

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PEDIATRIA

**ABUSO INFANTIL: IDENTIFICAÇÃO E
NOTIFICAÇÃO PELO PEDIATRA ÀS
INSTITUIÇÕES DE PROTEÇÃO A CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NA CIDADE DE PORTO
ALEGRE, BRASIL**

JOELZA MESQUITA ANDRADE PIRES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre, Brasil
2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PEDIATRIA

**ABUSO INFANTIL: IDENTIFICAÇÃO E
NOTIFICAÇÃO PELO PEDIATRA ÀS
INSTITUIÇÕES DE PROTEÇÃO A CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NA CIDADE DE PORTO
ALEGRE, BRASIL**

JOELZA MESQUITA ANDRADE PIRES

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Zubaran Goldani
Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a Elizabeth Meloni Vieira

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil
2003

T465a Pires, Joelza Mesquita Andrade

Abuso infantil : identificação e notificação pelo pediatra às instituições de proteção a crianças e adolescentes na cidade de Porto Alegre, Brasil / Joelza Mesquita Andrade Pires ; orient. Marcelo Zubaran Goldani ; co-orient. Elizabeth Meloni Vieira. – 2003. 94 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, Porto Alegre, BR-RS, 2003.

1. Abuso infantil I. Goldani Marcelo Zubaran II. Vieira, Elizabeth Meloni III. Título.

NLM: QU 107

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

“A maior condenação a que todos estamos sujeitos no futuro será por omissão, porque meios para se fazer muitas coisas lindas e impossíveis existem...”

Amir Klink

“...jamais se deve considerar perdida uma causa intrinsecamente justa. Não se deve perder a fé na humanidade. A humanidade é um oceano. Se algumas gotas estão sujas, o oceano não se suja.”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

À minha linda filha Camila, que é a maior razão da minha vida e o maior presente que eu poderia ganhar.

Ao meu querido marido, o meu maior agradecimento por ter resistido até o fim. Você sempre esteve em meu coração.

À minha mãe, que desde os primeiros tempos incentivou-me a estudar, acreditando que sem os estudos eu nunca chegaria a lugar algum.

Ao meu orientador, que acreditou no meu projeto desde o primeiro momento e sempre foi um grande incentivador, dizendo que o trabalho estava ficando “show de bola”.

À minha co-orientadora Elizabeth Meloni Vieira que nos ajudou a dar os primeiros passos e esteve sempre presente quando necessitamos.

Aos estudantes de medicina Kelly Castilhos, Tiago Nava e Vinicius Simas, que foram incansáveis, o meu especial agradecimento.

Aos alunos do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Universidade Luterana do Brasil.

A minha equipe do Serviço de Proteção à Criança, que construiu junto comigo toda esta trajetória em busca de soluções para o combate à violência contra crianças e adolescentes.

Àquelas pessoas que moram no meu coração e fazem parte da minha existência.

E, finalmente, aos meus queridos pacientes, vítimas de violência, que são a principal razão de todo este trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| 1 - INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 1.1 Histórico | 13 |
| 1.2 O papel do médico na história de abuso infantil | 17 |
| 1.3 Definição de abuso infantil | 20 |
| 1.4 Identificação das formas de abuso | 22 |
| 1.4.1 Abuso Físico | 22 |
| 1.4.2 Abuso sexual..... | 25 |
| 1.4.3 Abuso Emocional | 27 |
| 1.4.4 Negligência..... | 28 |
| 1.5 Aspectos epidemiológicos..... | 29 |
| 1.6 A legislação..... | 33 |
| 1.7 O pediatra e a notificação de abuso infantil..... | 35 |
| 1.8 O Conselho Tutelar – Instituição de Proteção..... | 38 |
| 1.9 Revisão de literatura | 40 |
| 2 - JUSTIFICATIVA | 47 |
| 3 - OBJETIVOS..... | 49 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 50 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 50 |
| 4 - METODOLOGIA | 51 |
| 4.1 Delineamento do estudo | 52 |
| 4.2 População | 52 |
| 4.3 Processo de Amostragem | 52 |
| 4.3.1 Cálculo da amostra | 52 |
| 4.3.2 Critérios de Inclusão | 53 |
| 4.3.3 Critérios de Exclusão..... | 53 |
| 4.4 Instrumento de pesquisa | 53 |
| 4.4.1 Validação do Instrumento..... | 54 |

| | |
|---|-----------|
| 4.5 Definição das Variáveis | 55 |
| 4.5.1 Variável dependente | 56 |
| 4.5.2 Variáveis Independentes..... | 57 |
| 4.5.3 Variáveis independentes do contexto | 57 |
| 4.6 Análise estatística | 57 |
| 4.7 Logística | 58 |
| 4.8 Aprovação ética | 58 |
| 4.9 Consentimento | 59 |
| 4.10 Limitações do estudo | 59 |
| 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 60 |
| 6 - ARTIGO | 67 |
| 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 87 |
| ANEXOS | 90 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------------|---|
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| SBS | Síndrome do Bebê Sacudido |
| SMPP | Síndrome de Münchausen por Procuração |
| SBP | Sociedade Brasileira de Pediatria |
| SPRGS | Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul |
| CT | Conselho Tutelar |
| SPC | Serviço de Proteção à Criança |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| IBPS | Instituto Brasileiro de Pedagogia Social |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| Tabela 4-1. Variáveis dependentes, independentes e independentes de contexto..... | 56 |
| Tabela 6-1. Freqüência das variáveis sócio-demográficas..... | 83 |
| Tabela 6-2. Freqüência do grau de conhecimento sobre violência infantil e confiança nos órgãos de proteção à criança..... | 84 |
| Tabela 6-3. Razão de chance para não notificação de caso de violência infantil pelo pediatras..... | 85 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1. | Identificação e notificação de abuso infantil | 41 |
|-----------|---|----|

1 - INTRODUÇÃO

1.1 Histórico

A história mostra que a criança vem sendo vítima da violência do adulto desde os tempos mais remotos. No Império Bizantino (324-1435), há relatos de abuso sexual, casamentos prematuros, estupros de crianças e de adolescentes, pedofilia e incesto. A lei romana permitia o casamento de meninas de 12 e meninos de 14 anos de idade. Era fato comum, principalmente nas famílias mais aristocráticas, mentir sobre a idade das filhas, com a finalidade de antecipar lhes o casamento e assim obter ganhos econômicos. O casamento mais célebre descrito na literatura é o da princesa Simones, única filha do Imperador Andronius II (1282-1328), que casou aos 5 anos de idade com um soberano de Serbes, de 40 anos (Lascaratos & Poulakon-Rebelacou, 2000).

A Bíblia, no novo testamento, descreve o assassinato, ordenado pelo rei Herodes, de todos os meninos menores de 2 anos contemporâneos do nascimento de Cristo. Na Grécia Antiga, as crianças eram sacrificadas para acalmar a fúria dos deuses. O infanticídio, nesse período, também era culturalmente aceito como uma forma de eliminação de recém-nascidos fracos, prematuros ou com malformações congênitas. Os filhos ilegítimos eram vítimas de abandono, vendidos como escravos, utilizados como mão-de-obra barata, ou oferecidos a famílias mais abastadas, como criados, em troca de favores (Farinatti et al., 1993; Azevedo & Guerra, 1997; Canha, 2000).

O sexo feminino era um fator de risco importante, por isso as meninas tinham maiores chances de serem mortas, vendidas, exploradas sexualmente ou expostas a toda forma de agressão (Farinatti et al., 1993; Canha, 2000). Nos dias de hoje, esse risco

ainda existe, pois as meninas continuam sendo as maiores vítimas, embora as estatísticas mostrem que o abuso contra meninos vem crescendo nos últimos anos (Hunter, 1990).

No século XVII, surge a "roda dos expostos", inventada pelos países europeus para salvar da morte as crianças abandonadas. No Brasil, em 1738, surge a instituição filantrópica Casa dos Expostos, ou Casa da Roda, assim chamada devido ao cilindro de madeira giratório colocado na parede, logo à entrada da instituição, no qual as crianças eram colocadas e recolhidas para dentro, sem que a pessoa que a colocasse fosse identificada (Azevedo & Guerra, 1997). As crianças ficavam nessas casas até completarem 7 anos, quando, então, eram entregues aos juízes e, a partir daí, eram entregues à própria sorte (Freitas, 2001).

Nesse século, não havia reconhecimento da infância; as crianças eram simplesmente vistas como adultos incompetentes. O trabalho infantil não era percebido como exploração e sim como uma obrigação da criança para com a família e a sociedade. Os “adultos incompetentes” eram inseridos no trabalho tão logo quanto possível, e poderiam até responder judicialmente por crimes porventura por eles cometidos.

As famílias burguesas mostravam um desinteresse imenso pelas crianças, ficando o cuidado destas à mercê das amas, “numa aldeia vizinha”. Esse costume teve início no século XVII, e sempre foi denunciado pelos educadores moralistas, os quais, muito

antes de Rousseau, recomendavam às mães que amamentassem e alimentassem, elas mesmas, seus filhos (Ariés, 1981).

A transmissão dos valores e dos conhecimentos, e de um modo mais geral, a própria socialização da criança, não eram responsabilidades da família. A criança era afastada precocemente de seus pais, e pode-se dizer que, durante séculos, a sua educação foi garantida pelo convívio com outras crianças ou, quando cresciam, com o convívio com outros adultos que não eram seus pais.

A morte na primeira infância, freqüente naquela época, determinava uma passagem muito breve e insignificante da criança pela família e pela sociedade, não dando tempo e nem estímulo aos adultos para exercerem a maternidade/paternidade ou se sensibilizarem com a lembrança de sua existência. As pessoas se divertiam com a criança pequena como um animalzinho de estimação. Se morressem, o que geralmente acontecia, a regra era não sofrer com o fato, pois logo uma outra criança viria em substituição. A maioria das crianças não chegava a sair do anonimato. Quando, num acontecimento de exceção, viesse a sobreviver aos primeiros anos, o comum era que passasse a viver em outra casa que não a de sua família (Ariés, 1981).

Nas classes populares, por outro lado, era grande o número de crianças abandonadas devido à impossibilidade dos pais de garantirem o seu sustento. Também o abandono ocorria por serem filhos bastardos ou filhos de escravas que eram usadas como amas de leite pela burguesia (Ariés, 1981).

Não pertencer a uma família e não ter nenhum responsável sócio-político, constituía-se em um problema de ordem pública, pois dessa maneira eram gerados os mendigos, os vagabundos, os perturbadores do sistema de proteção e de ordem. Significava depender da caridade alheia ou da administração pública, a qual, na maior parte das vezes, colocava-os em hospitais gerais com o objetivo desumano de afastá-los do convívio social (Almeida, 1998).

No século XIX, começa a revolução industrial e surgem grandes modificações e contradições sociais. Enquanto as crianças das famílias mais abastadas eram bem tratadas, as de famílias mais pobres eram submetidas ao trabalho desde muito jovens, com horários de trabalho demasiadamente prolongados. A questão do trabalho infantil atingiu tais proporções que, na Inglaterra, Shaftesbury defendeu no parlamento, em 1880, melhores condições de trabalho para as pobres crianças (Canha, 2000).

Várias formas de abuso contra crianças e adolescentes têm sido citadas pela literatura ao longo da história universal. O modo brutal de como eram agredidas só nos leva a crer que, certamente, eram culturalmente aceitas. Atualmente, pode-se afirmar que se tratava de maus-tratos, indiscutivelmente. Foram necessárias profundas modificações culturais, sociais e de atitudes para que a criança e o adolescente fossem aceitos como indivíduos com direitos especiais, peculiares e próprios ao seu estágio de desenvolvimento (Canha, 2000).

1.2 O papel do médico na história de abuso infantil

O médico tem um importante papel no reconhecimento e manejo da criança vítima e negligenciada. A postura médica é fundamental e determinante na abordagem dos casos, muitas vezes minimizados em decorrência dos valores do profissional em relação ao que ele pensa ser abuso.

O primeiro artigo médico focalizando o problema de abuso infantil foi publicado na França, em 1860, por Ambroise Tardieu, professor de Medicina legal em Paris, que relatou 32 casos de crianças menores de cinco anos, com 18 mortes, chamando a atenção para a provável agressão por parte dos pais (Farinatti et al., 1993; Azevedo & Guerra, 1995, 1997; Canha, 2000).

Foram descritas lesões cutâneas, fraturas ósseas diversas, queimaduras e lesões cerebrais que mostravam incompatibilidade e discrepância com a história relatada pelos pais. Ele foi o primeiro profissional da área de saúde a fazer referência à violência física doméstica contra crianças e adolescentes, que, 100 anos depois, o pediatra norte americano Henry Kempe e Dr Silverman batizariam como *Síndrome da Criança Espancada*; (Kempe, 1971).

O primeiro caso foi descrito na literatura em 1874, referente à menina Mary Ellen, EUA (Farinatti et al., 1993; Azevedo & Guerra, 1995, 1997; Canha, 2000). Tratava-se de uma criança que fora descoberta enclausurada, amarrada, desnutrida, com sinais de violência física. O caso foi resolvido com a ajuda da American Society

for the prevention of Cruelty to animals (ASPCA), com base no argumento de que a criança faz parte do reino animal. Não havia legislação para a defesa e a proteção da criança.

Em 1939, John Caffey, radiologista pediátrico, trouxe novamente o assunto à comunidade científica. Publicou o primeiro artigo relatando a inespecificidade e a dificuldade diagnóstica dos sinais radiológicos da sífilis no esqueleto de crianças pequenas, e constatou que alguns deles tinham uma explicação diferente (Caffey, 1939).

Em 1946, descreveu a associação de hematomas com múltiplas fraturas de ossos longos em 6 crianças, defendendo a origem traumática. Embora referisse como causa dessa associação um *traumatismo de origem desconhecida*, estava convencido de que essas crianças teriam sido vítimas de agressão intencional. O receio das implicações legais o teriam levado à omissão (Canha, 2000).

Silverman (1953) levantou a hipótese de serem os pais, os responsáveis pelas múltiplas fraturas de ossos longos, por negligência, descuido ou mesmo agressão deliberada contra seus filhos. Embora Tardieu já tivesse focado essa hipótese em 1860, foram as declarações de Silverman, nos EUA, que despertaram o real interesse de um grande número de autores para o estudo do problema (Silverman 1953).

Em 1955, Wolley e Evans demonstram, pela primeira vez, que as lesões ósseas crônicas melhoravam com o afastamento da criança do seu ambiente familiar. Em 1960, Altman veio a reafirmar o efeito desse comportamento parental, não só na cura das lesões como também na prevenção do possível aparecimento de novas lesões. Nessa

mesma década, Henry Kempe lidera um grupo integrado por mais um pediatra, um obstetra e um radiologista (Silver, Droegemueler e Silverman) cujos estudos seriam de grande importância para o entendimento dos maus-tratos infantis (Azevedo & Guerra, 1998).

Em 1962, finalmente, Henry Kempe causa grande impacto com o artigo publicado no Journal of American Medical Association – the Battered Child Syndrome que ele definiu *como uma situação em que crianças pequenas receberam agressões físicas graves, geralmente provocadas pelos pais ou seus substitutos* (Kempe, 1962).

Embora tenha partido da medicina o início do combate à violência contra a criança, ainda se enfrentam muitos desafios no sentido de sensibilizar os profissionais da saúde e educação para que seja discutido nas escolas e universidades o tema “abuso infantil”.

Azevedo & Guerra (1998) fizeram a seguinte citação a respeito: *“As universidades formam profissionais do silêncio, cúmplices da perversa violência que vitima diariamente crianças e adolescentes no lar. O ensino, nessas universidades, chega devagar e precisa acordar, porque as escolas onde não se estuda a violência contra o menor dentro da própria família, forma profissionais indiferentes. O desconhecimento e a falta de compromisso dos profissionais que deveriam engajar-se no auxílio às vítimas da violência doméstica têm várias explicações possíveis. Em primeiro lugar, porque o tema incomoda e é mais fácil não tocar nele, depois porque a família é considerada instituição sagrada, sendo difícil admitir que ela seja também um lugar de violência contra seus membros menores. Outra razão é que os profissionais*

preferem não se envolver para não correrem o risco de serem chamados pela justiça para explicações.”

1.3 Definição de abuso infantil

“Estamos sozinhos com os nossos segredos; não há ninguém que possamos abraçar.... E, se não existe contato, toque ou liberdade de falar, por assim dizer, não pode existir o sentimento de que uma pessoa está cuidando de outra. Se não consigo exprimir os meus sentimentos, não sou passível de amor, não tenho vida”.

Sentimentos da vítimas de violência física (Dunaigre, 1999)

A confusão na nomenclatura em torno do tema tem sido freqüente, principalmente com os termos “abuso” e “maus-tratos” que estão sempre associados à violência “sexual” e à “física” respectivamente. Na literatura estrangeira, o termo *Child Abuse* é o de escolha, sendo responsável pelas diversas formas de violência. Neste estudo, escolheu-se o termo abuso por ser mais freqüentemente utilizado.

Várias são as definições de abuso contra crianças e adolescentes, mas é consenso entre os autores a inferiorização da criança diante do adulto, o poder do mais forte sobre o mais fraco.

Fontana¹(1971) apud Azevedo & Guerra (1995) definiu abuso físico como a *“síndrome do maltrato na qual a criança pode se apresentar sem os sinais óbvios de ter sido espancada, mas com evidências múltiplas e menores de privação emocional, às vezes nutricional, negligência e abuso. A criança espancada é a última fase do espectro da síndrome de maltrato”*. Esta definição, dada por um médico, salienta a importância da ausência de sinais físicos e a valorização dos sinais emocionais, dando margem para estudos mais profundos na área da saúde mental.

O sociólogo Gelles² (1979) apud Azevedo & Guerra (1995) chama a atenção para o dano e a intencionalidade do ato definindo: *“ a violência física é considerada como um ato executado com intenção, ou intenção percebida, de causar dano físico a outra pessoa. O dano físico pode ir desde a imposição de uma leve dor; passando por um tapa até o assassinato. A motivação para esse ato pode ir desde a preocupação com a segurança da criança (quando ela é espancada por ter ido para a rua, por exemplo) até uma hostilidade tão intensa, que a morte da criança é desejada “*.

Deslandes (1994) define abuso ou maus-tratos como a *“existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa”*

¹ Fontana VJ. The maltreated child: the maltreatment syndrome in children. 2nd ed. Springfield: Charlie Thomas; 1971.

² Gelles RJ. Family violence. Califórnia: Sage; 1979.

Azevedo & Guerra (1998) reúnem todas as definições descritas na literatura: *abuso ou maus-tratos é todo o ato ou a omissão praticados por pai, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que - sendo capaz de causar dano físico, sexual e ou psicológico à vítima - implica de um lado uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.*

1.4 Identificação das formas de abuso

1.4.1 Abuso Físico

É a forma mais comum de violência contra crianças e adolescentes e o mais freqüentemente diagnosticado nas instituições de saúde. É utilizada exclusivamente a força física em que a hierarquia do poder do mais forte sobre o mais fraco predomina. Pode ser repetitiva, intencional, não acidental, praticada pelos pais ou responsáveis com o objetivo de ferir a criança ou o adolescente, deixando ou não marcas corporais evidentes. Geralmente associada à disciplina ou à punição, é uma causa importante de morbidade e morte na infância, atingindo mais freqüentemente menores de três anos.

Costuma ser recidivante e é freqüente os irmãos apresentarem achados semelhantes ou serem responsabilizados pelo ocorrido. Nessa modalidade, o protótipo é a criança espancada, como a Síndrome do Bebê Sacudido; as queimaduras; as fraturas; os traumatismos crânio encefálicos; as lesões abdominais; a sufocação; o afogamento e

as intoxicações (Azevedo & Guerra, 1995, 1998; Farinatti et al., 1993; Holly & Carrasco 1992; Monteleone, 1998b; Kempe, 1971; Meadow, 1982, 1989; Caffey, 1939).

As manifestações podem ocorrer em qualquer área do corpo e o médico deve estar preparado para reconhecer uma variedade de sinais. A suspeita de abuso físico deve ser considerada sempre que houver uma discrepância entre a história e o exame físico, entre os fatos, na cronologia ou na seqüência do evento, e entre a história e o desenvolvimento neuro-psicomotor da criança. As informações são, com freqüência, absurdas ou, pelo menos, duvidosas.

O médico deve saber distinguir o trauma acidental do intencional, pois requerem abordagens diferentes. No trauma intencional, a proteção da criança e os vínculos familiares devem ser considerados. O diagnóstico precoce é de fundamental importância para a prevenção das seqüelas e da reabilitação.

A literatura tem dado uma importância cada vez maior à “Síndrome do Bebê Sacudido” e à “Síndrome de Münchausen por Procuração”. Essas modalidades são de menor incidência, mas com conseqüências igualmente severas.

A Síndrome do Bebê Sacudido, também chamado *Shaken Baby Syndrome*, refere-se a crianças, geralmente em seu primeiro ano de vida, que, sacudidas pelo cuidador, apresentam seqüelas neurológicas com escalas de gravidade e comprometimento variáveis que podem levar à morte. Foi descrita por Tardieu, na França, em 1860, e é bastante preocupante pelas seqüelas graves e debilitantes que acarretam grandes custos

sociais. Podem apresentar-se sob a forma de fraturas múltiplas de crânio e de costelas, hemorragia de retina e hematoma subdural (Holly & Carrasco 1992; Monteleone, 1998b; Reece, 1990; Kempe, 1971; Caffey, 1939).

A Síndrome de Munchausen por procuração é uma forma rara de abuso na infância e tem difícil diagnóstico. É definida como uma desordem psiquiátrica da mãe, conforme proposto pelo DSM IV (Meadow, 1995). Foi descrita pela primeira vez na literatura médica em 1977 pelo pediatra Roy Meadow, em que a genitora provoca ou simula doenças e sintomas na criança para que a mesma possa receber sucessivos cuidados médicos e hospitalizações frequentes.

É um quadro de intensa gravidade e a ausência de diagnóstico sobre a mesma também pode levar à morte da criança. Nessa síndrome, o perpetrador assume a doença indiretamente (*by proxy*), exacerbando, falsificando (Fisher & Mitchell, 1995) ou produzindo histórias clínicas, evidências laboratoriais, causando lesões físicas (Porter et al., 1994) e induzindo a hospitalizações com procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários. Essa forma de abuso é ocultada pelo seu perpetrador, que demonstra aparente interesse e um envolvimento excessivo nos cuidados com a criança (Meadow, 1997).

A doença é usualmente "fabricada" pela mãe, mas ocasionalmente com a participação simbiótica do filho (Fisher & Mitchell, 1995). Há uma grande variedade de sintomas com seus respectivos métodos de indução e/ou simulação descritos na literatura, tais como: apnéia (sufocação), vômitos intratáveis (intoxicação ou falso

relato), sangramentos (intoxicação ou adição de substâncias: tinta, corantes, cacau), exantemas (intoxicação, arranhões, aplicação de cáusticos, pintura da pele), crises convulsivas (intoxicações, falso relato, sufocação), diarreia (intoxicações por laxativos), febre (falsificação da temperatura ou da curva térmica) (Meadow, 1993; Rosenberg, 1987).

1.4.2 Abuso sexual

Considera-se abuso sexual o envolvimento de crianças em práticas sexuais, que elas não entendem com o propósito de dar ao agressor prazer sexual. Inclui relações sexuais completas, sexo oral, anal e/ou vaginal, manipulação da genitália, carícias corporais, voyerismo, exposição a material pornográfico, exploração sexual, pedofilia na internet, entre outros.

Além de haver violação de regras sociais de nossa cultura, configura-se também a transgressão de regras familiares, pois cerca de 80% das situações envolvendo abuso sexual de crianças são provocadas por pessoas conhecidas da vítima: pais, padrastos, avós, tios, irmãos, amigos da família, vizinhos, babás, professores (Gabel, 1997; Furniss, 1993; Faleiros, 2003).

Freqüentemente existe um “complô de silêncio”, que pode passar de uma geração para outra (fenômeno da transgeracionalidade). Romper com os pactos de silêncio nas situações de abuso sexual é o primeiro e decisivo passo para o enfrentamento da violência sexual, e um dos maiores desafios a serem enfrentados pelas vítimas, por

aqueles que recebem a revelação, pela sociedade e pelos profissionais especialistas em violência contra crianças e adolescentes, que é um problema de natureza médica, social e legal, presente em todas as religiões, classes sociais e raças.

A revelação do abuso é feita, muitas vezes, de forma casual pela criança a um adulto próximo confiável (tia, madrinha, amiga, professora) ou para um profissional de saúde em situação de traumatismo suspeito, doença sexualmente transmissível ou gravidez inexplicada e extremamente precoce nas adolescentes. Ela pode ser suspeitada pelo comportamento sexualizado ou mudança súbita do comportamento da vítima, aliado ao baixo rendimento escolar.

As vítimas podem ser de qualquer idade ou sexo, porém as meninas são as mais atingidas. Os agressores masculinos são os mais comuns, mas as mulheres têm sido responsabilizadas pelo abuso sexual com uma frequência cada vez maior.

A idade em que ocorre a primeira interação entre a vítima e o abusador é, com frequência, em torno dos 3 aos 5 anos, idade em que, segundo Freud, começa um período de “sedução”, em que o abusador envolve a criança em situações sexuais que ela não entende e que confunde com brincadeira. Para a criança, o jogo erótico tem um sentido de ternura, enquanto para o abusador é apenas um meio de poder saciar os seus desejos, não se preocupando com as conseqüências futuras para a vítima. O agressor sabe o que está fazendo e começa, nesse momento, a exigir da criança o segredo.

A gravidade do dano psicológico do abuso sexual na criança está relacionada aos seguintes fatores: idade do início do abuso e sua duração, grau ou ameaça de violência, grande diferença de idade entre a vítima e o abusador, relação de parentesco entre os envolvidos, ausência de figuras parentais protetoras, e o grau de segredo.

As conseqüências mais freqüentes do abuso sexual são auto-mutilações, risco de suicídio, uso de drogas, prostituição, distúrbios de conduta, transtornos de personalidade, transtorno de estresse pós-traumático, agressão sexual (compulsão a repetição), isolacionismo, depressão e dificuldades de relacionamentos (Furniss, 1993; Gabel, 1997; Holly & Carrasco 1992; Monteleone, 1998a; Reece, 1990).

1.4.3 Abuso Emocional

O abuso emocional manifesta-se geralmente por ações que abalam a auto-estima da criança e do adolescente e que desqualificam, rejeitam, depreciam, discriminam, desrespeitam para atender as necessidades psicológicas dos adultos. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências físicas e imediatas, esse tipo de violência é uma das formas mais difíceis de diagnosticar e conceituar, apesar de extremamente freqüente, podendo trazer graves danos ao desenvolvimento emocional da criança. Está presente em todas as outras formas, mas pode ocorrer isoladamente, em diferentes graus, que vão desde a desatenção até a rejeição total.

Por não deixar nenhuma marca, é muito difícil de ser diagnosticada e documentada, confundindo com freqüência o profissional que não está atento para a saúde mental do seu paciente, o que contribui para a baixa notificação. São diversas as

formas de abuso emocional: rejeição, degradação, exploração, isolamento, corrupção que leva a criança a modelos de condutas não aceitáveis pela sociedade, terrorismo e indiferença emocional.

Todas essas formas apresentadas são potencialmente danosas para a criança, causando conseqüências graves imediatas e futuras tais como depressão, suicídio, baixa auto-estima, nanismo de privação e retraimento, entre outras.

1.4.4 Negligência

Negligência é a forma mais comum de violência contra a criança e com freqüência passa despercebida quando associada à extrema pobreza ou à exclusão social. Nos Estados Unidos e no Brasil, é responsável por mais de 50% dos casos de violência, notificados nos serviços de proteção à criança (conselhos tutelares e ministério público) (Monteleone, 1998a, 1998b; Rio Grande do Sul, 1999).

A morbidade e a mortalidade relacionadas à negligência não são desprezíveis. São inúmeros os problemas associados a essa modalidade: problemas físicos, intoxicações, tratamento inadequado de doenças, problemas dentários, desnutrição, aparência suja e mal cuidada, além de problemas psicológicos com dificuldade de apego durante a infância, prejudicando o desenvolvimento cognitivo e a aprendizagem.

A negligência é usualmente definida como omissões parentais nos cuidados básicos para com a criança, resultando em dano real ou potencial para a mesma. Necessidades básicas incluem alimentação adequada, cuidados com a saúde, vestuário

apropriado para o clima, supervisão, educação e proteção no lar. Os pais são primariamente responsáveis pela segurança da criança.

A definição de negligência engloba tanto o dano emocional como o físico, verdadeiro ou potencial. Usualmente envolve um determinado padrão de comportamento que se repete com frequência, como, por exemplo, ausências repetidas à escola, alimentação inadequada sem regras de horários, atraso na vacinação ou até episódios isolados de simples lapsos de cuidados, como deixar um lactente sozinho no banho ou descuidar da temperatura da água levando-o a queimaduras.

Os seguintes tipos de negligência são freqüentemente descritos: não aderência às recomendações médicas, resultando em dano verdadeiro ou potencial significativo (Ex.: criança com asma grave que não toma as medicações prescritas), falta ou demora em procurar ajuda médica, recém-nascidos e crianças mais velhas expostas a drogas, falta de proteção em ambientes de risco (Ex.: exposição a armas de fogo, falta do uso do cinto de proteção ou de assento específico no carro), abandono, vínculo enfraquecido, criança em idade escolar fora das escolas e mendicância.

O pediatra em seu dia-a-dia de trabalho em emergências, postos de saúde ou consultório médico se depara com várias situações de negligência ou de risco iminente para tal com a possibilidade de intervenção e prevenção.

1.5 Aspectos epidemiológicos

A violência doméstica contra crianças e adolescentes constitui um fenômeno que mobiliza sentimentos intensos não apenas nos profissionais que são chamados a intervir, mas também na sociedade como um todo. Ainda assim, o estudo desse tipo de relação, envolvendo violência entre pais e filhos, invariavelmente é tratado com reticências, já que, na nossa cultura, a família é extremamente idealizada, tornando-se difícil aceitar o fato de que os próprios pais possam provocar danos aos seus filhos.

A violência infantil reflete na sociedade como um problema grave, e atualmente ainda se desconhece a frequência exata dos casos de abuso contra crianças e adolescentes, pois se conta basicamente com o registro dos poucos serviços existentes no país para a identificação e o atendimento das famílias maltratantes (Deslandes, 1994).

Franco³ (1993) apud Assis (1994) refere *que a grande dificuldade de lidar com a violência é saber identificá-la, e que a sociedade tenta se organizar quando a identifica e reconhece a sua magnitude, sua dinâmica, o perfil das vítimas e dos agressores e o que cada instituição e seguimento da sociedade pode fazer.*

Nos EUA, cerca de 1 milhão e meio de crianças por ano são vítimas de maus-tratos e mais de meio milhão vive em lares de adoção, 50 mil crianças apresentam seqüelas permanentes, 30 mil ficam incapacitadas. Ainda são conhecidos os riscos aumentados de delinqüência, de diminuição da auto-estima, de depressão, de suicídio, e de alcoolismo das crianças vítimas de maus-tratos (Canha, 2000).

Na América do Norte , a cada ano, um milhão de crianças se tornam vítimas de abuso ou negligência e mais de 1200 morrem devido a maus-tratos inflingidos pelos pais (Dunaigre, 1999).

Na Ásia concentra-se a maior população de crianças e de adolescentes do mundo. São vítimas de escravidão, trabalho em cativeiro, transformados em soldados (Camboja e Birmania), explorados sexualmente, envolvidos no tráfico de drogas, casamentos arranjados pelos pais, quando ainda são muito jovens (Nepal, Índia e Bangladesh). A maioria dessas crianças não tem acesso à educação, à saúde ou a cuidados parentais adequados. As principais causas do problema estão centradas na pobreza, no analfabetismo, na cultura e nas superstições, na falta de terras, na migração rural urbana e na instabilidade política (Dunaigre, 1999).

Na África, além das formas de violência praticadas na Ásia, é cultural a mutilação genital feminina que atinge profundamente a menina comprometendo o seu desenvolvimento físico e emocional (Dunaigre, 1999).

No Brasil, que apresenta uma grande diversidade geográfica, econômica, cultural, e até política entre as regiões que o compõem, a população gira em torno de 164 milhões de habitantes, dos quais 40% são menores de 18 anos. Atualmente, a exploração sexual tem sido alvo de grande atenção política e social em diversas regiões. Na Amazônia, envolve índios e brancos; no nordeste, onde o turismo sexual é a

³ Franco AS. La violencia, una realidad social. Violencia intrafamiliar. Medellín: Litoart; 1993

principal causa, envolve estrangeiros, pais, taxistas, donos de hotéis, gerentes, policiais e outras autoridades. O sul do país também vem enfrentando problema semelhante. Toda esta dimensão e diversidade dificultam a análise estrutural do abuso infantil.

O Brasil caracteriza-se por contrastes em termos sócio-econômicos: é um país rico com uma população pobre. É o 11º colocado na economia mundial, mas ocupa o 74º lugar em qualidade de vida. Vinte milhões de brasileiros vivem em situação de indigência. Quarenta milhões de crianças e de adolescentes são carentes e abandonados. Cerca de 4 milhões de menores de 14 anos trabalham de forma clandestina ou informal.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), 700 mil garotas com idade entre 10 e 19 anos deram à luz nos hospitais e destas, 54% têm baixa escolaridade e apenas 6,4% possuem nove anos de estudo. Já se conhece a primeira geração de crianças nascidas nas ruas das grandes capitais, apesar dos inúmeros programas de atendimento a mães adolescentes em situação de risco (Dunaigre, 1999).

Em Porto Alegre, o Serviço de Proteção à Criança (ULBRA), atendeu nos últimos 18 meses, 1700 crianças vítimas de violência, dos quais 70% tinham sido vítimas de abuso sexual. A idade média das vítimas era de 9 anos de idade. Os abusadores mais freqüentes foram os pais biológicos seguidos de padrastos e avós (Pires, anotações pessoais, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a violência doméstica que gera a violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública. É um

fenômeno complexo, resultante da combinação de fatores individuais, familiares e sociais que se encontram em todos os grupos sócio-econômicos, culturais, raciais e religiosos da sociedade na maioria dos países do mundo (Brasil, 2002).

Ambos os sexos são abusados, com uma predominância de abuso sexual nas meninas e abuso físico nos meninos. Na família, um é escolhido para ser a vítima maior, freqüentemente o primeiro filho. As crianças mais jovens são de maior risco, pois são mais vulneráveis e não sabem pedir ajuda. As menores de 2 anos têm mais risco de sofrerem abuso físico severo. Pais jovens e adolescentes são mais propensos a abusarem de seus filhos que os mais velhos, e, se um dos pais sofreu abuso, o risco de repetirem em seus filhos é de vinte vezes (Azevedo & Guerra, 1995, 1997; Canha, 2000; Reece, 1990; Meadow, 1989).

1.6 A legislação

O Brasil assinou na Convenção sobre os Direitos da Criança, a doutrina de proteção integral em sua Lei Maior, a Constituição Federal, art. 227: *“É dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”* (Brasil, 1990).

A doutrina de proteção integral foi regulamentada pelo Estatuto da Criança e do adolescente através do Art. 3: “ *A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facilitar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.*” (Brasil, 1990).

O ECA é uma das maiores conquistas sociais, legais e morais do nosso tempo e define a criança e o adolescente como pessoas em condição peculiar de “ em desenvolvimento,” deixando de ser tratada como um pequeno adulto ou em miniatura para ser respeitada como um cidadão com direitos específicos que conta com leis internacionais e nacionais em seu favor, exige a doutrina de proteção integral, são prioridade absoluta, sujeitos de direitos com garantia de defesa e cidadania; exigem clareza e seriedade política; contam com conselhos de direitos e conselho tutelar (Brasil, 1990).

O ECA legitima para crianças e adolescentes, direitos que os protegem contra violações de seu corpo, ditando claramente o direito de serem defendidos contra qualquer forma de violência através do Art. 5: “*Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado , por ação ou omissão, os seus direitos fundamentais.*”

O Art 13 ° (Brasil, 1990) determina que “ *Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes serão obrigatoriamente notificados ao Conselho tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.*”

A notificação dos casos de abusos na infância é obrigatória para as instituições de proteção. Não só os pediatras têm essa obrigatoriedade, mas também todos os profissionais da área de saúde (médicos, dentistas, enfermeiras, psicólogos, psiquiatras, agentes de saúde e assistentes sociais). Os professores, atendentes de creche, diretores de escola também são responsáveis pela notificação, conforme Art. 245° (Brasil, 1990).

Segundo Dr Howard B. Levy do Department of Pediatrics do Grant Hospital of Chicago, Illinois- EUA: “ *A necessidade de que todos os profissionais encaminhem os casos de maus-tratos, imbuídos de urgente senso moral, deveria ser universal, para se desenvolver consenso sobre as estratégias efetivas ao combate do abuso infantil*” (Farinatti, 1993).

1.7 O pediatra e a notificação de abuso infantil

Nas últimas décadas, surgiram novos conceitos sobre o desenvolvimento infantil, a nutrição, o combate às doenças infecciosas e novas vacinas foram apresentadas. Esses passos foram importantes e decisivos no controle da mortalidade infantil, no incremento da melhoria da qualidade da assistência pediátrica e na prevenção de muitas doenças evitáveis. Portanto, em meados do século XX, a criança passa a ser vista como um ser social, parte importante da sociedade. O reconhecimento e a valorização do papel da família e do ambiente no desenvolvimento da criança tornaram-se indiscutíveis.

Os profissionais de saúde, em particular os pediatras, começaram recentemente a se preocupar com as questões de violência contra crianças e adolescentes e, certamente estão iniciando o seu combate. A pediatria social passou a assumir um papel importante dentro da sociedade, participando ativamente de todos os movimentos feitos em prol dos direitos da criança e do adolescente. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) contribuiu para que o ECA fosse aprovado, liderando 120 mil assinaturas de pediatras em todo o Brasil para a efetivação do mesmo (Carneiro, 2000).

Uma pesquisa elaborada pela SBP (1999 / 2000), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, identificou o perfil do pediatra brasileiro. São 32 mil pediatras, dos quais 60% atuam nas capitais; 60% são mulheres; e metade tem menos de 40 anos. Cerca de 75% dos pediatras cursaram ou estão cursando algum Programa de Residência Médica e apenas 40% fizeram algum curso de especialização. Cerca de 10% dos pediatras cursaram ou estão cursando Mestrado / Doutorado/ Pós-Doutorado. A grande maioria (90%) dos pediatras freqüentou eventos e encontros científicos nos últimos 2 anos. Os pediatras atuam em média em três atividades, combinando o setor público (80%), a atividade em consultório (70%) e, em menor freqüência, o setor privado (50%). O pediatra típico, portanto, é o que trabalha no setor público (Carneiro, 2000).

O pediatra tem conhecimento da obrigatoriedade da notificação dos casos de abuso contra crianças e adolescentes, mas vários fatores contribuem para a não notificação desses casos. Estudos apontam dificuldades que vão desde o desconhecimento dos aspectos legais, da falta de infra-estrutura nos serviços de

atendimento, da desconfiança nos serviços de proteção para crianças, no tipo e na severidade do abuso, nas influências culturais, nas experiências prévias de abuso na infância do profissional, medo de processos e envolvimento emocional com a família da criança vítima (Monit & Needha, 2000; Portwood et al., 2000; Shor, 1998; Marshall & Locke, 1997; Freitas, 2001; Zellman, 1990, 1992; Warner & Hansen, 1994; Kalichman et al., 1990; Haeringen et al., 1998; Gonçalves & Ferreira, 2002).

Furniss (1993) reforça a necessidade de um atendimento interdisciplinar e tem encontrado uma série de fatores que dificultam o processo legal no que diz respeito à proteção integral da criança. Esses fatores estão centrados principalmente na abordagem do profissional, seja da área de saúde ou da área jurídica, mostrando um despreparo geral para o atendimento da criança vítima.

Azevedo & Guerra (1998) descreve a intervenção do profissional nos casos de violência da seguinte forma: a atuação deve ser planejada pelo profissional responsável pelo caso. Esse planejamento deve ser centrado na identificação dos casos. Essa identificação é sumária em casos de emergência e aprofundada através do diagnóstico multiprofissional. Em seguida se avalia a gravidade do caso e a probabilidade de risco para as crianças e/ou adolescentes (vítimas ou não) existentes no lar.

A primeira providência a ser tomada é a notificação imediata do caso ao conselho tutelar. O conselho tutelar deverá implementar medidas de proteção para as vítimas, encaminhar o caso para o Ministério Público e Juizado da Infância e da Juventude e para um serviço de referência com atendimento multiprofissional. Todo este

planejamento deve envolver outros profissionais que atuam em instituições judiciárias, de proteção social, de saúde mental entre outros .

1.8 O Conselho Tutelar – Instituição de Proteção

O conselho tutelar, segundo o Art. 131 Lei federal 8069/90 (Brasil, 1990), é definido como um órgão público, permanente (não pode ser dissolvido pelo prefeito municipal), autônomo, não jurisdicional, não subordinado a outra entidade tutelar, não sofrendo qualquer interferência no que se refere ao modo, conveniência e oportunidade de cumprimento de suas atribuições. Não detém o poder de julgar dos juizes de direito e é encarregado pela sociedade, de zelar pelo cumprimento dos direitos de crianças e de adolescentes definidos no estatuto (Gonçalves, 2002).

O conselho tutelar tem poder legal e autoridade moral, para atuar de acordo com as atribuições previstas no ECA: aplicar medidas de proteção no que toca à família, à saúde, à educação; incluir crianças e famílias em programas de apoio social, educativo e financeiro; requisitar os serviços públicos necessários; acionar o Ministério Público e a Autoridade Judiciária para garantir os direitos; assessorar o poder público no orçamento para programas de atendimento; fiscalizar entidades e programas de atendimento a crianças e a adolescentes.

Os membros de cada conselho tutelar (cinco) são escolhidos pela população local, devem pertencer à comunidade e de ter reconhecido compromisso com a defesa da criança e do adolescente. A prática do Conselho tutelar está em articulação permanente

com áreas do poder executivo, do poder judiciário e da sociedade civil organizada (Brasil, 1990).

Atualmente, em Porto Alegre, são exigidos para o candidato ao conselho tutelar pré-requisitos que possam comprovar a sua atuação em defesa dos direitos da criança e do adolescente tais como: experiência comprovada com serviços prestadores de atendimento à criança e ao adolescente, segundo grau completo e conhecimento prévio do ECA. Na prática, esses requisitos são insuficientes e de pouco valor para a atuação efetiva dos conselheiros tutelares, pois nos deparamos freqüentemente com profissionais totalmente despreparados tecnicamente e sem a mínima experiência para lidar com as questões complexas da violência contra crianças e adolescentes.

Diante de uma situação de maus-tratos o conselheiro tutelar deve:

- ACOLHER A DENÚNCIA, mesmo quando o denunciante quiser manter-se no anonimato;
- AVERIGUAR a situação de maus-tratos com visita domiciliar, levantamento de informações na escola, na creche, com os vizinhos;
- ENCAMINHAR a criança ou adolescente para serviços especializados para fins de avaliação, quando estiver diante de violação de direitos;
- ENCAMINHAR a vítima de negligência grave e/ou agressão física e/ou sexual a um serviço de saúde para avaliação clínica e atendimento de emergência. Nesse caso deve ser solicitado o boletim de atendimento a fim de subsidiar as ações do CT, inclusive as aplicações de medidas;

- ORIENTAR pessoas da família ou da comunidade para proceder ao registro da ocorrência na Delegacia de Polícia;
- SOLICITAR imediatamente ao Ministério Público o afastamento do agressor de casa ou encaminhar a parte interessada à Defensoria Pública sempre que for necessário;
- ABRIGAR, em entidade, crianças e adolescentes vitimizados em situação de risco iminente de vida ou de revitimização doméstica;
- ENCAMINHAR vítimas e familiares/agressores, mediante aplicação de medidas, aos serviços especializados para atendimento multidisciplinar;
- NOTIFICAR o crime ao Ministério Público de imediato. Este encaminhamento é obrigatório (Art 136, inciso IV do ECA).
- REPRESENTAR ao Juiz da Infância e Juventude os pais ou responsáveis negligentes e/ou agressores, com base no art. 249 do ECA.
- APLICAR MEDIDAS DE PROTEÇÃO como a abrigagem compulsória na falta de outro responsável, nos riscos de vida ou de revitimização;
- ACOMPANHAR os casos até que a situação geradora do problema seja superada (Brasil, 1990; Gonçalves, 2002).

1.9 Revisão de literatura

Na literatura, muitos estudos apontam para a identificação e a notificação de abuso contra crianças e adolescentes. São várias as pesquisas focalizando as atitudes de profissionais de saúde no manejo dos casos.

Países que possuem legislação semelhante à do Brasil apontam uma taxa de notificação inferior aos casos identificados, contrariando a relação entre identificação e notificação que deveria ser de 1:1 (Gonçalves, 2002; Vulliamy & Sullivan, 2000; Shor, 1998; Warner & Hansen, 1994).

Warner & Hansen (1994) referem que os Estados Unidos começou a enfatizar a importância da notificação em 1960, mas somente em 1970 todos os 50 estados americanos aderiram à notificação compulsória. Embora a notificação seja obrigatória, infelizmente nem todos os casos de crianças abusadas são identificados ou notificados. Cita-se que 1/3 deles permanece sem identificação e/ou notificação. O profissional pode suspeitar do abuso, mas não documenta, nem notifica suas suspeitas, deixando a criança à mercê das agressões. Sabe-se que o profissional pode intervir e minimizar os efeitos da violência sobre a criança, mas muitos fatores interferem na notificação dos mesmos. Por isso, o autor sugere um treinamento para a notificação obrigatória e descreve o processo de identificação e notificação através de um diagrama dividido em 4 estágios:

- 1) Avaliação e exame
- 2) Identificação
- 3) Notificação
- 4) Validação

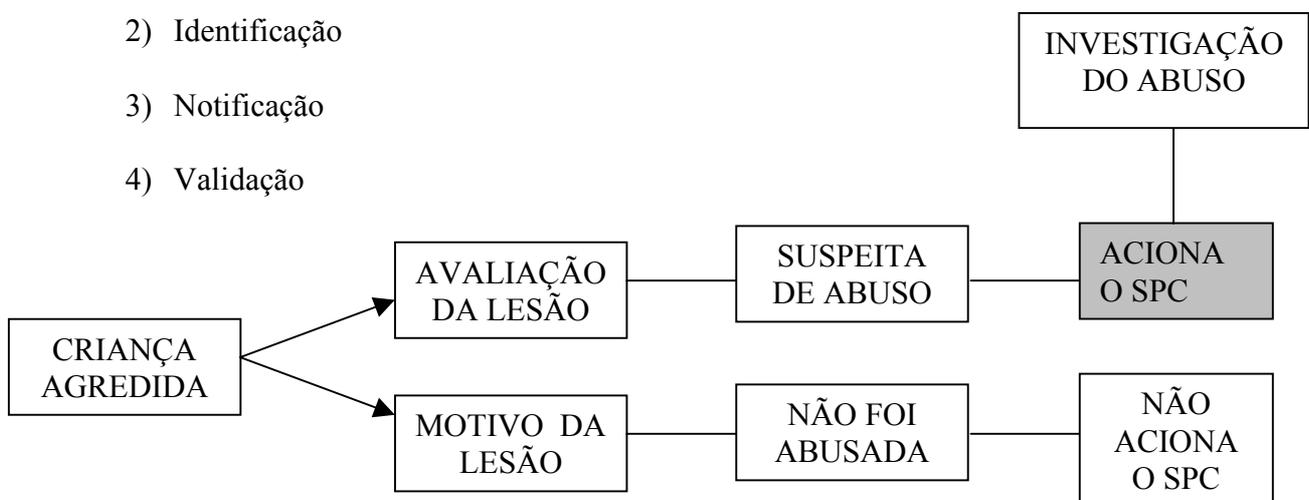


Figura 1. Identificação e notificação de abuso infantil

Os autores constataram, na pesquisa citada, que apenas 89% dos casos identificados foram reportados, contrariando a proporção de 1:1 sugerindo que o processo de notificação não é totalmente controlado pelas leis de notificação do estado.

A identificação do abuso é fundamental para o diagnóstico definitivo de violência infantil, mas a precisão desse diagnóstico não é requerida como condição para a notificação. As leis estaduais indicam que, para notificar, o médico necessita somente de *“uma causa razoável de suspeita”* de que a criança foi abusada. Esse fato é semelhante a nossa legislação em que o Artº 13 do ECA refere que: *“ Os casos de suspeita ou confirmação de maus – tratos contra crianças ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”* (Brasil, 1990).

Uma pesquisa desenvolvida em Porto Alegre e na região metropolitana analisou a situação da violência infantil no período de 1997 à 1998. Foram identificados 1754 casos de violência contra crianças e adolescentes. Esse resultado foi considerado abaixo do esperado, concluindo-se que houve uma sub notificação dos casos. Foram encontradas instituições com atendimento precário e totalmente despreparadas para o acolhimento das crianças vítimas, sem profissionais capacitados e treinados para o atendimento das mesmas (Rio Grande do Sul, 1999).

1997, Marshall & Locke fizeram um extenso levantamento das atitudes e das controvérsias de médicos sobre abuso infantil no Arizona, Estados Unidos, aplicando

um questionário polêmico sobre abuso da criança em profissionais médicos. As respostas variaram de acordo com o sexo, a idade, a especialidade, o tempo de experiência e história de abuso na infância do profissional.

Nesse estudo, foram distribuídos 393 questionários, para pediatras, médicos de família e de emergência. A partir das respostas, os autores concluíram que existia uma porcentagem maior de profissionais mulheres que teriam sido vítimas de abuso sexual na infância. Os pediatras diagnosticavam menos abuso sexual de crianças que médicos de família e de emergência. Conseqüentemente, notificavam menos ao serviço de proteção à criança. Os pediatras também apresentaram mais medo de envolvimento legal.

Num outro estudo semelhante, em Israel, a percepção do pediatra em relação ao abuso infantil foi avaliada através de relatos de casos de crianças que apresentavam lesões físicas características. A atitude do profissional de notificar o caso à polícia e ao SPC variaram segundo a sua percepção de gravidade.

Os autores concluíram que a violência sexual foi a forma mais grave e a negligência educacional foi a menos grave (percepção de risco). O abuso físico foi considerado como de grande risco para a criança, e houve uma maior tendência de o profissional notificar o caso à polícia ou ao SPC. O treinamento do pediatra em violência infantil e o tempo de experiência profissional foram fatores que influenciaram positivamente nos resultados.

Os casos que mostravam lesões que não deixavam dúvidas a respeito do abuso, tais como, a marca de algum objeto no corpo, foram os de maior risco e prontamente encaminhados à polícia ou ao SPC, e os de abuso emocional foram menos notificados e de menor risco (Shor, 1998).

Faleiros (2003) refere que *“os circuitos pelos quais circulam as denúncias implicam uma rede de relações complexas envolvendo as seguintes relações: abusador/vítimas; vítima/atendimento; vítima/defesa; abusador/atendimento e defesa; abusador/responsabilização, numa intrincada rede de poderes e num jogo de estratégias que envolvem a estrutura do imaginário, do sistema policial, do sistema judiciário, do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, além das questões de gênero, num contexto cultural ainda autoritário e em condições econômicas que podem ser extremamente desiguais.”*

Azevedo & Guerra (1998) referem-se a um termo “Reticências Psicológicas” que ao tratar dessa problemática coloca o seguinte: *“A violência doméstica não deixa de provocar reações nos profissionais. Muitas vezes, apesar de lesões características, médicos, paramédicos, assistentes sociais e outros ficam resistentes quanto a reconhecer a violência dos pais. É mais fácil, diante de uma criança que sofre este problema, acreditar numa possibilidade de acidente ou apenas cuidá-la sem dar prosseguimento ao seu caso, não querendo perceber que este é um sintoma de problemas familiares que se deve levar em consideração.”*

Azevedo & Guerra (1997) pesquisaram atitudes e conhecimento de abuso infantil junto a profissionais das áreas de saúde, direito e educação, utilizando um questionário baseado num caso de incesto, apresentado no Curso de Especialização em Violência Doméstica da Universidade de São Paulo que reuniu 900 participantes de todo o Brasil. O questionário foi respondido por 730 profissionais (84,78% do total dos participantes): a maioria deles tinha entre 20 a 39 anos, e os restantes eram maiores de 40 anos. Concluiu-se que a maior parte dos presentes eram adultos jovens interessados pelo tema, considerado um dado positivo da pesquisa. Dos 730 participantes, 49,73% declararam não ter conhecimento de caso semelhante ao mostrado.

Com relação aos sentimentos provocados pelo ao caso, a maioria dos participantes expressou-se com as palavras: horror, perplexidade, tristeza, medo, vergonha, impotência. Esses sentimentos demonstram, a princípio, serem paralisantes; enquanto indignação, preocupação, inconformismo, revolta, e luta podem significar um primeiro passo na recusa da banalização da problemática da violência sexual doméstica e na libertação das reticências psicológicas, proporcionando a participação e a interferência no fenômeno.

Os sentimentos envolvidos na notificação dos casos são fatores importantes. Monit & Needha (2000), no artigo “Respostas emocionais ao abuso sexual de crianças: uma comparação entre policiais e assistentes sociais em Hong Kong” demonstraram que profissionais da área de saúde mental estão conscientes quanto a sua resposta emocional em relação ao caso de abuso sexual, e que isto pode influenciar a relação deles com o paciente. Essa percepção emocional, muito frequentemente, ocorre através

do processo de contratransferência que resulta de fortes respostas emocionais ao abuso sexual da criança ou do adolescente. O problema da contratransferência afeta a atuação, não só dos psicólogos e de outros terapeutas, mas também os cuidados dados por médicos, enfermeiras, advogados, assistentes sociais e outros profissionais envolvidos no campo do abuso. Sentimentos não resolvidos podem trazer problemas ao paciente. Enquanto o interesse do profissional em abuso sexual de criança está em ascensão na literatura, o impacto das respostas do profissional continua direcionada nas atitudes e na percepção, tendendo ao não direcionamento das emoções específicas Pollak & Levy, 1989).

Desta forma, o mecanismo psíquico de negação social aliado à carência de treinamento específico sobre a questão entre os profissionais, são fatores que, por excelência, contribuem para a retro alimentação do fenômeno levando ao alto índice de reincidência nos atendimentos médico-hospitalares. Estudos estimam que a taxa de recidivas pode chegar a 60% quando o fenômeno é negligenciado pelos profissionais com diagnósticos incorretos e/ou quando deixam de tomar medidas de proteção para a vítima (Azevedo & Guerra, 1998; Canha, 2000; Farinatti et al., 1993).

2 - JUSTIFICATIVA

Este trabalho respalda-se no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/90), com base nacional na Constituição Federal de 1988 e internacional na Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança 1923; Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela ONU 1948; Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (Pacto de San José, 1969); Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembléia Geral da ONU 1969 e Declaração de Viena 1993 (IBPS, 1997).

O Brasil apresenta as maiores taxas de desigualdade social associada ao elevado grau de violência, as quais se apresentam em um ato contínuo no dia-a-dia das grandes cidades do país. O ECA veio como medida redutora do impacto desse alto grau de violência sobre a criança e o adolescente. Nesse sentido, estabelece a obrigatoriedade da notificação desses casos ao conselho tutelar.

A prevenção, o diagnóstico e posteriormente a notificação de um caso de abuso depende da atuação de vários atores envolvidos no cuidado da criança, submetidos à influência de fatores ecológicos determinantes da qualidade dessa intervenção.

Na literatura disponível não há estudos no Brasil que identifiquem os fatores relacionados à identificação e à notificação de abuso infantil pelo pediatra. Esse estudo pretende responder e apresentar novas questões relacionadas a atuação desse profissional, identificando fatores que podem influenciar na notificação dos casos de abuso infantil em Porto Alegre.

3 - OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estudar a identificação e notificação de abuso contra crianças e adolescentes entre os pediatras de Porto Alegre .

3.2 Objetivos específicos

1. Avaliar o grau de conhecimento do pediatra em abuso infantil
2. Avaliar a atitude do pediatra frente ao abuso de crianças e adolescentes
3. Avaliar os fatores do estudo que interferem na notificação de abuso infantil
4. Determinar o grau de confiabilidade entre os pediatras nas instituições de proteção à criança e ao adolescente

4 - METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Estudo observacional transversal.

4.2 População

O estudo incluiu a totalidade dos pediatras residentes em Porto Alegre, inscritos na Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, no período de 2002 e 2003.

4.3 Processo de Amostragem

4.3.1 Cálculo da amostra

Como não existem estatísticas fidedignas a respeito da notificação de abuso infantil às instituições de proteção da criança e do adolescente, considerou-se uma prevalência de 20% de não notificação desses casos. Calculou-se 90 profissionais referentes a uma população de 990 pediatras residentes em Porto Alegre, registrados na Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. A seleção foi realizada de forma aleatória, utilizando-se o programa EPI-INFO versão 6.04b. O tamanho da amostra permitiria detectar uma diferença de 20% na taxa de notificação entre os setores público e privado, considerando um intervalo de confiança de 95% com um poder de teste de 80%. Foram acrescentados 10% ao tamanho da amostra devido a eventuais perdas.

4.3.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo apenas pediatras gerais residentes e atuantes em Porto Alegre.

4.3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os pediatras especialistas em áreas específicas.

4.4 Instrumento de pesquisa

Foi criado um questionário padronizado para o estudo com questões simples, fechadas e semi abertas, em que todas as formas de abuso contra crianças e adolescentes foram abordadas, compreendendo 55 questões, divididas em seções :

- **1ª seção:** foram utilizadas 8 questões para estudar os **dados demográficos** do pediatra: sexo (Feminino / masculino), idade (em anos), filhos (sim / não), graduação (Residência médica / Mestrado / Doutorado / Especialização / Nenhuma), tempo de formação (em anos), universidade (Pública / Privada / Fundação), locais de trabalho (setor público, privado exclusivo);

- **2ª seção:** analisou-se o **conhecimento do pediatra** em abuso infantil, através de 20 questões. Nessa etapa, foram utilizadas vinhetas com histórias verídicas notificadas ao conselho tutelar e avaliadas por uma equipe especializada de um comitê hospitalar de proteção à criança e ao adolescente. O objetivo foi avaliar o conhecimento

do profissional em violência infantil utilizando-se respostas dicotômicas (Sim / Não / Não sei), em que abordou-se temas referentes às seguintes categorias: diagnóstico, tratamento e prevenção de violência infantil; legislação e treinamento em abuso infantil.

Para a avaliação do conhecimento utilizou-se 21 questões (20 questões da 2ª secção e mais a questão (2) da 4ª secção sobre a leitura do ECA). As questões receberam o peso 1, com exceção de 2 questões que receberam peso 2 e 3, respectivamente (Q.11 e Q.17).

- **3ª secção:** exploraram-se as **atitudes e o comportamento do profissional** frente ao abuso da criança, mediante a apresentação de 14 questões, sendo utilizadas apenas 4 questões. Os temas abordados foram, o medo de envolvimento legal, confiabilidade nos serviços de proteção para criança ;

- **4ª secção:** foram 13 questões básicas sobre **a história pessoal do profissional**, sendo a última descritiva referente ao sentimento do pediatra em relação ao abuso infantil. Nessa secção, somente 3 questões foram exploradas para o presente estudo pontuando os seguintes temas: notificação de algum caso ao conselho tutelar, história de abuso na infância do pediatra .

4.4.1 Validação do Instrumento

O questionário foi submetido a várias etapas de preparação. Primeiro o pesquisador buscou na literatura regras de formulação das questões. Segundo, adaptou as questões pesquisadas à própria experiência profissional em abuso infantil e terceiro

validou o questionário através de um estudo piloto aplicado em 15 pediatras. Deste grupo piloto, 5 profissionais são professores de universidades privadas e públicas. Os outros foram escolhidos aleatoriamente. No questionário final, avaliou-se a consistência interna do instrumento através do coeficiente Alfa de Crombach onde o valor foi igual a 0.72 (Oppenheim, 1992).

4.5 Definição das Variáveis

As variáveis do estudo foram selecionadas de acordo com a identificação e a notificação dos casos de abuso contra crianças e adolescentes enfocando o pediatra. A atitude de notificação ou não notificação dos casos às instituições de proteção; o conhecimento do pediatra sobre o tema “*abuso Infantil*” e sobre o ECA, foi determinante para a definição das variáveis.

Foram classificadas em dependentes, independentes e independentes de contexto. A variável dependente foi a atitude de notificar ou não notificar um caso de abuso às instituições de proteção. As variáveis independentes foram: sexo, idade, filhos, tempo de formado, universidade, graduação, local de trabalho, e também as relacionadas com o conhecimento sobre abuso infantil. As independentes de contexto foram todas aquelas questões referentes à história pessoal de abuso do pediatra, formas de abuso, confiabilidade nas instituições de proteção, medo de envolvimento legal e envolvimento emocional com os casos.

Tabela 4-1. Variáveis dependentes, independentes e independentes de contexto

| Variável dependente | Variáveis independentes | Variáveis independentes de contexto |
|--|--|---|
| - ATITUDE Notificação (sim ou não) | - Sexo - Idade - Filhos - Tempo de formado - Universidade - Graduação - Local de trabalho CONHECIMENTO - Diagnóstico e Tratamento - Prevenção - Legislação - Treinamento em violência contra criança | - História pessoal de abuso na infância - Formas de abuso - Confiabilidade nas instituições de proteção - Medo de envolvimento legal |

4.5.1 Variável dependente

A variável dependente foi a atitude do pediatra em notificar ou não notificar os casos identificados de abuso infantil às instituições de proteção à infância. Considerou-se o fato de o profissional ter ou não notificado pelo menos um dos casos identificados ao longo de sua atividade profissional.

A literatura relata que as atitudes se formam durante o nosso processo de socialização e, com base em definições existentes, pode-se definir atitudes sociais como: *“uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga*

afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a esse objeto” (Rodrigues et al., 1999).

4.5.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes, selecionadas para este estudo, são aquelas que podem influenciar na identificação e na notificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente. Foram inseridos dados demográficos do pediatra e conhecimento em abuso infantil.

O grau de conhecimento foi classificado de acordo com o nível alcançado pela soma das variáveis observadas chegando a um total de 24 acertos:

- **Nível bom de conhecimento:** escore de 17 pontos a 24 pontos
- **Nível regular de conhecimento:** escore de 14 a 16 pontos
- **Nível insuficiente de conhecimento:** de 0 a 13 pontos

4.5.3 Variáveis independentes do contexto

Essas variáveis abrangem a história pessoal de abuso na infância do pediatra, as formas de abuso em que ele se deparou ao longo da experiência profissional e a sua confiabilidade nas instituições de proteção e medo de envolvimento legal.

4.6 Análise estatística

O programa estatístico escolhido para a análise de dados foi o SSP STATA 5.0. Os dados foram analisados através de estatística descritiva com intervalo de confiança (IC) de 95% , freqüência de distribuição, índices de variabilidade e índices de tendência central. Foi calculada a razão de chance para a não notificação de casos de abuso infantil, sendo considerado **não notificação** quando o pediatra identificou pelo menos 1 caso de abuso infantil e não notificou às instituições de proteção. Um modelo de regressão logística foi desenvolvido para controle de confusão. Foram incluídas no modelo variáveis associadas significativamente à notificação na análise bivariada, considerando um IC de 95%.

4.7 Logística

A listagem dos endereços completos dos pediatras, foi autorizada pelo presidente atual da SPRGS. Os pediatras foram contatados, via telefone, por estudantes de medicina treinados, e os questionários entregues em mãos; foram recolhidos sem identificação e colocados numa urna. As informações advindas dos questionários foram armazenadas em banco de dados elaborado.

4.8 Aprovação ética

Avaliação dos aspectos éticos foi realizada pela comissão de ética do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.9 Consentimento

Os pediatras foram devidamente informados quanto à natureza da pesquisa e sigilo da própria identificação. O consentimento foi tácito no momento do recebimento do questionário.

4.10 Limitações do estudo

A limitação mais presente foi a demora dos pediatras em responderem os questionários no tempo estipulado de 3 dias. Embora tivessem demonstrado boa receptividade com a pesquisa, a grande maioria levou no mínimo 10 dias e no máximo 1 mês para responder.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Almeida EC. Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.
- 2 Ariés P. História social da criança e da família. 2a ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
- 3 Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. Cad Saúde Pública 1994;10:126-34.
- 4 Azevedo MA, Guerra V, organizadores. A violência doméstica na infância e na adolescência. São Paulo: Robe, 1995.
- 5 Azevedo MA, Guerra V, organizadores. Infância e violência doméstica: fronteira do conhecimento. 2a ed. São Paulo: Cortez; 1997.
- 6 Azevedo MA, Guerra V. Infância e violência fatal em família. São Paulo: Iglu, 1998.
- 7 Brasil. Ministério da Justiça. Lei nº 8069/1990. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília; 1990.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília; 2002.
- 9 Braz M, Cardoso MA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. Rev Latinoam Enfermagem 2000;8:91-7.
- 10 Caffey J. Syphilis of the skeleton in early infancy-the non specificity of many of the roentgenographic changes. Am J Roentgenol Radium Ther 1939;5:637-55.
- 11 Canha J. Criança maltratada. Coimbra: Quarteto; 2000.
- 12 Carneiro G. Um compromisso com a esperança: história da Sociedade Brasileira de Pediatria, 1910 / 2000. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura; 2000.
- 13 Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cad Saúde Pública 1994;10 Supl 1:177-87.

- 14 Dunaigre P. Inocência em perigo: abuso sexual de crianças, pornografia infantil e pedofilia. -Rio de Janeiro: Garamond; 1999.
- 15 Faleiros ET, organizador. O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia. Brasília: Presidência da República; 2003.
- 16 Faleiros VP. Fundamentos e políticas contra a exploração sexual de crianças e adolescentes: relatório de estudo. Brasília: Ministério da Justiça; 1997.
- 17 Farinatti F, Biazus D, Borges ML. Pediatria social: a criança maltratada. Porto Alegre: MEDSI; 1993.
- 18 Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
- 19 Finkelhor D, Zellman GL. Flexible reporting options for skilled child abuse professionals. *Child Abuse Negl Int J* 2000;15:335-41.
- 20 Fisher GC, Mitchell I. Is Munchausen syndrome by proxy really a syndrome? *Arch Dis Child* 1995;72:530-4.
- 21 Freitas M, organizador. História social da infância no Brasil. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2001.
- 22 Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 23 Gabel M, organizador. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997.
- 24 Gomes R, Deslandes S, Bhering C, Santos, J. Por que as crianças são maltratadas? Explicação para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad Saúde Pública* 2002;18:707-14.
- 25 Gomes R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. *Cad Saúde Pública* 1998;10:301-11.

- 26 Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intra-familiar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2002;18:315-9.
- 27 Gonçalves MD. A proteção integral: paradigma multidisciplinar do direito pós-moderno. Porto Alegre: Alcance; 2002.
- 28 Haeringen ARV, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery-will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse Negl Int J* 1998;22:159-69.
- 29 Holly WD, Carrasco M. Abuso e negligência infantil. In: Atlas colorido de diagnóstico clínico em pediatria. 2a ed. São Paulo: Manole; 1992. p. 6.1-6.29.
- 30 Hunter M. Abused boys: the neglected victims of sexual abuse. Lexington: Lexington Books; 1990.
- 31 IBPS. Instituto Brasileiro de Pedagogia Social. Brasil urgente: a lei 8.069 / 1990. São Paulo; 1990.
- 32 Kalichman SC, Craig ME, Follingstad DR. Professionals' adherence to mandatory child abuse reporting laws: effects of responsibility attribution, confidence ratings, and situational factors. *Child Abuse Negl Int J* 1990;14:69-77.
- 33 Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962;181:17-24.
- 34 Kempe CH. Paediatric implications of the battered baby syndrome. *Arch Dis Child*. 1971;46:28-37.
- 35 Kidder LH, organizador. Seltiz-Wrightman-Cook. Métodos de pesquisa nas relações sociais. 2a ed. São Paulo: EPU; 1987.
- 36 Lascaratos J, Poulakou-Rebelakou E. Child sexual abuse: historical cases in the Byzantine empire (324-1453 A.D.). *Child Abuse Negl Int J* 2000;24:1085-90.
- 37 Marshall WN, Locke C Jr. Statewide survey of physician attitudes to controversies about child abuse. *Child Abuse Negl Int J* 1997;21:171-9.

- 38 Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977;2:343-5.
- 39 Meadow R. ABC of child abuse. *Epidemiology. BMJ* 1989;298:727-30.
- 40 Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982;57:92-8.
- 41 Meadow R. Non-accidental salt poisoning. *Arch Dis Child* 1993;68:448-52.
- 42 Meadow R. What is, and what is not, 'Munchausen syndrome by proxy'? *Arch Dis Child* 1995;72:534-8.
- 43 Monit C, Needha MB. Emotional responses to child sexual abuse: a comparison between police and social workers in Hong Kong. *Child Abuse Negl Int J* 2000;24:1613-21.
- 44 Monteleone JA. A parent's & teacher's handbook on identifying and preventing child abuse. Saint Louis: GW Medical Publishing; 1998a.
- 45 Monteleone JA. Quick-reference child abuse. Saint Louis: GW Medical Publishing; 1998b.
- 46 Oppenheim AN. Questionnaire design, interviewing and attitude measurement. London: Pinter; 1992.
- 47 Philip W, Hyden W, Gallagher TA. Intervenção no abuso infantil no setor de emergência. *Clin Pediatr Am Norte* 1992;5:1103-31.
- 48 Pollak J, Levy S. Countertransference and failure to report child abuse and neglect. *Child Abuse Negl Int J* 1989;13:515-22.
- 49 Porter GE, Heitsch GM, Miller MD. Munchausen syndrome by proxy: unusual manifestations and disturbing sequelae. *Child Abuse Negl Int J* 1994;18:789-94.
- 50 Portwood SG, Grady MT, Dutton SE. Enhancing law enforcement identification and investigation of child maltreatment. *Child Abuse Negl Int J* 2000;24:195-207.
- 51 Reece MR. Abuso da criança. *Clin Pediatr Am Norte* 1990;4:861-1105.

52 Rio Grande do Sul. Assembléia Legislativa, organizador. Violência doméstica. Porto Alegre: Amencar: 1999.

53 Rodrigues A, Assmar E, Jablonski B. Psicologia social. 18a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.

54 Rosenberg, DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl Int J* 1987;11:547-63.

55 Shor R. Pediatricians in Israel: factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. *Child Abuse Negl Int J* 1998;22:143-53.

56 Silva LR. Conhecimentos e atitudes dos farmacêuticos sobre a regulamentação da profissão e funcionamento de drogarias: uma abordagem sanitária [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2002.

57 Silverman FN. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1953;69:413-27.

58 Socolar RR, Reives P. Factors that facilitate or impede physicians who perform evaluations for child maltreatment. *Child Maltreat* 2002;7:377-81.

59 Souza ER, Assis SG, Alzuguir FC. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. *Rev Bras Saúde Materno Inf* 2002;2:105-16.

60 Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse Negl Int J* 2000;24:1461-70.

61 Warner JE, Hansen DJ. The identification and reporting of physical abuse by physicians: a review and implications for research. *Child Abuse Negl Int J* 1994;18:11-25.

62 Zellman GL. Report decision-making patterns among mandated child abuse reporters. *Child Abuse Negl Int J* 1990;14:325-36.

63 Zellman GL. The impact of case characteristics on child abuse reporting decisions. *Child Abuse Negl Int J* 1992;16:57-74.

6 - ARTIGO

O PEDIATRA FRENTE À IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE MAUS- TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

The pediatrician face a child abuse identification and reporter

Autores : Joelza M.A. Pires, Marcelo Z. Goldani, Elisabeth M. Vieira, Tiago R. Nava,
Letícia Feldens, Kelly Castilhos, Vinícius Simas, Núbia S. Franzon

Trabalho produzido no Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Correspondência: Prof. Dr. Marcelo Zubaran Goldani

Departamento de Pediatria e Puericultura, Faculdade de Medicina, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos 2400. 90035-003. Porto Alegre,
RS, Brazil. E-mail: mgoldani@hcpa.Ufrgs.br

Abstract

This paper determine the risk factors for not notifying child abuse for protection child services (CPS) by pediatricians. It is a cross-sectional study carried out in Porto Alegre, Brazil. A randomized sample of pediatricians was collected from records of the local pediatric association. Socio-demographic variables, post and graduation backgrounds, knowledge and behavior regarding to child abuse were obtained by means of an anonymous questionnaire and related to the attitude of not notifying a case of child abuse. After a descriptive analysis, a multivariate analysis was performed by a logistic regression model in order to determine the risk factors for not notifying. Hundred twenty nine were selected from 990 eligible pediatricians, 92 replied the questionnaire. From them, 80 (86.9%) identified at least one case of child abuse and 63 (78.7%) notified at least one of these cases. The majority of pediatricians showed a level of knowledge regarding child abuse from adequate to sufficient, low level of reliability in

CPSs and them reveal fear to be involved in legal prosecution. Low level of knowledge, exclusive work in private sector and report of suffering child abuse were risk factors for not notifying a case of child abuse.

This study pointed out a high rate of identification and notification of child abuse by pediatricians. In order to increase the number of notified cases of child abuse, some measures could be implemented such as: stimulating continuous education programs regarding prevention child abuse, improving protection child institutions and expanding professional support system, mainly for pediatricians in private sector.

Key words : Child abuse, Reporter by pediatrician, Domestic Violence, Child Health service

Resumo

Este artigo tem como objetivo avaliar entre os pediatras, quais fatores interferem na notificação de maus-tratos infantis. Na metodologia optou-se por estudo observacional transversal, de cunho quantitativo, onde uma amostra de pediatras foi selecionada aleatoriamente dos arquivos da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Variáveis sócio-demográficas, formação profissional, conhecimento e comportamento diante de casos de maus-tratos foram obtidos através de questionário anônimo e relacionados com a não notificação. Após análise descritiva, uma análise multivariada, foi efetuada para determinar fatores associados à não notificação de casos de abuso infantil. Dos 129 selecionados entre 990 pediatras inscritos, 92 responderam o questionário, 80 (86,9%) identificaram algum tipo de abuso infantil, e desses 63 (78,7%) notificaram aos órgãos de proteção. A maioria dos pediatras apresentou grau de conhecimento sobre o tema entre bom e regular, um baixo grau de confiança nos órgãos de proteção à criança e

temor de envolvimento legal. Possuir conhecimento insuficiente sobre abuso infantil, trabalhar exclusivamente no setor privado e referir ter sido vítima de abuso na infância foram fatores que influenciaram a não notificação. O estudo demonstra alta taxa de identificação e notificação de violência contra a criança pelos pediatras, um problema altamente prevalente em nosso meio. Investimento em formação continuada do pediatra, ampliação e qualificação da rede de proteção à criança e de suporte profissional, principalmente para o pediatra atuante no setor privado, poderá reverter no aumento dos casos notificados.

Palavras Chave: Maus-tratos infantis, Notificação de abuso, Violência doméstica, Pediatra e notificação.

INTRODUÇÃO

A notificação obrigatória de violência contra crianças ou adolescentes foi instituída no Brasil no início da década de 90 através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Segundo essa lei, toda a suspeita ou confirmação de abuso infantil deverá ser obrigatoriamente notificada aos órgãos de proteção (art.13) (Brasil,1990 e 2002). Nos Estados Unidos a precisão diagnóstica não é requerido quando o médico notifica maus-tratos. A legislação exige apenas “uma causa razoável de suspeita” que a criança foi maltratada (Saulsbury & Campbell, 1985; Warner & Hansen 1994). O pediatra encontra-se freqüentemente diante do dilema da notificação, sofrendo pressões legais, profissionais e emocionais que podem influenciar na decisão.

Zellman e Finkelhor, classificaram os profissionais em 4 grupos: Primeiro, são os profissionais que sempre notificam, são comprometidos, bem treinados e com bom

conhecimento em violência infantil; o segundo grupo são os que nunca notificam, tem pouco treinamento e conhecimento limitado; o terceiro são àqueles profissionais que não se envolvem e que nunca se deparam com situações de violência contra a criança e o quarto grupo às vezes notificam, outras vezes não notificam. Neste grupo não falta conhecimento nem experiência, são bem treinados e o que distingue dos outros grupos é a crítica negativa destes profissionais, em relação, à atuação das instituições de proteção à crianças (Zellman e Finkelhor, 1991).

Estudos avaliando atitudes de médicos em países que possuem legislação semelhante apontam uma taxa de notificação inferior aos casos identificados, teoricamente essa relação deveria ser 1:1 (Gonçalves & Ferreira 2002; Ron 1998; Vulliamy & Sullivan 2000; Warner & Hansen 1994).

Vários fatores interferem na atitude do médico de notificar ou não o abuso infantil, citam-se: o tipo e a gravidade do maltrato, conhecimento insuficiente sobre os procedimentos de notificação, a deficiência de estruturas de atendimento, influências culturais, experiências prévias, desconfiança nos serviços de proteção à criança, medo de serem processados, envolvimento emocional com a família da criança vítima, a idade da criança, a explicação do abuso pelos pais, a percepção do pediatra da gravidade dos casos

(Zellman 1990 e 1992; Assis 1994; Warner & Hansen 1994; Escobar 1995; William & Locke 1997; Haeringen et al. 1998; Vulliamy & Sullivan 2000).

Nesses estudos notou-se que o pediatra teria uma propensão a sub avaliar a gravidade do abuso quando comparado com outros trabalhadores da saúde, notificando-

os com menor frequência (Vulliamy & Sullivan 2000; Warner & Hansen 1994; Souza et al. 2002; Soccolar & Reives 2002).

No Brasil não há estudos quantitativos sobre fatores relacionados à identificação e notificação de violência infantil pelos pediatras. Em estudo qualitativo sobre a atuação do pediatra diante deste tema, o despreparo técnico e a desconfiança nas instituições de proteção foram apontados como as maiores dificuldades para notificação dos casos (Almeida 1998).

Considerando a importância do tema, o estudo avaliou a relação entre identificação e notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelo pediatra, pontuando fatores que interferem no diagnóstico e posterior notificação, relacionando a prática clínica com o grau de conhecimento e o comportamento diante da violência infantil.

METODOLOGIA

Um estudo observacional transversal foi feito a partir de uma amostra aleatória de pediatras de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando a população de 990 pediatras registrados na Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Um tamanho de amostra com 92 pediatras permitiria detectar diferenças de 20% na taxa de notificação entre grupos de pediatras que atuam no setor público e privado, com intervalo de confiança de 95% ou $p < 0,05$, com um poder de teste de 80%.

Um questionário padronizado com 55 questões foi desenvolvido para estudar a relação do pediatra com os maus-tratos contra crianças avaliando a influência de características demográficas do profissional, do conhecimento e da história pessoal sobre a atitude de notificar um caso de abuso. A consistência interna do questionário foi avaliada através de estudo piloto, apresentando um Alfa de Crombach = 0.72 (Oppenheim 1992).

As variáveis sócio-demográficas avaliadas foram idade (anos completos), sexo (masculino ou feminino), ter filhos (sim ou não), experiência profissional (< 11 anos, 11 anos a 20 anos, > 20 anos), tipo de faculdade cursada (pública ou privada), grau de formação (especialização, residência, pós-graduação, nenhuma).

Na avaliação do grau de conhecimento do pediatra sobre maus-tratos, 21 questões pontuavam aspectos relacionados ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção. Foram utilizadas vinhetas baseadas em casos verídicos acompanhados num serviço de referência (Serviço de proteção à criança), selecionando histórias de violência sexual, física, emocional e negligência. As questões com maiores taxas de erro receberam valor 3 e 2 respectivamente, alcançado um total de 24 acertos possíveis. O grau de conhecimento foi classificado da seguinte forma: Insuficiente (0- 17 acertos), suficiente (14 – 16 acertos), bom (18-24 acertos).

A atitude do pediatra frente aos maus-tratos também foi avaliada através de vinhetas com histórias verídicas. As respostas obedeceram à Escala de Likert (Oppenheim 1992; Rodrigues 1999), à qual o profissional respondia de acordo com a

sua opinião (concordo, concordo plenamente, nem concordo nem discordo, discordo e discordo plenamente). As respostas foram dicotomizadas considerando a atitude como positiva ou negativa, de acordo com o desfecho abordado na questão. Foram avaliados o grau de confiança nos órgãos de proteção à criança (confia e não confia) e o medo de envolvimento legal (sim ou não).

Na última seção do questionário, avaliaram-se a história de ter sofrido algum tipo de violência na infância (sim ou não), o tipo de agressão sofrida (física, sexual, emocional, negligência), se já atendera algum caso de violência contra criança, se notificara (sim ou não).

Os dados foram analisados através de estatística descritiva com intervalo de confiança (IC) de 95%. Uma análise multivariada, através de regressão logística, foi realizada para determinar as barreiras para a não notificação de casos de abuso. Foi considerada não notificação quando o pediatra informou haver identificado pelo menos 1 caso de abuso infantil, porém não o notificou aos órgãos de proteção. Foi incluída no modelo logístico a variável associada significativamente à notificação na análise bivariada, considerando um IC de 95%.

A avaliação dos aspectos éticos foi realizada pela comissão de ética do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os pediatras foram contatados por telefone por estudantes de medicina previamente treinados. Caso concordassem em responder o questionário, este era entregue em mãos. Todos foram recolhidos sem identificação e colocados numa urna.

RESULTADOS

Foram selecionados 129 pediatras, 32 não preencheram os critérios de inclusão por mudança de cidade, de especialidade ou por morte. Dos 97 pediatras elegíveis, 5 negaram-se a participar da pesquisa, caracterizando uma perda de 5,15%.

Dos 92 pediatras que responderam ao questionário, 80 (86,96%) informaram ter identificado pelo menos um caso de maus-tratos e, desses, apenas 17 (21,25%) não notificaram o caso identificado aos órgãos de proteção à infância. A violência física foi identificada por 63 (78,75%); a violência sexual por 57 (71,25%), a violência emocional por 33 (41,25%) e a negligência por 58 (72,5%) dos pediatras. O grau de conhecimento, o tempo e o local da atividade profissional não influenciaram na possibilidade de identificar um caso de violência infantil.

As características sócio-demográficas apontam para um predomínio significativo do sexo feminino, em que a mediana da idade foi de 42 anos (26 min.-76 max.). A maioria teve acesso à formação em faculdades públicas, acesso à residência médica e/ou a pós-graduação. A maioria significativa tem atuação no setor público. A mediana do tempo de formação na graduação foi de 17,5 anos (3 min. - 47 max.) .(Tabela 1).

A maior parte dos pediatras apresentou um grau de conhecimento sobre violência infantil suficiente, apesar da maioria deles não ter realizado treinamento específico nessa área; 94,6% relataram temer sanções legais por notificar um caso de violência contra criança e 53,23% não confiaram nas instituições de proteção (Tabela 2).

Entre os fatores associados à não notificação destacam-se o grau de conhecimento insuficiente e trabalhar no setor exclusivamente privado. Após ajuste, apenas a falta de conhecimento relacionou-se independentemente à não notificação. (Tabela 3).

Em relação a ter sofrido algum tipo de violência na infância, 11 (11,06%) dos pediatras relataram terem sido vítimas de maus-tratos na infância. Desses, apenas 50% notificaram casos de maus-tratos identificados.

DISCUSSÃO

A estatística mundial da violência contra crianças e adolescentes vem sendo estimada em torno de milhões sendo frequente na clínica do profissional médico. No Brasil, apesar da obrigatoriedade legal, a sub-notificação ainda é marcante (Gonçalves & Ferreira 2002).

Este estudo mostrou uma taxa elevada de identificação e notificação de maus-tratos infantís na prática pediátrica, embora a relação entre identificação e notificação tenha sido menor (1: 0,79) que a referida em outros estudos feitos em países desenvolvidos (1: 0,89) (Warner & Hansen 1994). Talvez a explicação para este achado esteja associado aos diversos fatores citados que influenciam na atitude de notificar do pediatra.

Estudos apontam taxas de notificação significativamente inferiores quando o caso de violência infantil é diagnosticado por pediatras atuantes exclusivamente no setor privado. O isolamento deste pediatra, sem o suporte institucional, estaria inibindo atitudes pró-ativas em relação à notificação de casos de maus-tratos contra criança. Ao contrário dos pediatras que atendem no hospital onde o caso é avaliado entre os diversos profissionais atuantes. Deslandes 1994, afirma que “ *há necessidade de consolidar uma rede que integre vários equipamentos sociais. A atuação de uma equipe que conjugue a experiência de vários profissionais ligados a diferentes áreas. A equipe multiprofissional – com psicólogos, médicos, assistentes sociais entre outros- favorece uma atenção mais completa aos distintos problemas e necessidades envolvidos na questão da violência doméstica*”.

No estudo atual, os pediatras atuantes no setor privado, apesar de uma taxa de identificação semelhante ao público, notificam muito menos os casos de violência identificados quando comparados com outros setores. Também outros fatores podem ser determinantes na não notificação dos casos, tais como: envolvimento emocional e aspectos financeiros, são pacientes que exigem maior tempo do pediatra para a elucidação do caso; o temor de envolvimento legal, relatado pela grande maioria dos pediatras (Pollac & Sheldon 1989; Zellman & Finkelhor 1991; Warner 1994). Todavia, os resultados apontam que o incremento do conhecimento sobre a tema, poderia atuar como facilitador para a notificação de casos suspeitos, amenizando essas dificuldades.

Vários estudos apontam a influência positiva do conhecimento, do acesso a treinamento e da qualificação da formação médica sobre a atitude dos profissionais de

saúde em notificar. Os achados desse estudo confirmam essa associação (Vulliamy & Sullivan 2000; Deslandes 1994; Braz & Cardoso 2000; Portwood et. al. 2000; Haeringen et. al. 1998; Kalichman et. al. 1990). O grau de conhecimento independe do local e do tipo de inserção do profissional de saúde. Neste sentido, a maioria significativa dos pediatras de Porto Alegre esteve habilitada a lidar adequadamente com as situações expostas no instrumento de pesquisa. Contudo, isto não refletiria o cotidiano do pediatra, pois situações reais poderiam ser conduzidas de maneira distinta às propostas no questionário.

O baixo grau de confiança nos órgãos de proteção têm sido fator independentemente relacionado com a não notificação, mesmo em países de notificação mandatória e com sistema de proteção adequado (Ron 1998; Zellman 1990; Haeringen et al. 1998; Assis 1994; Finkelhor & Zellman 2000). Neste estudo, surpreendentemente, a notificação não foi influenciada pelo grau de confiança nos órgãos de proteção. Esse achado estaria evidenciando uma mudança de atitude do pediatra? Alterações contextuais em que o combate à violência infantil tornou-se uma política forte no âmbito da saúde coletiva, com inúmeras estratégias de prevenção e veiculação na mídia, influenciaria positivamente a decisão de notificar. No entanto, a possibilidade da notificação levar a um prognóstico ainda menos favorável faz parte desse cenário, pois nos confrontamos com estruturas de proteção à crianças ineficazes e inoperantes .

Outras questões seguem abertas, salientando-se a surpreendente taxa de pediatras que relataram terem sido vítimas de violência na infância e sua associação com a

atitude de não notificar. Esse achado aponta para a direção oposta dos poucos achados que investigaram essa relação (Pollac & Sheldon 1989). O receio de mobilizar sentimentos indesejáveis ligados a uma experiência traumática influenciaria a decisão de não notificar um caso de violência infantil, porém essa hipótese deve ser explorada em futuras investigações.

Um achado contraditório foi apontado no estudo, pois, apesar da alta taxa de desconfiança nos órgãos de proteção e do temor de ser envolvido em um processo legal, a notificação de casos de violência infantil foi uma prática freqüente entre os pediatras. A atitude de notificar dependeu fortemente do grau de conhecimento sobre o tema e do setor de atuação profissional.

Neste estudo ressaltam-se algumas limitações. Primeiro, não foi possível precisar o número total de casos de violência identificados e notificados pelos pediatras, nem o setor de atuação do pediatra em que o caso foi identificado. Muitos pediatras desenvolvem atividade profissional há muitos anos com trocas de inserção entre privado e público. Neste caso, para evitar viés de lembrança, questionou-se apenas se havia notificado algum dos casos identificados e o setor em que estava atuando no momento. Segundo, o grau de gravidade dos casos de maus-tratos não foi identificado. Sabe-se que este fator é importante para a notificação do caso (Gonçalves & Ferreira 2002; Ron 1998). No entanto, não havia diferença significativa nos tipos de maus-tratos identificados entre os pediatras que notificaram e não notificaram, embora a violência emocional tenha sido o tipo menos freqüente. Fora isso, questões culturais, tais como crença religiosa e outras, as quais poderiam estar influenciando atitudes profissionais, também não foram avaliadas. Apesar dessas limitações, este estudo foi capaz de

identificar os fatores que acercam o pediatra diante de um caso de violência contra criança, influenciando na sua atitude no momento da notificação.

Finalmente, prevenir casos de violência infantil ou reduzir suas seqüelas é uma das muitas tarefas do pediatra. Nesse sentido, o incremento de programas de formação continuada com treinamento específico de profissionais e ensino de normas para a notificação; a inserção do tema nos currículos de ensino médio e superior; o aprimoramento das instituições de proteção à criança e ao adolescente e a ampliação das redes de suporte profissional poderão reduzir o grau de insegurança profissional e aumentar o número de notificações de casos de abuso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Brasil. Ministério da Saúde, 2002. Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília.
2. Brasil (lei 8069/ 1990). Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, Ministério da Justiça . 146p
3. VULLIAMY, A. P. & SULLIVAN, R., 2000. Reporting Child Abuse: Pediatrician's Experiences with Child Protection System. Child Abuse Neglect, 24:1461-70.
4. GONÇALVES, H. S. & FERREIRA, A. L., 2002. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Caderno de Saúde Pública, 18:315-19.

5. RON, S., 1998. Pediatrician in Israel: Factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. *Child Abuse Neglect*, 22:143-53.
6. WARNER, J. E. & HANSEN, D. J., 1994. The identification and reporting of physical abuse by physicians: a review and implications for research. *Child Abuse Neglect*, 18: 11-25.
7. SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G. & ALZUGUIR, F. C., 2002. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 2:105-116.
8. DESLANDES, S. F., 1994. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Caderno de Saúde Pública*, 10:177-87.
9. WILLIAM, N.; MARSHALL, J. & LOCKE, C., 1997. Statewide Survey of Physician Attitudes to Controversies about Child Abuse. *Child Abuse Neglect*, 21:170-79.
10. ZELLMAN, G. L., 1992. The impact of case characteristics on child abuse reporting decisions. *Child Abuse Neglect*, 16:57-74.
11. ZELLMAN, G. L., 1990. Report decision – making patterns among mandated child abuse reporters. *Child Abuse Neglect*, 14:325-36.
12. HAERINGEN, A. R.; DADDS, M. & ARMSTRONG, K. L., 1998. The child abuse lottery- will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse Neglect*, 22:159- 69.
13. OPPENHEIM, A. N., 1992. *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement*. London: Pinter.
14. ESCOBAR, S. F., 1995. A study of factors influencing child abuse reporting by mental health-professionals. Tese de Doutorado, Illinois: Universidade de Illinois.

15. ALMEIDA, E. C., 1998. Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
16. ASSIS, S. G., 1994. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Caderno de Saúde Pública*, 10:126 -34.
17. BRAZ, M. & CARDOSO, M. H. C. A., 2000. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8:91-97.
18. PORTWOOD, S. G.; GRADY, M. T. & DUTTON, S. E., 2000. Enhancing law enforcement identification and investigation of child maltreatment. *Child Abuse Neglect*, 24:195- 07.
19. FINKELHOR, D. & ZELLMAN, G. L, 2000. Flexible reporting options for skilled child abuse professionals. *Child Abuse Neglect*, 15:335-41.
20. HAERINGEN, A. R. V.; DADDS, M. & ARMSTRONG, K. L., 1998. The child abuse lottery-will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse Neglect*, 22:159-69.
21. GOMES, R.; DESLANDES, S. F.; BHERING, C. & SANTOS, J., 2002. Por que as crianças são maltratadas? Explicação para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 18:707-14.
22. KALICHMAN, S. C.; CRAIG, M. E. & FOLLINGSTAD, D. R., 1990. Professionals' adherence to mandatory child abuse reporting laws:effects of responsibility attribution, confidence ratings, and situational factors. *Child Abuse Neglect*, 14:69-77.

23. RODRIGUES, A.; ASSMAR, E. & JABLONSKI, B., 1990. *Psicologia Social*. Rio de Janeiro: Vozes.
24. SOCOLAR, R. R. S. & REIVES, P., 2002. Factors that facilitated or impeded physicians who perform evaluations for child maltreatment. *Child Maltreat*, 7:377- 81.
25. POLLAC, J. & SHELDON, L., 1989. Countertransference and failure to report child abuse and neglect. *Child Abuse Neglect*, 13:515-22.
26. SAULBURY, F.T & CAMPBELL, R.E , 1985. Evaluation of child abuse reporting by physicians. *American journal of diseases of Children*, 139, 393-395.

Tabela 1. Frequência das variáveis sócio-demográficas.

| Variável | n=92 | % | IC 95% |
|-----------------|-------------|----------|---------------|
| Sexo | | | |
| Masculino | 36 | 39,13 | 29,12 – 49,86 |
| Feminino | 56 | 60,87 | 50,14 – 70,88 |

| | | | |
|---------------------------|----|-------|---------------|
| Setor de Atividade | | | |
| Público e privado/público | 77 | 83,70 | 74,53 – 90,57 |
| Privado | 15 | 16,30 | 9,42 – 25,46 |
| Filhos | | | |
| Não | 34 | 36,96 | 27,12 – 47,65 |
| Sim | 58 | 63,04 | 52,34 – 72,88 |
| Graduação | | | |
| Especialização | 8 | 8,70 | 3,83 – 16,42 |
| Residência | 67 | 72,83 | 62,55 – 81,58 |
| Mestrado/doutorado | 15 | 16,30 | 9,42 – 25,45 |
| Nenhuma | 2 | 2,17 | 0,26 – 7,63 |
| Universidade | | | |
| Pública | 74 | 80,43 | 70,85 – 87,97 |
| Particular | 17 | 18,48 | 11,15 – 27,92 |
| Não informou | 1 | 1,09 | 0,03 – 5,91 |
| Tempo de formado | | | |
| < 11 anos | 26 | 28,26 | 19,36 – 38,61 |
| 11-20 anos | 29 | 31,52 | 22,23 – 42,04 |
| > 20 anos | 34 | 36,96 | 27,12 – 47,65 |
| Não informou | 3 | 3,26 | 0,68 – 9,23 |
| Sofreu abuso | | | |
| Sim | 11 | 11,09 | 6,12 – 20,39 |
| Não | 80 | 86,96 | 78,32 – 93,07 |
| Não responderam | 1 | 1,09 | 0,03 – 5,91 |

Tabela 2. Frequência do grau de conhecimento sobre violência infantil e confiança nas instituições de proteção à criança.

| Variável | N | % | IC 95% |
|---------------------|---|---|--------|
| Conhecimento | | | |

| | | | |
|------------------|----|-------|---------------|
| Suficiente | 54 | 58,70 | 47,94 – 68,86 |
| Insuficiente | 38 | 41,30 | 31,13 – 52,05 |
| Confiança | | | |
| Sim | 38 | 41,30 | 31,13 – 52,05 |
| Não | 49 | 53,26 | 42,56 – 63,74 |
| Não sei | 5 | 5,43 | 1,79 – 12,23 |

Tabela 3. Razão de chance para não notificação de caso de violência infantil .

| Variável | Identificação n= 80 n (%) | Notificação n= 63 n (%) | RC | IC (95%) | RC * ajustado | IC (95%) |
|--------------------------|--|--------------------------------------|-----------|-----------------|--------------------------------|-----------------|
| Sexo Masculino | 33 (91,67) | 26 (78,79) | - | - | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|--------------|--------------|------|--------------|------|--------------|
| Feminino | 47 (83,93) | 37 (78,72) | 1,01 | 0,34 – 2,98 | | |
| Setor de Atividade | | | | | | |
| Privado e público /público | 69 (89,61) | 58 (84,06) | - | - | - | - |
| Privado (exclusivo) | 11 (73,33) | 5 (45,45) | 6,33 | 1,64 – 24,42 | 1,09 | 0,29 -4,06 |
| Filhos | | | | | | |
| Sim | 52 (89,66) | 40 (76,92) | 1,38 | 0,43 – 4,41 | | |
| Não | 28 (82,35) | 23 (82,14) | | | | |
| Graduação | | | | | | |
| Mestrado/doutorado | 12 (80,00) | 10 (83,33) | - | - | | |
| Residência | 57 (85,07) | 48 (84,21) | 1,15 | 0,22 – 5,99 | | |
| Especialização/nenhuma | 9 (90,00) | 4 (44,44) | 5 | 0,44 – 31,62 | | |
| Universidade | | | | | | |
| Pública | 65 (84,87) | 51 (78,46) | - | - | | |
| Particular | 14 (82,35) | 11 (78,57) | 1,01 | 0,25 – 4,11 | | |
| Tempo de formado | | | | | | |
| < 11 anos | 24 (92,31) | 21 (87,50) | - | - | | |
| 11-20 anos | 24 (82,76) | 20 (83,33) | 1,4 | 0,28 – 7,05 | | |
| > 20 anos | 29 (85,29) | 20 (68,96) | 3,15 | 0,74 – 13,33 | | |
| Conhecimento | | | | | | |
| Suficiente | 49 (61,25) | 43 (87,78) | | | | |
| Insuficiente | 31 (38,75) | 20 (64,25) | 3,94 | 1,27 -12.16 | 4,08 | 1,19 – 14,06 |
| Confiança | | | | | | |
| Não | 44 (89,80) | 38 (86,36) | - | - | | |
| Sim | 32 (84,21) | 24 (75,00) | 2,11 | 0,65 – 6,84 | | |

RC: razão de chance

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. A estatística mundial da violência contra crianças e adolescentes vem sendo estimada em torno de milhões e seguramente tem sido freqüente na prática médica. Este estudo mostrou uma taxa elevada de identificação de abuso infantil na prática pediátrica, contudo, muitos fatores dificultaram a notificação, principalmente em relação ao local de trabalho do profissional e ao grau de conhecimento.

1. A atuação profissional exclusivamente no setor privado influenciou significativamente para uma menor probabilidade de notificação dos casos identificados. Os fatores determinantes envolvidos nesse achado seriam inexistência de suporte profissional, envolvimento emocional com os pacientes e considerações sobre perdas financeiras.

2. Neste estudo, observou-se que a grande maioria dos pediatras não confiou na atuação das instituições de proteção, embora tenham encaminhado para o conselho tutelar. Esse achado estaria evidenciando uma mudança de atitude do pediatra, contudo ainda reflete a dúvida em relação à notificação de um caso de abuso que poderia trazer mais danos do que benefícios para a criança.

3. A maioria dos profissionais se mostrou temerosa. Talvez o medo estivesse diretamente relacionado ao desconhecimento do processo legal e também da falta de suporte institucional o qual se evidencia no setor privado. Neste sentido, o acesso à programas de formação continuada poderia incrementar as taxas de notificação, diminuindo o estresse do profissional.
4. O grau de conhecimento foi independente do local de trabalho do profissional, da formação médica ou do tempo de experiência. A maioria significativa dos pediatras de Porto Alegre esteve habilitada a lidar adequadamente com as situações expostas no instrumento de pesquisa.
5. O estudo mostrou uma surpreendente taxa de pediatras que reportaram terem sido vítimas de abuso na infância, e sua associação com a atitude de não notificar. O envolvimento emocional do pediatra é um fator ainda pouco explorado nos estudos. O receio de mobilizar sentimentos indesejáveis ligados a uma experiência traumática influenciaria a decisão de não notificar um caso de abuso infantil.
6. O incremento de programas de formação continuada, o aprimoramento das instituições de proteção à criança e ao adolescente e a ampliação das redes de suporte profissional poderão reduzir o grau de insegurança profissional e incrementar o número de notificações de casos de abuso.

ANEXOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA – MESTRADO

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professor: Dr. Marcelo Zubaran Goldani

Central de informações: Cel 9956-1240

Apresentação: Este questionário tem como objetivo identificar sentimentos e conhecimentos do pediatra ao manejar casos de abuso infantil. Será respondido de forma totalmente sigilosa, não sendo necessária a identificação do entrevistado. No momento da entrega do questionário preenchido o consentimento informado será tácito. Os termos, maus tratos, punição, agressão e violência serão uniformizados num único termo: **Abuso Infantil**.

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER O QUESTIONÁRIO.

Manual de Instrução

- 1) Este questionário trata-se de uma pesquisa e não um teste
- 2) O questionário é anônimo (Será impossível a identificação do entrevistado).
- 3) Os envelopes serão colocados numa caixa sem identificação.
- 4) Leia cada questão com atenção e marque apenas uma resposta.
- 5) Este questionário é composto por 4 seções:
 - 1ª Dados pessoais – 8 Questões
 - 2ª Conhecimento – 20 Questões
 - 3ª Atitude/Comportamento – 14 Questões
 - 4ª História Pessoal – 12 questões
- 6) Assinale com um X a resposta que você mais se identifica.
- 7) Na terceira seção (Atitudes), as respostas obedecerão uma escala de valores.
- 8) Solicitamos o prazo de 3 dias para o preenchimento do questionário.
- 9) A última questão é descritiva.

↓ **Não**
preencha

1ª Secção: Dados pessoais esta coluna

| | |
|--|--------------------------|
| 1. Sexo (1)Feminino (2)Masculino | <input type="checkbox"/> |
| 2. Idade _____ anos | <input type="checkbox"/> |
| 3. Filhos (1)Sim (2)Não | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quantos filhos? _____ filhos | <input type="checkbox"/> |
| 5. Graduação (1)Residência médica (2)Mestrado (3)Doutorado (4)Especialização (5) Nenhuma | <input type="checkbox"/> |
| 6. Qual a universidade _____ | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tempo de formado _____ anos | <input type="checkbox"/> |
| 8. Onde trabalha (1)Privado (2)Privado e Público (3)Público | <input type="checkbox"/> |

❖ **FAVOR REVISAR AS QUESTÕES**

2ª Secção: Conhecimento

| | |
|--|--------------------------|
| 1) Uma menina institucionalizada, 4 anos, com retardo no desenvolvimento neuro-psicomotor, sem controle dos esfíncteres, veio à emergência com a queixa principal de febre. Foi feita uma punção supra-púbica que mostrou a presença de <i>Trichomonas vaginalis</i> . Esse achado sugere abuso sexual? (1) Sim (2) Não (3) Não sei | <input type="checkbox"/> |
| 2) Criança de 5 anos, apresenta no exame físico hematomas e equimoses de diferentes idades, nas costas, tronco, membros superiores e inferiores e nádegas. Mãe refere quedas freqüentes. A 1ª hipótese do médico plantonista foi abuso físico, você concorda ? (1) Sim (2) Não (3) Não sei | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--------------------------|
| <p>3) Lactente de 8 meses, deu entrada no Pronto Socorro, morta , acompanhada por sua mãe que estava desesperada. Apresentava ao exame físico palidez, desidratação e uma ruptura anal com fissuras infectadas. A mãe relatou que a criança vinha doente e com febre há 1 semana. Não sabia informar sobre a lesão anal. Trata-se de abuso sexual?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4) Uma professora de uma escola encaminha para você uma menina de 4 anos que ela presenciou 1x se masturbando. Ela acha que a menina está sendo vítima de abuso sexual. Será que ela está certa?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5) Uma menina de 3 anos com paralisia cerebral, fazendo uso de sonda nasogástrica, com desidratação, desnutrição, pesando 6 quilos, em precário estado geral, com assaduras e escaras. O pediatra fez o diagnóstico de negligência materna e a internou. Você concorda com ele?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>6) Uma mãe relata que a sua filha de 6 anos anda com um comportamento muito estranho: masturba-se com frequência, lava as mãos repetidas vezes, tem tido pesadelos e anda agressiva com ela e o padrasto. Abuso sexual seria uma hipótese ?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>7) Você atende na emergência um bebê de 8 meses com queimadura de 3º grau em região glútea e a mãe refere que não se deu conta de que a água estava muito quente. Você concorda com este relato ?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>8) Um bebê de 3 meses, mãe adolescente, entrou na emergência convulsionando, não tinha febre. Na tomografia cerebral computadorizada, apresentou extenso hematoma sub- dural e no fundo de olho, hemorragia de retina. Ficou decidido abrigar o bebê porque não tinha na família quem se responsabilizasse por ele, e a mãe foi encaminhada para psicoterapia. Você acha que esta foi uma boa conduta ?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--------------------------|
| <p>9) Um recém nascido vai à 1ª consulta de revisão e você percebe que ele está com baixo peso, algumas equimoses pelo corpo e pequeno nódulo em região mandibular e glútea. São sinais presentes na Síndrome de Tardieur?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>10) Menina de 1 ano e 4 meses é internada por fratura de crânio em região parieto- occipital. Mãe adolescente, solteira, aparentemente deprimida, ansiosa, refere que a filha é muito agitada e cai muito. Você acha que esta mãe é negligente ?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>11) Uma garota de 7 anos chega ao Pronto Socorro com história de queda e sangramento vaginal. Ao exame físico, você encontra hematoma da porção anterior do grande lábio esquerdo, contusões do intróito e pequena laceração superficial à direita entre os grandes e pequenos lábios. O primeiro diagnóstico seria abuso sexual?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>12) Você atende no ambulatório um paciente de 6 anos, com história de várias internações por crises convulsivas (vistas somente pela mãe). Você lê no seu prontuário que ela foi submetida a vários exames e todos foram normais, foi avaliada por vários especialistas e não se chegou a nenhum diagnóstico. Esta mãe tem uma história de abandono materno na infância e de ter perdido um filho, de uma forma inexplicada, é separada e tem mais 2 filhos menores. A Síndrome de Münchhausen por Procuração explicaria este caso ?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>13) Um menino de 5 anos, paciente do seu consultório, relata que sua mãe o agride fisicamente, xinga-o, humilha-o, põe a sua cabeça dentro do vaso sanitário. Esta criança foi deixada pela mãe na casa da avó materna. Tendo em vista o risco desta criança ser abusada novamente, o pediatra propôs ao conselho tutelar, manter a guarda provisória para a avó. Você concorda com esta decisão?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--------------------------|
| | |
| <p>14) Considera-se a violência contra crianças e adolescentes um problema de Saúde Pública. Com a proposta de treinar profissionais para lidar com este assunto, uma faculdade de medicina inclui o tema “<i>Maus-tratos contra crianças e adolescentes</i>” no currículo. Será que esta medida causaria impacto na prevenção, diagnóstico e tratamento dos casos de abuso infantil?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>15) Uma mãe consulta com o seu bebê num serviço de referência, e o pediatra se depara com algumas situações de risco: ela é HIV +, drogadita . Ele acha que ela tem um grande potencial para maltratar o próprio filho, mas não tem a história de agressão explícita. O pediatra tem medo de notificar e ser injusto com a mãe e resolve o problema sozinho orientando a avó materna a ficar responsável pelo neto. Esta seria uma conduta correta?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>16) Um menino de 12 anos apanhou de facão do padrasto, sendo hospitalizado. O padrasto foi preso e solto logo em seguida. A mãe da criança tentou proteger o marido e o escondeu na própria casa. A irmã da vítima, de 13 anos, procurou o conselho tutelar e pediu para ser abrigada. Em reunião de equipe, juntamente com o conselho tutelar, decidiu-se abrigar as outras crianças. Você concorda com este desfecho?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>17) Um menino de 8 anos apresenta ao exame de genital “<i>Condiloma Acuminado</i>” em região anal e relata ter sido vítima de abuso sexual pelo tio paterno de 19 anos. Ele é encaminhado para retirada cirúrgica da lesão, foi feita a notificação ao Conselho tutelar, a ocorrência policial e o encaminhamento para atendimento psicológico. Essas medidas são suficientes para lidar com a situação?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>18) Um grupo de professores de uma escola num determinado bairro de Porto Alegre detectou, entre os alunos, várias situações de violência doméstica e sugeriu palestras sobre o tema para a comunidade, convidando adolescentes,</p> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--------------------------|
| <p>pais, policiais, funcionários da escola e do posto de saúde. Outros professores foram contra esta estratégia, achando que esta forma de prevenção não ajudaria a resolver o problema. Você concorda com esses últimos?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | |
| <p>19) Na anamnese usual do pediatra não há nenhum questionamento a respeito da forma de disciplina utilizada pelos pais para controlar os limites dos filhos em situação de estresse, e também no currículo do curso da medicina nenhum estudo sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Será que teria algum impacto positivo no diagnóstico, tratamento e prevenção se esses 2 tópicos fossem melhor explorados?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>20) O pediatra ficou em dúvida quanto à possibilidade de abuso, no entanto, resolveu notificar o fato ao conselho tutelar. Ele tomou a decisão correta?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> | <input type="checkbox"/> |

❖ **FAVOR REVISAR AS QUESTÕES**

3ª Secção : Atitude / Comportamento

| | |
|---|--------------------------|
| <p>1) Um bebê de 3 meses deu entrada no hospital com quadro respiratório, apresentando no Rx de Tórax leve broncopneumonia em lobo superior direito e 2 fraturas de costelas em fase de consolidação. Foram solicitados Rx de esqueleto em que mostraram mais 2 fraturas em “<i>alça de balde</i>” na tíbia e no fêmur. Foram identificadas algumas situações de risco, e a criança permaneceu hospitalizada para sua proteção. O caso foi notificado ao conselho tutelar, e a criança só teve alta sob a responsabilidade de um conselheiro e um outro familiar. Você concorda com o desfecho ?</p> <p>(1) Concordo Plenamente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo Plenamente</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2) Uma criança está sendo vítima de incesto. A melhor conduta do profissional é encaminhar o caso para um profissional especializado. Você concorda?</p> <p>(1) Concordo Plenamente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo</p> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|---|
| <p>(4) Discordo (5) Discordo Plenamente</p> | |
| <p>3) O Estatuto da Criança e do Adolescente diz, em seu Artº13, que “<i>os casos de suspeita ou confirmação de maus- tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.</i>”. Você concorda que este artigo se aplica a qualquer forma de violência, independente da gravidade?</p> <p>(1) Concordo Plenamente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo Plenamente</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>4) O pediatra tem um paciente privado, de consultório, de 8 anos de idade que relata que sua mãe o agride diariamente, inclusive mostra lesões pelo corpo em que se identifica marcas de cinto. A mãe foi aconselhada, o pai foi chamado e aconselhado, mas as agressões persistiram. O pediatra não notificou porque não quis se indispor com os pais e perder o paciente. Você concorda com ele ?</p> <p>(1) Concordo Plenamente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo Plenamente</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>5) Uma mãe, durante toda a gravidez, fez uso de álcool, e o bebê nasceu com sérios problemas: Síndrome alcóolico fetal, insuficiência no crescimento e anomalia facial. Você acha que esta mãe tem que ser processada?</p> <p>(1) Concordo Plenamente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo Plenamente</p> | <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>6) Você tem medo de ser processado por suspeitar que uma criança está sendo vítima de abuso ?</p> <p>(1) Concordo Plenamente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo Plenamente</p> | <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>7) Na sua opinião os casos de abuso infantil devem ser encaminhados para:</p> <p>(escolha múltipla)</p> <p>(1) Conselho Tutelar</p> <p>(2) Polícia</p> <p>(3) Ministério Público</p> <p>(4) Todos acima</p> <p>(5) Não sei</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |

| | |
|---|---|
| | |
| <p>8) Na sua opinião qual a pena para o agressor e/ou agressora: (escolha múltipla)</p> <p>(1) Prisão</p> <p>(2) Tratamento</p> <p>(3) Penas Alternativas</p> <p>(4) Terapia de família</p> <p>(5) Não sei</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>9) Qual o seu grau de confiança nos serviços de proteção (Conselho Tutelar, Polícia, Ministério Público)?</p> <p>(1) Confio muito (2) Confio (3) Não sei (4) Confio um pouco</p> <p>(5) Não confio</p> | <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>10) Uma mãe muito amorosa e com bom vínculo afetivo com a filha, relata, em consulta, que, às vezes, dá um “tapinha” na filha. Este ato faz parte da educação da criança?</p> <p>(1) Concordo Plenamente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo</p> <p>(4) Discordo (5) Discordo Plenamente</p> | <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>11) Uma criança apresentou ao exame físico várias lesões de marcas de corda pelo corpo. Você preenche o boletim de atendimento e põe o diagnóstico de abuso físico e encaminha para o conselho tutelar. Meses depois, é procurado por um advogado da mãe que quer que você reconsidere sua opinião, pois a mãe está arrependida. Você concordaria em voltar atrás?</p> <p>(1) Concordo Plenamente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo</p> <p>(4) Discordo (5) Discordo Plenamente</p> | <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>12) Você é chamado para depor, como testemunha, de um caso que você atendeu há 2 anos e não lembra mais. Será que o seu testemunho ajudaria esta criança?</p> <p>(1) Concordo Plenamente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo</p> <p>(4) Discordo (5) Discordo Plenamente</p> | <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>13) Menina de 10 anos, negra, atendida num posto de saúde da periferia</p> | <p><input type="checkbox"/></p> |

| | |
|---|--|
| <p>relata para você que é abusada sexualmente e ameaçada de morte. Mostra-se apavorada e pede proteção imediata. Seu pai está esperando na recepção do posto. O que você faria?</p> <p>(1) Chamaria algum serviço de proteção (CT, Polícia, MP) e não a deixaria sair com o pai</p> <p>(2) Deixaria a criança sair com o pai e marcaria retorno com a mãe para esclarecimento</p> <p>(3) Não faria nada</p> <p>(4) Encaminharia para um serviço de referência</p> <p>(5) Não sei</p> <p>14) “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante vexatório ou constrangedor” (Art. 18º- ECA). Você concorda que a não notificação dos casos de violência contra criança ou adolescente , pelo médico, professor ou responsável por estabelecimento de saúde, deve ser punido por lei ?</p> <p>(1) Concordo Plenamente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo Plenamente</p> | |
|---|--|

❖ FAVOR REVISAR AS QUESTÕES

4ª Secção : História Pessoal

| | |
|---|--------------------------|
| <p>1) Alguma vez notificou algum caso ao Conselho Tutelar?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2) Você já leu o Estatuto da Criança e do Adolescente ?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3) Alguma vez você já foi intimado para ser testemunha de defesa de alguma criança vítima ?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| <p>4) Você já teve algum treinamento em Abuso Infantil ?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Se respondeu “Sim”</p> <p>Tipo: (1) Curso (2) Aula (3) Congressos e jornadas (4) Treinamento específico</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>5) Gostaria de ter treinamento específico ?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>6) Já atendeu algum caso de abuso infantil ?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>7) Se atendeu, qual o tipo de abuso infantil ? (escolha múltipla)</p> <p>(1) Físico (2) Sexual (3) Emocional (4) Negligência</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>8) Você alguma vez ficou emocionalmente ligado com algum caso atendido ?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>9) Na sua opinião, qual a pior forma de abuso infantil ?. Enumere de 1 a 4 por ordem crescente de gravidade :</p> <p>() Física</p> <p>() Sexual</p> <p>() Emocional</p> <p>() Negligência</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>10) Você já foi vítima de alguma forma de abuso na sua infância ?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>11) Se respondeu “sim”, qual a forma ?</p> <p>(1) Física</p> <p>(2) Sexual</p> <p>(3) Emocional</p> <p>(4) Negligência</p> <p>(5) Todas</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|
| (6) Outra | Qual ? _____ | |
| 12) Quem foi o agressor? | | <input type="checkbox"/> |
| (1) Pais | | <input type="checkbox"/> |
| (2) Pai | | <input type="checkbox"/> |
| (3) Mãe | | <input type="checkbox"/> |
| (4) Parente | Quem ? _____ | <input type="checkbox"/> |
| (5) Conhecido | Quem ? _____ | <input type="checkbox"/> |
| (6) Desconhecido | | |

❖ FAVOR REVISAR AS QUESTÕES

13) Resuma, em algumas palavras, seus sentimentos frente ao Abuso Infantil :

❖ FAVOR REVISAR AS QUESTÕES