

Crianças hospitalizadas por maus-tratos em UTI de serviço público de saúde

Children hospitalized due to maltreatment in the ICU of a Public Health Service

Niños hospitalizados por maltrato en UTI de servicio público de salud

Letícia Medeiros Santomé^I, Sandra Maria Cezar Leal^{II}, Joel Rolim Mancia^{II}, Antônio Marcos Freire Gomes^{III}

^I Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre-RS, Brasil.

^{II} Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre-RS, Brasil.

^{III} Universidade do Estado do Pará. Belém-PA, Brasil.

Como citar este artigo:

Santomé LM, Leal SMC, Mancia JR, Gomes AMF. Children hospitalized due to maltreatment in the ICU of a Public Health Service. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1420-7. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0502>

Submissão: 04-07-2017

Aprovação: 06-12-2017

RESUMO

Objetivo: caracterizar as crianças hospitalizadas por violência, em uma UTI pediátrica, em 2011; relacionar violência e os mecanismos de trauma com o óbito; conhecer a contextualização da violência, a partir dos registros nos prontuários. **Método:** coorte retrospectivo, realizado em um hospital de pronto socorro, Porto Alegre/RS, nos registros de 22 crianças internadas na UTI, por violência. Realizou-se análise quantitativa por índices frequenciais absolutos e relativos, qui-quadrado e risco relativo. **Resultados:** 54,5% eram meninos, raça/etnia branca 81,8% e 50% tinham até três anos. Violência física 50% e a negligência 36,4%, familiar da criança (77,3%), destaque para a mãe (35,3%). Mecanismos de agressão: queda (22,7%), queimaduras (18,2%). As queimaduras apresentaram risco elevado para óbito. Alta para casa após internação em UTI (59,1%). **Conclusão:** Considera-se que a caracterização dos casos de violência reflete a complexidade do tema, principalmente, diante das histórias de vida que envolve cada caso de criança hospitalizada por este agravo.

Descritores: Violência; Criança; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to characterize children hospitalized due to violence in a pediatric ICU in 2011; to relate violence and the mechanisms of trauma with death; to know the contextualization of violence, from the records in the medical records. **Method:** retrospective cohort, performed in a first aid hospital, Porto Alegre city, in the records of 22 children hospitalized in the ICU due to violence. Quantitative analysis was performed by absolute and relative frequency rates, chi-square and relative risk. **Results:** 54.5% were boys, 81.8% were white and 50% were up to three years old. Physical violence 50% and neglect 36.4%, family of children (77.3%), highlighting the mother (35.3%). Mechanisms of aggression: fall (22.7%), burns (18.2%). Burns were at high risk for death. Discharge to go home after ICU admission (59.1%). **Conclusion:** It is considered that the characterization of the cases of violence reflects the complexity of the theme, mainly, in face of the life histories that surround each case of children hospitalized by this aggravation.

Descriptors: Violence; Children; Intensive Care Units; Nursing; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar a los niños hospitalizados por violencia, en una UTI pediátrica, en 2011; relacionar la violencia y los mecanismos de trauma con el óbito; conocer la contextualización de la violencia, a partir de los registros en los prontuarios. **Método:** el corte retrospectivo, realizado en un hospital de pronto socorro, ciudad de Porto Alegre/RS, en los registros de 22 niños internados en la UTI por violencia. Se realizó un análisis cuantitativo por índices frecuenciales absolutos y relativos, qui-cuadrado y riesgo relativo. **Resultados:** 54,5% eran niños; 81,8% raza/etnia blanca y 50% tenían hasta tres años. Violencia física 50% y la negligencia 36,4%; familiar del niño (77,3%), destaque para la madre (35,3%). Mecanismos de agresión: caída (22,7%), quemaduras (18,2%). Las quemaduras presentaron un alto riesgo de muerte. Alta para el hogar después de la

internación en UTI (59,1%). **Conclusión:** Se considera que la caracterización de los casos de violencia refleja la complejidad del tema, principalmente ante las historias de vida que envuelve cada caso de los niños hospitalizados por este agravio.

Descriptores: La Violencia; Niños; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermería; Salud Pública.

AUTOR CORRESPONDENTE Joel Rolim Mancia E-mail: joelmancia@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Este estudo está inserido em um projeto de pesquisa do curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos “Crianças Hospitalizadas Por Maus-Tratos em UTI de um Serviço Público de Saúde: a equipe de enfermagem frente ao problema”.

Estima-se que 10% das crianças que chegam em um serviço de saúde de emergência sofrem maus-tratos, em sua maioria intradomiciliares, ocultos e repetitivos. Anualmente, quase 3.500 crianças morrem mundialmente por maus-tratos físicos e negligência⁽¹⁻²⁾. Trata-se de um tema atual e de extrema importância, que adquire proporções alarmantes, tornando-se um grave problema de saúde pública⁽³⁾. Destaca-se que, o Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil, de Porto Alegre, registrou 25% de aumento nos casos de agressão contra crianças e adolescente até outubro de 2013⁽⁴⁾.

O Estatuto da Criança e do Adolescente no art. 5º prevê que, “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”⁽⁵⁾. No entanto, um “muro de silêncio” costuma erguer-se em torno dos casos de violência, o que resulta em prejuízos psicológicos, emocionais e sociais para estas vítimas. Além disso, a notificação dos casos de violência contra as crianças ainda é deficitária, o que dificulta a visibilidade da extensão do problema⁽³⁾.

Esta violência pode ocorrer sob diversas manifestações, em diferentes grupos sociais, como: escolas, instituições, entre outros. Porém, a maior concentração dos casos de abusos ocorre no próprio lar, onde a relação de poder e hierarquia entre adultos e crianças é muito forte⁽⁶⁾. Os principais tipos de violência são: física, sexual, psicológica e negligência. As quais também podem ocorrer de forma concomitante e, além dos prejuízos específicos de cada abuso, somados ou isolados, causam efeitos psicológicos de difícil reversão⁽⁷⁾. Ressalta-se que, “independente da forma de apresentação, a violência acarreta consequências que vão refletir no desenvolvimento infantil a partir do comprometimento nas esferas física, social, comportamental, emocional e cognitiva”⁽⁸⁾.

A relevância do estudo consiste no fato de que os profissionais de saúde que atendem as crianças vítimas de violência devem estar preparados para cuidar desta criança e da família que a acompanha. Elas necessitam do cuidado individual e integral por parte da equipe de enfermagem, que além do tratamento das lesões, envolve os diversos danos emocionais⁽¹⁾. Para isso, conhecer as variáveis que interferem neste contexto, pode subsidiar os profissionais da saúde na prestação de atendimento qualificado a essa população.

Este estudo se dá a partir de internações de crianças em uma unidade de cuidados intensivos (UTI) pediátrica de referência ao trauma, de um hospital de pronto socorro de Porto Alegre. Destaca-se que a indicação de hospitalização da criança em uma UTI é decorrente da gravidade das lesões físicas causadas pela agressão

e/ou negligência. Portanto, considera-se que esse contexto justifica a importância do estudo.

A questão de pesquisa foi constituída pelo seguinte questionamento: “qual a caracterização das crianças hospitalizadas em uma UTI, por agravos decorrentes de agressão e/ou negligência?”.

OBJETIVO

- Caracterizar as crianças internadas em decorrência de algum tipo de violência segundo idade, sexo, raça/etnia, tempo de internação, tipo de violência, localização da lesão, desfecho do atendimento e agressor; hospitalizadas em uma UTI pediátrica, no ano de 2011;
- Relacionar as condições de violência e os mecanismos de trauma com o óbito;
- Contextualizar a violência sofrida pela criança a partir dos registros nos prontuários da UTI em estudo.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa seguiu as normas preconizadas pela Resolução 466/2012⁽⁹⁾ e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo do tipo coorte retrospectiva realizado na UTI Pediátrica de um Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre/RS, referência no atendimento ao trauma. O período do estudo refere-se ao ano de 2011.

População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas todas as crianças com até 12 anos, internadas por algum tipo de violência, no ano de 2011. A coleta dos dados foi realizada nos prontuários. No período em estudo, 263 crianças foram hospitalizadas nesta UTI. Inicialmente, 139 participantes foram excluídos, pois os motivos da internação e do mecanismo do trauma não estavam relacionados ao tema do estudo. Foram analisados 124 prontuários, cujos motivos da internação indicavam a possibilidade de terem sido vítimas de agressão/negligência como, por exemplo, queimaduras, agressão por arma de fogo, entre outros. Assim, a partir dos registros dos prontuários, foram identificados 22 casos de crianças hospitalizadas por agressão/negligência.

Protocolo do estudo

Os dados foram acessados a partir de um sistema de registro existente na unidade, no qual são inseridos dados relativos a cada internação de criança ali assistida. Para coleta de dados utilizou-se um instrumento que contemplou as seguintes variáveis: idade, sexo, raça/cor, região de origem, agressor, tipo de violência, localização das lesões, mecanismo da agressão e desfecho da internação. Também foram analisados os registros dos profissionais de

saúde para contextualizar a situação de violência que motivou a internação da criança na UTI.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados em planilha do excel e analisados com o uso do *software Epi-Info* versão 3.4.2 e *Statistical Package for the Social Sciences*® SPSS v 22. Para análise utilizou-se a estatística descritiva e foram calculadas as frequências absolutas e relativas. A contextualização da situação de violência, que motivou a internação, foi resgatada nos registros e categorizadas segundo os tipos de violência.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados, primeiro, referente à caracterização das crianças internadas em decorrência de algum tipo de violência na UTI pediátrica em estudo, no ano de 2011. A seguir, será apresentada a contextualização da violência sofrida pela criança a partir da pesquisa nos registros dos prontuários.

Caracterização das crianças hospitalizadas em uma UTI Pediátrica de Trauma em decorrência da violência

Na UTI Pediátrica de Trauma do hospital em estudo, no período de janeiro a dezembro de 2011, foram internadas 22 crianças com idade entre zero e 12 anos, em decorrência de algum tipo de violência. O tempo médio de internação foi de 15 dias. Nas Tabelas 1, 2 e 3 são apresentadas a distribuição dos participantes quanto ao sexo, raça/etnia, faixa etária e a região de origem; quanto ao agressor, tipo de violência, mecanismo da agressão e localização da lesão; e quanto ao tipo de violência, faixa etária e desfecho.

Tabela 1 – Distribuição das crianças internadas, por violência, em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Trauma de Porto Alegre, no ano de 2011, quanto à faixa etária, sexo, cor e região de origem, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
< 1 ano	3	13,6
1 – 3 anos	11	50,0
4 – 6 anos	0	0,0
7 -12 anos	8	36,4
Sexo		
Feminino	10	45,5
Masculino	12	54,5
Raça/etnia		
Branca	18	81,8
Afrodescendente	3	13,6
Sem Registro	1	4,5
Região de Origem		
Região Metropolitana	10	45,3
Capital	9	40,9
Litoral	3	13,6
Total	22	100,0

Tabela 2 – Distribuição das crianças internadas, por violência, em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Trauma, no ano de 2011, quanto ao agressor, tipo de violência, mecanismo da agressão e localização da lesão, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Variáveis	n	%
Agressor		
Familiar	17	77,3
Desconhecido	2	9,1
Autoagressão	1	4,5
Sem informação	2	9,1
Tipo de violência		
Física	9	40,9
Negligência	8	36,4
Auto-infligida	1	4,5
Outras	4	18,2
Mecanismo da agressão		
Queda	5	22,7
Queimadura	4	18,2
Agressão física	4	18,2
Ferimento por arma de fogo	3	13,6
Ferimento por arma branca	2	9,1
Intoxicação	2	9,1
Trauma	1	4,5
Maus-tratos	1	4,5
Localização da lesão		
Mais de um local	7	31,8
Cabeça e Pescoço	6	27,3
Abdome	4	18,2
Tórax	2	9,1
Membros Inferiores	2	9,1
Região Pélvica	1	4,5
Total	22	100,0

Destaca-se que na maioria dos prontuários não havia a informação do endereço completo, incluindo o bairro. Assim, as cidades foram categorizadas por regiões, dentre as quais a metropolitana foi a mais frequente. O hospital escolhido para realização do estudo é referência no atendimento ao trauma na capital e região metropolitana, o que justifica a demanda de mais de 85% dos casos serem provenientes destas regiões.

Com relação ao autor da agressão, destaca-se que em 77,3% dos casos a violência foi praticada por um familiar da criança. Desse, a mãe representou 35,3% dos casos; porém, quando associado ao pai ou padrasto da vítima, o percentual aumenta para 58,8%.

Ressalta-se que, na maioria das internações, a agressão física e a negligência foram os tipos de violência mais frequentes. Sendo que, dos oito casos de hospitalização por negligência, dois foram de crianças menores de um ano e seis casos de crianças na faixa etária entre um e três anos.

Nos dados da Tabela 3, quanto ao desfecho do atendimento, o caso caracterizado como “outros” refere-se a um encaminhamento ao Conselho Tutelar, realizado pelo Serviço Social, descrito, a seguir, em *Contextualização da Violência*.

Tabela 3 – Distribuição das crianças internadas, por violência, em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Trauma, no ano de 2011, quanto ao tipo de violência, faixa etária e desfecho da internação, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Faixa etária	Tipo de violência				Total
	Física	Negligência	Auto-infligida	Várias	
	n	n	n	n	
< 1 ano	1	2	0	0	3
1- 3 anos	4	6	0	1	11
4 a 6 anos	0	0	0	0	0
7 – 12 anos	4	0	1	3	8
Total	9	8	1	4	22
Desfecho	n	n	n	n	
Alta	6	4	1	2	13
Hospitalizado/ Transferido	3	2	0	1	6
Óbito	0	1	0	1	2
Outros	0	1	0	0	1
Total	9	8	1	4	22

Destaca-se que, dentre os mecanismos de trauma observados, a queimadura apresenta um risco elevado de óbito RR = 5,0 (IC95% 2,0 – 12,32), mas não houve relação entre os casos de violência e o risco de óbito RR = 0,33 (IC95% 0,042 – 2,71).

Contextualização da violência

Na análise dos prontuários, foi possível contextualizar a violência, a partir dos registros dos profissionais de saúde, realizados, principalmente, pela equipe da psicologia e do serviço social.

Foi possível identificar que o agressor, na maioria dos casos, era familiar da vítima. Neste contexto, destaca-se o caso de uma criança com um ano de idade, vítima de espancamento e maus-tratos, com hematoma e escoriações na face e queimadura no dorso da mão, cujo agressor era a própria mãe. Segundo registros da Psicologia, a criança foi levada ao serviço por uma ambulância acionada por vizinhos, que presenciaram a violência. A mãe da criança é HIV positivo, apresentando depressão sem tratamento, além de etilista.

Em outra situação, a criança tinha um ano e oito meses de idade, internou com traumatismo cranioencefálico, decorrente de agressão física. Pelo relato da mãe, o filho caiu da banheira durante o banho, enquanto estava aos cuidados do padrasto, mas negou a possibilidade de agressão. No entanto, a gravidade das lesões não correspondia com a história descrita pela mãe. Os registros ainda informam que foi realizada denúncia de maus-tratos pela vizinha, sem detalhar onde e como foi obtida a informação. O serviço social foi acionado e encaminhou solicitação de parecer ao conselho tutelar.

Quanto ao tipo de violência por negligência, comum em muitos casos, há um registro no prontuário de uma criança de um ano, com queimadura de segundo grau em 13% de superfície corporal, nas regiões do períneo e raiz das coxas. Segundo o Serviço Social, a mãe relatou que uma brasa de cigarro caiu sobre acetona e pegou fogo. Somado a isso, a Psicologia e o

Serviço Social descrevem em suas evoluções que a criança não estava registrada em cartório e que o caso trata-se de “negligência óbvia” por parte da mãe.

A queda foi o mecanismo de agressão mais frequente. A contextualização desse tipo de agressão é relatada no prontuário de uma criança com traumatismo cranioencefálico. No registro havia a informação de que a mãe deixou a criança de três meses de idade na beira da cama enquanto usava o computador. Buscou o serviço de saúde dois dias após, quando percebeu um “caroço” na cabeça da criança.

Em prontuário de uma criança de sete anos, com traumatismo cranioencefálico grave, em decorrência da queda de carroça, havia o relato de laceração do hímen; porém, a mãe e o padrasto negaram abuso. O pai da menina informou que o padrasto corre com a carroça sem nenhum cuidado e relata que desconfia da forma como ele e a mãe da criança descreveram o acidente.

Nos registros do prontuário de uma criança com dois anos, cuja internação foi decorrente de queimadura, havia a informação de lesões na face, no couro cabeludo e nos cotovelos. O Serviço de Psicologia relatou que a criança foi levada ao hospital

pelo padrasto, com história de queimadura por água quente do chuveiro. Entretanto, a paciente contou para o técnico de enfermagem que havia sido agredida pelo padrasto com água quente e que, após, colocou-a embaixo do chuveiro. A mãe informou que “brigou com o companheiro” na manhã do ocorrido. A família já tem dois filhos cumprindo medida socioeducativa e responde ao conselho tutelar por não matricular os filhos na escola. A equipe percebe que a mãe é agressiva com a criança no próprio hospital (manda calar a boca, sacode, xinga). Quando a criança foi transferida para outro hospital, o Conselho Tutelar exigiu o acompanhamento por outro familiar, pois a mãe não foi autorizada. O padrasto mostrou-se frio com a situação e a mãe, embotada e vulnerável.

Dentre os casos de agressão em mais de uma região do corpo, há o registro no prontuário de uma criança com 70% de superfície corporal queimada, tinha um ano de idade e foi a óbito após 39 dias de internação na UTI. Neste prontuário, havia a informação de que a paciente foi encontrada pelo pai presa no carrinho com a casa em chamas. A equipe de Psicologia relatou que a mãe tinha postura inadequada, perfil ansioso e impulsivo. Além disso, durante a entrevista teve momentos de descontrole e raiva. Os registros também informam que os pais tinham 23 anos de idade e demonstravam pouca afetividade com a criança durante o acompanhamento da filha na UTI.

Em um dos casos que resultou em óbito de uma criança de 12 anos, segundo os registros, a criança havia sido vítima de tentativa de estupro. Teve traumatismo cranioencefálico grave, hematoma occipital e laceração anal. Foi encontrada desacompanhada pela família em um mato. O agressor era desconhecido.

No desfecho do atendimento, o caso caracterizado como *outros*, refere-se a um encaminhamento do Serviço Social da instituição ao Conselho Tutelar. O motivo da internação desta criança de três meses de idade foi queda. De acordo com o prontuário, “mãe da criança não apresenta crítica da

situação". O Ministério Público e Conselho Tutelar foram notificados. Quando questionada sobre internação anterior, também motivada por uma queda, a mãe alegou que padrasto "atirava" menino para cima e o derrubou no chão.

DISCUSSÃO

Em relação à faixa etária da criança, a maior frequência é entre um e três anos. Tal informação corrobora com pesquisa realizada na emergência do Hospital de Clínicas de Campinas, com crianças e adolescentes, que identificou a maioria dos casos de violência nas idades em que a vítima tem menor capacidade de autodefesa⁽³⁾.

Na caracterização por sexo, não houve diferenciações; no entanto, o masculino representou 54,5%, assim como nos resultados de estudos similares, nos quais os meninos são as maiores vítimas da violência⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Porém, uma pesquisa que analisou o perfil dos atendimentos de emergência por acidentes e violências envolvendo crianças menores de 10 anos, no Brasil, apontou que nos casos de violência, os meninos foram os mais frequentes, exceto na faixa de 2-5 anos de idade, na qual as meninas representaram 59,3%⁽¹²⁾. Em outra pesquisa brasileira, em que foram caracterizadas as vítimas de violência sexual exclusivamente, o sexo feminino foi o mais atingido, em uma proporção de 2,9 meninas para cada menino⁽¹³⁾. Resultados que corroboram com estudo realizado no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, da Bahia, que analisou as notificações da violência infanto-juvenil. No qual, o sexo feminino representou 79,8% das notificações de violência sexual, principalmente na infância, com ocorrência nos domicílios, perpetrada por familiar e um conhecido do sexo masculino⁽¹⁴⁾. Considerando que a violência sexual ainda permanece velada e restrita ao âmbito familiar, pesquisadoras sugerem a "construção de um plano de capacitação sobre violências e, em especial, sobre violência sexual, tratando das formas de identificar e atuar nestas situações"⁽¹⁵⁾, em especial, nos serviços de saúde.

A maior frequência da raça/etnia branca pode ser explicada, pelo percentual de 79,2% da população autodeclarados brancos da cidade de Porto Alegre⁽¹⁶⁾. Com relação ao autor da agressão, destaca-se que em 77,3% dos casos a violência foi praticada por um familiar da criança. Destes, a mãe representou 35,3% dos casos e quando associado ao pai ou padrasto da vítima, o percentual aumenta para 58,8%. Esses dados corroboram com estudos publicados⁽¹⁷⁾, nos quais os autores apresentam que os agressores são, em sua maioria, os pais biológicos (50%), seguindo de outros, como pai adotivo (12%) e padrasto (12,5%). Esses resultados mostram a desestrutura do sistema de apoio familiar destas crianças e o comprometimento na convivência dos progenitores. Outros estudos⁽⁶⁾ também indicam o ambiente domiciliar como o local em que grande parte dos eventos violentos tomou lugar, ocupando 55,1% dos locais de ocorrência descritos em sua pesquisa, que incluía também a via pública, escola e outros; apontam ainda, o ambiente familiar como favorável para ocorrência de agressões e abusos contra crianças. Da mesma forma, determinada pesquisa⁽¹³⁾ aponta que, além da proximidade, que facilita a abordagem, a confiança que os pais e padrastos têm para aproximar-se cada vez mais, num processo insidioso,

sem que a criança perceba o ato abusivo do adulto. Esses dados apontam que "o lar, muitas vezes, não constitui um local seguro para as crianças, uma vez que a agressão pode ser praticada sem que a sociedade tenha conhecimento"⁽¹³⁾. Os dados corroboram com outro estudo que caracterizou crianças vítimas de violência, nos registros de 322 boletins de ocorrência da polícia militar do município de Alfenas, MG, em 2011. Os resultados revelaram que para 78% das crianças a violência ocorreu em ambiente doméstico. Sendo que a mãe foi a principal agressora, representando 30,8%⁽¹⁸⁾. Neste estudo, na contextualização da violência, o relato de caso de uma criança de um ano, vítima de espancamento e maus-tratos pela própria mãe, reflete a gravidade da situação, a insegurança do lar e a participação da mãe nos atos violentos.

Pesquisadores⁽¹⁷⁾ salientam que as mães quase sempre estão presentes nas residências onde a violência sexual ocorre, tendo a convivência por meio do silêncio, confirmada por resultados de outros estudos. O papel de convivência que a mãe assume diante da violência afirma que, para manter a segurança e estabilidade, a mãe passa a concordar com a prática do abuso, não reconhecendo a violência, pois revelá-la representaria assumir o fracasso de seu papel como mãe e esposa⁽¹³⁾. Além disso, a preocupação com a sua relação com o parceiro e familiares após a denúncia pode justificar o silêncio por parte da mãe. Neste estudo, nas contextualizações da violência, identificaram-se situações nas quais a mãe negava que o abuso havia ocorrido, mesmo após constatação de que os agravos foram decorrentes de agressão/negligência.

Quanto aos *tipos de violência*, observa-se na Tabela 2, que a física é a que ocorre com maior frequência (40,9%). Tal dado pode ser explicado pelo fato desta ser a mais identificada pelos serviços de atendimento à saúde, tendo em vista as lesões e marcas deixadas pelo abusador⁽¹⁰⁾. No presente estudo, a variável *outras* representou o percentual de 18,2% e refere-se às situações que envolvem associação de mais de um tipo de violência, totalizando quatro casos: uma criança vítima de violência sexual associada à negligência; sendo que as demais envolviam a violência física associada à psicológica, sexual e negligência.

Na pesquisa dos prontuários, também foram identificados casos de hospitalização por autoagressão, "entendida não apenas por atos caracterizados como tentativa de suicídio, mas também por comportamentos de risco"⁽¹¹⁾. Neste contexto, o motivo de internação na UTI foi por intoxicação exógena, após ingestão de grande quantidade de Haloperidol, medicação utilizada pelo pai da criança.

Nos mecanismos de agressão, descritos na Tabela 2, a queda (22,7%) foi a mais frequente, provocada em 80% por negligência, seguida das *queimaduras* (18,2%), também ocasionada, em sua maioria, por esse tipo de violência. De acordo com o *National Association of Emergency Medical Technicians (NA-EMT)*⁽¹⁹⁾, aproximadamente 20% de todas as queimaduras em crianças envolvem abuso ou negligência. Além destes, neste estudo, identificaram-se diferentes mecanismos de trauma, tais como: ferimentos por arma de fogo, arma branca, traumas diversos, agressão física e maus-tratos. Quando empregado mais de um tipo de violência, estavam associados o ferimento por arma de fogo, queimaduras, quedas e agressão física.

Quanto à *localização da lesão*, a região que envolve a cabeça e o pescoço representou o percentual de 27,3%. Entretanto, quando associado a mais de um local do corpo, totalizou 59,1%. Dentre os casos de agressão em mais de uma região do corpo, há o de uma criança com um ano de idade, que foi a óbito após 39 dias de internação, que havia sofrido queimadura em 70% de superfície corporal. Os registros dos profissionais de saúde descrevem a postura negligente dos pais e esse caso foi detalhado na contextualização da violência. As consequências dos atos violentos ou das omissões geram danos à saúde, causam traumas e incapacidades temporárias ou permanentes. Além disso, frequentemente o sofrimento físico e o emocional estão associados⁽¹⁰⁾.

Na relação entre o tipo de violência com a faixa etária da criança, ressalta-se que na maioria das internações a agressão física e a negligência foram os tipos de violência mais frequentes. Sendo que, dos oito casos de hospitalização por negligência, dois foram de crianças menores de um ano e seis deles na faixa etária entre um e três anos. Esses achados são semelhantes aos resultados obtidos em outros estudos⁽²⁰⁾, nos quais a negligência apresentou o maior número dos casos, seguida pela violência física; a forma mais frequente de negligência foi a omissão de cuidados, com prevalência em crianças na faixa de até um ano. Esse tipo de violência é descrito como “uma omissão em relação às obrigações da família e da sociedade de promoverem as necessidades físicas e emocionais de uma criança”⁽¹⁷⁾. A negligência física é definida como a privação das necessidades em cuidados médicos, comida, abrigo e educação⁽²⁰⁾. Portanto, as consequências dessa omissão podem estar mais evidentes em crianças menores, que não possuem condições de referir suas necessidades, ou de supri-las quando não atendidas por seus responsáveis.

Entre os sete e os doze anos de idade, a violência física representa o percentual de 50%, e nesta mesma faixa etária destaca-se que, em 37,5% dos casos, havia mais de um tipo de violência associado. Como, por exemplo, no caso da menina de doze anos, que foi a óbito após sofrer violência física e sexual, conforme descrito na contextualização dos casos. A violência física está registrada em todas as faixas etárias e o número aumenta de acordo com a progressão da idade. Percebe-se que a violência torna-se mais visível à medida que a criança cresce e, além da negligência, aparecem outros tipos de violência associados, incluindo a física. O desenvolvimento e crescimento das crianças são proporcionais à gravidade das ameaças e punições corporais por parte dos responsáveis, isto é, à medida que a idade avança, mais graves são as agressões⁽⁶⁾.

Quanto ao desfecho das internações de crianças na UTI em decorrência da violência, os dados da Tabela 3 apontam que 27,3% das internações evoluíram para internação em unidades de baixa complexidade, ou transferência de instituição. Porém, 9,1% dos casos foram a óbito, representando a gravidade das lesões decorrentes da violência. Em um estudo sobre o perfil dos atendimentos às vítimas de causas externas, realizados em serviços de urgência e emergência do SUS, a maioria dos atendimentos evoluiu para alta e foi estimado uma pequena proporção de casos graves, com desfecho para internação hospitalar ou óbito⁽⁶⁾.

No caso descrito na contextualização da violência, em que a criança sofreu queimaduras por escaldamento com água quente, relatado pelo padrasto como acidente no chuveiro, a própria menina de dois anos contou a verdadeira causa das lesões para a equipe de enfermagem. Esse caso reforça a importância de investigar os relatos dos responsáveis e compreender o mecanismo de trauma, facilitando assim, a identificação das situações de agressão e/ou negligência. Reflete também a necessidade de preparar a Enfermagem para o atendimento às vítimas de violência, pois são esses profissionais que realizam o primeiro atendimento e acompanham a internação e evolução da criança.

Os profissionais precisam ser qualificados para atender as internações por violência, a fim de proporcionar um cuidado integral aos indivíduos que buscam assistência, em decorrência desse agravo. No entanto, é importante que a equipe avalie a sua própria postura e disponibilidade emocional para atender e discutir assuntos relacionados à violência infantil⁽¹⁾. Destaca-se o papel do enfermeiro na promoção de capacitações da equipe de enfermagem, para a realização do cuidado no contexto de trabalho em que estão inseridos. A realização de qualificações objetivando instrumentalizar a equipe para esse tipo de atendimento fortalece e encoraja os profissionais para o enfrentamento deste problema⁽¹⁾.

No entanto, na coleta dos dados para esta pesquisa, identificou-se que, em muitos casos, a equipe de enfermagem não registrou informações sobre a violência nos prontuários dos pacientes, restringindo-se apenas à descrição da lesão e evolução do quadro que motivou a internação. As principais informações que contextualizaram os casos atendidos por violência foram os relatos do Serviço Social e da Psicologia. Isso dificulta a identificação da dimensão dos casos que chegam ao serviço, além de impossibilitar o conhecimento sobre as condutas de enfermagem direcionadas à cada situação.

Em geral, é o efeito do ato violento sobre o corpo que leva a criança até um serviço de saúde, evidenciando a sua fragilidade perante a situação⁽¹¹⁾. É importante refletir sobre os inúmeros atos violentos aos quais a criança pode ter sido exposta, antes que suas lesões provoquem a necessidade de atendimento e estimulem a visibilidade do problema. Resultado de um estudo que analisou notificações de violência contra crianças e adolescentes, de janeiro de 2009 a maio de 2014, em uma instituição de proteção do município do Rio Grande/RS e destacou que foi reduzido o número de notificações realizadas pelo setor saúde, “reforçando, assim, a necessidade de ações mais efetivas e articuladas”⁽²⁰⁾.

Nessa perspectiva, “cabe ao profissional ter um olhar crítico e sensível para analisar cada situação, sendo fundamental uma abordagem multidisciplinar”⁽¹¹⁾. Sendo que, a visibilidade e o reconhecimento das crianças em situação de violência, em especial as atendidas no contexto dos serviços de saúde, contribui para subsidiar a promoção de ações voltadas ao enfrentamento do problema e o fortalecimento de políticas públicas⁽¹⁷⁾.

Limitações do estudo

As limitações do estudo estão relacionadas, principalmente, à contextualização da violência, considerando que foram dados retrospectivos a partir de registros nos prontuários. Assim,

sugere-se que estudos qualitativos devam ser feitos de maneira a ampliar compreensão do fenômeno.

Contribuições para a área de enfermagem

Entendemos que a contribuição desse tipo de estudo é de suma importância para ampliar o corpo de conhecimento do tema, bem como contribuir para a instituição de políticas públicas voltadas para essa problemática.

CONCLUSÃO

A caracterização dos casos e a contextualização da violência refletem a complexidade do tema, principalmente diante das histórias de vida que envolvem casos de crianças hospitalizadas por agressão. Conhecer a caracterização das crianças internadas por esse agravo, em uma Unidade de Tratamento Intensivo, pode auxiliar os profissionais da saúde na prestação de atendimento qualificado a essa população.

Neste estudo, os meninos representaram 54,5%, a raça/etnia branca, 81,8% e 63,6% tinham até três anos. Quanto ao tipo de violência, a física representou 50% e a negligência 36,4%. A maioria dos agressores era familiar da criança (77,3%) com destaque para a mãe (35,3%). O principal mecanismo de agressão foi a queda (22,7%), seguido das queimaduras (18,2%). Destaca-se que na análise dos desfechos, identificou-se que não houve relação entre os casos de violência e o risco de óbito. Entretanto, e queimadura apresentou um risco elevado de óbito. Além disso, em 31,8% das crianças as lesões estavam localizadas em mais de uma região do corpo.

O tempo médio foi de 15 dias de internação e os resultados obtidos em relação ao desfecho dos atendimentos traduzem a gravidade dos casos de agressão/negligência. O maior percentual de casos ocorridos com crianças menores de três anos demonstrou a fragilidade dessa faixa etária, exposta principalmente à negligência de seus responsáveis. Isso demonstra a necessidade de enfrentarmos o fenômeno da violência com "outros olhos", fazendo uso de uma abordagem holística, não focando o cuidado exclusivamente nas consequências físicas, provocadas pelo ato violento contra a criança.

A contextualização dos casos de violência descritos neste estudo permitiu ilustrar algumas das situações que chegam aos serviços públicos de saúde. Assim, foi possível apontar a participação dos responsáveis pela criança nos atos abusivos, além da vulnerabilidade na qual elas estão expostas dentro do próprio lar.

Nos registros dos prontuários, realizados por psicólogos e assistentes sociais, observou-se a participação da equipe de enfermagem na identificação da maioria das situações de violência. Porém, foram encontradas poucas informações nas evoluções da enfermagem, restritas aos encaminhamentos a outros profissionais. Portanto, destaca-se a importância da preparação desses profissionais para o atendimento às crianças vítimas da violência. Ressalta-se também a contribuição dos registros acerca deste tema, na contextualização da violência, na visibilidade da gravidade do problema, além de gerar subsídios para ações mais efetivas contra violência em crianças. Não foi objeto do estudo, mas sugere-se a realização de pesquisas relacionadas ao papel da enfermagem no enfrentamento da violência e na complexidade do cotidiano deste tipo de cuidado, em especial, de crianças hospitalizadas em decorrência da gravidade das lesões.

Nesta conjunção, aponta-se a importância do trabalho interdisciplinar realizado pelos profissionais do hospital em estudo, tendo em vista as avaliações e encaminhamentos da Enfermagem, do Serviço Social e da Psicologia, bem como os acionamentos ao Conselho Tutelar e Ministério Público, em defesa destas crianças.

Sabe-se que os casos de violência e abuso contra crianças que chegam aos serviços de tratamento intensivo não representam a maioria, pois ainda são situações veladas e restritas ao domicílio. Embora haja reconhecimento que este estudo é um recorte de algumas das situações de violência contra crianças, compreendemos a relevância de abordar o tema e discutir a coparticipação da enfermagem no cuidado e na identificação das agressões e negligências.

Considera-se que os resultados deste estudo reforçam a importância da discussão sobre a temática. Além disso, podem estimular reflexões para adoção de ações capazes de contribuir na promoção de medidas protetivas das crianças, bem como no enfrentamento da violência na área da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Woiski ROS, Rocha DLB. Cuidado de Enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar: cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 03];14(1):143-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a21.pdf>
2. Martins CBG. Maus tratos contra crianças e adolescentes. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 03];63(4):660-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/24.pdf>
3. Zambon MP, Jacintho ACA, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Domestic violence against children and adolescents: a challenge. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2012[cited 2016 May 12] 58(4):465-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/en_v58n4a18.pdf
4. Costa JL. Infância violada: cresce violência contra crianças. Zero Hora. 2013/10/03;17(526):43.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente Estatuto da Criança e do Adolescente. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

6. Mascarenhas MDM, Malta DEC, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviço de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010[cited 2017 Jan 03];26(2):347-57. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/13.pdf>
7. Ubeda EML, Ferriani MGC. A violência contra a criança e o adolescente. In: Ferriani MGC, (Org.). *Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica*. Goiânia: AB Editora; 2008.
8. Santos FBB, Monteiro AI, Bezerra KP. O que tenho a ver com isso? aula-vivência sobre violência contra crianças e adolescentes. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2009 [cited 2016 Sep 22];11(4):1049-53. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a33.pdf
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 24]. Available from: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
10. Souza ER, Jorge MHPM. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Lima CA, (Org.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Pierantoni LMM, Cabral IE. Crianças em situação de violência de um ambulatório do Rio de Janeiro: conhecendo seu perfil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*[Internet]. 2009 [cited 2016 Jul 07];13(4):699-707. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a03.pdf>
12. Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM, Silva MA. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015[cited 2016 Jul 16];31(5):1095-105. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-1095.pdf>
13. Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2016 Sep 22];19(2):246-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/05.pdf>
14. Souza S, Costa COM, Assis SG, Musse JO, Nascimento Sobrinho C, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2014[cited 2016 Sep 22];19(3):773-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00773.pdf>
15. Deslandes S, Cavalcanti LF, Vieira LJES, Silva RM. Capacitação profissional para o enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015[cited 2016 Jul 16];31(2):431-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00431.pdf>
16. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Observatório da cidade de Porto Alegre. Indicadores, Raça/Cor [Internet]. 2014[cited 2016 Sep 03]. Available from: http://www.observapoa.com.br/default.php?reg=203&p_secao=17
17. Nunes AJ, Sales MCV. Violence against children in Brazilian scenery. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 31];21(3):871-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0871.pdf>
18. Lima CC, Santos LES, Lima CC, Santos LES. [Children victims of violence and the authors of violence]. *Pediatr Mod* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jul 20];50(4):173-8. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5748 Portuguese
19. National Association of Emergency Medical Technicians-NAEMT. *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: PHTLS*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
20. Hockenberry MJW. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.