

A CRIANÇA MALTRATADA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Edson Arthur Scherer*

Zeyne Alves Pires Scherer**

SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.

Atender crianças vítimas de maus-tratos pode causar desconforto e suscitar dúvidas. A presente revisão da literatura, incluindo periódicos, livros e o Estatuto da Criança e do Adolescente, foi conduzida para servir de referência a profissionais e pesquisadores envolvidos com a problemática da criança maltratada. Os autores introduzem o tema maus-tratos, apresentam as implicações legais e éticas, as dificuldades para diagnosticá-lo, os efeitos dos mesmos, a necessidade de compreender o perpetrador e tratá-lo, e os papéis e a formação dos profissionais que atendem crianças vítimas de abuso. Como considerações finais, os autores sugerem medidas preventivas e aperfeiçoar estudos formais sistemáticos sobre a criança maltratada.

UNITERMOS: criança maltratada, maus-tratos sexuais do menor, violência

INTRODUÇÃO

A violência tem se feito presente de forma crescente no mundo, sendo enfocada pelos meios de comunicação sob diferentes representações: desde a domiciliar até os grandes conflitos armados. Em comum, as diferentes formas com que se apresenta, elege como vítimas os mais fracos. Nesta categoria encontram-se as crianças que nascem com total falta de defesa e perduram durante tempo prolongado na dependência de outros (adultos).

ARIÈS (1981), nos mostra que maus-tratos com crianças existem desde os primórdios da criatura humana. Nas civilizações antigas o infanticídio era considerado um meio para eliminar todos aqueles pequenos que por desgraça nasciam com defeitos físicos. Crianças eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões como: equilíbrio de sexos, medida econômica nos grandes flagelos, por não agüentarem longas caminhadas, por motivos religiosos, por ser direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho (“Jus vitae et nasci” - Roma). No século XV a “figura infantil” era a representação do ingênuo, do inocente, do bom - a oposição da violência. A criança invade a pintura e a escultura como símbolo da beleza,

de inocência e de esperança de uma vida melhor. O século XVI se caracterizou como a época das agressões e violências contra as crianças. Nesta época, surgiram os “colégios” que abrigavam estudantes pobres e sem famílias, indesejados pela sociedade, submetendo-os aos piores maus tratos e humilhações deliberadas.

Nosso século, segundo KRINSKY et al. (1985), é apontado como “século da criança”. Ela passa a ser notada, descrita e aceita (em termos) como fazendo parte da humanidade. É exaltada e a família responsabilizada por tudo de mau que lhe aconteça. São ressaltados a necessidade dos cuidados maternos e a caracterização da infância como período básico e fundamental da existência do homem.

Entretanto, os maus tratos não deixaram de acontecer. No Simpósio da Academia Americana de Pediatria, em 1941, as agressões foram caracterizadas e divididas em quatro categorias: **violência física** - realizada de forma direta (pontapés, bofetadas, beliscões, etc.), ou indireta (com instrumentos de castigo); **abandono físico ou moral** - não provimento de cuidados básicos como alimentação e higiene (físico) e não provimento de um lar (moral), deixando a criança na rua, exposta a sérios perigos como vícios e más companhias; **exploração sexual** - agressão sexual por um adulto;

* Médico Psiquiatra da Enfermaria de Psiquiatria da Clínica de Tratamento da Dor e do Grupo Multidisciplinar de Melanoma do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; voluntário do REMA da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; mestrando em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

** Enfermeira Psiquiátrica, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e Especialista em Laboratório junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

maltrato psicológico - agressão verbal, intimidação, insultos, que produzem sérios traumas psicológicos na criança (ZAPATA-VILLA, 1987).

Em 1959, a Assembléia Geral das nações Unidas proclamou a Declaração Universal dos Direitos da Criança, cujo principal objetivo era assegurar uma infância feliz, em condições de gozar dos direitos e liberdades nela enunciados: direito à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; à alimentação, moradia e assistência médica adequados para a criança e a mãe; ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade; direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho (LISBÔA, 1991).

Os profissionais de saúde que atendem crianças freqüentemente se deparam com situações de abuso, que lhes causam desconforto e suscitam dúvidas quanto ao manejo. Na presente revisão da literatura sobre a criança maltratada, que inclui publicações em livros, periódicos (fontes de referência: MEDLINE e PsycLIT no período dos últimos 7 anos, e LILACS nos últimos 12 anos), e o Estatuto da Criança e do Adolescente, os autores dividiram o tema nos tópicos: implicações legais e éticas; problemas encontrados para fazer seu diagnóstico; conseqüências do ato sobre a vítima; a importância de compreender o perpetrador e poder tratá-lo; e os papéis e a formação dos profissionais envolvidos nesta assistência.

Especificamente quanto ao abuso sexual da criança, FURNISS (1993), ao abordar o aspecto legal, mostra que este é definido por afirmações normativas no contexto dos específicos sistemas cultural, social e legal. As definições normativas relacionam-se as práticas de educação da criança e a sua posição nas sociedades:

A exploração sexual das crianças refere-se ao envolvimento de crianças e adolescentes dependentes, imaturos desenvolvimentalmente, em atividades sexuais que eles não compreendem totalmente, às quais são incapazes de dar um consentimento informado e que violam os tabus sociais dos papéis familiares; e que objetivam a gratificação das demandas e desejos sexuais da pessoa que comete o abuso (Schechter & Roberge apud FURNISS, 1993, p. 12)

FURNISS (1993) prossegue fazendo um paralelo entre a definição normativa e a de saúde mental, lembrando que há uma confusão entre estas porque o abuso físico contra a criança depende do grau de violência, da força física, para ser considerado e não da sua presença (um pouquinho de violência física é aceitável). Diferente com o abuso sexual. Além disso, o autor chama a atenção para o fato da diferença qualitativa nas comunicações da criança e do adulto, o que no sistema legal é visto como uma diferença meramente quantitativa levando a, nos casos de conflito, afirmativas do tipo “as

crianças mentem e os adultos dizem a verdade” - conceito legal básico (precário). As intervenções legais e protetoras ocorrem mesmo quando não há dano psicológico na criança, o que pode fazer com que o dano psicológico secundário seja infringido facilmente nestes processos, pois, os conceitos psicológicos do desenvolvimento da personalidade não são de domínio legal.

Outro fato apontado é a dicotomia entre os terapeutas e os policiais e os serviços de proteção à criança. Para os terapeutas: juizes e polícia “jogam duro”; para a polícia e serviços de proteção à criança: “terapeutas são uns “molóides” que destroem evidências e não protegem adequadamente”. Frente a isto, é necessário integrar o conhecimento de saúde e o normativo para uma abordagem global e complementar entre eles (FURNISS, 1993).

MARSLAND (1994) acrescenta que casos de abuso ou suspeitos, requerem conhecimento e perícia de uma variedade de profissionais da saúde, educação e autoridades legais. Esta diversidade de técnicos pode levar a um campo de flexibilidade tremendo na resposta que pode ser dada e pode, também, facilitar problemas de comunicação interagências. Se isto não for resolvido, a repercussão pode ser desastrosa.

Nos EUA, em função do aumento rápido e contínuo dos casos relatados de abusos contra crianças, os médicos tem comparecido em juízo na qualidade de testemunhas habilitadas. O campo de proteção das crianças amadurece como uma especialidade médica e os peritos com conhecimentos em abuso de crianças (nova área forense) vão sendo cada vez mais necessários nos hospitais e clínicas onde há atendimento pediátrico (CHADWICK, 1990).

No Brasil, o “Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 1989) foi aprovado pelo Congresso Nacional em 30-06-1989 e, transformado na lei nº 8069 em 16-07-1990. No seu artigo nº 13 encontramos: “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade”. Sobre tais Conselhos, RODRIGUES & RODRIGUES (1991), comentando aspectos da execução do Estatuto da Criança e do Adolescente, durante o I Congresso Nacional – A Saúde do Adolescente, levantam os seguintes questionamentos: Onde eles ficam? Como encontrá-los? Como eles funcionam?

A alta freqüência de traumatismos em crianças requer que o médico esteja familiarizado com as manifestações de traumas acidentais ou intencionais (abuso). Segundo JOHNSON (1990), o profissional deve abordar uma lesão como um sintoma que requer um diagnóstico quanto à sua causa. Isto é feito pelo exame e registro cuidadoso de cada ferimento, e a análise do

acordo entre a lesão e a história apresentada, com o estágio de desenvolvimento da criança. Se não houver este acordo, o abuso tem de ser considerado e a suspeita ser relatada.

Outro alerta quanto ao diagnóstico é feito por REECE (1990) ao chamar a atenção para o que denominou de manifestações incomuns do abuso da criança. Este autor cita alguns exemplos da literatura e de sua experiência, entre os quais: casos de aspiração fatal de pimenta, queimaduras intencionais em forno de microondas, sede e desidratação hipernatrêmica, ingestões tóxicas (cocaína), “síndrome da orelha de lata” (triade: equimose unilateral da orelha, evidência de edema cerebral ipsilateral em TC, e retinopatia hemorrágica) e síndrome de Münchhausen por procuração (histórias de doenças inventadas pelas mães).

Nos casos específicos de abuso sexual SCHERER et al. (1987) sugerem aspectos para os quais os profissionais devem estar atentos durante o atendimento de casos suspeitos. A criança deve ser examinada em busca de outros sinais de maus-tratos como dermatites peri-oral ou peri-anal, corrimento vaginal, equimoses, marcas de cordas ou queimaduras de cigarros. Seu comportamento durante o exame deve ser observado quanto a resistência ou aquiescência exagerada. Detectar fatores de stress familiar (conflitos, desemprego). Investigar na história a ocorrência de atendimentos médicos por traumatismos repetidos.

Ao discutir sobre os erros de diagnóstico McGOVERN (1991) mostra que os técnicos das equipes multiprofissionais (policiais, assistentes sociais, profissionais da saúde mental e médico) muitas vezes esquecem os fundamentos básicos da psicologia infantil. Isto é observado tanto na forma de abordar as possíveis vítimas quanto no fato de considerar ou não a fase de desenvolvimento físico e psicológico em que estas se encontram.

A enfermagem, segundo O'TOLLE et al. (1996), em seu trabalho diagnóstico busca informações mais extensivas e de tipos diferentes que o médico. O enfermeiro colhe informações do comportamento psicológico da mãe e da criança e de seu relacionamento interpessoal. Contudo, o diagnóstico de enfermagem está limitado mais ou menos ao “aqui-agora” do encontro com mãe e criança. Poucos investigam dados familiares, de história pregressa, ou informações de outros profissionais, que poderiam facilitar o diagnóstico de maus-tratos.

Os profissionais de saúde não são unânimes ao reconhecerem os casos de violência contra as crianças. FELDMAN et al. (1993) fizeram uma revisão dos registros de crianças vítimas de afogamento hospitalizadas entre 1981 e 1987. Selecionaram 04 casos confirmados de afogamento intensional e solicitaram a opinião de 14 enfermeiros, 27 médicos e 13 assistentes

sociais sem que estes soubessem o diagnóstico. Estes 54 profissionais diagnosticaram afogamento provocado em apenas 08 ocorrências; tendo sido mais fácil o diagnóstico em crianças mais jovens ou de cor, família pobre, acidentes acontecidos na banheira, com envolvimento do serviço social e com registros anteriores ou considerações de negligência documentada. Não houve relação com o sexo da criança ou evolução clínica, estado marital dos pais ou história de drogadicção/alcoolismo, tipo de supervisão à criança, tempo de descoberta, ou história de acidentes anteriores. As equipes de cuidados intensivos identificaram menos casos que as da sala de emergência. Este trabalho mostra o quanto que há divergências de opiniões e até mesmo preconceitos em relação ao tema da criança maltratada entre os próprios profissionais.

Em função dos maus-tratos sofridos na infância podem eclodir na vítima sintomas psiquiátricos, retardo no desenvolvimento cognitivo, motor e de linguagem (MIRABAL, 1988; GOLD, 1993; GABEL et al., 1997).

FURNISS (1993) relata que o dano psicológico pode estar associado a idade de início do abuso, a duração do mesmo, ao grau ou ameaça de violência, a diferença de idade do perpetrador em relação à criança, o quanto era estreito o relacionamento entre os mesmos, a ausência de figuras parentais protetoras, e ao grau de segredo.

O padrão de sono das crianças vitimizadas pode estar alterado por causa do abuso sofrido. GLOD (1997), realizou um estudo onde comparou 19 crianças vítimas de abuso físico ou sexual documentado com 15 não abusadas e 10 depressivas, quanto ao padrão do sono. As primeiras demoraram duas vezes mais tempo para dormir que as depressivas, e três vezes mais que as normais.

O comportamento sexualizado é significativamente mais presente nas crianças vítimas do abuso em comparação com as que não o sofreram, segundo concluído por FRIEDRICH (1993) ao realizar uma revisão recente da literatura. Contudo, o autor ressalta que a consistência destes dados varia de acordo com o método utilizado em cada pesquisa.

Revisando 06 artigos que tentaram identificar indicadores de abuso sexual em crianças pré-escolares, SLUSSER (1995), concluiu que nem todas as crianças vítimas de abuso são igualmente traumatizadas. Quando comparadas com não abusadas recebendo tratamento psiquiátrico só uma variável aparece: comportamento sexualizado inapropriado para a idade. A crítica a esta revisão é a de que os artigos revistos pelo autor observaram crianças em tratamento psiquiátrico, as quais poderiam estar com tal atendimento por terem tido resposta mais pronunciada ao abuso.

Os avós que assumem o cuidado dos netos na maioria das vezes o fazem devido ao maltrato infringido nas crianças por pais que abusam de substâncias psicoativas. As complicações surgem em ambos, avós e

netos, pois enquanto aqueles são pegos para assumirem responsabilidade em uma fase de vida onde estão aposentados e a renda cai, estes sentem a falta dos pais biológicos (KELLEY, 1993).

DiPALMA (1994) fez um estudo exploratório para examinar métodos de adaptação e enfrentamento que facilitassem o ajustamento saudável após abuso sexual. Identificou a capacidade das crianças vítimas de abuso de usarem estratégias de evitação e mecanismos de defesa para enfrentar o abuso. Os resultados ajudam a explicar o processo de separação do adulto, seu auto-descobrimiento, e a rever o trauma passado. As avaliações e respostas cognitivas das vítimas são variáveis importantes no manejo do trauma.

Como manifestações tardias na vida da vítima de maus-tratos, observou-se uma correlação forte entre abuso físico e violências familiares e não familiares no futuro do indivíduo; maior propensão a uma vida criminosa; maior envolvimento com abuso de substâncias; associação com auto-mutilação e comportamento suicida, somatização (cefaléia e dor pélvica crônicas), ansiedade, depressão, distúrbios de personalidade (como borderline), dissociação e psicose; problemas nos relacionamentos interpessoais e vocacionais. No entanto, faltam trabalhos com resultados mais precisos, pois há diferenças de método nos estudos vistos. Apesar disto, é consensual que, quanto mais prontamente se interrompa os maus-tratos, melhor é o prognóstico para a vítima (se já não ocorreu dano irreversível) - (WATKINS & BENTOVIM, 1992; HALL et al., 1993; MALINOSKY-RUMMEL & HANSEN, 1993).

HULME & GROVE (1994) utilizaram o "Questionário de adultos vítimas de incesto" em 22 mulheres sobreviventes de abuso sexual, confirmando que tais mulheres apresentam uma variedade de sintomas físicos e psicossociais quando adultas (insônia, disfunção sexual, apetite aumentado, abuso de drogas, cefaléias; depressão, culpa, baixa auto-estima, inabilidade em confiar nos outros, variações de humor, pensamentos suicidas, dificuldades nos relacionamentos, confusão, memória com imagens persistentes do abuso sexual, medo extremo, lapsos de memória). Sugerem adaptar o questionário para uso na clínica (para identificar os casos não relatados de abuso).

A pessoa que comete o abuso geralmente é alvo de fortes respostas irracionais por parte do público e dos profissionais que atendem a vítima. Entender os elementos interacionais e estruturais da responsabilidade, participação e culpa no abuso sexual da criança, permite demonstrar empatia e compreender porque pais, padrastos e outros cometem tais violências. Neste processo é possível aprender sobre eventos de vida traumáticos na história da pessoa que comete o abuso, incluindo ter sido

vítima na infância. A distinção legal e psicológica entre responsabilidade e participação torna mais fácil modificar a posição de vingança e rejeição em relação ao perpetrador para um modo terapêutico de entendimento e empatia, mantendo, ao mesmo tempo, uma clara noção de sua total responsabilidade pelo abuso (FURNISS, 1993; GABEL et al., 1997).

A situação familiar envolvida nos maus-tratos é muito complicada. Os pais frequentemente tem uma baixa auto-estima, vivem isolados socialmente e com stress devido a desemprego, vivências inadequadas, divórcios, pobre utilização dos recursos da comunidade e passividade excessiva. Existe uma disfunção familiar, eles não resolvem seus múltiplos problemas, e é gerada a violência familiar - pais usam filhos para canalizar suas frustrações, deslocando conflitos conjugais nos mesmos. A agressão pode ser tão sutil ou tão viciosa que passa despercebida e está tão arraigada no nosso modo de ser que a justificamos (KRYNSKI et al., 1985; MIRABAL, 1988; TAYLOR, 1992).

KRYNSKI et al. (1985) e TAYLOR (1992) acreditam que o melhor tratamento para os perpetradores é a terapia familiar, pois, se um dos cônjuges é agressor o outro é no mínimo conivente (medo de perder o convívio com o outro se for preso). A mesma abordagem terapêutica é sugerida por GILBERT-EVANS & REDDITT (1994) quando o agressor é um irmão adolescente. É necessária uma abordagem dos aspectos sociais e de saúde pública, ou seja, tomar medidas globais como melhor distribuição de renda, condições de vida, oferta de trabalho, e a oferta de atenção à saúde mental (ZAPATA-VILLA, 1987; GLACHAN, 1991).

Programas de prevenção ao abuso de crianças, segundo DUBOWITZ (1990), tem incluído o emprego de equipes interdisciplinares onde pediatras, enfermeiros, assistentes sociais, profissionais de saúde mental e de apoio legal trabalhem juntos. Entre as abordagens propostas para a prática, encontram-se: - prevenção primária e secundária - rastreamento de crianças com maior risco para maus-tratos através das visitas de supervisão de rotina de saúde da criança com orientações preventivas; - prevenção terciária - identificação e notificação dos casos; - programas para famílias de alto-risco - objetiva o fortalecimento das famílias para que sejam capazes de educar e proteger suas crianças (prevenção de gravidez em adolescentes, humanização da experiência do nascimento, facilitação do relacionamento mãe-filho e os programas de educação comunitária sobre como educar os filhos); - defesa da criança - profissional diretamente envolvido na defesa da criança na perspectiva individual, familiar, comunitária e social mais ampla.

VINES & WILLIAMS-BURGESS (1994) descrevem o "Programa de Apoio Mãe - Filho" para mães

primíparas com risco de abuso ou negligência com seus filhos. São objetivos do tratamento: melhorar a auto-estima, estimular a maternidade, desenvolver um bom relacionamento com a criança e prevenir o desejo de abuso ou negligência. Consiste de 3 encontros por semana durante 3 meses. Os autores acima citados compararam 15 mulheres atendidas no programa com outras 15. Como resultado, o grupo tratado apresentou maior auto-estima que o controle, com diminuição da depressão e melhora da saúde.

Ao abordar uma situação de possível abuso sexual, as equipes devem considerar o que FURNISS (1993) e GABEL et al. (1997) conceituam como síndrome de segredo e adição. Como segredo: as crianças mentem por medo de serem castigadas, não acreditadas e não protegidas. O perpetrador é levado à adição ou compulsão a repetição, pois, sua “excitação” vem do aspecto sexual egossintônico do abuso e a gratificação sexual do ato ajuda na evitação da realidade e apoia a baixa tolerância à frustração, os mecanismos frágeis de manejo e as funções de ego frágeis. Além disso, o perpetrador tem dependência psicológica, usa da negação, e se parar desenvolve abstinência (ansiedade, irritabilidade, agitação e outros sintomas).

No trabalho interdisciplinar atenua-se problemas comuns que interferem no manejo apropriado dos casos como o espelhamento/identificação e proteção à criança promotora de abuso (quando não foi levado em conta a Síndrome de Segredo e Adição). A equipe ao abordar a vítima deve tomar cuidado para não acabar na entrevista rejeitando a criança ao rejeitar a experiência. A seguir, são mostradas como exemplos, formas comuns de abordagem das crianças por parte dos técnicos:

“*É tudo culpa de seu pai*” – a mensagem se refere apenas ao aspecto legal da responsabilidade e é considerada como procedimento incorreto;

“*Isso não tem nada a ver com você*” - inclui o aspecto psicológico e relacional do envolvimento da criança, mas retira a própria vivência da experiência e participação, também considerado incorreto;

“*É tudo responsabilidade do seu pai (aspecto legal), mas você foi envolvida, e pode me contar como foi isso (aspecto interacional)*” – neste caso a criança pode romper o segredo, pois, possui sua experiência, pode falar como se sente responsável e culpada, o que é pré-condição para qualquer trabalho terapêutico. Esta abordagem é vista como o procedimento mais adequado ou correto.

Como a formação do enfermeiro lhe permite desenvolver ações preventivas, curativas e de reabilitação, é importante iniciar a discussão a cerca da delimitação de ações com as crianças com sinais de maus-tratos e com as famílias ou pessoas possivelmente perpetradoras. O enfermeiro pode promover uma ligação entre hospitais, escolas e serviços de saúde comunitários, diminuindo a

posição insular da instituição que limita a capacidade de enfrentar o abuso de crianças na sociedade (O’TOLLE et al., 1996). Segundo CAMPBELL (1993), os enfermeiros podem estar à frente no desenvolvimento do conhecimento na área e usá-lo para prover liderança e mudar a política de saúde. A este respeito, SLUSSER (1995) sugere que a enfermagem psiquiátrica e de saúde mental pesquise indicadores baseados no comportamento e nas manifestações emocionais de vítimas de abuso sexual na população pré-escolar, podendo sua identificação precoce salvar a criança do trauma contínuo e levar a intervenção apropriada.

BERRY et al. (1993) lembram que a enfermagem necessita de suporte e supervisão para lidar com sentimentos de desamparo e tristeza, e poder oferecer cuidado consistente, de longo termo e não julgamentos. REW & CHRISTIAN (1993) apontam, ainda, para os enfermeiros que foram vítimas de abuso na infância, que prestam assistência aos maltratados. Precisam ser preparados com conhecimento e emoções para dar suporte à família e à criança durante a recuperação e estar atentos para que suas próprias estratégias de luta e bem-estar não afetem o cuidado provido a crianças vulneráveis. Os supervisores de enfermagem e administradores devem estar sensíveis às experiências de infância dos enfermeiros.

Quanto a equipe hospitalar (como um todo) que atende maus-tratos, LYON (1993) observou que esta pode reagir ao narrado pelos pacientes vítimas de abuso manifestando sintomas parecidos com os do transtorno de stress pós-traumático (TSP). Como resultados deste estudo, o autor concluiu que os profissionais fizeram a descrição do abuso mostrando indícios de intoxicação ou contaminação pelos fatos, sentiam-se isolados e alienados de outras equipes e amigos fora da instituição, e trouxeram questionamentos místico-religiosos (Deus e o diabo). Ao explorar estes temas ficou claro que a equipe se espelhou na dinâmica da relação abusiva original (através da identificação de profissionais da equipe com pessoas da família), manifestada nas memórias intrusivas ou sonhos relembrando o trauma original, no embotamento afetivo, no isolamento, na anedonia, na insônia e no medo (presentes no TSP). As equipes necessitam, portanto, de suporte e supervisão permanentes.

A formação necessária aos técnicos para que se envolvam neste tipo de assistência é, ainda, obscura. Na situação específica do aperfeiçoamento do médico, o programa de treinamento deve incluir, segundo ALEXANDER (1990) informações sobre a epidemiologia, o tratamento, a prevenção, a identificação, e a notificação dos casos. É preciso conhecer as leis de notificação, o que acontece com os relatos na comunidade e como opor-se às noções adversas. DUBOWITZ &

BLACK (1991), avaliaram um curso dirigido a residentes de pediatria sobre maus-tratos em crianças. Consistia-se de 06 seminários com a duração de 90 min. cada, com os seguintes conteúdos: incidência, prevalência, diagnóstico; fatores etiológicos e teorias; abuso sexual; abuso psicológico; negligência; distúrbios do desenvolvimento; técnicas de entrevista; questões legais e éticas; e o papel do pediatra. O programa resultou no aumento do conhecimento e habilidades em curto espaço de tempo, e maior senso de competência para manejar os casos.

Na presente revisão da literatura encontramos um único relato de experiência brasileira no atendimento a maus-tratos, especificamente a vítimas de incesto, citado em COHEN et al. (1996). Trata-se do Centro de Estudos e Atendimento Relativo ao Abuso Sexual (CEARAS) da Faculdade de Medicina da USP, que conta com uma equipe multiprofissional composta por psicólogas (efetivas e estagiárias) e um psicanalista e psiquiatra Forense (coordenador). O grupo possui supervisora externa de casos e dos técnicos, cujos encontros são quinzenais. Os técnicos, além do atendimento de saúde mental do perpetrador, da vítima e da família incestuosa, trabalham em conjunto com a justiça. O atendimento psicológico se dá individualmente e em grupo familiar. Os encaminhamentos são feitos pelas Varas de Infância e Juventude da região. O CEARAS entende que as questões inerentes ao incesto devem ser tratadas em, pelo menos, dois níveis: um social, pela ajuda da justiça com as leis; e outro mental, que cada indivíduo deverá elaborar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos vivendo, segundo KRINSKY et al. (1985), o “século da criança”. As mais diversas formas de discriminação já foram definidas, listadas, reprovadas e têm hoje mecanismos claros de repressão e punição no corpo da Declaração dos Direitos Humanos. Entre estas encontramos a discriminação racial, a sexual e, recentemente incluído, o antisemitismo. Causa-nos surpresa que, prestes a findarmos nosso século e ingressarmos no novo milênio, as crianças (talvez as mais fracas, indefesas e sujeitas à violência) não façam parte de um documento desta importância. Estamos, realmente, vivendo o “século da criança”? A qual criança pertence este século? A pobre, abandonada, negligenciada, drogada, prostituída, sem escola, sem lar, sem comida, vítima de maus tratos físicos e/ou de abuso sexual?

Foi possível, com esta revisão da literatura, observarmos que apesar de termos passado por marcos históricos e avanços no entendimento das facetas dos maus-tratos às crianças, pouco de efetivo pôde ser feito até o momento na porção fundamental do cuidado à saúde

que é a prevenção. As intervenções são cada vez mais importantes e solicitadas para que sejam realizadas o mais precocemente possível, desde a prevenção até a correção dos atos abusivos. Para tanto, não basta ter, montar ou treinar equipes e pessoas, mas, principalmente, estudar com rigor científico a amplitude do tema “a criança maltratada”. Pesquisas futuras são necessárias, especialmente quanto aos comportamentos não violentos criminalmente das vítimas de abuso, problemas interpessoais, dificuldades vocacionais, discriminando os tipos diferentes de abuso sofridos. É necessário fazer estudos longitudinais rigorosos que tentem descomplicar os antecedentes, as correlações e os impactos do abuso. Comparações entre crianças que sofreram abuso e as que não sofreram podem identificar variáveis que moderem as conseqüências a longo termo e previnam os efeitos negativos do ato abusivo (BRIERE, 1992; MALINOSKY-RUMMEL & HANSEN, 1993).

Na situação específica do Brasil, o “Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 1989) prioriza a identificação e notificação dos casos, criando o Conselho Tutelar que seria o responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção (proteção da criança, afastamento da vítima do agressor, punição do agressor, tratamentos). Conselhos deste tipo foram criados. Mas, onde estão, o que fazem realmente e que integração têm com o serviço de saúde, receptáculo maior da maioria dos casos?

Sobre os profissionais de saúde envolvidos com a assistência de crianças vítimas de maus-tratos no Brasil, trazemos algumas questões específicas. Eles passam por alguma formação especializada? Sabem o que e como devem conduzir a investigação de situações suspeitas? Têm algum contato com as instituições legais que trabalham com maus-tratos? Formam um trabalho integrado, de equipe de assistência? Têm algum suporte para as angústias e dúvidas suscitadas (onde aliviar, onde buscar respostas)? Têm contato ou estabelecem trocas com outras instituições e/ou instâncias de atendimento? Como lidam com a questão ética envolvida nestas situações? Respeitam os direitos das crianças internadas ou contribuem ao maltrato institucional?

Questionamentos como se a equipe respeita os direitos da criança ou simplesmente contribui para com os maus-tratos e projetos com programas de esclarecimento e sensibilização da sociedade deveriam ser uma constante entre os técnicos que assistem ao problema. Uma base de informações (de saber) constantemente atualizada e confiável precisa ser implementada para servir de fonte para pesquisas e de referência e avaliação permanente dos profissionais e serviços que atendem abusos cometidos contra crianças. Há escassez de informações e divulgações sobre os

trabalhos realizados no Brasil. Esperamos que os dados apresentados e os questionamentos suscitados possam

servir como estímulo e ponto de partida para os estudos a serem implementados no nosso país.

THE ABUSED CHILD: A LITERATURE REVIEW

Assisting abused children may cause discomfort and raise doubts. The present literature review, which includes periodicals, books and the Child's and Adolescent's Statute, was conducted to serve as reference to professionals and researchers involved with the child abuse problem. The authors introduce the subject of abuse, present its legal and ethical implications, the difficulties to diagnose it, its effects, the necessity to understand and treat its perpetrator as well as the role and background of the professionals who assist children victimized by abuse. As final considerations, the authors suggest preventive steps as well as the improvement of formal systematic research on abused children.

KEY WORDS: *battered child syndrome, child abuse, sexual, violence*

EL NIÑO MALTRATADO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Atender niños víctimas de malos tratos puede causar incomodidad y suscitar dudas. La presente revisión de la literatura, incluyendo periódicos, libros y el Estatuto del Niño y del Adolescente, fue conducida para servir de referencia a los profesionales e investigadores involucrados con el problema del niño maltratado. Los autores introducen el tema maltrato, presentan las implicaciones legales y éticas, las dificultades para el diagnóstico, los efectos del mismo, la necesidad de comprender al maltratador y tratar a este, los papeles y la formación de los profesionales que atienden niños víctimas del abuso. Cómo consideraciones finales, los autores sugieren medidas preventivas y perfeccionar estudios formales sistemáticos sobre el niño maltratado.

TÉRMINOS CLAVES: *el niño maltratado, maltrato sexual de los niños, violencia*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ALEXANDER, R.C. Educação do Médico sobre abuso da criança. In: REECE, R.M. **Clínicas Pediátricas da América do Norte: abuso da criança**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. v. 4, p. 1053-1072.
02. ARIÈS, P. **História social da criança e da família** (L'Enfant et la Vie familiale sous l'Ancien Régime). 2. ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1981. 279p.
03. BERRY, D. et al. Sexual abuse: giving support to nurses. **Nurs. Stand.**, v. 8, n. 4, p. 25-27, 1993.
04. BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1989. n. 193.
05. BRIERE, J. Methodological issues in the study of sexual abuse effects. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v. 60, n. 2, p. 196-203, 1992.
06. CAMPBELL, J. C. Violence as a nursing priority: policy implications. **Nurs. Outlook**, v. 41, n. 2, p. 83-92, 1993.
07. CHADWICK, D.L. Preparo para o testemunho, em juízo, em casos de abusos de crianças. In: REECE, R.M. **Clínicas Pediátricas da América do Norte: abuso da criança**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. v. 4, p. 1035-1052.
08. COHEN, C. et al. **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996. 280p.
09. DiPALMA, L.M. Patterns of coping and characteristics of high-functioning incest survivors. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, v. 8, n. 2, p. 82-90, 1994.
10. DUBOWITZ, H. Papel do pediatra na prevenção de maus-tratos à criança. In: REECE, R.M. **Clínicas Pediátricas da América do Norte: abuso da criança**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. v. 4, p. 1073-1087.
11. DUBOWITZ, H.; BLACK, M. Teaching pediatric residents about child maltreatment. **J. Dev. Behav. Pediatr.**, v. 46, n. 5, p. 305-307, 1991.
12. FELDMAN, K.W.; MONASTESKY, C.; FELDMAN, G.K. When is childhood drowning neglect? **Child Abuse Negl.**, v. 17, n. 3, p. 329-336, 1993.
13. FRIEDRICH, W. N. Sexual victimization and sexual behavior in children: a review of recent literature. **Child Abuse Negl.**, v. 17, n. 1, p. 59-66, 1993.
14. FURNISS, T. **Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e internação legal integrados**. (The Multiprofessional Handbook of Child Sexual Abuse: Integrated Management, Therapy & Legal Intervention). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 337p.
15. GABEL, M. et al. **Crianças vítimas de abuso sexual**. (Les Enfants Victimes D'Abus Sexuels). São Paulo: Summus, 1997. 252p.

16. GILBERT-EVANS, C.M.G.; REDDITT, C.A. Adolescent sexual offenders: potential for a healthier lifestyle. **Issues Mental Health Nurs.**, v. 15, p. 505-518, 1994.
17. GLACHAN, M. Child abuse: a social and cultural phenomenon. **Early Child Develop. Care**, v. 74, p. 95-102, 1991.
18. GLOD, C.A. Research on activity levels and rhythms in childhood psychiatric disorders. **Psychiatr. Serv.**, v. 48, n. 1, p. 43-44, 1997.
19. GOLD, C.A. Long-term consequences of childhood physical and sexual abuse. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, v. 7, n. 3, p. 163-173, 1993.
20. HALL, L.A. et al. Childhood physical and sexual abuse: their relationship with depressive symptoms in adulthood. **Image J. Nurs. Sch.**, v. 25, n. 4, p. 317-323, 1993.
21. HULME, P.A.; GROVE, S.K. Symptoms of female survivors of child sexual abuse. **Issues Mental Health Nurs.**, v. 15, p. 519-532, 1994.
22. JOHNSON, C.F. Lesões infligidas versus lesões acidentais. In: REECE, R. M. **Clínicas Pediátricas da América do Norte: abuso da criança**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. v. 4, p. 861-885.
23. KELLEY, S.J. Caregiver stress in grandparents raising grandchildren. **Image J. Nurs. Sch.**, v. 25, n. 4, p. 331-337, 1993.
24. KRYNSKI, S. et al. **A criança maltratada**. São Paulo: Almed, 1985. 137p.
25. LISBÔA, A.M.J. O estatuto da criança e do adolescente - aspecto de saúde. In: CONGRESSO NACIONAL – A SAÚDE DO ADOLESCENTE, 1. **Anais**. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, 1991. p. 37-43.
26. LYON, E. Hospital staff reactions to accounts by survivors childhood abuse. **Am. J. Orthopsychiatr.**, v. 63, n. 3, p. 410-416, 1993.
27. MALINOSKY-RUMMEL, R.; HANSEN, D.J. Long-term consequences of childhood physical abuse. **Psychol. Bull.**, v. 114, n. 1, p. 68-79, 1993.
28. MARSLAND, L. Child protection: the interagency approach. **Nurs. Stand.**, v. 8, n. 33, p. 25-28, 1994.
29. McGOVERN, K.B. Was these really child sexual abuse or is these another explanation?. **Child & Youth Services**, v. 15, n. 2, p. 115-127, 1991.
30. MIRABAL, B. El manejo interdisciplinario del maltrato de menores ante la ley y el tratamiento actual. **Bol. Asoc. Méd.P.R.**, v. 80, n. 7, p. 251-252, 1988.
31. O'TOOLE, A.W. et al. Nurses' diagnostic work on possible physical child abuse. **Public Health Nurs.**, v. 13, n. 5, p. 337-344, 1996.
32. REECE, R.M. Manifestações incomuns do abuso da criança. In: REECE, R. M. **Clínicas pediátricas da América do Norte: abuso da criança**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. v. 4, p. 981-998.
33. REW, L.; CHRISTIAN, B. Self-efficacy, coping, and well-being among nursing students sexually abused in childhood. **J. Pediatr. Nurs.**, v. 8, n. 6, p. 392-399, 1993.
34. RODRIGUES, Y.T.; RODRIGUES, P.P.B. Execução do estatuto da criança e do adolescente. In: CONGRESSO NACIONAL – A SAÚDE DO ADOLESCENTE, 1. **Anais**. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, 1991. p. 45-51.
35. SCHERER, E.A. et al. Condiloma acuminado em crianças. **Rev. HCPA**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 168-170, 1987.
36. SLUSSER, M.M. Manifestations of sexual abuse in preschool-aged children. **Issues Ment. Health Nurs.**, v. 16, p. 481-491, 1995.
37. TAYLOR, C.M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 465p.
38. VINES, S.W.; WILLIAMS-BURGESS, C.W. Effects of a community health nursing parent-baby (ad) venture program on depression and other selected maternal-child health outcomes. **Public Health Nurs.**, v. 11, n. 3, p. 188-195, 1994.
39. WATKINS, W.G.; BENTOVIM, A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. **J. Child Psychol. Psychiatry**, v. 33, n. 1, p. 197-248, 1992.
40. ZAPATA-VILLA, A.Z. La enfermera frente al niño maltratado. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 5, n. 1, p. 27-36, 1987.