

ATUALIDADES - VISÃO DOS ACADÊMICOS

Mario Santoro Junior

Doutor em medicina pela Fmusp

Titular da Academia de Medicina de São Paulo

Titular da Academia Brasileira de Pediatria

CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS TRATOS – ESTARIAM OS MÉDICOS CAPACITADOS PARA RECONHECÊ-LAS?

Certamente, o conceito de infância em dificuldade é amplo e pode incluir diversas categorias, incluindo tanto as crianças vitimadas pelas más condições sociais – violência estrutural – quanto aquelas que são vítimas da violência praticada nas relações interpessoais adulto-criança⁽¹⁾.

Em geral é fenômeno recorrente, com frequência busca atenção na área de saúde e, se não reconhecido e abordado adequadamente, pode ter resultados funestos⁽²⁾. No entanto, nem sempre seu diagnóstico é simples ou fácil⁽³⁾, fato que torna necessário o médico estar devidamente capacitado para reconhecer e abordar esse quadro clínico⁽³⁾. Com essa finalidade, estudamos, há alguns anos atrás, o conhecimento que os médicos residentes possuíam no atendimento de crianças vitimizadas⁽³⁾.

A população de estudo foi composta por dois grupos de médicos residentes. O primeiro grupo compreendia todos os médicos recém-selecionados que estavam iniciando o primeiro ano de residência médica. O segundo grupo foi formado por todos os médicos que haviam recém-concluído os dois anos de residência básica. Ambos abarcavam as residências médicas de pediatria, ortopedia e clínica médica das cinco faculdades de medicina da região metropolitana da Grande São Paulo. No período compreendido, novembro de 1997 a março de 1998, nas três áreas médicas selecionadas naquelas faculdades, o total de médicos residentes era de 405, o que correspondia a 9,5% do total de vagas de residência médica existentes no país.

Desse universo, ao final foram incluídos no estudo 267 (65,28%) médicos, que voluntariamente aceitaram em participar deste.

Inicialmente, foi desenvolvido um formulário que abarcava as características demográficas e individuais dos médicos incluídos ao estudo, aplicado por entrevistador, que era acompanhado por um questionário que logo após a entrevista o médico era convidado a responder, sem o auxílio do entrevistador e que correspondia a testes de múltiplas escolhas, relativos a conhecimentos sobre a vitimização de crianças e adolescentes. O formulário e o questionário foram desenvolvidos especificamente para este estudo, tendo por referência instrumento construído para um estudo similar desenvolvido por Alan Woolf et al.⁽⁴⁾, na Harvard Medical School, em 1988.

A seguir, foram treinados especificamente dois entrevistadores. Estes contatavam os residentes, pessoalmente ou por telefone, explicando os objetivos da entrevista e dos questionários, marcando a seguir, local, data e horário para a realização da entrevista individualmente. Havia garantia de sigilo e anonimato. Foram excluídos do estudo todos os médicos que se recusaram a participar e aqueles que, após três tenta-

tivas de aprazamento, não foi possível definir um momento para a realização de entrevista e aqueles que, mesmo aprazados em três ocasiões, alegaram motivos que impossibilitaram a realização da entrevista. Também foram excluídos do estudo os médicos cujos questionários não haviam sido respondidos conforme as normas estabelecidas, ou seja, que haviam respondido como certa mais de uma alternativa por questão, ou não haviam respondido todas as questões, ou apresentavam rasuras que impediam identificar a resposta a ser considerada como válida. O estudo foi autorizado pela diretoria das faculdades de medicina selecionadas, após a garantia de sigilo das informações.

Os dados foram arquivados em microcomputador tipo pessoal (PC) utilizando-se o programa Epi-Info 6.04.b, do CDC de Atlanta (EUA), OMS – Organização Mundial da Saúde. Foram realizados cálculos das medidas de tendências e distribuição como média, desvio padrão e intervalo de confiança. Utilizou-se também o teste do *qui* quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fischer, para as tabelas de contingência. A análise foi feita quesito por quesito, com avaliação do desempenho global dos médicos quanto aos conhecimentos relativos a crianças e adolescentes vitimizados.

Importante frisar que os questionários, os quais os médicos eram convidados a responder, continham questões relativas aos temas de diagnóstico, diagnóstico diferencial, epidemiologia e aspectos legais referentes aos maus tratos infantis.

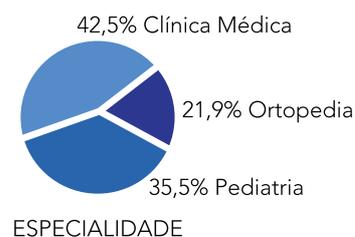
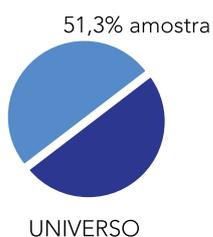
Resumidamente, os resultados obtidos podem ser vistos nos gráficos abaixo:

1) Quanto à amostra



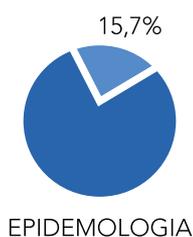
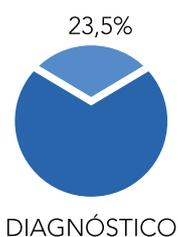
2) Quanto à especialização e fase de estudo em que se encontravam os médicos residentes

População de Estudo 1997/1998



3) Resultados obtidos após a aplicação dos questionários

Proporção de médicos que acertaram 65% ou mais das respostas por subitens do questionário



A análise dos questionários obtidos mostra que o desempenho geral deles foi sofrível, com nota média geral de 4.6 (para uma nota máxima de 10).

Os médicos demonstraram conhecer cerca de 30% das questões referentes a:

- História clínica de vitimização (perguntas 12 e 21);
- Sinais clínicos de vitimização (perguntas 2 e 22);
- Exames mais indicados para diagnóstico de vitimização física ou de suas prováveis consequências (perguntas 6,11,15 e 23).

No subitem *diagnóstico diferencial*, os médicos demonstraram conhecer um terço das perguntas, sendo a resposta mais frequentemente correta a que se referia à osteogênese imperfeita, cujas características clínicas mais marcantes são a fragilidade óssea e as fraturas. Trata-se de uma questão que pode ser interpretada como fácil. Não foram, porém, capazes de identificar outras doenças que mimetizam vitimização infantil, bem como não interpretaram corretamente a presença de verrugas anais.

No subitem *epidemiologia*, apenas três perguntas em 16 (18,75%) obtiveram uma proporção de acertos superior a 65%. As questões com maiores taxas de acertos referem-se aos fatores de risco, à provável doença psiquiátrica do agressor e ao perfil do agressor.

No subitem *aspectos legais*, somente uma pergunta em oito (12,5%) obteve taxa de acerto superior a 65% e corresponde à definição de atentado violento ao pudor.

De um modo geral, o comportamento de acertos às respostas piorou dos subitens *diagnóstico* e *diagnóstico diferencial* para os subitens *epidemiologia* e *aspectos legais*.

Em conclusão, pode-se afirmar, a partir dos resultados obtidos neste estudo, que os médicos entrevistados possuíam conhecimentos insuficientes sobre o atendimento de crianças e adolescentes vitimizados.

Deve-se realçar que os programas de residência médica, em nosso meio, mesclam, geralmente, alunos advindos de diversas escolas médicas. Em que pese, porém, haver forte contingente da própria escola ligada aos hospitais que mantêm os programas de residências médica, aos menos nos avaliados neste estudo, ou seja, hospitais ligados à faculdade de medicina da Grande São Paulo, é prudente ter-se cautela a partir dos resultados obtidos na avaliação de conhecimentos dos alunatos dos programas de residência médica como um todo. Contudo, é mister reconhecer que os médicos aqui avaliados cursavam especialização nos programas de residência médica de hospitais altamente conceituados e ligados às faculdades de medicina reconhecidas entre as melhores. Em função disso, esses programas de residência médica têm seu curso de ingresso altamente concorrido, atraindo, em geral, um corpo discente composto por alunos de muito bom nível de conhecimento. Considerando a conclusão aqui obtida, ou seja, o nível de conhecimento no assunto tratado neste estudo, deixou a desejar, é possível pressupor que o restante do contingente graduado em outras escolas médicas e que adentraram ao mercado de trabalho ou ingressaram em outros cursos de especialização está mais mal capacitado, ou no máximo no mesmo nível, para enfrentar na prática diária do fenômeno de vitimização de crianças e adolescentes, tanto nos aspectos preventivos quanto no diagnóstico e no reconhecimento legal.

Comparando-se a nota média de todos os médicos pesquisados no presente estudo, 4.6, observa-se que ela situa-se aquém dos resultados obtidos por Woolf et al.⁽⁴⁾ em 1988, que obteve média de 66% de acertos nas questões não selecionadas e 83% de acertos usando só as questões que tinham maior consistência interna. Esse fato indica que o desempenho dos médicos em fase de especialização aqui avaliados é pior do que o desempenho dos médicos residentes pesquisados por esses autores⁽⁴⁾, e aponta para uma insuficiência de conhecimentos na área de maus tratos infantis, o que está em concordância com a literatura disponível⁽⁴⁻⁸⁾. Considerando que, apesar do melhor desempenho observado na sua pesquisa, Woolf et al.⁽⁴⁾ referem a necessidade de maior capacitação de residentes na área de maus tratos infantis, os resultados

obtidos neste estudo devem trazer, então, maior preocupação ainda com a formação de nossos médicos.

Um fato a ser analisado diz respeito às razões do melhor desempenho dos residentes nos programas de residência avaliados por Woolf *et al.*⁽⁴⁾, quando comparado com o observado neste estudo. A moda de horas de estudos dedicados a esse assunto naqueles programas foi de 1 a 4 horas, muito similar à média obtida por nós, não parecendo ser, pois, essa, a variável que diferencia os resultados. Talvez o pior desempenho de nossos residentes seja devido ao fato que só recentemente o assunto maus tratos infantis entrou com maior intensidade na agenda científica médica em nosso país, enquanto já se constituía há mais tempo nos EUA, na Inglaterra e no Canadá em um alarmante problema de saúde pública⁽⁹⁾.

Seria oportuno um novo estudo para avaliar se os dados apresentados àquela época, numa das mais importantes universidades deste país⁽³⁾, somado ao fato de que o tema da violência é cada vez mais frequente nas publicações periódicas e científicas⁽¹⁰⁾, foram capazes de produzir modificações nas grades curriculares dos programas de residência médica, a fim de que eles pudessem entregar ao mercado de trabalho médicos melhor capacitados no reconhecimento dos maus tratos infantis, sem dúvidas um importante problema de saúde pública no nosso meio⁽¹¹⁾. ■

Referencias Bibliográficas

1. Azevedo MA, Guerra VNA (org.) Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. Iglu Editora; 1989.
2. Santoro MJ. Vitimização física: A conduta médica. In Azevedo MA, Guerra VNA (org.) Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. Iglu Editora; 1989.
3. Santoro, MJ. Avaliação dos conhecimentos de médicos residentes para o atendimento de crianças e adolescentes vitimizados – tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.
4. Woolf A, Taylor L, Melnicoe L, Andolsek K, Dubowitz H, De Vos E, et al. What residents know about child abuse. Implications of a survey of knowledge and attitudes. *Am J Dis Child.* 1988;142(6): 668-72.
5. Morris JL, Johnson CF, Clasen M. To report or not report. *Am J Dis Child.* 1985;139(2):194-7.
6. Socolar RRS. Physician knowledge of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1996;20(8):783-90.
7. Saulsbury FT, Campbell RE. Evaluation of child abuse reporting by physicians. *Am J Dis Child.* 1985;139(4):393 - 5.
8. Ladson S, Johnsoncf D. Do physicians recognize sexual abuse? *Am J Dis Child.* 1987;141(4):411-5.
9. Vaz FAC. Considerações sobre síndrome do bebê espancado (Editorial). *Rev Paul Med.*1984; 102 (6): 235.
10. Bastos BRA. Violência contra crianças exploração sexual infantojuvenil. Prostituição infantil. Disponível em: [http://www.andi.org.br/sites/default/files/legislacao/Viol%C3%Aancia%20contra%20a%20crian%C3%A7a%20e%20o%20adolescente_%20Explora%C3%A7%C3%A3o%20Sexual%20Infanto%20Juvenil%20e%20Prostitui%C3%A7%C3%A3o%20Infantil%20\(monografia\).pdf](http://www.andi.org.br/sites/default/files/legislacao/Viol%C3%Aancia%20contra%20a%20crian%C3%A7a%20e%20o%20adolescente_%20Explora%C3%A7%C3%A3o%20Sexual%20Infanto%20Juvenil%20e%20Prostitui%C3%A7%C3%A3o%20Infantil%20(monografia).pdf). Acessado em 24/11/2015.
11. Santoro MJ. Maus tratos infantis: um fenômeno antigo e sempre atual. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1955. Acessado em 24/11/2015.