

# CARACTERIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS POR MAUS TRATOS EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE\*

## CHARACTERIZATION OF MALTREATED CHILDREN AND ADOLESCENTS TAKEN INTO A PAEDIATRIC EMERGENCY HEALTH CARE SERVICE IN FORTALEZA-CE-BRAZIL

Arcelina Maria da Silva\*\*  
Luíza Jane Eyre de Souza Vieira\*\*\*

SILVA, AM.; VIEIRA, LJES. Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza-CE. Rev Esc Enf USP, v. 35, n.1, p. 4-10, mar, 2001.

### RESUMO

O estudo teve como objetivo caracterizar o perfil da criança e adolescente maltratados e atendidos em um hospital de emergência, no Município de Fortaleza, Ceará. Utilizou-se a pesquisa documental retrospectiva com análise dos formulários da Comissão de Maus Tratos à Infância e Adolescência. Os resultados revelaram que o sexo masculino e a faixa etária de 1 a 5 anos foram os mais atingidos; o principal agressor é o pai biológico e os tipos de violência mais freqüentes foram o hematoma, o abuso sexual e as lesões por objetos cortantes. Conclui-se que o tema requer estudos aprofundados que modifiquem o ambiente em que a criança, adolescente e famílias estão inseridos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Criança maltratada. Criança. Adolescente. Enfermagem. Violência doméstica.

### ABSTRACT

This study aimed to characterise the profile of the child and the adolescent who were maltreated and taken into paediatric emergency care in a hospital, in Fortaleza, Ceará. It was used a documented retrospective evaluation. The results showed that the children in the age group of 1-5 years were the most victimised as well as the children of the male sex. The main perpetrator was a biological father and the most frequent kind of violence were hematomas, sexual abuse and wounds by slashing objects. In conclusion, this subject needs to be more investigated for providing changes within the environment where a child, adolescent and families were inserted.

**KEYWORDS:** Battered child syndrome. Child. Adolescent. Nursing. Domestic violence.

### 1 INTRODUÇÃO

Em reportagem televisiva sobre a atuação de órgãos que tentam amenizar a violência contra a criança e o adolescente foi exposto que o S.O.S. Criança, no ano de 1998, na cidade de Fortaleza, tinha recolhido mais de 200 crianças vítimas de maus tratos pelas famílias e que estas se encontravam impossibilitadas de retornar ao convívio familiar.

Exercendo a nossa prática em um Hospital de Emergência, acompanhamos lactentes estuprados por seus pais biológicos, crianças com traumatismos cranianos que culminaram em óbitos após terem sido

jogadas contra a parede, traumas medulares irreversíveis provenientes de disparos de arma de fogo, lesões cranianas oriundas do uso de objetos cortantes, queimaduras com pontas de cigarros, entre outras formas de maus tratos.

Com o decorrer dos atendimentos e cuidados dispensados a essas crianças/adolescentes, percebemos a grave repercussão que se instala na vida da criança, do adolescente e da família e fomos despertadas para investigar o assunto a partir da disciplina de Enfermagem e Pediatria Social,

\* Trabalho extraído da monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem em Emergência da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará.

\*\* Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Emergência, Enfermeira do Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, Ceará.

\*\*\* Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Enfermeira do Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, Ceará.

ministrada durante o Curso de Especialização em Enfermagem em Emergência quando nos aproximamos da realidade que envolve um assunto dramático porém, que faz parte do nosso dia-a-dia como profissional de saúde e, muitas vezes, agimos como se não nos dissesse respeito.

A gravidade da violência na infância foi reconhecida por lei fazendo com que as instituições de saúde, juntamente com os profissionais, voltassem sua atenção para essas crianças/adolescentes, iniciassem investigações sobre o tema e procurassem alternativas para amenizar o problema. O Estatuto da Criança e do Adolescente (CEARA, 1993) e a institucionalização de Comissões de Prevenção e Maus Tratos na Infância e Adolescência vieram alertar os profissionais e a sociedade sobre a gravidade do problema.

O Estado do Ceará evidencia uma violência crescente contra a criança e adolescente que pode estar sendo potencializada pelo êxodo rural, o qual propicia o aparecimento de favelas somado às condições subumanas de sobrevivência que se instalam entre os seus ocupantes. O desemprego, a falta de infra-estrutura, os vícios, a desesperança, são alguns dos fatores que podem influenciar a continuidade da violência nos lares onde a criança/adolescente se tornam as maiores vítimas. A criança/adolescente vivencia seu processo de crescimento e desenvolvimento cognitivo e afetivo em um ambiente violento onde se torna habitual a utilização da força física como forma de punição e, quando se torna adulto, poderá se comportar violentamente com seus filhos e sociedade.

Diante do exposto torna-se relevante investigar e divulgar essa problemática mediante uma investigação retrospectiva dos casos de maus tratos às crianças e aos adolescentes que foram atendidos no setor de uma emergência pediátrica da 5ª cidade brasileira em população. Nessa perspectiva o estudo teve como objetivos:

- identificar os casos de maus tratos à criança e ao adolescente, atendidos em um Hospital de Emergência, no Município de Fortaleza;
- caracterizar o perfil da criança/adolescente maltratado quanto ao sexo, a idade, o agressor, o tipo de violência identificada, o destino e os procedimentos realizados.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A violência que se instalou no interior dos lares extrapolando para o entorno social, tornou-se um sério problema de saúde pública no âmbito mundial e tem suscitado pesquisas e estudos nessa área, visando descobrir estratégias que possam ser implementadas na sua prevenção e controle.

Diversos trabalhos têm sido desenvolvidos por pesquisadores com objetivos de minimizar a violência

doméstica que inclui o abuso à criança/adolescente; determinar a prevalência da violência doméstica contra a mulher e sua relação com o abuso de crianças; descrever o processo histórico e cultural da violência doméstica no Japão; a relação entre a violência doméstica e o consumo de drogas, dentre outras relevantes questões que se interligam ou desencadeiam algum tipo de violência (MINAYO; ASSIS, 1994; GONZALEZ, ARAYA, 1997; PATERSON, 1998; DUFFY et al. 1999; KOZU, 1999).

Compreender a inserção da violência dentro dos lares e na sociedade envolvendo a criança/adolescente requer um olhar ampliado para as desigualdades que potencializam os desajustes familiares e sociais. Apesar da magnitude do problema e suas repercussões para a qualidade de vida da criança/adolescente, ainda se torna difícil estabelecer uma definição precisa do que seja maus tratos pois ela carrega significações e atributos sociohistóricoculturais que perpassam pelo poder existente nas relações dos pais e filhos, modos ambíguos de educar, como também, a presença da violência sutil que não se exterioriza.

De acordo com MACHADO et al. (1994) um dos conceitos de maus tratos ou abuso que se pode considerar é aquele 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 freqüente da violência dos atendimentos nas emergências pediátricas.

É oportuno pontuar que existem vários mitos e estereótipos em relação às famílias que maltratam os filhos. As pesquisas informam que apenas uma pequena percentagem apresenta distúrbios psicóticos e que não se constitui prerrogativa de classes desfavorecidas, podendo essa violência ocorrer em qualquer grupo social. Porém, esta se apresenta com mais freqüência nas famílias que evidenciam maiores níveis de pobreza e miséria (THOMPSON; ASHWILL, 1996; GOMES, 1997).

Não devemos perpetuar e fortalecer conceitos e visões errôneas sobre a relação família-criança-adolescente, em que a violência está inserida, mascarando comportamentos de fúria, descontrole e originando traumas físicos, emocionais e sociais imensuráveis. É preciso que haja uma mobilização dos profissionais que cuidam de crianças e adolescentes no sentido de efetivar as políticas que culminem com a melhoria da desigualdade social. A prevenção se constitui uma das mais válidas formas de se reduzir esse sério e complexo problema.

A literatura enfatiza que o elevado número de filhos observado nas famílias de camadas sociais desfavorecidas também pode ser um fator desencadeante

de maus tratos, visto que este pode ser potencializado pela falta de recursos mínimos para a sobrevivência. O convívio de filhos de pais diferentes em decorrência de múltiplos casamentos, também pode ocasionar conflitos e agressões, em especial por parte de padrastos ou madrastas, na direção de seus enteados. Mas também ocorrem maus tratos entre irmãos e meio-irmãos, muitas vezes, sob o olhar cúmplice dos adultos (GUERRA, 1984; GOMES, 1994; KELLY, 1998).

Estes estudos tendem a inferir que os adultos, pais e familiares, utilizam excessivamente a voz alta e ameaçadora, gestos incisivos, ações lesionais, proibições descabidas para impor atitudes corretivas, constituindo procedimentos traumáticos que ocasionam maus tratos à criança e ao adolescente que, por sua vez, podem se transformar em sujeitos ou objetos de violências futuras.

A inexistência de um consenso na literatura sobre o conceito de maus tratos proporciona várias denominações tanto que SANTOS et al. (1988) utilizam a definição de Síndrome dos Maus Tratos na Infância, considerando as causas sociais como um conjunto de situações, fatos ou atitudes que culminam em alterações corporais, mentais e sociais, podendo ser reversíveis ou não.

Em relação à "Síndrome da Criança Maltratada", a Academia Americana de Pediatria divide-a em quatro categorias diferentes: violência física, abandono físico e emocional, maltrato emocional e abuso sexual (DIRANI; FONSECA; DIRANI, 1989).

Em relação ao contexto social do Brasil quanto aos maus tratos na infância MACHADO et al. (1994) afirmam que eles constituem um grave problema social e que atualmente vêm sendo reconhecidos no Brasil como um problema de saúde pública.

O Brasil retrata um quadro sombrio em relação à violência contra a criança/adolescente pois, com dimensões continentais, nosso País tem nas crianças e adolescentes de/na rua uma amostra de que estão submetidos a vários tipos de maus tratos – abuso sexual, extermínios, espancamentos, fome, privação educacional e social, entre muitos outros.

Acreditamos que a compreensão do que sejam maus tratos pelas famílias e pessoas que maltratam é dificultada pela complexidade dos fatores sociais, culturais e históricos que interferem na percepção e caracterização da violência contra a criança em uma determinada sociedade e contexto histórico.

No Brasil, não existem levantamentos estatísticos nacionais consistentes sobre casos de maus tratos, mas apenas dados parciais das entidades que atuam nessa área. A Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas estima a ocorrência no País de 4,5 milhões de crianças vítimas de abuso e negligência por ano (SANTOS, 1987).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do

Adolescente contribui para maior divulgação da problemática e regulamentação das normas de proteção infantil. Entretanto, antes mesmo de sua publicação, diversas entidades não governamentais já atuavam na área de violência doméstica através de programas de divulgação e atenção à família abusiva. Tais entidades trabalham de forma independente, não havendo ainda uniformidade de critérios conceituais e diagnósticos (CEARA, 1993).

De acordo com a coordenadora do Núcleo Cearense de Estudos e Pesquisas sobre crianças, fatores como alcoolismo, drogas, desemprego, frustrações e dificuldade no relacionamento conjugal, contribuem para essa onda de violência dentro de casa. Afirma ainda que geralmente os pais que agredem os filhos foram espancados quando crianças; a tendência é que repitam em casa o ambiente hostil em que cresceram (GUERRA, 1984; GUERRA; SANTORO-JUNIOR; AZEVEDO, 1992).

Portanto, esperamos que este estudo possa contribuir, sobremaneira, com a investigação sobre o tema no sentido de denunciar e reforçar o apelo para que nossas crianças e adolescentes cresçam e se desenvolvam isentos de riscos biológicos, emocionais e sociais.

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa documental e descritiva, de caráter retrospectivo, com predominância quantitativa por entendermos que esta abordagem contempla os aspectos do objeto investigado.

MARCONI; LAKATOS (1990) relatam que a característica da pesquisa documental é ter como fonte de coleta de dados documentos que constituem as fontes primárias, podendo ser de caráter contemporâneo ou retrospectivo. TRIVIÑOS (1992) acrescenta que a análise documental é um dos tipos de estudos descritivos e possibilita ao investigador o contato com grande número de informações.

A amostra selecionada foi composta por 34 casos de maus tratos na infância e adolescência, identificados e notificados de acordo com as fichas da Comissão de Prevenção aos Maus Tratos na Infância e Adolescência, no período de novembro de 1996 a novembro de 1997. Essas ocorrências foram atendidas em uma emergência pediátrica de um Hospital público de emergência, no Município de Fortaleza, Ceará.

Esta Comissão tem como objetivo geral sensibilizar a equipe multiprofissional para identificar, tratar e encaminhar aos órgãos de apoio os casos detectados durante o atendimento de urgência, emergência ou durante a internação. Os objetivos específicos são: prevenir os traumas na infância e adolescência, encaminhar aos órgãos de apoio os casos identificados, valorizar aspectos éticos e legais, notificar

as autoridades competentes os casos confirmados, padronizar condutas de tratamento e manter intercâmbio com as demais instituições. A mesma é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, advogados, entre outros profissionais. Nas dependências da instituição em estudo a criança/adolescente com suspeita de maus tratos é atendido e notificado à comissão que adota as providências éticas e legais. A conduta de investigação é realizada pelo SOS Criança e após a alta da criança/adolescente encaminha-se o caso para acompanhamento ambulatorial da instituição referência no estado.

Foi solicitada à Comissão de Prevenção aos Maus Tratos na Infância e Adolescência, a permissão para investigar as fichas de atendimentos no referido período. Estas fichas contêm dados de identificação da vítima – nome, idade, sexo, filiação, endereço, ponto de referência, data do exame, data dos maus tratos, destino dado à vítima, responsável pelo encaminhamento até o hospital, história do ocorrido e ficam arquivadas no setor da comissão, constituindo uma importante fonte de pesquisa no assunto.

Após a coleta dos dados transcritos das fichas da Comissão de Prevenção aos Maus Tratos na Infância e Adolescência, estes foram organizados e codificados manualmente, de acordo com os objetivos da pesquisa. De posse dos dados codificados e tabulados, iniciamos a construção das tabelas com os achados da investigação e estes foram comentados e interpretados à luz da literatura, acrescido da experiência das autoras no decorrer da prática profissional.

#### 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise do material coletado, foi possível elaborarmos um sintético perfil das crianças/adolescentes atendidos por maus tratos, em um Hospital de emergência, no período de novembro de 1996 a novembro de 1997. Os resultados estão dispostos em tabelas seguidos de comentários e respaldados pela literatura pertinente ao tema.

**Tabela 1** - Crianças e adolescentes atendidos por maus tratos, em um Hospital de emergência, no período de novembro de 1996 a novembro de 1997, segundo faixa etária. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Faixa Etária (Anos)	F	%
0 I --- 1	07	20,6
1  --- 5	12	35,3
5 I --- 10	07	20,6
Acima de 10	05	14,7
Ignorado	03	8,8
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

FONTE – Comissão de Prevenção de Maus Tratos na Infância e Adolescência - IJF, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Não fizemos restrição quanto a idade das crianças/adolescentes atendidos no período já especificado, mas o atendimento pediátrico, de acordo com a instituição em estudo, era limitado em até 12 anos. Assim sendo, de acordo com a tabela acima, 07 crianças se encontravam na faixa etária compreendida entre 0 e 1 ano constituindo portanto 20,6% do total da amostra; 12 crianças, de 1 a 5 anos correspondendo a 35,3%; 07 crianças estavam na faixa etária de 5 a 10 anos equivalente a 20,6%. Cinco estavam compreendidas na faixa etária acima de 10 anos correspondendo a 14,7% e 03 crianças (8,8%), não tinham suas idades registradas nos formulários.

MENEZES et al. (1996) investigando o perfil das crianças submetidas à violência observaram que crianças menores de 3 anos são as mais agredidas por traumas físicos. Em outras literaturas também se confirma que as maiores vítimas de abuso e maus tratos se encontram entre os 3 meses e 3 anos e, acrescentaram, que quanto menor a criança, maior o risco de vida. Contudo, segundo THOMPSON; ASHWILL (1996), são comuns os casos de abuso e a negligência com os adolescentes.

Acreditamos que quanto menor a idade da criança, mais vulnerável ela se encontra às agressões da pessoa adulta em virtude da incapacidade de reagir, física e emocionalmente, às situações adversas de negligência, abusos e maus tratos físicos.

**Tabela 2** - Crianças e adolescentes atendidos por maus tratos, em um Hospital de emergência, no período de novembro de 1996 a novembro de 1997, segundo sexo. Fortaleza, Ceará, Brasil.

SEXO	F	%
Masculino	20	59,0
Feminino	14	41,0
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

FONTE – Comissão de Prevenção de Maus Tratos na Infância e Adolescência - IJF, Fortaleza, Ceará.

Observa-se através do estudo que há predominância de crianças e adolescentes do sexo masculino, isto é, 20 crianças/adolescentes o que corresponde a 59,0% da amostra e 41,0%, ou seja, 14 crianças e adolescentes são do sexo feminino.

Alguns autores registraram em seus trabalhos que os casos de agressões físicas a crianças/adolescentes são mais comuns no sexo masculino, enquanto os abusos sexuais estão mais presentes no sexo feminino (SANTOS et al., 1988; GUERRA; SANTORO-JUNIOR; AZEVEDO, 1992). Vale lembrar que essa realidade tem fortes ligações com fatores socioculturais e outros estudos confirmam que a violência sexual atinge mães e adolescentes grávidas (KONCHAK, 1998; LESSER; ESCOTO-LLOYD, 1999).

**Tabela 3**-Crianças e adolescentes atendidos por maus tratos, em um hospital de emergência, no período de novembro de 1996 a novembro de 1997, segundo agressor. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Agressor	F	%
Pai	11	32,0
Mãe	01	3,0
Padrasto	03	9,0
Familiares	03	9,0
Não familiares	15	44,0
Não revelado	01	3,0
TOTAL	34	100,0

FONTE - Comissão de Prevenção de Maus Tratos na Infância e Adolescência - IJF, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Através da tabela 3 verificamos que em 11 casos (32%) o agressor da criança foi o pai biológico. Apenas em um caso foi registrada a mãe como sendo a agressora da criança, o que conferiu um percentual de 3,0%.

Ocorreram 03 agressões cometidas pelo padrasto correspondendo a 9,0%. O maior índice de agressão registrado foi atribuído a pessoas que não fazem parte do contexto familiar, ou seja, 15 ocorrências, equívaleando a 44,0% dos casos estudados. Consideramos os não-familiares as pessoas que habitam na circunvizinhança, ou seja, os vizinhos que têm um certo acesso ao interior das residências e que mantêm algum tipo de interação com a família.

MENEZES et al. (1996), enfocam que o agente agressor foi reconhecido entre os pais naturais ou adotivos, em particular a mãe, como os agentes causais na maior parte das ocorrências. Esta afirmação concorda parcialmente com os resultados do estudo, pois a mãe, nos casos registrados, não se constituiu a principal agressora.

**Tabela 4** - Crianças e adolescentes atendidos por maus tratos, em um Hospital de emergência, no período de novembro de 1996 a novembro de 1997, segundo violência doméstica identificada. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Violência Doméstica	F	%
Fraturas	06	18,0
Abuso sexual	08	23,0
Cortes	08	23,0
Hematomas	11	32,0
Não revelado	01	4,0
TOTAL	34	100,0

FONTE - Comissão de Prevenção de Maus Tratos na Infância e Adolescência - IJF, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Pela diversidade de conceitos na literatura corrente sobre o que seja a agressão, o abuso físico e/ou sexual, "Síndrome da Criança Maltratada", dentre

outros, optamos por usar neste estudo o termo violência, abrangendo todas as categorias de maus tratos.

De acordo com a tabela acima, as fraturas, num total de 6 casos (18,0%), ocasionadas devido aos maus tratos não foram especificados o tipo e sua localização. Os hematomas registraram 11 casos correspondendo a 32,0%.

Apenas em 1 caso não encontramos o registro do tipo de lesão ocasionada na criança e isso correspondeu a 4,0% dos casos. Houve 08 casos de lesões cortantes que corresponderam a 23,0% pontos percentuais, como também foram identificados 08 abusos sexuais nos atendimentos do estudo.

Existe dificuldade para descrever, com maiores detalhes, o tipo de lesão física identificada, pois as anotações dos instrumentos de pesquisa são limitadas, não esclarecendo o tipo, a localização e extensão das lesões.

De acordo com FLORES et al. (1996) os maus tratos físicos podem ser diagnosticados por lesões inexplicadas ou explicadas de forma inadequada. Equimoses, queimaduras e cicatrizes são alguns sinais de maus tratos que merecem investigação mais detalhada, como também, fraturas ou lesões ósseas múltiplas em diferentes fases de consolidação.

O abuso sexual pode se tornar uma das maiores violências contra a criança/adolescente com incalculáveis repercussões futuras de ajustamento pessoal e social. Invocando o pensamento de SANTOS et al. (1988), os autores relatam que as ocorrências de abusos sexuais são atendidas com diagnósticos clínicos inadequados e, muitas vezes, o profissional não está capacitado para proceder a exames especializados que confirmem tal sevícia ou abuso sexual.

Entendemos que a abordagem da sexualidade na criança/adolescente pelos profissionais de saúde que atuam nas emergências pediátricas ainda se encontra envolta em tabus e fortes valores culturais o que, de algum modo, mascara o desenvolvimento de uma percepção aguçada para situações da violência sexual no seio da família.

**Tabela 5** - Crianças e adolescentes atendidos por maus tratos, em um hospital de emergência, no período de novembro de 1996 a novembro de 1997, segundo o destino. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Destino	F	%
Alta hospitalar	08	23,0
Óbito	01	3,0
SOS Criança	02	6,0
Não revelado	21	62,0
Outras unidades de referência	02	6,0
TOTAL	34	100,0

FONTE - Comissão de Prevenção de Maus Tratos na Infância e Adolescência - IJF, Fortaleza, Ceará, Brasil.

De acordo com a Tabela 5, 08 crianças/adolescentes, constituindo 23,0%, retornaram para seu domicílio após os atendimentos de emergência. Foi constatado 01 óbito em decorrência dos maus tratos equivalendo, portanto, a 3,0% dos casos registrados no período.

Quatro crianças/adolescentes (12,%) foram encaminhados a outras instituições; duas (6,0%) para uma instituição que funciona como abrigo – SOS Criança e as outras duas (6,0%) foram encaminhadas para uma unidade que também se constitui referência no atendimento de maus tratos à criança/adolescente. Dentre as ocorrências estudadas, 21 (62,0%) não há registro do destino dado à criança.

Neste estudo não há como identificar se o retorno dessa criança/adolescente ao seu domicílio foi acompanhado por profissional especializado na tentativa de proporcionar uma interação familiar. É preciso que no processo dessa reinserção haja respeito pelos valores familiares e sejam detectado fatores de risco que possam desencadear novas agressões.

**Tabela 6** - Crianças e adolescentes atendidos por maus tratos, em um hospital de emergência, no período de novembro de 1996 a novembro de 1997, segundo procedimentos realizados. Fortaleza, Ceará, Brasil.

<b>Procedimento</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Cirúrgico	23	68,0
Não-cirúrgico	11	32,0
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

FONTES - Comissão de Prevenção de Maus Tratos na Infância e Adolescência - IJF, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como evidencia a Tabela 6, 23 (68,0%) crianças/adolescentes foram submetidos à intervenções cirúrgicas e em 11 casos (32,0%) não foram necessários tais procedimentos.

Pode-se deduzir que a maioria das lesões apresentou gravidade mais acentuada e foram necessários procedimentos mais agressivos na condução terapêutica. Muitas vezes, essas lesões deixam seqüelas irreversíveis sob o ponto de vista biológico. Sob o ponto de vista emocional, a criança/adolescente ficam traumatizados, talvez, por um grande período de suas vidas.

Vale a pena enfatizar que a criança e o adolescente, ao vivenciarem a hospitalização, internalizam marcas profundas no seu desenvolvimento emocional, pois o ambiente hospitalar origina vários conflitos e inquietações neste ser que está se estruturando. E, neste momento, acrescenta-se mais uma forma de violência que inevitavelmente terá que ser enfrentada pela criança e pelo adolescente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discorrer sobre esta temática é oportuno para que estejamos atentos à seriedade e complexidade do problema que se encontra intramuros de ambientes que, na visão sociocultural, seria o local em que nossas crianças e adolescentes encontrariam segurança e carinho necessários ao seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e social.

No contexto deste trabalho foi possível identificarmos que os maus tratos são mais freqüentes na faixa etária de 1 a 5 anos. As crianças/adolescentes do sexo masculino são os mais agredidos. O agressor, na maioria dos casos, é o pai biológico. Os tipos de violência encontrados caracterizaram-se pelos hematomas, lesões cortantes, fraturas e o abuso sexual; esses dados, estão compatíveis com a literatura. O retorno ao convívio familiar é freqüente havendo casos que necessitam de internação hospitalar para que se proceda ao tipo de terapêutica adequada.

Constatamos que os casos de maus tratos à criança e ao adolescente são reais no cotidiano dos atendimentos e internações em uma emergência pediátrica e urge que os profissionais de saúde que os atendem percebam sua responsabilidade na detecção e notificação dessas ocorrências. Outro aspecto refere-se à omissão de se investigar e notificar esses casos, o que significa convivência com essa inaceitável realidade. A informação e acompanhamento da família que maltrata por profissionais e órgãos especializados são estratégias que devem ser viabilizadas na prevenção dos maus tratos à criança e ao adolescente.

Estudiosos têm se preocupado com a criação de propostas de ação envolvendo vários órgãos e serviços para que, num esforço conjunto, possam contribuir na redução da violência familiar (REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999).

Vale ressaltar que a equipe de enfermagem pode dar uma contribuição valiosa na prevenção dessas ocorrências quando nos acompanhamentos de pré-natais e nas consultas à criança detectar algum fator de risco que possa ser potencializado com o decorrer do tempo. Uma outra forma seria o cuidado junto e com a família, no ambiente natural, onde profissional e cliente estabeleceriam relações de confiança e de transformação. Calar e não agir, torna impossível o delineamento de um mundo mais humano.

Por fim, acreditamos que muito há de ser investigado e esclarecido nesse assunto visando despertar e sensibilizar os profissionais nos atendimentos e acompanhamentos de todos que estejam envolvidos em tão complexo problema. Faz-se necessário ainda, rever nossa postura como cidadão e profissional, pois a redução da violência doméstica é responsabilidade de todos.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CEARÁ. Secretaria do Trabalho e Ação Social. Fundação Estadual do Bem Estar do Menor do Ceará - FEBEMCE. Centro de Referência Maurice Pate. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8.069 de 13 de Julho de 1990. Fortaleza, Imprensa Oficial do Ceará, 1993.
- DIRANI, M; FONSECA, N; DIRANI, CC. Maus tratos na infância - análise de 122 casos. **Rev médica Sta Casa**, v.1, n.1, p.84-8, 1989.
- DUFFY, SJ et al. Mothers with histories of domestic violence in a pediatric emergency department. **Pediatrics**, v.103, n.5, p.1007-13, 1999.
- FLORES et al. A criança maltratada: avaliação de um ano no Conselho Tutelar de Caxias do Sul. Porto Alegre, **Rev Cient AMECS**, v.5, n. 2, p.135-9, 1996.
- GOMES, R. A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. **Cad Saúde Públ**, v. 10, p. 156-67, 1994. Suplemento 1.
- . A violência social em questão: referenciais para um debate em Saúde Pública. **Rev Latino-am.enfermagem**, v.5, n.2, p.93-100, 1997.
- GONZALEZ ARAYA, E et al. Violación intra y extrafamiliar en adolescentes: variables personales y familiares seleccionadas. **Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc**, v.4, n.1, p.13-21, 1997.
- GUERRA, VNA. **Violência de pais contra filhos**: procuram-se vítimas. São Paulo, Cortez, 1984.
- GUERRA, VNA; SANTORO-JÚNIOR, M; AZEVEDO, MA. A violência doméstica contra crianças e adolescentes e políticas de atendimento: do silêncio ao compromisso. **Rev Bras Cresc Des Hum**, v. 2, n. 1, p. 72-95, 1992.
- KELLY, JB. Marital conflict, divorce and children's adjustment. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**, v.7, n.2, p.259-71, 1998.
- KONCHAK, PS. Domestic violence: a primer for the primary care physician. **J Am Osteopath Assoc**, v.98, p.11-4, 1998. Supplement 12.
- KOZU, J. Domestic violence in Japan. **Am Psychol**, v.54, n.1, p.50-4, 1999.
- LESSER, J; ESCOTO-LLOYD, S. Health-related problems in a vulnerable population: pregnant teens and adolescent mothers. **Nurs Clin North Am**, v.34, n.2, p.289-99, 1999.
- MACHADO, CV et al. Prevenção primária dos maus tratos na infância: desafio para o pré-natal. **J Bras Ginec**, v.104, n.1-2, p.11-15, 1994.
- MARCONI, MA; LAKATOS, EM. **Técnicas de Pesquisa**. 2ª. ed. São Paulo, Atlas, 1990.
- MENEZES, MGP et al. A criança vítima de maus tratos atendida em serviços de emergência. **Pediatria**, v.18, n.2, p.75-81, 1996.
- MINAYO, MCS; ASSIS, SG. Saúde e violência na infância e na adolescência. **J Pediatr**, v.70, n.5, p.263-6, 1994.
- PATTERSON, MM. Child abuse: assessment and intervention. **Orthop Nurs**, v.17, n.1, p.49-54, 1998.
- REICHENHEIM, ME; HASSELMANN, MH; MORAES, CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p.109-21, 1999.
- SANTOS, HO et al. Maus tratos na infância: uma proposta de atuação multidisciplinar a nível regional. **J Pediatr**, v.64, n.9, p.384-8, 1988.
- SANTOS, HO. **Crianças espancadas**. Campinas, Papirus, 1987.
- THOMPSON, ED; ASHWILL, JW. **Uma introdução à enfermagem pediátrica**. 6ª.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- TRIVIÑOS, ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1992.

**Artigo recebido em 13/05/99**

**Artigo aprovado em 10/07/01**