciação de apoio e de intervenções. Podem contribuir significativamente para isso se estiverem sensibilizados e integrarem a sua avaliação de forma sistemática no processo de cuidados de enfermagem (Díaz & Oliver, 2011).

Contudo, mais importante que o tratamento é a prevenção, que pressupõe o reconhecimento de fatores de risco, aproveitando-se as atividades sanitárias que se realizam sobre a população infantil para a promoção de fatores protetores e de bom trato no desempenho da parentalidade. A prevenção implica a promoção da relação afetiva pais/filhos através da educação para a saúde e o desenvolvimento das habilidades da família, sobretudo dos pais, no cuidado aos seus filhos (Díaz & Oliver, 2011). Os mesmos autores referem que os enfermeiros devem utilizar o conhecimento científico construído para enfrentar com urgência o desafio de detetar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir as situações de maus tratos contra as crianças. A equipa de enfermagem deve possuir conhecimento sobre os sinais de alerta que caracterizam a suspeita e/ou a confirmação de maus tratos (físicos e psicológicos) contra as crianças, ter conhecimento sobre a legislação e devem assumir o compromisso técnico-científico, social, político e moral, no atendimento a estas crianças.

Os serviços de saúde têm assim direito e obrigação de intervir para proteção das crianças e jovens, no âmbito das suas competências e procedendo de modo concertado efetivo e exequível, dando uma resposta adequada ao problema. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2007), uma das suas medidas de orientação em relação aos serviços de saúde no domínio dos maus tratos é que estes se devem pautar por abordagens que integrem os aspetos culturais, sociais, económicos e legais. Refere ainda que os profissionais de saúde devem estar formados e capacitados para poderem detetar, acompanhar, apoiar, encaminhar e educar as crianças/jovens em risco e as suas famílias/cuidadores.

Diversas barreiras têm sido identificadas como dificultando uma intervenção mais proactiva por parte dos profissionais, tais como (DGS, 2008):

- Desconforto em lidar com a situação;
- Défice de informação e formação técnica;

- Ausência de protocolos formais e de apoio institucional para respostas adequadas;
- Desconhecimento das redes de apoio;
- Falta de confiança nas instituições de apoio.

Nesta matéria, a saúde é uma das entidades primeira linha na deteção destas situações, pautando-se segundo princípios de boas práticas, por critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade.

Em síntese, existem recomendações disponíveis para a definição de intervenções de enfermagem para uma prestação de cuidados de qualidade, quer dirigidas para a identificação de situações já instaladas de maus tratos a crianças, quer para a atuação a nível da prevenção. Considera-se no entanto necessário definir, com base em estudos já realizados, quais as intervenções se reconhecem como mais específicas e eficazes na abordagem da criança em ambiente hospitalar e quais as principais dificuldades ou constrangimentos.

Foi com base nesta necessidade que se objetivou a realização deste trabalho, cujos passos metodológicos passamos a descrever.

## 2. METODOLOGIA

Considerando a crescente e complexa informação na área da saúde e especificamente no âmbito dos maus-tratos a crianças, torna-se imprescindível a gestão da informação recolhida, assim como a delimitação das etapas metodológicas para a sua concretização.

Numa investigação em enfermagem, a prática baseada na evidência científica envolve a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação destas na prática e apreciação dos resultados. A melhor evidência é oriunda da investigação científica (Pedrolo et al., 2009) e, apesar da importância da definição de recomendações genéricas para situações específicas, os mesmos autores referem que a intervenção clínica relevante deve ser focada no utente, ou seja, na evidência do caso em si, para que haja um aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção.

Neste âmbito, foi considerando a diversidade de informação relativa à abordagem dos maus tratos a crianças e de forma a serem identificadas as melhores intervenções na prática de enfermagem, baseadas em recomendações científicas, que se decidiu levar a efeito uma *revisão integrativa da literatura* sobre essa temática.

A Revisão Integrativa, tal como a Revisão Sistemática, é um método que, ao contrário da revisão bibliográfica tradicional seguem um protocolo pré-estabelecido que deve orientar todo o processo de revisão, desde a identificação do problema, passando pela procura de informação, até à elaboração do Relatório final (Pompeo, Rossi & Galvão, 2009).

A revisão integrativa, devido à sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na Prática Baseada em Evidências em Enfermagem (Souza, Silva & Carvalho, 2010). Os mesmos autores argumentam que a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, de análise quantitativa e qualitativa, para uma compreensão completa do fenómeno analisado. Combina igualmente dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e a análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra de estudos, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve originar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Neste âmbito, para a elaboração deste estudo foram adotadas as seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: 1) definição da questão de investigação 2); métodos de seleção da evidência científica; 3) critérios de exclusão e inclusão dos estudos; 4) análise crítica dos estudos; 5) Discussão dos resultados e 6) Conclusões e recomendações principais.

## 2.1 DEFINIÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Os temas de investigação são vastos e complexos, contudo é necessário saber fechar portas, e delimitar adequadamente a pesquisa, no sentido de tornar os resultados mais fiáveis. Exatamente como em qualquer outro estudo de investigação, também nos trabalhos de revisão integrativa é fundamental a estruturação do problema/questão de investigação. Neste sentido, para a prossecução deste trabalho, enunciou-se a seguinte questão, com base na estratégia PI[C]O:

<b>P - Participant</b>	Crianças vítimas de maus tratos
<b>I - Intervention</b>	Intervenções (cuidados) de Enfermagem em ambiente hospitalar
<b>C - Comparisons</b>	Sem comparações
<b>O - Outcomes</b>	Na abordagem em ambiente hospitalar há definição de intervenções clínicas de enfermagem e de dificuldades

Decorrente do exposto, formula-se a seguinte questão de investigação, norteadora do presente trabalho:

- Quais são as intervenções dos enfermeiros junto de crianças vítimas de maus tratos em ambiente hospitalar?

## 2.2. MÉTODOS DE SELEÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A seleção dos estudos é orientada pela questão de investigação, sendo considerada esta uma etapa chave do processo de condução da revisão integrativa. O processo de seleção deve ser amplo e deve servir-se dos recursos disponíveis nomeadamente do avanço tecnológico.

Para auxiliar na escolha da melhor evidência possível, tendo em conta Souza, Silva e Carvalho (2010), procurou-se fazer uma revisão integrativa que determinasse o conhecimento atual sobre a temática em estudo, conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, nomeadamente artigos, revistas, livros e revisão de peritos, contribuindo, deste modo, para uma possível identificação das intervenções de enfermagem junto de crianças vítimas de maus tratos, em contexto hospitalar.

Desde modo, no que se refere aos métodos de seleção da evidência científica deste estudo, a primeira etapa foi realizada pela utilização da Biblioteca Virtual em Saúde – Descritores em Ciências da Saúde – tendo-se utilizado os seguintes descritores ou palavras-chave e operadores booleanos:

- a) “Child”
- b) “abuse victims”
- c) “nurse's role”;
- d)“a AND b”
- e) “a AND c”.

Estabelecido um ponto de partida, tivemos necessidade de investigar sobre diversas bases de dados eletrónicas, transformadas atualmente em autênticos ‘armazéns’ de conhecimento. Estas bases de dados abriram novas possibilidades para os investigadores, contribuindo para uma maior expansão da informação, e para a transformação da informação em conhecimento. Partindo deste pressuposto, a procura de artigos para a concretização deste trabalho foi realizada de forma cuidadosa e sistemática em bases de dados como:

1. *Medline/Pubmed*, ([www.pubmed.com](http://www.pubmed.com))
2. *B-on*, (<http://www.b-on.pt>),

3. SciELO; (<http://www.scielo.org>)
4. Latindex (<http://www.latindex.org>)
5. Lilacs (<http://lilacs.bvsalud.org>),
6. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (<http://projeto.rcaap.pt/>)

Esta definição justificou-se por se tratar de bases de dados abrangentes, de referência para profissionais de saúde, estudantes, professores e investigadores, e por se tratar de recursos disponíveis no acervo da biblioteca da instituição de ensino (Escola Superior de Saúde de Viseu), que permitiram acesso a artigos científicos, de forma integral e gratuita.

Na seleção, definiu-se como horizonte temporal estudos realizados entre 2006 e 2013, tendo a pesquisa eletrónica decorrido entre maio e julho de 2013. Como idiomas preferenciais foram definidos os trabalhos redigidos em português, inglês, espanhol e francês. Os três descritores referidos anteriormente e a sua associação geraram um total de 48 artigos oriundos da base de dados *Medline/Pubmed*.

### 2.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO DOS ESTUDOS

Os critérios de elegibilidade, obtidos pela aplicação dos critérios de exclusão e inclusão dos estudos em análise, é uma das fases que mais distingue a revisão integrativa da tradicional.

Assim, numa primeira fase e com base na leitura dos respetivos *abstracts*, foram eliminadas as referências duplicadas. Os *abstracts* dos restantes artigos foram analisados no sentido de se verificar a relevância do estudo, os objetivos, a sua qualidade metodológica, os tipos de intervenção propostos, e os *outcomes*, resultantes da análise crítica dos investigadores.

Após tais procedimentos, foi realizada a leitura integral dos artigos selecionados e aplicados os critérios de inclusão e de exclusão delineados para este trabalho, descritos no quadro que se segue.

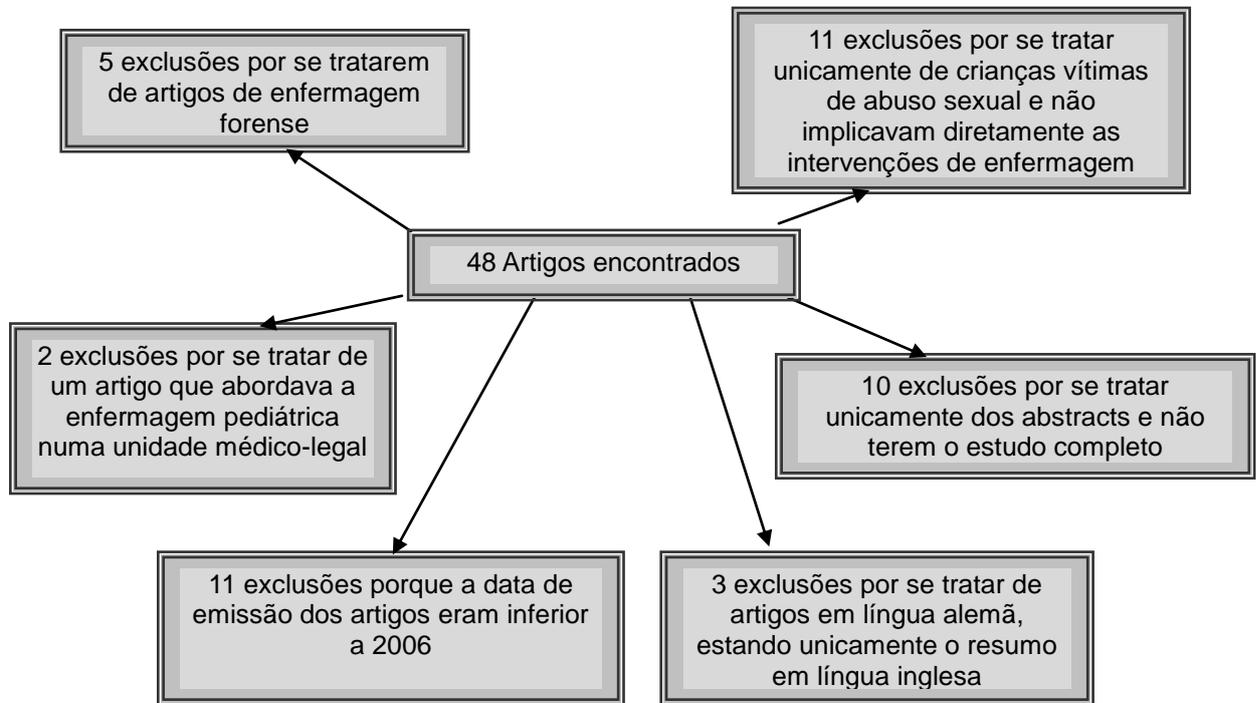
Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão

<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>
Crianças vítimas de maus tratos
Intervenções clínicas de enfermagem
Ambiente hospitalar
<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>
Abordar unicamente adolescentes
Protocolos de estudo e artigos de opinião
Artigos que abordam unicamente crianças vítimas de abuso sexual
Não apresentar intervenções clínicas de enfermagem

Depois de analisados os artigos na íntegra e com base na verificação dos critérios propostos, restaram 6 artigos, que foram incluídos nesta revisão integrativa.

A figura que se segue esquematiza o processo de exclusão dos estudos que permitiu a eleição dos incluídos neste trabalho.

Figura 2 – Representação esquemática das fases sequenciais da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos



Salienta-se que foram excluídos 42 artigos, dos quais restaram 6, sendo estes os que são objeto de análise, uma vez que cumprem os critérios de inclusão preestabelecidos e que respondem à questão de investigação.

Identificada a necessidade da revisão, formulada a questão de investigação, identificada a literatura pertinente na área e localizados e selecionados os estudos, passamos à análise dos mesmos, respeitando-se uma série de passos bem definidos por Ramalho (2005), os quais estão preconizados para a elaboração de estudos. O capítulo que se segue apresenta os dados e resultados mais pertinentes deste trabalho, logicamente ligados à questão de investigação proposta.

### **3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste ponto do trabalho procede-se à apresentação dos resultados, tendo em conta a análise crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura. Segue-se a discussão dos resultados, atendendo a três dimensões: a) Importância de haver um conhecimento dos sinais de alerta para os maus tratos a crianças – acolhimento; b) Necessidade de avaliar os sinais e cuidar das lesões, utilizando estratégias que diminuam a dor e o sofrimento físico e psicológico destas crianças; c) Necessidade de orientação para outros profissionais, seguindo um protocolo previamente estabelecido, incluindo a notificação de serviços legais competentes.

#### **3.1. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS**

A análise crítica dos resultados consiste em dissecar toda a informação pertinente tendo por base a questão de investigação orientadora do trabalho. Os resultados apresentados neste capítulo tiveram por base a análise rigorosa e criteriosa dos artigos e estudos selecionados, realizados em contexto clínico e que dizem respeito a fontes primárias. As fontes primárias incluem basicamente os artigos e estudos originais publicados na literatura ou bases de dados e que incluem preferencialmente ensaios aleatorizados, prospetivos e controlados (Bugalho & Carneiro, 2004).

Para que fosse possível uma recolha homogénea dos dados e da informação existente nos diferentes artigos analisados, houve a necessidade de construir alguns quadros de extração de dados, apresentadas ao longo deste capítulo. A cada estudo foi atribuído um número que facilitará a referência ao mesmo ao longo dos restantes capítulos deste trabalho.

Todos os artigos encontram-se atualizados, com publicação entre 2006 e 2013 como se pode verificar no quadro que se segue (quadro 2).

##### **3.1.1 Origem dos estudos incluídos**

Para um melhor conhecimento das investigações incluídas neste trabalho será efetuada primeiramente uma breve caracterização, que incluiu a origem, objetivos, participantes e definições metodológicas.

Como se pode verificar, através do quadro 2, os 6 estudos selecionados, na sua maioria foram realizados no Brasil, havendo um nacional, especificamente o estudo de Vasconcelos, Cardoso, Barros & Almeida, (2011).

Quadro 2 – Estudos incluídos na revisão sistemática

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Nº</b>
Thomazine, A.M.; Oliveira, B.R.G. & Viera, C.S. <i>Rev. Eletr. Enf.</i> 11(4):830-40	2009	Brasil	Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento.	1
Silva, P.A.; Lunardi, V.L.; Silva, M.R.S. & Silva, W.D.L. <i>Cienc Cuid Saude</i> , Jan/Mar; 8(1):56-62.	2009	Brasil	Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde.	2
Vasconcelos, A.; Cardoso, B.M.; Barros, M. & Almeida, H. <i>Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria</i> , pp. 8-11.	2011	Portugal	Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica - 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.	3
Melo, M.C.; Cristo, R.C. & Kamada, I. <i>Comun Ciênc Saúde</i> ;17(1): 47-52,.	2006	Brasil	Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria.	4
Costa, R.S.; Lima, L.S. & Martins, ERS. <i>R. saúd. corp. ambi. e cuid.</i> ; Jan./Mar. 1(1): 202-213.	2013	Brasil	A enfermagem frente à violência infantil em uma unidade pediátrica.	5
Pinto, E.C.; Ferreira, D.L.M.; Soler, Z.A.SG et al. <i>Rev enferm UFPE</i> , Recife, 7(6):4411-20.	2013	Brasil	Maus tratos físicos contra crianças e adolescentes: percepção da equipe de enfermagem pediátrica.	6

### 3.1.2 Objetivos dos estudos

De acordo com a análise efetuada e conforme exposto no quadro 3, os objetivos dos estudos, na sua maioria, centram-se no atendimento por parte dos enfermeiros a crianças vítimas de maus tratos e a sua percepção face a este fenómeno, sobretudo no que respeita à violência intrafamiliar. Constitui ainda outro objetivo (Silva et al., 2009) analisar o modo como os enfermeiros identificam as situações de violência infantil, tendo em conta a sua forma de atuação e verificar o conhecimento destes em relação aos maus tratos físicos contra crianças e adolescentes. O estudo 3 de autoria de Vasconcelos, Cardoso e Barros & Almeida (2011) visou caracterizar a afluência de crianças vítimas de maus tratos à urgência pediátrica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF) de modo a compará-la com os dados nacionais de forma a otimizar a sua abordagem com base nesta caracterização.

O estudo de Pinto et al. (2013) pretendia identificar as características sociodemográficas dos membros da equipa de enfermagem a exercer num serviço de urgência pediátrica; verificar o conhecimento dos enfermeiros em relação aos maus tratos físicos contra crianças e adolescentes.

Quadro 3 – Definição dos objetivos dos estudos incluídos

Estudo	Objetivos
Thomazine, A.M.; Oliveira, B.R.G. & Viera, C.S. (2009). Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. <i>Rev. Eletr. Enf.</i> 11(4):830-40	Identificar de que forma acontece o atendimento de enfermagem às crianças e aos adolescentes vítimas de violência intrafamiliar nos serviços de pronto-atendimento de instituições de saúde no município de Cascavel-Paraná, no que diz respeito à identificação dos casos e às medidas de notificação.
Silva, P.A.; Lunardi, V.L.; Silva, M.R.S. & Silva, W.D.L. (2009). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. <i>Cienc Cuid Saude</i> , Jan/Mar; 8(1):56-62.	Conhecer a percepção dos enfermeiros de um hospital universitário, quanto à importância da notificação na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.
Vasconcelos, A.; Cardoso, B.M.; Barros, M. & Almeida, H. (2011). Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica - 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. <i>Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria</i> , pp. 8-11.	Otimizar a abordagem da criança vítima de maus-tratos, caracterizando a sua afluência à urgência pediátrica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF) e comparando-a aos dados nacionais.
Melo, M.C.; Cristo, R.C. & Kamada, I. (2006). Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. <i>Comun Ciênc Saúde</i> ;17(1): 47-52	Avaliar o atendimento multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar na unidade de pediatria do Hospital Regional da Asa Norte, em Brasília.
Costa, R.S.; Lima, L.S. & Martins, ERS. (2013). A enfermagem frente à violência infantil em uma unidade pediátrica. <i>R. saúd. corp. ambi. e cuid.</i> ; Jan./Mar. 1(1): 202-213.	Descrever o modo como os enfermeiros identificam a violência infantil no seu quotidiano profissional e discutir práticas e atitudes face a essas questões.
Pinto, E.C.; Ferreira, D.L.M.; Soler, Z.A.SG et al. (2013). Maus tratos físicos contra crianças e adolescentes: percepção da equipe de enfermagem pediátrica. <i>Rev enferm UFPE</i> , Recife, 7(6):4411-20.	Identificar as características sociodemográficas dos membros da equipa de enfermagem a exercer num serviço de urgência pediátrica; verificar o conhecimento dos enfermeiros em relação aos maus tratos físicos contra crianças e adolescentes.

### 3.1.3 Caracterização dos participantes

No que se refere aos participantes/amostra dos estudos em análise e em conformidade com o quadro 4, pode dizer-se que, à exceção do estudo de Vasconcelos,

Cardoso e Almeida (2011), os participantes são enfermeiros e outros profissionais a exercer funções em serviços de pediatria hospitalares.

O estudo de Vasconcelos, Cardoso e Almeida (2011) foi efetuado com base na recolha de informação das fichas clínicas de crianças que recorreram a uma urgência hospitalar no período de seis anos.

Quadro 4 – Definição dos participantes/amostra dos estudos incluídos

Estudos	Participantes/Amostra
Thomazine, A.M.; Oliveira, B.R.G. & Viera, C.S. (2009). Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. <i>Rev. Eletr. Enf.</i> 11(4):830-40	13 enfermeiros entrevistados, 5 do sexo masculino e 8 do sexo feminino; 7 enfermeiros com idades compreendidas entre 20 e 30; 2 na faixa etária dos 31 e 40 anos; 3 entre 41 e 50 anos e 1 com idade acima de 50 anos; 5 enfermeiros trabalhavam no pronto-socorro, 5 enfermeiros no pronto atendimento continuado e três enfermeiros no serviço de atendimento móvel de urgência pediátrica.
Silva, P.A.; Lunardi, V.L.; Silva, M.R.S. & Silva, W.D.L. (2009). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. <i>Cienc Cuid Saude</i> , Jan/Mar; 8(1):56-62.	Participaram do estudo 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, 1 assistente social e 1 psicóloga. Esses profissionais atuam no Serviço de Pronto Atendimento e na Unidade de Pediatria, respetivamente, locais de entrada e internamento de crianças e adolescentes vítimas de violência, tendo sido escolhidos intencionalmente, considerando-se o seu tempo de serviço e de formação, preferencialmente profissionais que atuam há mais tempo nas duas unidades.
Vasconcelos, A.; Cardoso, B.M.; Barros, M. & Almeida, H. (2011). Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica - 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. <i>Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria</i> , pp. 8-11.	Foram analisadas 416 fichas de crianças vítimas de maus tratos, observadas na urgência pediátrica entre 2000 e 2005.
Melo, M.C.; Cristo, R.C. & Kamada, I. (2006). Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. <i>Comun Ciênc Saúde</i> ;17(1): 47-52	Teve como amostra, 39 profissionais, 48,7% auxiliar de enfermagem, 25,6% médicos, 15,4% técnicos de enfermagem e 10,3% enfermeiros, da equipa multiprofissional da unidade de pediatria do Hospital Regional da Asa Norte, Brasil.
Costa, R.S.; Lima, L.S. & Martins, ERS. (2013). A enfermagem frente à violência infantil em uma unidade pediátrica. <i>R. saúd. corp. ambi. e cuid.</i> ; Jan./Mar. 1(1): 202-213.	Participaram 22 enfermeiros de uma unidade pediátrica.
Pinto, E.C.; Ferreira, D.L.M.; Soler, Z.A.SG et al. (2013). Maus tratos físicos contra crianças e adolescentes: percepção da equipe de enfermagem pediátrica. <i>Rev enferm UFPE</i> , Recife, 7(6):4411-20.	Participaram 18 enfermeiros de um hospital escola quaternário no Noroeste paulista, São Paulo/Brasil.

### 3.1.4 Metodologia utilizada nos estudos incluídos

Quanto à metodologia seguida, e em conformidade com o quadro 5, pode dizer-se que quase todos os estudos em análise são de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, cuja recolha de dados foi efetuada através de uma entrevista semiestruturada e formulário. O estudo de Vasconcelos, Cardoso, Barros e Almeida (2011) é um estudo quantitativo, com análise de revisão casuística de fichas de casos de crianças vítimas de maus tratos que deram entrada no serviço de urgências pediátricas.

Considerando-se que os estudos analisados utilizaram na sua maioria métodos qualitativos, é especificado o recurso a análise de conteúdo enquanto técnica de descrição objetiva do conteúdo dos dados obtidos pela aplicação das entrevistas.

Bardin (2008, p. 44) refere que a análise de conteúdo aparece como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens”, permitindo organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados, tentando compreender a importância dada pelos participantes aos temas abordados. A mesma autora sustenta que a finalidade da análise de conteúdo será efetuar inferências com base numa lógica explicitada sobre as mensagens cujas características têm de ser inventariadas e sistematizadas, acrescentando que se trata da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise.

Assim, após a leitura dos artigos selecionados em conformidade com os critérios de seleção, os autores dos estudos procederam à construção de um *corpus* de análise temática.

Quadro 5 – Definição da metodologia dos estudos incluídos

Estudos	Metodologia
Thomazine, A.M.; Oliveira, B.R.G. & Viera, C.S. (2009). Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. <i>Rev. Eletr. Enf.</i> 11(4):830-40	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com enfermeiros, cujos dados foram obtidos através da entrevista semiestruturada e analisados seguindo-se as regras para análise temática, ou seja, análise de conteúdo.
Silva, P.A.; Lunardi, V.L.; Silva, M.R.S. & Silva, W.D.L. (2009). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. <i>Cienc Cuid Saude, Jan/Mar</i> ; 8(1):56-62.	Realizou-se uma pesquisa qualitativa. A colheita de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, no período de janeiro a março de 2008.
Vasconcelos, A.; Cardoso, B.M.; Barros, M. & Almeida, H. (2011). Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica - 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. <i>Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria</i> , pp. 8-11.	Procedeu-se a uma revisão de estudo retrospectivo das crianças com o diagnóstico de maus tratos observadas na urgência pediátrica, através da análise das fichas de maus tratos, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2005. Observou-se a distribuição anual dos casos de maus tratos e analisaram-se as variáveis relativas à caracterização da vítima (idade, sexo, raça e doença crónica); da família (tipo e grupo socioprofissional); do mau trato (denúncia, tipo, local, frequência, lesões) e do agressor (sexo, idade, grau de parentesco). Adicionalmente, avaliaram-se as orientações destas situações na urgência pediátrica no que respeitou à realização de exames complementares de diagnóstico, observação por outras especialidades, participação às autoridades policiais, Instituto de Medicina Legal e CPCJ, e o tipo de alta/destino: internamento, consulta, instituição de acolhimento ou domicílio. Utilizou-se o programa SPSS 11.0®, para efetuar o tratamento estatístico dos dados. Como tal, tratou-se de um estudo quantitativo.
Melo, M.C.; Cristo, R.C. & Kamada, I. (2006). Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. <i>Comun Ciênc Saúde</i> ;17(1): 47-52	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, que teve como instrumento de recolha de dados uma entrevista semiestruturada. Seguiu-se a análise de conteúdo das entrevistas.
Costa, R.S.; Lima, L.S. & Martins, ERS. (2013). A enfermagem frente à violência infantil em uma unidade pediátrica. <i>R. saúd. corp. ambi. e cuid.</i> ; Jan./Mar. 1(1): 202-213.	Estudo descritivo, de natureza qualitativa. Utilizou-se como instrumento de colheita de dados a entrevista semiestruturada e posterior transcrição dos discursos e categorização de dados.
Pinto, E.C.; Ferreira, D.L.M.; Soler, Z.A.SG et al. (2013). Maus tratos físicos contra crianças e adolescentes: percepção da equipe de enfermagem pediátrica. <i>Rev enferm UFPE, Recife</i> , 7(6):4411-20.	Estudo qualitativo e descritivo, com recurso à entrevista gravada, como instrumento de recolha de dados. Recorreu-se ao formulário, os quais foram analisados pela técnica de análise de conteúdo.

### 3.1.5 Caracterização dos maus tratos

Quanto ao local onde decorreu a agressão, Vasconcelos, Cardoso e Almeida (2011) apuraram que o domicílio da criança foi o sítio apontado na maioria dos casos (58,9%) e que, em 53% dos casos, o agressor era coabitante. Estes dados corroboram os estudos de Thomazine, Oliveira e Viera (2009), de Silva et al. (2009) e de Melo, Cristo e Kamada (2006), segundo os quais a maioria dos maus tratos infligidos às crianças decorre num espaço intrafamiliar, desde os maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual e negligência. Vasconcelos, Cardoso e Almeida (2011) concluíram igualmente que o agressor, na maioria dos casos analisados, era do sexo masculino (67,8%), com uma mediana, em idade, de 30 anos. Quanto à proximidade com a vítima, em 101 (24,3%) o autor foi o pai da criança e em 51 (12,3%) a mãe; os restantes agressores eram familiares próximos ou conhecidos em 178 situações (42,8%); só em 46 (11%) foi um estranho. Neste âmbito, os estudos supramencionados estão em conformidade, uma vez que, nos mesmos, é referido que a violência intrafamiliar é um problema universal e constitui sério problema de saúde pública, expressando a dinâmica de poder/afeto, nas quais estão presentes relações de subordinação/dominação por parte, essencialmente, do pai da criança, verificando-se também em muitos casos que o autor dos maus tratos é a mãe e/ou familiares próximos.

Silva et al. (2009) também concluíram, através de alguns relatos de enfermeiros, que havia casos de crianças vítimas de abuso sexual, com danos em termos ginecológicos e com infeções transmissíveis sexualmente, como o condiloma. No seu estudo, Thomazine, Oliveira e Viera (2009) não registram casos de abuso sexual nas crianças, como consequência de violência intrafamiliar.

Quadro 6 – Caracterização do tipo de maus-tratos dos estudos incluídos

Estudos	Caracterização do tipo de maus-tratos
Thomazine, A.M.; Oliveira, B.R.G. & Viera, C.S. (2009). Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. <i>Rev. Eletr. Enf.</i> 11(4):830-40	Houve predominância dos maus tratos psicológicos (verbal e mental) e físicos.
Silva, P.A.; Lunardi, V.L.; Silva, M.R.S. & Silva, W.D.L. (2009). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. <i>Cienc Cuid Saude</i> , Jan/Mar; 8(1):56-62.	Os autores apuraram a prevalência de crianças vítimas de maus tratos físicos.
Vasconcelos, A.; Cardoso, B.M.; Barros, M. & Almeida, H. (2011). Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica - 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. <i>Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria</i> , pp. 8-11.	Os tipos de maus tratos mais detetados foram: a agressão física (60,3%) e o abuso sexual (30,3%). A maioria das vítimas (60%) era do sexo feminino, mediana de 8 anos de idade. Os maus tratos ocorreram no domicílio em 58,9% das situações, com agressor do sexo masculino em 67,8% dos casos e coabitante em 53,1%. No total, 89% das sinalizações foram avaliadas pela assistente social; apenas 3% tiveram apoio psicológico. O destino de 83% destas crianças foi o domicílio. Dos casos mais graves destacam-se 2 óbitos, 7 crianças com fraturas ósseas e 1 caso de <i>shaking baby syndrome</i> . Os dois tipos mais representados de maus tratos foram: a agressão física e o abuso sexual, com especificidades sobreponíveis às dos dados nacionais.
Melo, M.C.; Cristo, R.C. & Kamada, I. (2006). Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. <i>Comun Ciênc Saúde</i> ;17(1): 47-52	Os tipos de maus tratos prevaletentes foram os físicos.
Costa, R.S.; Lima, L.S. & Martins, ERS. (2013). A enfermagem frente à violência infantil em uma unidade pediátrica. <i>R. saúd. corp. ambi. e cuid.</i> ; Jan./Mar. 1(1): 202-213.	Os maus tratos físicos foram os predominantes, com queimaduras e fraturas, sobretudo em crianças mais novas, por serem mais frágeis e suscetíveis a ferimentos. A violência física, o comportamento da criança e do familiar foram os indicadores principais de sinais de maus tratos, O maior reconhecimento dos maus tratos físicos deveu-se à maior visibilidade dos sinais (hematomas, ferimentos, contusões).
Pinto, E.C.; Ferreira, D.L.M.; Soler, Z.A.SG et al. (2013). Maus tratos físicos contra crianças e adolescentes: percepção da equipe de enfermagem pediátrica. <i>Rev enferm UFPE</i> , Recife, 7(6):4411-20.	Maus tratos físicos, tendo-se os enfermeiros deparado com: lesões no corpo (hematomas, cicatrizes, sinais na pele, queixa de dor sem explicação, comportamento da criança vítima.

### **3.1.6 Intervenções de enfermagem e dificuldades encontradas no atendimento**

A análise dos estudos selecionados permitiu incluir uma listagem de intervenções identificadas pelos autores como necessárias, e que decidimos organizar segundo os seguintes indicadores:

- i) Importância de haver um conhecimento dos sinais de alerta dos maus tratos;
- ii) Necessidade de avaliar os sinais e cuidar das lesões, utilizando estratégias que diminuam a dor e o sofrimento físico e psicológico destas crianças - acolhimento;
- iii) Necessidade de orientação para outros profissionais, seguindo um protocolo previamente estabelecido, incluindo a notificação de serviços legais competentes.

#### **i) Importância de haver um conhecimento dos sinais de alerta para os maus tratos a crianças**

Em termos de resultados obtidos nos estudos em análise e com base na leitura integral dos mesmos, começa-se por referir que Pinto et al. (2013) e Thomazine, Oliveira e Viera (2009) são unânimes ao salientarem a importância que os enfermeiros atribuem à necessidade de um conhecimento dos sinais de alerta para os maus tratos a crianças.

O conhecimento dos sinais de alerta é importante na suspeita ou confirmação de maus tratos físicos contra as crianças. Se os profissionais de saúde não souberem reconhecer tais sinais, de certa forma, podem estar a contribuir para a manutenção do ciclo de violência na saúde física e mental das crianças vitimadas (Pinto et al., 2013).

Costa, Lima e Martins (2013) concluíram que as principais intervenções de enfermagem nos casos de crianças vítimas de maus tratos passam pelo reconhecimento do tipo de abuso, com base na visibilidade dos sinais de alerta. Nestas situações, os mesmos autores verificaram que o enfermeiro tem um papel fundamental na própria identificação, bem como levantar problemas de enfermagem a serem solucionados pela equipa na assistência da criança.

Os sinais de alerta apontados pelos enfermeiros, em conformidade com Silva et al. (2009), Pinto, Ferreira, Soler et al. (2013), Thomazine, Oliveira e Viera (2009) e Vasconcelos, Cardoso e Almeida (2011), foram essencialmente: lesões no corpo, comportamento da criança vítima; observações feitas por parte de um profissional durante o internamento da vítima e o comportamento da mãe ou pessoa responsável durante o

internamento. Houve predominância da citação dos maus tratos psicológicos (verbal e mental) e físicos.

No estudo de Vasconcelos, Cardoso e Almeida (2011) em 156 (37,5%) havia evidência de que o abuso era crônico, com meses ou anos de evolução, sendo este um resultado a que chegaram igualmente Silva et al. (2009), Costa, Lima e Martins (2013) e Pinto et al. (2013), o que dificulta a identificação constituindo-se este também como um sinal de alerta a que os enfermeiros devem estar atentos.

Silva et al. (2009) concluíram, com base nos relatos dos enfermeiros, que havia casos de crianças com miíase devido à falta de condições de higiene, constituindo esta o principal sinal de alarme. Thomazine, Oliveira e Viera (2009) constaram também que, em conformidade com os relatos dos enfermeiros, que os mesmos já se deparam com casos de negligência, agressão psicológica e sexual, sinais que nem sempre são facilmente identificáveis. Os mesmos autores referem que, segundo os relatos dos enfermeiros, os maus tratos também tinham como sinal de alerta a desnutrição e falta de cuidados da integridade da pele da criança.

Neste sentido, Pinto et al. (2012) enfatizam a necessidade de capacitação da equipa de enfermagem sobre os tipos de maus tratos contra as crianças, visando as condições adequadas de diagnóstico, notificação e intervenções.

## **ii) Necessidade de avaliar os sinais e cuidar das lesões, utilizando estratégias que diminuam a dor e o sofrimento físico e psicológico destas crianças – acolhimento**

A maioria dos estudos refere que uma das intervenções mais importantes são os cuidados imediatos às lesões decorrentes da violência.

Ficou claro no estudo de Pinto et al. (2013) que os enfermeiros, talvez pela maior proximidade, exercem condutas mais diretas em relação às vítimas. Sendo assim, a forma como acolhem, escutam e atendem as crianças vítimas de maus tratos influencia a adesão ao cuidado e ao tratamento, cabendo ao profissional ter um olhar crítico mas sensível para analisar cada situação, tendo uma conduta correta. Para isso, os enfermeiros devem estabelecer primeiramente um clima de afinidade, harmonia e confiança com a criança, realizando a essência do cuidado: o bem-estar e o conforto da criança, que exige um esforço constante no entendimento da complexidade e fragilidade do ser humano sob a sua responsabilidade. A equipa de enfermagem deve conquistar a criança, criando um vínculo de confiança que expresse atitudes sinceras durante o cuidado.

Melo, Cisto e Kamada (2013), Silva et al. (2009) e Thomazine, Oliveira e Viera (2009) salientam como intervenção de enfermagem o apoio psicológico que deve ser dado imediatamente à criança vítima de maus tratos. Os mesmos autores citados referiram que os enfermeiros aludiram que, em muitos casos, as suas intervenções são dificultadas pelos fatores socioculturais (pobreza e falta de escolaridade dos pais); o facto de o próprio familiar esconder que é um problema de maus-tratos em casa; ausência de abertura familiar; negação das agressões físicas ou psicológicas infligidas às crianças.

Almeida (2011) considera também que o papel do enfermeiro deve incluir a identificação, assim como o tratamento, a avaliação seguindo-se o encaminhamento para outros profissionais, uma vez que a criança pode, para além de apresentar sinais físicos causados pelos maus tratos, apresentar consequências de ordem emocional e comportamental.

Os resultados apurados corroboram Pfeiffer e Salvagni (2005), segundo os quais o acolhimento da criança e da sua dor é o primeiro passo para um bom resultado do tratamento físico e emocional que serão necessários. Como tal, o acolhimento deve ser inerente a qualquer atendimento, seja ele qual for, contudo no que se refere à criança vítima de maus tratos, que por norma se apresenta com sentimentos de revolta e injustiça, exige um atendimento compatível com o problema, através da isenção e da compaixão. Assim, o enfermeiro deve ter a habilidade para identificar sinais que indiquem a situação de casos concretos e suspeitos para promover um acolhimento mais adequado. Cuidar de uma criança nesta situação é um desafio para os enfermeiros, pois requer um esforço constante e respeito pela criança no seu todo biopsicossocial (Nunes, 2011).

Neste âmbito pode dizer-se que os dados apurados vão ao encontro do defendido por Machado et al. (2006), segundo os quais o primeiro passo para a assistência de enfermagem a crianças vítimas de maus tratos deve iniciar-se uma adequada colheita da história da criança e um minucioso exame físico, que deve ter em conta, justamente, os possíveis indícios de maus tratos, como as equimoses, os sangramentos e a laceração na região genital e anal, entre outros.

### **iii) Necessidade de orientação para outros profissionais, seguindo um protocolo previamente estabelecido, incluindo a notificação de serviços legais competentes**

A pertinência da notificação da situação de maus tratos foi reconhecida como primordial em todos os estudos analisados, contudo nem sempre constituiu uma intervenção

realizada. Ou seja, esta intervenção, apesar de reconhecida como importante, nem sempre é concretizada.

Thomazine, Oliveira e Viera (2009) verificaram que os enfermeiros participantes no estudo referiam que a sua intervenção passa não só pela identificação dos maus tratos, tratamento, avaliação e sobretudo pelo encaminhamento para outros profissionais que devem compor uma rede de cuidados.

Silva et al. (2009) salientam também a assistência clínica de enfermagem imediata e o trabalho com a equipa multidisciplinar, onde tem assento o serviço social e de proteção de menores em risco. Todavia, salientam que as intervenções de enfermagem devem ultrapassar as abordagens clínica e psicológica, sendo necessário uma notificação que é um dever legal e ético. Neste âmbito, Thomazine, Oliveira e Viera (2009), no seu estudo, concluíram que poucos enfermeiros realizar a notificação, devido à precaridade dos protocolos instituídos.

Silva et al. (2009) apuraram que, de acordo com os enfermeiros participantes no seu estudo, em situação de suspeita de um caso de criança vítima de maus tratos, alguns profissionais conversam entre si, embora de forma isolada e desarticulada, o que dificulta ainda mais a notificação, pois não parece haver um consenso na sua prática, por falta de discussão desta problemática no seio da equipa. Neste estudo, um dos enfermeiros salientou que a atitude do profissional de saúde, mediante uma situação tão peculiar como são os maus tratos infantis, exige responsabilidade e uma atuação articulada de todos os profissionais, sendo imprescindível que os estes assumam uma postura de responsabilização pelos casos identificados, através e um trabalho de equipa e de articulação entre os demais serviços responsáveis por estas situações, visando romper o ciclo, oferecendo-se condições para se poder anular a dor e o sofrimento físico e psicológico destas crianças. Também, Pinto et al. (2013) referem a importância do trabalho em conjunto numa equipa multidisciplinar, à semelhança dos autores já mencionados.

Vasconcelos, Cardoso e Almeida (2011) salientam a necessidade de se identificarem as principais dificuldades na abordagem dos maus tratos por parte de todos os elementos que constituem a equipa multidisciplinar, de modo a que haja uma intervenção e articulação adequadas. Os mesmos autores apuraram que todas as crianças vítimas de maus tratos observadas foram inicialmente recebidas pelo enfermeiro da triagem que as encaminhou para o pediatra chefe de equipa. Em 187 casos (45%) o episódio implicou a realização de exames complementares de diagnóstico. A grande maioria das situações (89%) foi estudada e orientada pelo Serviço Social e 63,7% referenciada à CPCJ; apenas 12 crianças (3%) receberam apoio psicológico.

Neste âmbito, Melo, Cristo e Kamada (2006) ressaltam a baixa prioridade das notificações, as quais só aconteceram em 12,8% dos casos, o que demonstra a necessidade de sensibilizar e capacitar a equipa de profissionais de saúde.

Outro fator de preocupação, de acordo com os mesmos autores, é o sigilo profissional, destacado no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, quando trata das responsabilidades e deveres, ou seja, o dever de se manter segredo sobre o facto sigiloso de que tenha conhecimento na sua atividade profissional, exceto os casos previstos por lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou o seu representante legal.

Pinto et al. (2013) verificaram ainda que a maioria dos enfermeiros possuía conhecimento sobre maus tratos físicos, ainda que alguns confundissem os seus tipos; os enfermeiros também tinham pouco conhecimento sobre as normas legais a serem instituídas o que dificultava a notificação. Sobressaiu a necessidade de se capacitar a equipa de enfermagem sobre os tipos de maus tratos contra as crianças, a fim de se criarem todas as condições adequadas de diagnóstico, notificação e intervenções.

No global, os resultados analisados vão ao encontro do referido por Machado et al., (2006), pois, estes autores afirmam que, ainda que a atuação nos casos de maus tratos contra as crianças envolva um trabalho multiprofissional e intersectorial, o enfermeiro, sem dúvida, é privilegiado em relação à deteção precoce e à intervenção nos casos que chegam às urgências pediátricas, pois é o primeiro membro da equipa de saúde a entrar em contacto com a criança e que também passa maior tempo em contato com a vítima e com a sua família. Estabelecida a evidência do mau trato é dever do enfermeiro notificar a suspeita.

Quadro 7 – Intervenções de enfermagem e dificuldades na abordagem da criança vítima de maus tratos

Estudos	Intervenções de Enfermagem
<p>Thomazine, A.M.; Oliveira, B.R.G. &amp; Viera, C.S. (2009). Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. <i>Rev. Eletr. Enf.</i> 11(4):830-40</p>	<p>Os enfermeiros apontam como intervenções os cuidados clínicos imediatos tais como reanimação cárdio-respiratória, punção de veia, medicação, higiene, encaminhamento para a unidade de referência, contacto o serviço social do local e encaminhamento para o Conselho Tutelar, intervenções que no entanto foram reconhecidas nem sempre serem realizadas.</p> <p>Em relação às dificuldades encontradas, foi relatado que estas são relativas à identificação da violência quando o próprio familiar tenta esconder que é um problema de maus-tratos em casa e lacunas na preparação da equipe, nomeadamente:</p> <p>Ausência de protocolos de atendimento às crianças/adolescentes vitimizados nos serviços e a presença de uma equipa multiprofissional com atuação fragmentada, o que fragiliza um atendimento amplo e de qualidade e uma notificação eficaz.</p> <p>Estas dificuldades prenderam-se ainda com fatores socioculturais da família (pobreza e falta de escolaridade dos pais); o facto de o próprio familiar esconder o problema de maus-tratos em casa; ausência de abertura familiar; negação das agressões físicas ou psicológicas infligidas às crianças e/ou adolescente.</p>
<p>Silva, P.A.; Lunardi, V.L.; Silva, M.R.S. &amp; Silva, W.D.L. (2009). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. <i>Cienc Cuid Saude</i>, Jan/Mar; 8(1):56-62.</p>	<p>No processo de análise de dados do estudo emergiram quatro categorias: importância da notificação, considerando-a como uma forma de visibilidade do problema e forma de estabelecimento das políticas públicas. Contudo esta intervenção apenas é tomada em cerca de 10% das situações.</p> <p>Como possíveis entraves para a notificação da violência intrafamiliar, foram realçados a falta de protocolos institucionais que orientem a atuação dos profissionais, o que determina dispersão de decisões; procedimentos adotados na prática pelos enfermeiros em situação de crianças vítimas de maus tratos, que passa pela notificação ao Conselho Tutelar, prática que não se encontra protocolada; estratégias para o enfrentamento desta situação e que são subjacentes à formação/capacitação dos profissionais e existência de uma equipa assessora multiprofissional.</p>
<p>Melo, M.C.; Cristo, R.C. &amp; Kamada, I. (2006). Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. <i>Comun Ciênc Saúde</i>;17(1): 47-52</p>	<p>Pela análise dos casos que ocorreram à urgência foi possível detetar como intervenções necessárias à melhoria do atendimento a necessidade de melhorar a articulação entre os diversos intervenientes, a necessidade de criação de um NACJP, a necessidade de melhorar a formação da equipa, atualização do protocolo de intervenção, a criação de uma consulta de psicologia específica para estas situações e a referenciação das crianças para a consulta de apoio e risco, sobretudo para monitorização e profilaxia das IST.</p>
<p>Costa, R.S.; Lima, L.S. &amp; Martins, ERS. (2013). A enfermagem frente à violência infantil em uma unidade pediátrica. <i>R. saúd. corp. ambi. e</i></p>	<p>Na distribuição de prioridades no atendimento prestado à criança vítima de maus tratos intrafamiliar, na unidade pediátrica pesquisada foi observado que 28,21% disseram que o fundamental seria o acolhimento da criança e do</p>

<p><i>cuid.</i>; Jan./Mar. 1(1): 202-213.</p>	<p>acompanhante e em segundo (17,95%) informar aos órgãos de segurança pública. Somente 12,8% dos profissionais mencionaram a notificação como uma importante medida e o encaminhamento para o serviço social/psicológico. A equipa de profissionais de saúde demonstrou saber o caminho a ser seguido, mas a escolha é feita aleatoriamente, de forma não sistematizada e os profissionais assumem papéis e procedem de acordo com o seu conhecimento e vivência acumulados.</p>
<p>Pinto, E.C.; Ferreira, D.L.M.; Soler, Z.A.SG et al. (2013). Maus tratos físicos contra crianças e adolescentes: percepção da equipe de enfermagem pediátrica. <i>Rev enferm UFPE</i>, Recife, 7(6):4411-20.</p>	<p>Foi reconhecido que o enfermeiro tem um papel fundamental na identificação do mau trato, bem como no levantar dos problemas de enfermagem a serem solucionados pela sua equipe na abordagem da criança. Foi reconhecida a importância da existência de protocolos na participação da equipa de enfermagem e a necessidade de concentrar mais esforços na qualificação das intervenções, a fim de diminuir possíveis danos causados pela falta de preparação profissional. Foi reconhecida a falta de preparação/capacitação técnica dos profissionais de enfermagem no atendimento destas situações o que dificulta o diagnóstico, o encaminhamento para a equipa multidisciplinar, logo, uma intervenção mais integrada.</p>

A análise dos estudos permitiu assim verificar a pertinência da implementação de um protocolo de atendimento, o qual defina claramente o papel de cada elemento da equipa no atendimento, do papel da instituição, órgão governamental, setores da sociedade civil, para que assim se construa uma rede hierarquizada, articulada e contínua de ações. Só desta forma será alcançada uma abordagem ampla e integrada para enfrentar a violência, mudar a forma de olhar dos profissionais que prestam assistência às crianças e aos adolescentes e suas famílias, para orientar, acompanhar, diagnosticar precocemente e prestar assistência às vítimas em situação de risco para violência.



#### **4. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

O presente trabalho de revisão integrativa da literatura contribuiu para uma ampliação de conhecimentos a diferentes níveis: profissionais, académicas e investigativas. Profissionalmente permitiu-nos o aprofundar de conhecimentos no que respeita às crianças vítimas de maus tratos. Possibilitou-nos ainda reequacionar modos de ação em situações futuras, com as quais nos possamos vir a defrontar com crianças vítimas nestas situações. Em termos académicos possibilitou-nos consolidar conhecimentos teórico-práticos sustentados cientificamente, para agir com mais segurança na nossa prática profissional.

Na dimensão investigativa, o presente trabalho pretendeu encontrar respostas para a questão traçada inicialmente e na qual agora se reflete e disseca. Para respondermos a essa questão e aos objetivos que lhe subjazem, recorremos a uma revisão integrativa que é uma abordagem metodológica de entre os outros tipos de revisões, que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão mais completa do fenómeno analisado (Sousa, Silva & Carvalho, 2010), proporcionando, desta forma, a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos seus resultados na prática clínica.

Face à quantidade crescente e à complexidade de informações na área da saúde, torna-se imprescindível o desenvolvimento de trabalhos, no contexto da pesquisa cientificamente capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar aos profissionais de saúde uma melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos.

Esta metodologia caracteriza-se por uma abordagem voltada para o cuidado clínico e fundamentada no conhecimento e na qualidade da evidência. Envolve, portanto, a definição do problema, a identificação das informações necessárias, a condução da procura de estudos na literatura científica e a sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação da sua utilização para a prática profissional, centrada no utente (Souza, Silva & Carvalho, 2010). Segundo os mesmos autores, o método de revisão integrativa da literatura tem a finalidade de reunir e sistematizar os resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Os maus-tratos às crianças constituem um fenómeno complexo na sociedade contemporânea, uma vez que se trata de um problema à escala mundial, cuja expressão tem contornos diversos, adequando uma forma mais ou menos visível e sendo melhor ou

pior tolerada de acordo com as conjecturas e os contextos culturais em que ocorre (Direção Geral de Saúde, 2007).

Segundo Canha (2003), o diagnóstico precoce do mau trato e a sua adequada orientação tornam-se fundamentais para evitar toda uma cascata de acontecimentos mais ou menos previsíveis, mas altamente danosos no percurso de vida de uma criança maltratada. Neste contexto, é atualmente acrescida a responsabilidade de todos os técnicos que trabalham com crianças, nomeadamente, os enfermeiros, professores, médicos, entre outros.

Assim sendo e tendo-se em conta os artigos analisados, poder-se-á dizer que para analisar este fenómeno é frequentemente utilizada uma metodologia qualitativa.

Dos estudos analisados destaca-se ainda uma certa unanimidade por parte dos autores em relação ao tipo de maus tratos, sendo os físicos os mais predominantes, cujas vítimas apresentam lesões que vão desde equimoses ou hematomas, a ferimentos, mais complexos como contusões, queimaduras, fraturas ósseas, etc.

No que respeita às intervenções necessárias à abordagem da criança vítima de maus tratos, os estudos permitiram salientar o seguinte:

- i) A notificação da situação, de forma a ser dada visibilidade ao problema e ao despoletar de toda a intervenção legal;
- ii) Encaminhamento para outros profissionais, que garanta uma cobertura multiprofissional, nomeadamente do serviço social e psicologia;
- iii) Existência de protocolos de atuação que sirvam de guia para a tomada de decisão
- iv) Capacitação da equipa de saúde, sobretudo dos enfermeiros na abordagem específica destas situações, que garanta cuidados adequados
- v) Acolhimento da criança/família que deve ter em consideração a particularidade da sua situação emocional
- vi) Cuidados clínicos imediatos

No que respeita às dificuldades foi possível destacar:

- i) Ausência de protocolos institucionais
- ii) Ausência de conhecimento/capacitação técnica da equipa sobre a violência contra as crianças, o que dificulta a abordagem e o encaminhamento da situação;

- iii) Reconhecimento/identificação dos sinais de alerta, sobretudo nos casos em que a criança/família negam a situação;
- iv) Desconhecimento das normas legais instituídas;
- v) Falta de consenso na atuação, resultante da falta de preparação e de discussão sobre a temática na equipa.

As evidências mostram que os enfermeiros têm preocupação com o acolher, escutar e atender as crianças vítimas de maus tratos, sendo dependente da sua experiência a capacidade para escrutinar todos os sinais, com base num olhar crítico e sensível para analisar cada situação, fazendo uso de uma relação de ajuda ancorada num clima de empatia e confiança com a criança.

Em suma, concluímos que as intervenções de enfermagem devem ser norteadas por uma visão holística da criança, visando o seu bem-estar e o seu conforto.

Não ter orientações precisas e não atuar perante um caso de maus-tratos é colocar em causa a vida e o futuro de uma criança e perder a oportunidade de intervir nas circunstâncias que podem perpetuar o perigo.

Conhecer os fatores predisponentes ao aparecimento de maus-tratos, os seus diferentes tipos, as suas principais manifestações e formas de apresentação, a conduta mais adequada e as medidas de prevenção, são tarefas prioritárias para compreender e identificar esta problemática e permitir planejar e colocar em prática as estratégias de apoio e vigilância às crianças e respetivas famílias.

Assim sendo, considera-se que, para além da definição protocolar das intervenções em situações e/ou contextos de crianças vítimas de maus tratos, é exigido aos enfermeiros, mormente em contexto hospitalar, perspicácia e tato, aliados a todo um conjunto de conhecimentos específicos nesta área. A atuação neste campo tem de ser correta, logo desde a suspeita e sinalização da potencial situação de perigo, até à deteção e intervenção nos casos de existência efetiva de maus-tratos. Julga-se que o enfermeiro, face à sua posição, nomeadamente nos serviços de urgência, enquanto profissional de primeira linha na triagem, pode tornar-se, no atendimento à criança vítimas de maus tratos, a primeira instância de uma rede de apoio que favoreça a interrupção do ciclo da violência.

Os enfermeiros têm de ter em consideração que só será possível a recuperação da criança e dos seus abusadores se houver uma estreita colaboração entre os outros elementos que integram a equipa de saúde e os elementos da família. A atitude comprovadamente mais adequada e mais eficaz é a atitude de prudência e de calma, evitando juízos de crítica ou punição, mostrando compreensão, respeito e sentido de ajuda e

capacidade para evitar outro mau trato que é a exposição da vítima a sua família. O principal objetivo da equipa deve ser o da proteção da criança, criando as condições para o seu regresso ao domicílio sem riscos, de forma a evitar que os maus-tratos continuem.

Em suma, sugere-se que haja uma maior sensibilização, mas sobretudo maior capacitação e habilidade dos profissionais dos diferentes serviços hospitalares, para a abordagem desta problemática.

Assim torna-se importante a divulgação da informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto; que se promova mais formação e preparação dos enfermeiros, na matéria; que se fomente o estabelecimento de colaborações efetivas entre profissionais, departamentos, serviços e unidades que, de alguma forma, prestam cuidados a crianças, quando em presença de situações de maus tratos; que se assegurem mecanismos efetivos de cooperação com a comunidade, nomeadamente com os Centros de Saúde; que se colabore com outros interlocutores, projetos e recursos comunitários que, no primeiro nível de intervenção, contribuem para a proteção de crianças em risco.

Por fim referimos que as evidências apresentadas, embora não constituam uma novidade, quer nas intervenções, quer nos constrangimentos, no seu conjunto devem fazer-nos refletir, até porque, enquanto enfermeiros em formação na área da Saúde Infantil e Pediatria, assumimos uma responsabilidade acrescida nesta matéria.

Mais do que cumprir uma exigência curricular do Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, pretendíamos refletir sobre esta problemática que, em nosso entender, se reveste de grande importância na nossa profissão. Pretendíamos ainda que dar mais um contributo para o aprimoramento do desempenho profissional dos enfermeiros, ao mesmo tempo, que motivamos a reflexão sobre o assunto.

É nossa convicção que os resultados obtidos com a realização deste trabalho se revelaram importantes e levantam novas interrogações, daí que seria interessante esta problemática ser aprofundada em trabalhos futuros. Parece-nos também existir matéria para reflexão por parte das equipas, nomeadamente da equipa de enfermagem no que concerne às dificuldades encontradas.

De forma modesta, esperamos que este trabalho possa vir a contribuir para o conhecimento do saber e cuidar em enfermagem, que queremos cada vez mais ampliado e mais próximo dos cidadãos.

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, N.A. (2011). *Famílias e maus tratos às crianças em Portugal*. Lisboa: Assembleia da República.
- Assis, S. G. (2002). *Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes: Metas de prevenção e promoção*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012). *Estatísticas APAV Relatório Anual 2012*. Acedido em [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Totais\\_Nacionais\\_2012.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Totais_Nacionais_2012.pdf).
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70.
- Calheiros, M. & Monteiro, M.B. (2000). Mau trato e negligência parental: contributos para a definição social dos conceitos. In *Sociologia, Problemas e Práticas*, Dezembro de 2000, nº 34, Oeiras, Celta Editora.
- Canha, J. (2003). *Criança maltratada, o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação – estudo prospectivo de 5 anos*. 2.<sup>a</sup> Ed. Quarteto Editora
- Cardoso, E.S., Santana, J.S.S. & Ferriani, M.G.C. (2006). Criança e adolescente vítimas de maus-tratos: informações dos enfermeiros de um hospital público. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, out/dez; 14(4): 524-30.
- Collet, N. & Oliveira, B.R.G. (2002). *Enfermagem Pediátrica*. Goiânia: AB Editora.
- Costa, R.S., Lima, L.S. & Martins, E.R.S. (2013). A enfermagem frente à violência infantil em uma unidade pediátrica. *Revista saúde, Corpo, ambiente e cuidado* Jan./Mar. 1(1): 202-213.
- Cunha, S. (2010). *Todos juntos para sempre. Representações e expectativas sobre a família e a adoção em crianças e jovens institucionalizados*. [Tese de Licenciatura em Sociologia] Lisboa: I. S. C. T. E.
- Díaz, B.R.B. & Díaz, B.O. (2011). *Prevención y detección precoz del maltrato infantil: revisión de estrategias e intervenciones desde los servicios sanitários*. Andalucía: Consejería de Salud III. Título IV. Serie WA 325.

- Gawryszewski, V.P., Valencich, D.M.O., Valle, C.V.C. & Pito, L.F.M.P. (2012). Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Rev Assoc Med Bras*; 58(6): 659-665.
- Jorge, Ana *et al.* (2008). *Maus Tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde Documento Técnico*. D. G. S.
- Lima, M.C. (2012). *Implementação dos NACJR*. Instituto Politécnico de Beja: Escola Superior de Saúde.
- Machado, C., Caridade, S. & Martins, C. (2009). Violence in juvenile dating relationships self-reported prevalence and attitudes in a portuguese sample. *Journal of Family Violence*, 25: 43– 52.
- Magalhães, T. (2005). *Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia prático para profissionais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marcelli, D. (2005). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. (P. C. Ramos, Trad.), Porto Alegre: ArtMed.
- Melo, M.C., Cristo, R.C. & Kamada, I. (2006). Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. *Comun Ciênc Saúde*, 17(1): 47-52.
- Nunes, A. (2012). *Digital playgrounds: children as prodsumers of online content*. Paper apresentado na International Conference Culture, Communication and Creativity, Berlin. Acedido em <http://www.ics.ul.pt/instituto/?ln=p&pid=7&mm=2&ctmid=3&mnid=1&doc=31809901190&sec=6>.
- Planella, J. (2000). A violência como forma de comunicação nas crianças e adolescentes em situação de risco social. *Infância e Juventude: Revista do Instituto de Reinserção Social*, 4, 85-98.
- Pedrolo, E., Danski, T.M., Mingorance, P., Lazzari, M.S.L., Crozeta, K. & Meeier, J.M . (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro, *Cogitare Enferm*, 14 (4): 760-3.
- Pfeiffer, L. & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, Vol. 81, Nº5 (Supl). Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>.

- Pinto, E.C., Ferreira, D.L.M., Soler, Z.A.S.G. et al. (2013). Maus tratos físicos contra crianças e adolescentes: percepção da equipe de enfermagem pediátrica. *Revista enfermagem UFPE*, Recife, 7 (6):4411-20.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artemed.
- Pompeo, D.A., Rossi, L.A. & Galvão, C.M. (2009). Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enfermagem*. São Paulo, v. 22, 4: 434-8.
- Portugal, Ministério da Saúde (2008, Dezembro 5). Despacho n.º 31292/2008. *Diário da República, II Série*, (236), 49207-49231.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2007). *Maus tratos em crianças e jovens*. Lisboa: DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2008). *Maus-tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde. Documento Técnico*. Lisboa: DGS. Acedido em URL:<http://www.dgs.pt>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2011). Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Acedido em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>.
- Ramião, T.A. (2010). *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo*. Lisboa: Q. J. Sociedade Editora.
- Reis, V. (2009). *Crianças e Jovens em Risco. Contributos para a organização de critérios de avaliação de fatores de risco*. Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Sampaio, R.F. & Mancini, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 11, 1: 83-89.
- Silva, P.A., Lunardi, V.L., Silva, M.R.S. & Silva, W.D.L. (2009). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. *Cienc Cuid Saude*, Jan/Mar; 8(1):56-62.
- Soriano, F. (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*; 11: 121-44.
- Souza, M. T., Silva, M. D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, 1: 102-106.

- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures. Lusociência.
- Thomazine, A. M., Oliveira, B. R. G. & Viera, C. S. (2009). Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 11 (4):830-40.
- Vasconcelos, A., Cardoso, B. M., Barros, M. & Almeida, H. (2011). Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica - 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 8-11.