

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SUSPEITA E DETECÇÃO DE MAUS-TRATOS NA CRIANÇA

NURSES´KNOWLEDGE IN THE SUSPICION AND DETECTION OF CHILD ABUSE

DANIEL MARQUES DA SILVA ¹
VERA LÚCIA FILIPE AFONSO ²
ERNESTINA MARIA BATOCA SILVA ³

¹ Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde de Viseu
e investigador do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: dsilva.essv@gmail.com)

² Enfermeira na Unidade de Saúde Familiar Beira Ria, ACES Baixo Vouga, Ílhavo – Portugal.
(e-mail: veralfafonso@hotmail.com)

³ Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu
e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: ernestinatoca@sapo.pt)

Resumo

Enquadramento: Os maus-tratos à criança e ao jovem são um problema muito frequente nos nossos dias e envolvem, para além da agressão física, a negligência, a agressão psicológica ou o abuso sexual. Em Portugal, a partir de 1980, começou a dar-se especial atenção a este tema, através de uma abordagem multidisciplinar, em que o enfermeiro dos cuidados de saúde primários tem um papel importante na promoção e proteção, mas também na deteção precoce e encaminhamento das crianças.

Objetivos: Identificar os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança; determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nos conhecimentos dos enfermeiros sobre essa matéria; verificar a influência da experiência de atendimento de crianças vítimas de maus-tratos nos conhecimentos sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança.

Metodologia: Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com utilização de um questionário, que teve por base o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção de Maus-tratos Infantis da Direção Geral de Saúde (2011). A amostra foi constituída por 61 enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Vouga. O questionário foi aplicado em março e abril de 2013.

Resultados: Verificámos que a maioria não tinha formação específica na área de maus-tratos (88,5%) e 93,3% referiram sentir necessidade dessa formação. A maioria referiu ter facilidade em detetar e comunicar casos de abandono (66,7%), negligência (63,3%) e maus-tratos físicos (59,0%), mas, por outro lado, referiram ter pouca capacidade para detetar situações de maus-tratos psicológicos/emocionais (45,9%) e de abusos sexuais (41%). Os enfermeiros que fizeram formação específica em maus-tratos infantis apresentaram um melhor nível de conhecimentos sobre a deteção e encaminhamento destas situações ($p=0,036$). De igual modo, os enfermeiros que tiveram experiência de atendimento de crianças vítimas de maus-tratos também apresentaram melhores conhecimentos ($p=0,003$).

Conclusão: Embora os enfermeiros de cuidados de saúde primários se sintam capazes de encaminhar situações de maus-tratos infantis, referem sentir falta de formação na área dos maus-tratos e também na comunicação/relacionamentos interpessoais, sobretudo na forma de abordagem destes problemas com a criança/família. Sugerimos um maior investimento na formação destes profissionais na área dos maus-tratos infantis.

Palavras-chave: maus-tratos infantis, conhecimentos, atitudes, prática em saúde.

Abstract

Background: Child and youth maltreatment are a very common problem nowadays and involve, in addition to physical assault, neglect, psychological or sexual abuse. In Portugal, from 1980, we began to pay special attention to this issue through a multidisciplinary approach, in which nurses from primary health care had an important role in the promotion and protection, but also in the early detection and referral of children.

Objectives: To identify the knowledge of nurses in primary health care about signs and symptoms of suspected child maltreatment; to determine the influence of demographic and professional variables on the knowledge of nurses on this matter; to verify the influence of experience of care for children victims of abuse in the knowledge about the signs and symptoms of suspected child maltreatment.

Methodology: Quantitative, exploratory and descriptive study using a questionnaire, which was based on the Practical Guide of Approach, Diagnosis and Intervention of Child Maltreatment from the Portuguese General Health Organization (DGS, 2011). The sample consisted of 61 nurses of the ACES Baixo Vouga region. The questionnaire was administered in March and April of 2013.

Results: We found that the majority had no specific training in the area of abuse (88.5%) and 93.3% reported feeling the need for such training. The majority reported being easy to detect and report cases of abandonment (66.7%), neglect (63.3%) and physical maltreatment (59.0%), but, on the other hand, they reported to have little ability to detect situations of psychological/emotional abuse (45.9%) and sexual abuse (41%). Nurses who did specific training in child maltreatment showed a higher level of knowledge about the detection and referral of these cases ($p = 0.036$). Similarly, nurses who had experience caring for child victims of abuse also had higher knowledge ($p = 0.003$).

Conclusion: Although nurses in primary health care feel able to refer cases of child abuse, they report feeling a lack of training in the area of abuse and also in communication/interpersonal relationships, especially in the form of addressing these issues with the child/family. We encourage a greater investment in training these professionals in the area of child maltreatment.

Keywords: child abuse, health knowledge, attitudes, practice.

Introdução

Os maus-tratos à criança e jovem dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima (Martins & Jorge,

2010). O impacto negativo dos maus-tratos nas crianças e jovens pode dizer respeito aos domínios do bem-estar físico, psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo ou social, cujos efeitos podem persistir nas fases subsequentes do ciclo vital (DGS, 2011).

Este fenómeno surge, na sociedade atual, como um fenómeno novo, resultado de uma profunda alteração de estilos de vida, com conseqüente alteração dos valores morais, individuais e coletivos. Mas certamente que os maus-tratos infantis sempre existiram, só que numa sociedade pouco desperta para a problemática, que não olhava este assunto como ele é encarado nos dias de hoje, encontrando-se camuflado também por regras sociais rígidas, mas permitidas e aceites.

Atualmente, o problema foi reconhecido e as tentativas de o erradicar são constantes em todo o mundo. Foi a partir do início do século XX que surgiu uma atenção maior aos cuidados com as crianças. Em 1924 a Declaração de Genebra declarava o intuito de proteger os direitos das crianças e dos adolescentes, e, em 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas cria a Declaração Universal dos Direitos da Criança com o objetivo de assegurar os direitos das crianças. Com isso tornou-se meta garantir que todas as crianças tivessem um bom desenvolvimento físico, mental e social, sem serem exploradas ou abandonadas, e terem uma boa e equilibrada alimentação, moradia e assistência médica adequada, além de atenção por parte dos pais ou cuidadores (Delfino, Biasoli-Alves, Sagim & Venturini, 2005; Martins & Jorge, 2010).

Os estudos de investigação, à escala internacional, nacional, ou local, permitem documentar o facto de que os maus-tratos constituem um grave problema de saúde, que afeta uma larga parcela da população nas primeiras décadas da vida, sendo que, atualmente, já dispomos de várias e valiosas ferramentas de trabalho que nos orientam e regem para uma melhor prestação perante estes casos, como é o exemplo do Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção (DGS, 2011).

De facto, os maus-tratos à criança e jovem são um problema muito frequente nos nossos dias e envolvem, para além da agressão física, a negligência, a agressão psicológica ou o abuso sexual. Nos Estados Unidos da América são denunciados cerca de 2 milhões de casos por ano, em Inglaterra morrem cerca de quatro crianças por semana em consequência de maus-tratos. Os dados variam em função das fontes consultadas, mas os valores rondam os 30000 novos casos por ano (Oliveira, 2009; Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR, 2014).

No nosso país, o relatório da atividade desenvolvida no contexto da ação de saúde para crianças e jovens em risco (DGS, 2012) caracteriza essas situações e verificamos que, só ao nível da negligência, 42,1% (193) dos casos dizem respeito à falta de supervisão e acompanhamento/familiar, 19,2% (88) a negligência ao nível da saúde, 17,0% (78) a negligência ao nível educativo, 12,4% (57) a negligência ao nível

psicoafetivo e, por último, 9,2% (42) a negligência face a comportamentos da criança/jovem. Quando considerada a exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e o desenvolvimento da criança, verificamos que 97,9% correspondem a situações de violência doméstica, 1,1% a consumo de estupefacientes e 1% ao consumo de álcool.

Em Portugal, a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios e a intervenção dos serviços de saúde, no domínio dos maus-tratos, é fundamental (Tomás & Fernandes, 2011). Efetivamente, trata-se de um problema de saúde pública de grande magnitude, não apenas pelas causas em si, mas sobretudo pelas consequências que dele advêm, uma vez que as principais vítimas serão os homens de amanhã.

Em contexto de prática clínica numa unidade de saúde familiar (USF), as situações de risco e a ocorrência de maus-tratos e/ou negligência nas crianças têm-nos preocupado e desenvolvemos o presente estudo com os seguintes objetivos:

- Identificar os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os sinais e os sintomas de suspeita de maus-tratos na criança;
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os conhecimentos relacionados com os sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança;
- Analisar a influência da experiência de atendimento de crianças vítimas de maus-tratos e os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança.

É nossa finalidade contribuir para sensibilizar os enfermeiros para as mudanças que ocorrem na sociedade e consequentes exigências do papel do enfermeiro na avaliação do risco de maus-tratos em crianças e jovens. Cabe aos enfermeiros vigiar mais de perto estes sinais, detetá-los precocemente e encaminhá-los, também tão precocemente quanto possível, pois quanto mais precoce for a deteção e o encaminhamento mais eficaz será a ação e melhores serão os resultados para a criança e jovem, com implicações na melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde.

Enquadramento

A criança: um ser com direitos e vulnerabilidades

A Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990, consagra os direitos fundamentais das crianças (direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais) (UNICEF, 2004). É um tratado internacional de carácter universal para a defesa dos direitos das crianças e define as respetivas disposições legais para a aplicação desses direitos. Foi ratificado pela quase totalidade dos estados do mundo, com exceção dos Estados Unidos da América, Somália e Sudão do Sul.

A criança é encarada como um ser titular de direitos e liberdades fundamentais e não apenas como mero alvo de medidas de proteção. Considera-se, por isso, que o Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus-tratos. Assim, nas medidas referentes às crianças que sejam tomadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, os tribunais, as autoridades administrativas ou os organismos legislativos, atenderão primordialmente ao superior interesse da criança.

Se, em alguns casos, os pais são considerados os agressores dos próprios filhos e as crianças vivem em ambientes desfavoráveis e até mesmo doentios, não podemos deixar de realçar o papel da família como agente de socialização primário e como eixo fundamental da proteção das crianças. Normalmente, são os pais que cobrem as necessidades físicas, psicoafetivas e sociais dos seus filhos, prestam cuidados adequados, proporcionando-lhes uma formação integral e oferecendo-lhes relações seguras a partir das quais estes podem desenvolver uma visão positiva de si mesmos e dos outros, elementos fundamentais para enfrentar o mundo com confiança e competência (Soriano, 2006). É também no seio familiar que são transmitidos os valores morais e sociais que servirão de base para o processo de socialização da criança, bem como as tradições e os costumes perpetuados através de gerações (Relvas, 2004). Nesta perspetiva, a saúde física e emocional da criança, assim como o seu funcionamento cognitivo e social, são influenciados pela qualidade do funcionamento da sua família (Azenha, Rodrigues & Galvão, 2012).

Os maus-tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado. Por vezes, é também referido como abuso e negligência das crianças e inclui todas as formas de maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos/emocionais, abuso sexual, negligência e exploração, que resultem em dano real ou potencial para a saúde da criança, que causem atrasos no seu desenvolvimento ou atentem contra a sua dignidade. (WHO, 2004). Na literatura aparece também referido a síndrome de Munchausen por procuração e a síndrome da criança abanada/sacudida (Tomás & Fernandes, 2011).

Cabe aos profissionais de saúde detetar estes problemas através de sinais ligados aos cuidados deficitários de higiene, alimentação, afeto ou saúde, situações traumáticas e também problemas emocionais e qualquer indício físico de que tenha ocorrido abuso sexual.

O abuso sexual pode revestir diferentes formas, que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito (cópula, coito anal ou oral), ou mesmo introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras (DGS, 2011).

A síndrome de Munchausen por procuração é uma forma rara, porém grave de maus-tratos infantis, em que os cuidadores deliberadamente exageram ou inventam histórias e sintomas ou ainda induzem sintomas. Na maioria dos casos, o perpetrador é a mãe biológica e como resultado da história dos sintomas fornecidos pelo cuidador, a criança tolera exames médicos e procedimentos dolorosos e desnecessários (Wilson, Creamer & Blair, 2011).

Sacudir com violência e com frequência o lactente ou a criança pequena, resultado da frustração do cuidador com o choro da criança, pode provocar lesões graves no cérebro desta. Nos lactentes, os músculos do pescoço são fracos e há uma grande quantidade de água no cérebro. Uma sacudida violenta faz com que a cabeça, cuja proporção é maior relativamente ao corpo, provoque lesões graves no cérebro, rompendo vasos sanguíneos e neurónios, resultantes de uma rotação e força cortante dentro do crânio (Wilson, Creamer & Blair, 2011).

Os fatores de risco dos maus-tratos dizem respeito a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos. Representam variáveis biopsicossociais que, no meio em que ocorrem, podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e jovens. Algumas características das crianças podem ser entendidas pelos seus pais/ cuidadores como causadoras de stresse e, portanto, estar associadas a uma maior probabilidade de ocorrência dos maus-tratos, nomeadamente grande irritabilidade, hiper-reatividade aos estímulos do ambiente, doenças ou deficiências, entre outras. Em geral, estas características requerem uma maior atenção e cuidados especiais. Também existem fatores de risco do cuidador, tais como ter sido vítima de abuso ou negligência na infância, carecer de modelos de educação adequados ou ter baixa tolerância ao *stress* e existência de relações familiares conflituosas (Oliveira, 2009). Os fatores de risco familiares que estão associados aos maus-tratos infligidos às crianças podem ser os relacionados com a própria estrutura e composição familiar e os

que estão mais diretamente ligados à interação familiar, concretamente à relação mãe/pai-filho (Soriano, 2006). São ainda apontados os fatores de risco sociocultural cujas consequências podem afetar o bem-estar da criança.

Em Portugal, a intervenção da saúde nos problemas de maus-tratos à criança foi trazido à luz do público durante a década de 80, através do empenho da comunidade pediátrica, que atuou em estreita colaboração interdisciplinar com outros profissionais (magistrados, juristas, psiquiatras, técnicos de serviço social, educadores de infância, sociólogos, psicólogos). Diversas formas de violência contra as crianças, praticadas dentro e fora da família, têm sido denunciadas e estudadas (Oliveira, 2009).

A intervenção dos profissionais de saúde é muito importante nesta área e os objetivos, perante a suspeita de maus-tratos, são os seguintes: Proteger a criança/jovem; Intervir no risco para prevenir a evolução para o perigo; Evitar a recorrência (DGS, 2008; DGS, 2011). A prevenção dos maus-tratos constitui a principal prioridade em todo o processo de proteção das crianças e jovens e é um dever dos profissionais que com elas contactam, visando assegurar que estas possam usufruir do seu lugar na infância (Santos, 2009).

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/1999, de 1 de Setembro, alterada pela Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto) promove os direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral. Prevê uma atuação multidisciplinar e segundo três níveis de intervenção que se articulam e complementam. No primeiro nível, intervêm as entidades com competência em matéria da infância e juventude, ou seja, as que têm ação privilegiada em áreas como as da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros, tendo em vista a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens. No segundo nível, quando não seja possível às entidades acima mencionadas atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a ação da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), nas quais a saúde também participa. No terceiro nível, é à intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe assegurar a proteção de crianças e jovens em perigo (DGS, 2011).

Neste contexto, verificamos que os serviços de saúde, enquanto instâncias de primeiro nível, adquirem relevo particular. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e os Hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos Tribunais, que apenas devem ser chamados a agir quando não for possível aos primeiros remover o perigo, isto é, após terem sido esgotados todos os seus meios e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se, assim, o princípio da subsidiariedade.

O Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção (DGS, 2011), apresenta em anexo a Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares, que têm a forma de formulários para sinalização de uma potencial situação de maus-tratos, quer no âmbito dos cuidados de saúde primários, quer a nível hospitalar.

Questões de investigação

Para nortear o nosso estudo definimos as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança?
- Que variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros influenciam os seus conhecimentos sobre sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança?
- Qual a relação entre a experiência de atendimento de crianças vítimas de maus-tratos e os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança?

Metodologia

Face às questões e objetivos definidos, definimos este estudo como de natureza quantitativa, descritivo, correlacional e de corte transversal. Utilizámos um questionário composto por questões de caracterização sociodemográfica e profissional e por questões elaboradas a partir do Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Maus-tratos em Crianças e Jovens (DGS, 2011) que permitiram identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeitas de maus-tratos na criança.

Os participantes foram os enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários no ACES Baixo Vouga e se disponibilizaram a preencher o questionário. Excluimos os profissionais que, exercendo funções nas unidades acima mencionadas, se encontravam de férias, licença de maternidade ou baixa médica. Reporta-se a uma amostra não probabilística por conveniência. Os questionários foram entregues em envelope aos enfermeiros das várias unidades que compõem o ACES Baixo Vouga, os quais foram informados da finalidade do estudo e aos quais foi garantido o anonimato. Após o auto-preenchimento, que decorreu durante os meses de março e abril de 2013, os questionários foram colocados em envelope fechado. Obtivemos autorização do Presidente do ACES Baixo Vouga e parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

A amostra foi constituída por 61 enfermeiros, tendo a maior parte entre 35 a 45 anos de idade (44,3%) e, também na sua parte, pertencentes ao sexo feminino (91,8%).

Resultados e discussão

Nos últimos anos, a sociedade tornou-se muito atenta à problemática dos maus-tratos e o enfermeiro de cuidados de saúde primários tem um papel importante, não só na avaliação do risco de maus-tratos na criança e jovens, como também no seu encaminhamento. Possuir formação específica na área de maus-tratos poderia ser uma vantagem, mas, na maioria da amostra estudada, 88,5% referiram não possuir esse tipo de formação. Apesar disso, constatámos que 93,3% dos enfermeiros referiram sentir necessidade de formação específica. A este propósito Faraj & Siqueira (2012) referem que os profissionais de saúde que atuam nesse contexto, especialmente os enfermeiros, têm necessidade de uma melhor preparação.

Pela autoavaliação dos participantes sobre a capacidade em detetarem e encaminharem as situações de maus-tratos em crianças, verificámos que a maior parte dos enfermeiros se sente à vontade para detetar e comunicar casos de violência relacionadas com *Abandono* (66,67%), *Abandono afetivo* (63,93%), *Negligência* (63,33%), *Maus-tratos físicos* (59,02%), seguindo-se, sucessivamente, *Disfuncionalidade parental/familiar* (48,33%), *Envenenamento recorrente* (40,98%) e *Abuso sexual* (37,70%). Verificámos que se sentem pouco à vontade para referenciar *Maus-tratos psicológicos ou emocionais* (45,9%), *Atribuição de doença que não existe* (44,3%) e *Abuso Sexual* (41%). Estes factos levam-nos a afirmar que os enfermeiros se sentem mais capacitados nos casos de abandono, negligência e maus-tratos físicos porque são mais objetivos e com sinais visíveis, e, em contrapartida, sentem-se menos capazes nas situações de maus-tratos psicológicos/emocionais e de abusos sexuais, pois, para serem identificados, é necessário um acompanhamento mais próximo e continuado, o que nem sempre é fácil para o enfermeiro.

Em relação à sua experiência sobre suspeita e atendimento de crianças vítimas de maus-tratos, verificámos que 73,3% referiram suspeitar que determinada criança era vítima de maus-tratos, e 52,5% referiram ter atendido alguma criança com suspeita de maus-tratos. Constatámos que a maioria já atendeu crianças vítimas de maus-tratos, o que nos leva a refletir que esta problemática é atual e justifica que haja formação específica dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários nesta área. Estes profissionais são muitas vezes os primeiros a contactar com estas crianças e famílias, sendo da sua responsabilidade sinalizar, acompanhar e/ou encaminhar cada caso para os serviços e apoios adequados.

Da experiência vivida com estas situações, 81,3% dos enfermeiros comunicaram ao médico de família e 53,1% encaminharam para a CPCJ. De referir que 25,0% dos enfermeiros se preocuparam em acompanhar a situação. Estes resultados não concordam com o estudo de Cunha (2007), quando refere que a expressiva maioria de profissionais de enfermagem (68,4%) nunca diagnosticou casos de crianças em situação de violência familiar.

Quanto à preparação para atuar nas situações de maus-tratos, verificámos que 55% dos inquiridos referem não se sentirem preparados para detetar e encaminhar as crianças vítimas de maus-tratos.

Constatámos também que 78,3% dos participantes não conhece o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção dos Maus-tratos Infantis, 74,6% não conhece o Guia de Registo de Visitação Domiciliária, anexo III do citado Guia Prático, e 83,1% desconhece que o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil iria incluir a avaliação de crianças e jovens em risco. O facto da maioria dos enfermeiros referir não conhecer estes documentos é uma lacuna. Talvez por isso as entidades responsáveis integraram no atual Programa de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) a avaliação do risco familiar em todas as consultas de vigilância, com acesso aos instrumentos de deteção destas situações nos sistemas informáticos.

É nosso entendimento que se deve investir na formação dos profissionais, pois as mudanças e a criação de novas ferramentas digitais são uma consequência do progresso e implicam o estar atento. Também um espírito aberto e competências relacionais e de comunicação interpessoal facilitam a abordagem destes casos e a articulação entre as várias entidades.

Quanto aos conhecimentos dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos, verificámos que menos de metade da amostra considerou *Separação, divórcio e conflitos de custódia* (43,3%), *Gravidez* (39,0%), *Dificuldades/Insucesso escolar* (46,7%), *Perturbações do desenvolvimento psicomotor* (41,7%), *Perturbações do comportamento alimentar* (45,0%), *Medo e/ou fobia de pequena intensidade em criança com menos de 5 anos* (41,7%), e *as Perturbações psicóticas* (35,6%), como sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança.

Relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e experiência de atendimento de crianças vítimas de maus-tratos com os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita maus-tratos na criança

Na relação entre as variáveis idade, sexo, existência de filhos e os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre a deteção da criança vítima de maus-tratos, constatámos não existirem diferenças estatísticas

significativas entre o nível de conhecimentos e a idade ($p=0,295$), entre os sexos ($p=0,750$) e a existência de filhos ($p=0,369$).

Quanto às variáveis profissionais estudadas e relativamente à formação específica na área de maus-tratos à criança, pudemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas que evidenciam a relação entre esta variável e os conhecimentos por parte dos enfermeiros ($p=0,036$). Por outras palavras, os enfermeiros com formação específica em maus-tratos infantis, têm um nível de conhecimentos superior. A atitude dos profissionais na abordagem aos maus-tratos encontra-se intimamente relacionada com a visibilidade que o problema assume no quotidiano. Oliveira (2009) afirma que a qualidade do atendimento depende da possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos e para isso contribui uma adequada formação direcionada para esta temática, o que faz com que os enfermeiros fiquem mais despertos para identificar situações de risco.

Quanto ao tempo de serviço, verificámos que não existe relação entre esta variável e os conhecimentos dos enfermeiros ($p=0,234$).

Pudemos constatar que os enfermeiros que referem ter atendido alguma criança vítima de maus-tratos, apresentam níveis de conhecimentos sobre a deteção da criança vítima de maus-tratos superiores face aos restantes, com um nível de significância de $p=0,003$. Podemos afirmar que existe relação entre a experiência de atendimento de crianças vítimas de maus-tratos e os conhecimentos apresentados. É reconhecido por todos que a prática é fonte de conhecimento quando devidamente refletida. Sem dúvida que a experiência desenvolve nos enfermeiros competências em vários domínios, nomeadamente na observação e avaliação dos aspetos de crescimento, do desenvolvimento psicomotor, emocional e na deteção de perturbações do comportamento da criança. Mas o contacto com estas situações, para além de dar mais segurança, aumenta a sensibilidade para estes casos e melhora a eficácia da atuação do enfermeiro.

Conclusões

Face aos resultados, podemos concluir que, apesar de a maioria dos enfermeiros não ter formação específica na área de maus-tratos, referiram sentirem-se à vontade para detetar situações de maus-tratos, de um modo especial nos sinais/sintomas físicos. A maioria dos enfermeiros reconhece a necessidade de formação específica. Observamos existir influência entre a formação específica na área e os conhecimentos dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos infantis ($p=0,036$).

Quanto às variáveis sociodemográficas (idade, sexo, existência de filhos) não se verificou influência significativa com os conhecimentos dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus-tratos na criança.

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde. É a área dos cuidados de saúde primários que toma contacto privilegiado com situações de maus-tratos infantis e que trabalha com a família, conhecendo todo o seu enredo. Estamos cientes que os resultados deste trabalho, embora não se podendo generalizar, podem dar um contributo para sensibilizar os enfermeiros sobre as suas práticas e melhorar o despiste, atendimento e encaminhamento das crianças vítimas de maus-tratos. Sugerimos maior investimento na formação sobre esta matéria e criação de espaços de reflexão em equipa multidisciplinar que contribuam para a melhoria do atendimento/encaminhamento destas crianças, com ganhos para a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azenha, M. R. J., Rodrigues, S. M. A. & Galvão, D. M. P. G. (2012). Bullying e a criança com doença crónica. *Referência*, 3(6), 45-53.
- CNPCJR - Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (2014). *Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ no ano de 2013*. Lisboa: CNPCJR. Acedido em <http://www.cnpcjr.pt/%5CRelatorio_Avaliacao_CPCJ_2013.pdf>.
- Cunha, J. (2007). *A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira.
- Delfino, V., Biasoli-Alves, Z. M. M., Sagim, M. B. & Venturini, F. P. (2005). A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, 38-46. Acedido em <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71414365005.pdf>>.
- Faraj, P. S. & Siqueira, A. C. (2012). O atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente vítima de violência sexual na perspectiva dos profissionais do CREAS. *Barbarói*, 37, 67-87. Acedido em <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2097/2357>>.
- Martins, C. B. G. & Jorge, M. H. P. M. (2010). Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta Paul Enfermagem*, 23(3), 423-428. Acedido em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a18.pdf>>.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2008). *Maus-tratos em crianças e jovens: intervenção da saúde: documento técnico*. Lisboa: DGS. Acedido em <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1850421D-5FD7-45F4-BB3A-CB66499CFB96/0/AcaoSaudeCriançasJovensRisco.pdf>>.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção: acção de saúde para crianças e jovens em risco*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.adcl.org.pt/observatorio/pdf/Guia_Maus_tratos2011.pdf>.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2012). *Acção de saúde para crianças e jovens em risco: comissão de acompanhamento: relatório 2011*. Lisboa: DGS. Acedido em <<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/acao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco-comissao-de-acompanhamento-relatorio-2011.aspx>>.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS. Acedido em <<http://www.dgs.pt/?cr=24430>>.
- Lei n.º 147/99 - Lei de protecção de crianças e jovens em perigo *Diário da República, 1 Série-A, N.º 204*, de 1-9-1999.

- Lei n.º 31/2003 - Altera o Código Civil, a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, o Decreto-Lei n.º 185/93, de 22 de Maio, a Organização Tutelar de Menores e o Regime Jurídico da Adopção. *Diário da República — I Série-A*, N.º 193, de 22 de Agosto de 2003.
- Oliveira, P. H. L. S. N. (2009). *Maus-tratos: a atitude dos técnicos das comissões de protecção* (Dissertação de mestrado não publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- ONU (1959). *Resolução da Assembleia Geral 1386 (XIV). Declaração dos Direitos da Criança*, de 20 de novembro de 1959. Disponível em: <http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=1000&>.
- ONU (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas de 20 de Novembro de 1989. Disponível em: <https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva Sistémica*. (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, M. A. P. (2009). *A intervenção do serviço social na problemática dos maus-tratos*. Dissertação de mestrado não publicada). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Soriano, F. (2006). *Promoção e protecção dos direitos das crianças: guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus-tratos ou outras situações de perigo*. Generalitat Valenciana edição. Acedido em <http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3968&m=PDF>.
- Tomás, C. & Fernandes, N. (2011). Direitos da criança em Portugal: os desassossegos dos riscos na/da infância. In *IV Encontro Maus-Tratos, Negligência e Risco na Infância e na Adolescência*. Acedido em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/15070>>.
- WHO - World Health Organization. (2004). *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the world report on violence and health*. Genève: WHO. Acedido em <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>>.
- Wilson, D., Creamer, L. & Blair, F. (2011). Problemas de saúde de lactentes e pré-escolares. In: M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong. *Fundamentos de enfermagem pediátrica*. (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora. Pp. 465-506.

Recebido: 4 de novembro de 2014.

Data da Aprovação pelo Conselho Técnico-Científico da ESSV: 30 de outubro de 2014.