

FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ  
MEDICINA

RENATA POLITTA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CRIANÇA COM FRATURA VÍTIMA DE MAUS-  
TRATOS POR NEGLIGÊNCIA**

CURITIBA

2020

RENATA POLITTA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CRIANÇA COM FRATURA VÍTIMA DE MAUS-  
TRATOS POR NEGLIGÊNCIA**

Trabalho Científico de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná como requisito parcial para obtenção do grau acadêmico de médico.

Orientador: Prof. Dr. Cássio Zini

CURITIBA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná)

P769 Politta, Renata.  
Perfil epidemiológico da criança com fratura vítima de maus-tratos por negligência  
/ Renata Politta. — Curitiba, 2020.

Orientador : Prof. Dr. Cassio Zini.  
Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Presbiteriano Mackenzie, Faculdade  
Evangélica Mackenzie do Paraná, Curso de Medicina, 2020.

1. Fraturas ósseas. 2. Violência doméstica. 3. Maus-tratos infantis.  
I. Título.

CDD 617.15

RENATA POLITTA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CRIANÇA COM FRATURA VÍTIMA DE MAUS-  
TRATOS POR NEGLIGÊNCIA**

Trabalho Científico de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná como requisito parcial para obtenção do grau acadêmico de médico.

Orientador: Prof. Dr. Cássio Zini

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr.....

Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

---

Prof. Dr.....

Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

Dedico este trabalho a minha família, principalmente meus pais por sempre terem paciência e pelas oportunidades dadas a mim, sem as quais hoje esse trabalho não poderia acontecer.

## **AGRADECIMENTOS**

À amiga e colega Andressa Dalle Corte Galvan por todo apoio e suporte durante a elaboração deste trabalho.

Ao Mateus Strazzi Barreto, namorado e companheiro por todo apoio, colaboração, paciência, amor e carinho durante todo o trabalho.

Ao Professor e Dr. Cássio Zini por aceitar a responsabilidade da minha orientação, por todo apoio e dedicação em toda evolução deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Fernando Tabushi pelo auxílio e paciência na orientação ao longo dos anos de ensino.

Gostaria de agradecer ao acadêmico Matheus Bacil e à Flávia Thoaldo, Chefe de Serviço Social, bem como sua equipe, pela disposição e suporte na coleta dos dados da pesquisa.

À Nilva Lemes da Silva, por toda assistência quando das minhas dúvidas do início do trabalho.

Ao Dr. Vinícius Nicoletti Coelho pelo suporte na interpretação de exames durante a coleta.

Aos demais colegas e amigos pelo incentivo e reconhecimento da importância do tema deste trabalho, bem como por toda ajuda durante a realização do trabalho.

E agradeço também ao grupo Evangélico Mackenzie por permitir a pesquisa, cuja estrutura foi de grande importância para a realização da pesquisa, tornando-a viável.

“Nada na vida deve ser temido, apenas deve ser compreendido. Este é o momento que devemos compreender mais, para que possamos temer menos.”

(Marie Skłodowska-Curie)

## RESUMO

**Introdução:** Maus-tratos à criança no Brasil tem índices elevados e pode levar a consequências graves, como reincidência da violência e morte. As fraturas são a segunda forma mais comum de maus-tratos. A primeira avaliação médica, por vezes, parte do ortopedista, havendo necessidade do profissional de saúde em conhecer as modalidades de maus-tratos como a violência física, psicológica, sexual e negligência. A negligência tem alta prevalência, porém não inspira o mesmo grau de preocupação que as demais, mesmo representando 40 % das fatalidades registradas. **Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico de crianças que sofreram maus-tratos, notificados como negligência, com ocorrência de fraturas. **Método:** Estudo retrospectivo de prontuários e fichas de notificação de negligência de pacientes que sofreram algum tipo de fratura. A coleta referenciou ao período de janeiro de 2018 a junho de 2019 no Hospital Evangélico Mackenzie do Paraná. Foram incluídas na pesquisa crianças de 0 a 12 anos. Consideraram-se as variáveis sexo, faixa etária, localização e número de fraturas e óbito. Foi usado o pacote estatístico Statgraphics Centurion XVI e Microsoft Excel. Para verificação de sexo e óbito, foi utilizado um teste de hipóteses para proporção de uma distribuição binomial. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para testar as categorias de fratura com faixa etária. Para verificação da independência entre as variáveis sexo e local da fratura, foi utilizado o teste qui-quadrado. O nível de significância considerado foi de 0,05. **Resultados:** A amostra estudada foi de 100 pacientes. Desses, 57 meninos e 43 meninas. A idade média foi de 5,04 e a mediana de 4 anos. Em relação a localização da fratura, o membro superior foi o segmento prevalente, seguido por membro inferior. Do número de fraturas, 82% da amostra teve apenas uma fratura. Ocorreram 2 óbitos. **Conclusão:** Os sexos das crianças equiparam-se estatisticamente. Observou-se que quanto menor a idade, mais vulneráveis estão, já que a maioria das vítimas tinha 5 anos ou menos. A maior parte das fraturas estão localizadas nos membros. É maior a ocorrência de apenas uma fratura, contudo 18% dos pacientes tiveram mais de uma fratura. A gravidade da situação é reforçada pelo número alarmante de 2% de óbitos. Tudo isso condiz com a importância do profissional de saúde em saber reconhecer e notificar esta conjuntura a fim de cessar esta violação, evitando consequências trágicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fraturas Ósseas; Violência Doméstica; Maus-tratos infantis; Crianças;



## ABSTRACT

**Introduction:** Child abuse in Brazil is alarmingly common and can lead to serious consequences, such as recurrence of violence and death. Fractures are the second most usual form of abuse. The first medical evaluation often comes from an orthopedist, hence, this health professional has to understand the types of abuse such as physical, psychological, sexual violence and negligence. Negligence is highly prevalent, but does not inspire the same degree of concern as the others, even though it represents 40% of recorded fatalities. **Objectives:** To evaluate the epidemiological profile of children who suffered abuse reported as negligence and with the occurrence of fractures. **Method:** A retrospective study of medical records and forms of notification of negligence in patients who suffered some type of fracture. The collection referred to the period from January 2018 to June 2019 at Hospital Evangélico Mackenzie do Paraná. Children from 0 to 12 years old were included in the research. The variables gender, age, location and number of fracture and death were considered. The statistical package Statgraphics Centurion XVI and Microsoft Excel were used. To verify gender and death, a hypothesis test was used for proportion of a binomial distribution. The Kruskal-Wallis test was used to test the age category of fracture categories. To check the independence between the variables gender and location of the fracture, the chi-square test was used. The level of significance considered was 0.05. **Results:** The sample studied was 100 patients. Of these, 57 boys and 43 girls. The mean age was 5.04 and the median was 4 years. Regarding the location of the fracture, the upper limb was the prevalent segment, followed by the lower limb. About the number of fractures, 82% of the sample had only one fracture. There were 2 deaths. **Conclusion:** The children's genders are statistically similar. It was observed that the younger the age, the more vulnerable they are, since most of the victims were 5 years old or younger. Most fractures are located in the limbs. Most of the children had only one fracture, however, 18% had more than one. The seriousness of the situation is reinforced by the alarming number of 2% of deaths. These results highlight the importance of the health professional in knowing how to recognize and notify this situation in order to stop this violation, avoiding tragic consequences.

**KEYWORDS:** Fractures, Bone; Domestic Violence; Child Abuse; Children.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - FAIXA ETÁRIA DA CRIANÇA QUE SOFREU FRATURA POR NEGLIGÊNCIA.....	24
GRÁFICO 2 - LOCALIZAÇÃO DA FRATURA POR CRIANÇA NA AMOSTRA.....	25
GRÁFICO 3 - NÚMERO DE FRATURAS POR CRIANÇA NA AMOSTRA .....	25
GRÁFICO 4 - ÓBITOS NA AMOSTRA.....	26

### TABELAS

TABELA 1 - FREQUÊNCIA DE LOCALIZAÇÃO DA FRATURA .....	24
TABELA 2 - FREQUÊNCIA DE ÓBITO.....	26
TABELA 3 - TESTE DE KRUSKAL-WALLIS PARA FAIXA ETÁRIA POR LOCALIZAÇÃO DA FRATURA .....	26
TABELA 4 - TESTE DE KRUSKAL-WALLIS PARA FAIXA ETÁRIA POR NÚMERO DE FRATURA .....	27
TABELA 5 - TESTE DE QUI-QUADRADO PARA RELAÇÃO ENTRE SEXO E LOCALIZAÇÃO DA FRATURA (1).....	27
TABELA 6 - FREQUÊNCIA DA LOCALIZAÇÃO DA FRATURA POR SEXO (1) .....	27
TABELA 7 - TESTE DE QUI-QUADRADO PARA RELAÇÃO ENTRE SEXO E LOCALIZAÇÃO DA FRATURA (2).....	27
TABELA 8 - FREQUÊNCIA DA LOCALIZAÇÃO DA FRATURA POR SEXO (2) .....	28

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
MTCAA	Maus-tratos contra crianças e adolescentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo cranioencefálico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1	OBJETIVO.....	13
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
2.1	OS MAUS-TRATOS .....	14
2.2	AS FRATURAS E O PAPEL DO MÉDICO .....	17
2.3	NEGLIGÊNCIA: UM TIPO DE MAUS-TRATOS FREQUENTE .....	21
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>33</b>
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA</b> .....	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As taxas de violência infanto-juvenil se elevam a cada ano no cenário mundial, sendo o Brasil um dos principais países com níveis exorbitantes de maus-tratos. É evidente a importância da discussão das repercussões desse problema que vão além de números: as consequências negativas para o crescimento da criança vítima de negligência, por vezes, irreparáveis.

A maior conscientização dos maus-tratos infantis tem contribuído para um melhor entendimento da complexidade do problema. Mundialmente quase 3.500 crianças e adolescentes morrem todos os anos por maus-tratos (físico ou negligência). Quanto à morbidade, calcula-se que, no mundo todo, anualmente, cerca de 40 milhões de crianças e adolescentes sofram abuso. Estima-se que neste país 18 mil crianças e adolescentes sejam espancados diariamente e que para cada 20 casos de violência contra a criança ou adolescente, apenas um caso seja denunciado. Ainda, cerca de 10% das crianças que são levadas a serviços de emergência por maus-tratos e sem ajuda adequada, 5% morrem nas mãos dos agressores e 35% são severamente maltratadas novamente (TERRA, et al., 2012; MARTINS, 2010)

Com relação as lesões que acometem as vítimas, as fraturas são a segunda forma mais comum de apresentação de maus-tratos e muitas vezes o ortopedista é o primeiro médico a avaliar essas crianças. (TERRA, et al., 2012)

Logo, nota-se a necessidade do médico do primeiro atendimento em reconhecer o abuso e notificar para as autoridades de saúde. Percebe-se que a violência vai além do trauma físico que cursa com a fratura, tornando clara a necessidade de se conhecer todas as formas de violência infantil, especialmente a negligência. Com isso, almeja-se a proteção da criança, para não haver recorrência de fraturas e aumento de mortalidade.

Vale ressaltar que a negligência tem alta prevalência nas mais variadas localidades e tem sido descrita na literatura como preocupante, uma vez que este tipo de maus-tratos, apesar de não inspirar o mesmo grau de indignação dos demais, representa cerca de 40% das fatalidades registradas. (NUNES; SALES, 2016)

## 1.1 OBJETIVO

Avaliar o perfil epidemiológico de crianças que sofreram maus-tratos, notificados como negligência, com ocorrência de fraturas, atendidas no Hospital Evangélico Mackenzie do Paraná, um serviço de referência de trauma de Curitiba.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 OS MAUS-TRATOS

Atualmente os maus-tratos contra crianças e adolescentes (MTCAA) são reconhecidos como um problema complexo de saúde pública, com elevado prejuízo financeiro, social e emocional para a sociedade. Os MTCAA ganharam maior interesse no Brasil somente nos últimos 20 anos. O atraso na discussão desse problema surpreende especialmente pelo fato do país apresentar alguns dos maiores índices de violência mundial. (PICINI, et al., 2017)

Os maus-tratos possuem maior agravamento na infância, provocando um impacto negativo no desenvolvimento e uma catastrófica repercussão no comportamento na vida adulta. A violência pode ser considerada como uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Mais do que qualquer outro tipo de abuso, o cometido contra a criança não se justifica, porque condições peculiares de desenvolvimento desses cidadãos os colocam em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade. (NUNES; SALES, 2016; MINAYO, 2001)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a violência contra a criança em quatro tipos: abuso físico, sexual, emocional (psicológico) e negligência, os quais podem resultar em danos físicos e psicológicos, prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação das crianças. A violência, no meio infantil se traduz em um forte estressor em relação ao processo normal de crescimento e desenvolvimento, devendo ser considerado em sua totalidade, para o seu pleno reconhecimento, a fim de se poder implantar medidas eficazes para sua resolução. (NUNES; SALES, 2016; BANNWARTT; BRINO, 2011; FERREIRA; PENHA, 2007)

O aumento no número de casos de violência infantil, segundo os dados epidemiológicos mundiais e brasileiros, mostra cada vez mais que é necessário demandar ações de controle por meio de condutas preventivas pelos setores sociais envolvidos, como hospitais, unidades de saúde, conselhos tutelares, creches e escolas. A problemática alcançou relevância política e visibilidade na sociedade, principalmente a partir da década de 90, com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) através da Lei 8.069, que tem por finalidade: “garantir às

crianças e ao adolescente a promoção da saúde e a prevenção de agravos, o que torna obrigatória a identificação e a denúncia de violência”. Onde considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Assim, o Estado passou a ter instrumentos legais de proteção nas situações de violência na infância e na adolescência, sendo obrigatória sua notificação até mesmo nos casos de suspeita. (NUNES; SALES, 2016; PASIAN, et al. 2014; PICINI, et al., 2017; CARDOSO, et al. 2003; FERREIRA; PENHAS, 2007)

Em 2001 o Ministério da Saúde do Brasil determinou a notificação compulsória, por parte de todos os profissionais da saúde, de qualquer forma de violência contra crianças e adolescentes, sendo que sua omissão submete ao profissional uma multa de três a vinte salários mínimos de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. Cabe ressaltar que nesses casos não configura violação do dever de sigilo decorrente do exercício da profissão, trata-se de comunicação exigida por lei. (TERRA, et al. 2012; FERREIRA; PENHA, 2007) Essa informação é utilizada para planejar ações públicas, objetivando eliminar a violência da realidade brasileira, pois, ao notificar, inicia-se uma tarefa para identificar a vítima, o agressor, o local da ocorrência, o tipo de ocorrência, *et cetera*. (BANNWART; BRINO, 2011)

Notificar casos de violência é de extrema importância, pois se trata de um instrumento de combate, uma vez que possibilita o embasamento de ações de intervenção em vários níveis. Ao tornar público um fenômeno que acontece na vida privada, torna-se possível perceber que os maus-tratos são mais comuns do que se imagina, mas nem por isso devem ser banalizados ou normalizados. (BANNWART; BRINO, 2011; ASSIS, et al., 2012)

A falta de capacitação dos profissionais de saúde em geral sobre o que significa e qual a importância da notificação implica confusão entre os termos “notificar” e “denunciar”, sendo que notificar deve ter como sinônimo a garantia de que a criança ou adolescente e sua família terão apoio de instituições e profissionais competentes. O papel do profissional, conforme dispõe o artigo 245 do ECA, é de comunicar, isto é, notificar à autoridade competente os casos de seu conhecimento, suspeitos ou confirmados. (BANNWART; BRINO, 2011; ASSIS, et al., 2012)



A morbidade hospitalar, conhecida através do Sistema de Internação Hospitalar (SIH – SUS), ainda não consegue abranger todo o cenário da violência no país, pois engloba apenas os casos não fatais mais graves que necessitaram de internação e, ainda assim, somente os casos que chegam aos hospitais conveniados ao SUS. Os serviços de atendimento de urgência e emergência atendem, por sua vez, as lesões decorrentes de violência. No entanto, não existe uma base de dados no sistema nacional que capte informações dos pronto-socorros, sendo necessária a pesquisa direta nestes serviços para conhecimento dos atendimentos por violência. Os atendimentos ambulatoriais podem ser conhecidos por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA – SUS), implantado em 1991, mas que representa dados gerais do número de atendimentos, além de retratar apenas a demanda pelo SUS. (MARTINS, 2010)

Permeiam, assim, em todos os níveis de informação as situações de violência ainda não notificadas. Entre os casos notificados encontram-se os encaminhados aos conselhos tutelares, serviços de saúde, programas e projetos que atendem uma grande parcela das vítimas, porém sem uma rede de informações que permita conhecer melhor a morbidade por violência. Constituindo uma parcela maior, estão os casos não notificados referentes à “violência silenciosa” que não aparece por falta de notificação e cobertura dos serviços. (MARTINS, 2010)

Para a OMS, os fatores relacionados com a violência contra a criança e o adolescente são classificados em fatores estruturais (social, econômico, pobreza, violação dos direitos humanos, perda da ética e valores morais, corrupção, guerras, guerrilhas, fatores demográficos), fatores institucionais (diminuição do nível de educação, impunidade, exposição à violência, quebra familiar) e fatores diretos ou facilitadores (álcool, drogas, repetição da violência). De fato, muitos pesquisadores destacam o entendimento da violência como uma rede de fatores sócio-econômicos, políticos e culturais que se articulam e interagem de forma dinâmica. (MARTINS, 2010)

Neste sentido, muitos estudos afirmam que é preciso entender a multicausalidade da violência, não a reduzindo ao plano individual. Este complexo contexto da violência, aliado à incapacidade em proporcionar à criança e adolescente vitimizados uma reabilitação psicológica adequada pode trazer para as vítimas consequências relevantes, tanto físicas (fraturas, lacerações, traumas) quanto

sexuais e reprodutivas (gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, disfunções), psicológicas e comportamentais (uso de álcool e drogas, delinquência, depressão, fobias, retração nos relacionamentos, suicídio, queda da autoestima, etc.), que interferem no crescimento e desenvolvimento e que podem fazer delas futuros agressores, revelando assim a complexa trama existente na violência. (MARTINS, 2010)

## 2.2 AS FRATURAS E O PAPEL DO MÉDICO

Diante do conhecimento sobre violência, as fraturas são a segunda forma de apresentação depois das lesões de pele e, aproximadamente, um terço dos casos será visto pelo ortopedista no atendimento inicial. (TERRA, et al., 2012) Para avaliar o mecanismo de fratura, é necessário compreender as características biomecânicas dos ossos das crianças. Diferenças cruciais comparadas aos adultos são: a maior elasticidade dos ossos e um osso cortical mais delgado. Além disso, os locais e tipos de fratura em crianças ocorrem com uma distribuição diferente dos adultos. (BERTHOLD, et al., 2018) Com isso, o padrão de lesões não acidentais são principalmente lesões metafisárias, múltiplas fraturas em diferentes estágios de consolidação, fraturas dos arcos costais posteriores e fraturas de ossos longos em crianças menores de 2 anos. (TERRA, et al., 2012) Deixando claro que o diagnóstico das fraturas em crianças tem um papel fundamental de proteção às crianças. (BERTHOLD, et al., 2018)

Os sinais sugestivos de abuso infantil incluem a presença de múltiplas lesões agudas (equimose, hematoma, escoriações, mordidas, queimaduras e edemas de partes moles), história prévia de abuso, hematoma subdural, alteração comportamental, presença de múltiplas fraturas (principalmente fêmur, tibia e úmero) e fraturas em vários estágios de cicatrização; entretanto, fraturas isoladas ocorrem frequentemente. A presença de lesões sucessivas ditas acidentais e um inexplicável atraso entre o “acidente” e a procura de atendimento médico são sinais gerais apontadores de maus-tratos físicos. (TERRA, et al., 2012; BERTHOLD, et al., 2018)

Como as fraturas são constantes na apresentação de maus-tratos, o ortopedista é frequentemente o primeiro médico a avaliar essas crianças. Apesar disso, há poucos estudos sobre as fraturas e o papel do ortopedista publicados na literatura ortopédica nacional. (PICINI, et al. 2017) Os médicos que prestam cuidados

iniciais nesta definição têm responsabilidades especiais no contexto do abuso infantil, porque a agressão é muitas vezes recorrente e associada a alta mortalidade, sendo que muitos casos de abuso infantil poderiam ter sido evitados se a ação notificadora tivesse sido realizada na primeira apresentação hospitalar. (BERTHOLD, et al., 2018) Apesar disso implicar que o ortopedista deva estar preparado para diagnóstico e para conduzir esses casos, é incomum que esses profissionais façam notificações. (PINICI, et al. 2017)

Atualmente, embora ainda o reconhecimento esteja distante do ideal, é inegável a evolução em termos de conhecimento e divulgação. Porém ainda se percebe muita dificuldade no manejo adequado dos casos e isto deve ser aperfeiçoado. O ortopedista deve estar consciente da importância de sua participação na prevenção secundária e até na primária. Pelo seu conhecimento e ação neste problema ele deve atuar na elaboração de políticas e campanhas públicas e privadas de conscientização e de prevenção. (COHEN; BARROS, 2004)

Em vista disso, tendo o médico como seu maior alvo a saúde do ser humano, sendo que, para isto, deva oferecer o melhor de sua capacidade profissional, depreende-se que estará cumprindo este princípio fundamental do Código de Ética Médica ao realizar a denúncia à autoridade competente. Assim, zelará pela saúde da criança ou adolescente que sofreu os maus-tratos. Vale enfatizar que apesar do dever legal de notificar os maus-tratos, o médico não precisa investigar ou descobrir quem foi o responsável pelo ato, já que não é sua atribuição e nem está preparado para tal. Sua atuação deve limitar-se a comunicação do fato à jurisdição hábil e desenvolver ações para o melhor tratamento da vítima. (FERREIRA; PENHA, 2007)

Os principais aspectos envolvidos nas fraturas por maus-tratos e que necessitam da atenção do profissional de saúde para o diagnóstico são descritos a seguir.

- Idade: até três anos de idade as fraturas acidentais são incomuns principalmente fraturas dos membros superiores em crianças abaixo de quatro meses e de membros inferiores em crianças que não iniciaram a deambulação. A maioria dos maus-tratos é localizada nessa faixa etária. Em algumas séries cerca de 50% das fraturas ocorrem em crianças com menos de um ano de idade. Por isso o médico deve ter atenção especial em crianças com fraturas

nesta faixa etária avaliando demais fatores relacionados aos maus-tratos. (COHEN; BARROS, 2004; BERTHOLD, et al., 2018)

- Incompatibilidade da história com o tipo característica da fratura: é o principal aspecto para a suspeita de maus-tratos. Deve-se sempre verificar se o mecanismo do trauma é compatível com a lesão apresentada. Geralmente a história relatada envolve queda do berço, cama, do colo etc., quando a ocorrência de fraturas, nestas ocasiões, é bastante infrequente. Os ossos longos como fêmur, tíbia, antebraço e úmero requerem uma força bastante considerável para sofrerem fraturas, que dificilmente ocorrem em quedas de pequena altura. Neste ponto, também é necessária a observação das fraturas por torção (em espiral), que podem ser acidentais ou não. Bem como em casos de luxações epifisárias em lactentes e crianças pequenas, que sofrem maus-tratos por conta da exigência de muita força para que aconteçam. (COHEN; BARROS, 2004; CARDOSO, et al., 2003; BERTHOLD, et al., 2018)
- Atraso na procura de atendimento: outro dado importante é o tempo decorrido para iniciar a busca pelo atendimento. As fraturas doem mais intensamente na sequência do trauma e melhoram com o passar dos dias. O atraso em dias para a procura por assistência médica deve ser atentamente esclarecido. (COHEN; BARROS, 2004; BERTHOLD, et al., 2018)
- História conflitante entre familiares e vítima: em todas as formas de maus-tratos, história conflitante entre parentes ou entre a vítima e seus familiares representa dado importante de indício de lesão intencional. (COHEN; BARROS, 2004; BERTHOLD, et al., 2018)
- Múltiplas fraturas em diferentes estágios de evolução: embora patognomônico de maus-tratos, não é frequente. É importante precisar a época da fratura pela radiografia para verificar se existe compatibilidade com a cronologia da história e do trauma. Deve-se suspeitar dos seguintes casos: fraturas múltiplas, bilaterais ou em diferentes estágios de consolidação. (COHEN; BARROS, 2004; CARDOSO, et al., 2003)

A suspeição de maus-tratos aumenta na presença de fratura incompatível com o desenvolvimento motor; fraturas dos arcos costais abaixo de 2 anos ou de arcos costais posteriores; fraturas de crânio, múltiplas, complexas, bilaterais, que cruzam a linha média ou em bola de ping-pong; fratura metafisária por arrancamento; fratura

diafisária em espiral de ossos longos; fratura da extremidade distal da clavícula e da escápula; fraturas de metacarpais e metatarsais acompanhadas de outras fraturas; fratura de vértebra sem história de acidente de alto impacto; fratura de mandíbula sem outras lesões que a justifique. (COHEN; BARROS, 2004; CARDOSO, et al., 2013)

Mas também existem outras formas de lesões que são sugestivas de maus-tratos, de acordo com a localização e o tipo das fraturas. Segundo Berthold et al., pode-se relacionar os subseqüentes pontos descritos.

- Ossos longos: fraturas de fêmur são comumente causadas por maus-tratos, visto que muitas vezes a história não corrobora com a lesão e dificilmente são provocadas acidentalmente em crianças que ainda não deambulam. Fraturas na perna, geralmente acometendo tibia e fíbula em canto metafisário; fratura de úmero; fratura de antebraço em flexão; fratura transversal diafisária; todas acometidas principalmente em menores de 3 anos.
- Fraturas de costelas: principalmente em crianças não deambulantes e acompanhadas de traumatismo craniano.
- Fraturas cranianas: com lesões intracranianas complexas e bilaterais.
- Reação periosteal: formação de osso novo subperiosteal em ossos longos podendo acontecer devido a trauma repetitivo, devendo-se observar simetrias no exame de imagem.
- Hematomas: orelhas, couro cabeludo, mucosa oral, nádegas, pescoço e genitália externa precisam ser cuidadosamente examinados.

O médico deve ser cauteloso e fazer o diagnóstico diferencial da síndrome da criança espancada principalmente com as seguintes patologias: osteogênese imperfeita, insensibilidade congênita a dor, escorbuto, sífilis congênita, doença de Caffey, múltiplas fraturas no raquitismo grave, hipofosfatemia, leucemia, neuroblastoma metatársico, sequelas de osteomielite e artrite séptica. (TERRA, et al., 2012; CARDOSO, et al., 2003)

Crianças vítimas de maus-tratos apresentam uma pior função cognitiva e motora e um déficit de expressão e recepção de linguagem. Assim sendo, profissionais da saúde têm um compromisso social e civil com a identificação da violência infantil e devem notificar casos suspeitos de MTCAA mesmo que não confirmados, haja vista a alta recorrência. (TERRA, et al., 2012)

Portanto, deve-se ter um alto grau de suspeição no atendimento a crianças com fraturas ou lesões de pele pouco explicadas pelo mecanismo de trauma. O médico, diante de uma suspeita de maus-tratos, deve imediatamente comunicar a um destes três órgãos: Conselho Tutelar, delegacia de polícia ou Ministério Público. Todas essas instituições têm a incumbência de zelar pela defesa dos direitos da população infanto-juvenil. (TERRA, et al., 2012; FERREIRA; PENHA, 2007)

### 2.3 NEGLIGÊNCIA: UM TIPO DE MAUS-TRATOS FREQUENTE

A negligência é a forma mais comum de maus-tratos contra crianças e adolescentes. É uma violência de difícil definição, pois envolve aspectos culturais, sociais e econômicos de cada família ou grupo social. Caracteriza-se assim por atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, pelos pais ou responsáveis, à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e atenção à criança ou adolescente, podendo se apresentar em variados níveis de gravidade, sendo o máximo o abandono. É praticada em todos os níveis sócio-culturais, mais visível nas famílias de situação sócio-econômica mais baixa. Em síntese, pode-se considerar que a negligência se configura quando os pais, geralmente de um modo crônico, não têm vontade, disposição ou capacidades psicológicas requeridas para cuidar da criança e, dessa forma, acabam respondendo inadequadamente às necessidades de seus filhos e não demandam ou não conseguem aproveitar do auxílio de outras pessoas que poderiam ou deveriam prestar assistência, conferindo então desproteção à criança. (ASSIS, et al., 2012; PASIAN, et al., 2014; NUNES; SALES, 2016; CARDOSO, et al., 2003; COHEN; BARROS, 2004; MINAYO, 2001; FERREIRA; PENHA, 2007; BERBERIAN, 2015; FONSECA, et al., 2012)

Segundo a ótica do direito, compreende-se que existe negligência quando há desatenção ou falta de cuidado ao exercer certo ato, consistindo na ausência da necessária diligência. Diferentemente do dolo, que presume a ciência do dano (como objetivo ou possibilidade, em virtude do risco), a negligência, nessa perspectiva inicial, é a inobservância de normas que ordenam agir com atenção, capacidade e discernimento. Ainda na esfera do direito, partindo do Código Civil, localizamos debate a respeito da intencionalidade da negligência compreendida como não apenas uma inobservância da lei, mas como uma ação incorporada por parcela de consciência e voluntarismo, em que a intenção é reconhecida e consciente. (BERBERIAN, 2015)

A negligência tem alta prevalência nas mais variadas localidades e tem sido descrita na literatura como preocupante, uma vez que este tipo de abuso, apesar de não inspirar o mesmo grau de indignação dos demais, representa cerca de 40% das fatalidades registradas. (NUNES; SALES, 2016) Investigações em diferentes países revelam que essa condição, em equiparação aos outros tipos de maus-tratos, está associada aos maiores danos ao desenvolvimento da criança. Sobretudo, se vivenciada de forma crônica, danos neurológicos com consideráveis evidências são formados decorrentes de sequências de abuso e negligência. Foi observada nas vítimas, entre outras alterações, uma redução do volume cerebral, bem como mudanças bioquímicas e funcionais do cérebro. E ainda, consequências dessa desproteção podem se manifestar no plano físico, causando a mortalidade das crianças, na exposição a outras formas de maus-tratos, na restrição de relações propiciadas à criança, na família e no ambiente de vida, no seu meio social e no plano de sequelas do desenvolvimento. (PASIAN, et al. 2014)

Essas numerosas consequências negativas geradas pela negligência tornam patente a necessidade de procurar meios de desenvolver programas de intervenção que propiciem, em uma primeira instância, a identificação precoce de crianças vivendo situações dessa injúria e que, em seguida, amenizem ou contenham seus efeitos negativos, assim como, se possível, alterem a situação familiar, no plano dos cuidados despendidos. É fundamental que o ciclo de maus-tratos seja rompido, o que pode ser realizado por meio de programas de intervenção que abordem os pais, a escola e as crianças. (PASIAN, et al. 2014)

### 3 MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo com análise de dados de prontuários triados a partir de fichas de notificação compulsória de pacientes infantis com notificação de negligência que sofreram algum tipo de fratura. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética sob o Número do Parecer 3.519.923, em 20 de agosto de 2019 (ANEXO A).

Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2019 referentes ao período de janeiro de 2018 a junho de 2019, no Hospital Evangélico Mackenzie do Paraná. A partir destes, foram analisadas as seguintes informações: sexo, faixa etária, localização, número de fraturas e ocorrência de óbitos. A localização das fraturas foi dividida em grupos: crânio, membro superior (MS), membro inferior (MI), coluna e associações destes, quando mais de uma região foi afetada.

Foram incluídas na pesquisa crianças de 0 a 12 anos que sofreram maus-tratos e que foram notificados como negligência e tiveram registro de suas fraturas. Foram utilizados pacientes com prontuários completos, levando em conta os que foram a óbito. Em contrapartida, foram excluídos os prontuários que continham notificações com preenchimento incorreto, ilegibilidade ou extravio do prontuário e outros tipos de maus-tratos.

Ao final, todas as informações foram registradas e posteriormente analisadas utilizando o pacote estatístico Statgraphics Centurion XVI e Microsoft Excel. Para verificação das proporções dentro de uma amostra (sexo e óbito), foi utilizado um teste de hipóteses para proporção de uma distribuição binomial. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para testar as categorias de fratura com a idade. Bem como, para verificação da independência entre as variáveis sexo e local da fratura, foi utilizado o teste qui-quadrado. Foi utilizado um nível de significância de 0,05, sendo que valores P abaixo de 0,05 indicam que pode rejeitar a hipótese nula  $H_0$ . Ou seja, a hipótese  $H_1$  é estatisticamente significativa, para todos os testes aplicados. Portanto, o mesmo que considerar que os níveis de confiabilidade dos testes são de 95%.

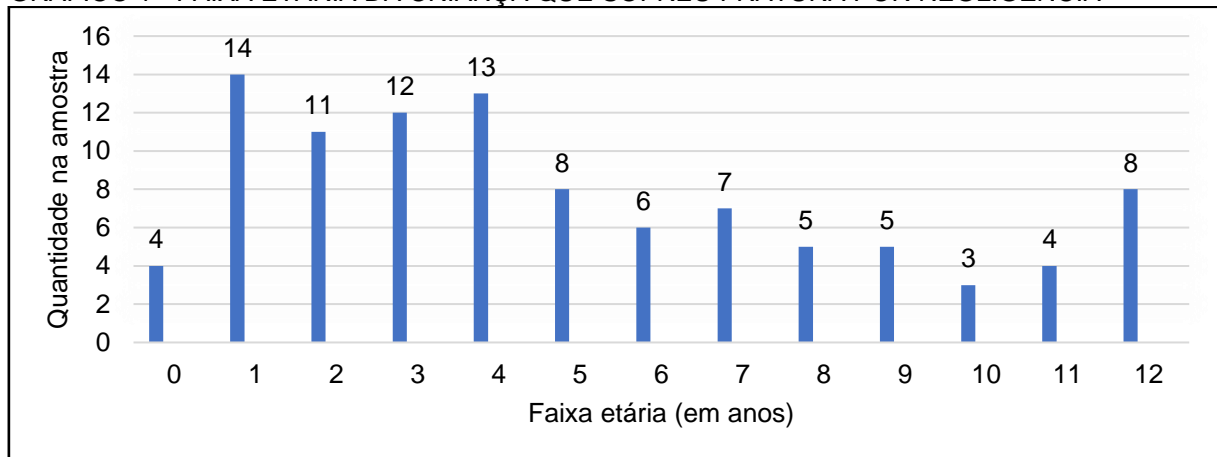


## 4 RESULTADOS

A partir dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra do estudo foi de 100 prontuários. Desses, os pacientes eram 43% do sexo feminino e 57 % masculino. A diferença entre masculino e feminino não foi estatisticamente significativa.

A idade média do grupo foi de 5,04 anos (desvio padrão: 3,5588). A mediana foi de 4 e os valores mínimo e máximo foram de 0 a 12, respectivamente, conforme pode-se observar no GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 - FAIXA ETÁRIA DA CRIANÇA QUE SOFREU FRATURA POR NEGLIGÊNCIA



FONTE: a autora (2020)

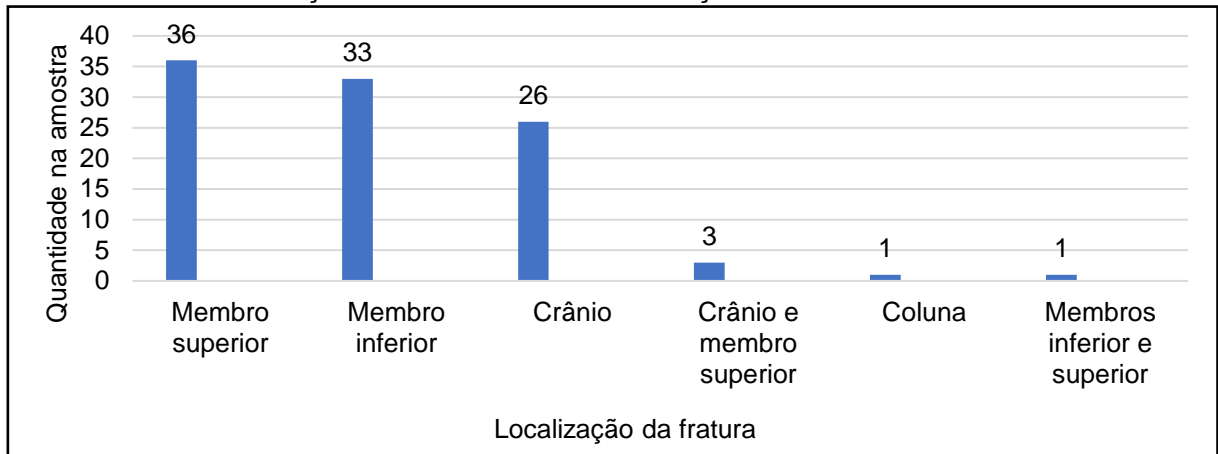
Em relação a localização das fraturas, observou-se que o membro superior foi o segmento com mais fraturas na amostra, seguido por membro inferior. Já coluna e a associação de membro superior e inferior tiveram apenas uma observação cada (TABELA 1) (GRÁFICO 2).

TABELA 1 - FREQUÊNCIA DE LOCALIZAÇÃO DA FRATURA

Localização das fraturas	Frequência	Frequência relativa	Frequência acumulada	Frequência relativa acumulada
Membro superior	36	0,36	100	1,00
Membro inferior	33	0,33	63	0,63
Crânio	26	0,26	26	0,26
Crânio e membro superior	3	0,03	29	0,29
Coluna	1	0,01	30	0,30
Membro inferior e membro superior	1	0,01	64	0,64

FONTE: a autora (2020)

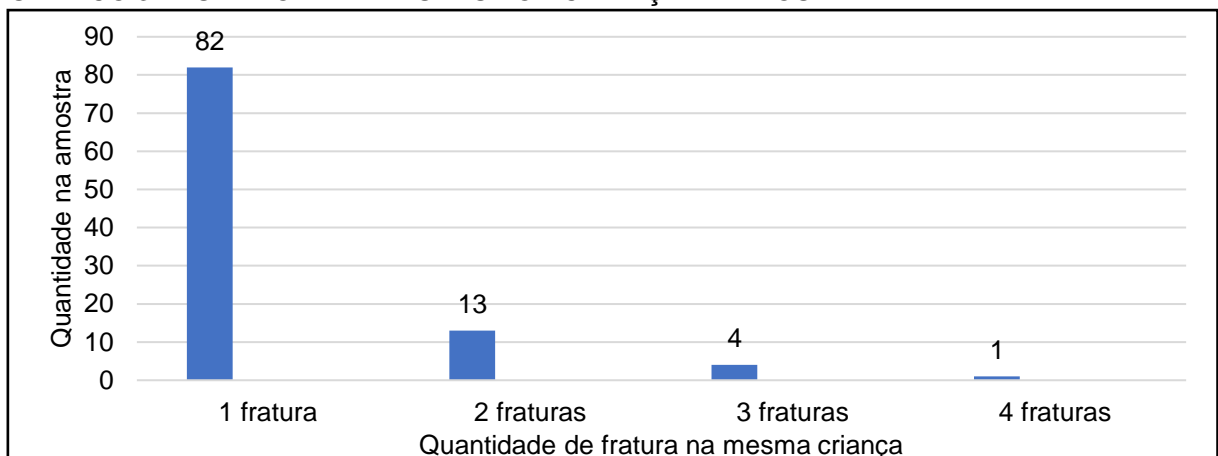
GRÁFICO 2 - LOCALIZAÇÃO DA FRATURA POR CRIANÇA NA AMOSTRA



FONTE: a autora (2020)

O número médio de fraturas foi de 1,24 (desvio padrão: 0,5707), com mediana de 1 e os valores mínimo e máximo foram 1 e 4, respectivamente (GRÁFICO 3).

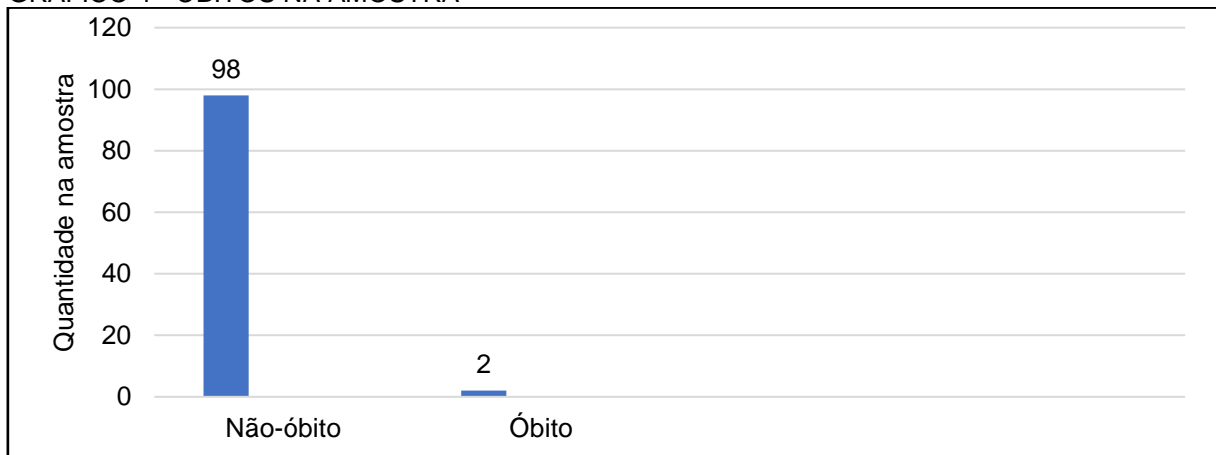
GRÁFICO 3 - NÚMERO DE FRATURAS POR CRIANÇA NA AMOSTRA



FONTE: a autora (2020)

Foi verificado a ocorrência de dois óbitos (GRÁFICO 4). Aplicando o teste de verificação das proporções, o valor P foi menor do que 0,0001, e por isso a diferença entre óbito e não óbito é estatisticamente significativa (TABELA 2).

GRÁFICO 4 - ÓBITOS NA AMOSTRA



FONTE: a autora (2020)

TABELA 2 - FREQUÊNCIA DE ÓBITO

	Frequência	Frequência relativa	Frequência acumulada	Frequência relativa acumulada
<b>Não-óbito</b>	98	0,98	98	0,98
<b>Óbito</b>	2	0,02	100	1,00
Valor de p	<0,0001			

FONTE: a autora (2020)

A partir do teste de Kruskal-Wallis, em que buscaram-se diferenças de faixa etária entre localização da fratura e número de fratura, inferiu-se que não há diferença na idade tanto para o local da fratura, quanto para a quantidade de fraturas (TABELA 3 e 4).

TABELA 3 - TESTE DE KRUSKAL-WALLIS PARA FAIXA ETÁRIA POR LOCALIZAÇÃO DA FRATURA

Localização da fratura	Tamanho da amostra	Média
Crânio	26	45,21
Crânio e membro superior	3	69,83
Coluna	1	48,00
Membro inferior	33	42,47
Membro inferior e membro superior	1	90,50
Membro superior	36	59,03
Valor de p	0,08	

FONTE: a autora (2020)

TABELA 4 - TESTE DE KRUSKAL-WALLIS PARA FAIXA ETÁRIA POR NÚMERO DE FRATURA

Número de fraturas	Tamanho da amostra	Média
1	82	47,57
2	13	68,04
3	4	46,13
4	1	83,00
Valor de p	0,07	

FONTE: a autora (2020)

Como resultado do teste qui-quadrado, obteve-se o valor P de 0,69 na relação entre sexo e a localização da fratura (TABELA 5). Este valor está acima de 0,05, logo, o valor observado de sexo para um caso específico pode não ter relação com seu valor para localização da fratura (TABELA 6).

TABELA 5 - TESTE DE QUI-QUADRADO PARA RELAÇÃO ENTRE SEXO E LOCALIZAÇÃO DA FRATURA (1)

Estatística do teste	g.l.	Valor de p
3,072	5	0,69

FONTE: a autora (2020)

TABELA 6 - FREQUÊNCIA DA LOCALIZAÇÃO DA FRATURA POR SEXO (1)

Sexo	Crânio	Crânio e membro superior	Coluna	Membro inferior	Membro inferior e membro superior	Membro superior	Total
Feminino	12	1	1	13	1	15	43
	11,18	1,29	0,43	14,19	0,043	15,48	
Masculino	14	2	0	20	0	21	57
	14,82	1,74	0,57	18,81	0,57	20,52	
Total	26	3	1	33	1	36	100

FONTE: a autora (2020)

A fim de obter significância estatística, as localizações das fraturas foram agrupadas da seguinte forma: crânio, membro inferior, membro superior e outros (TABELA 7 e 8).

TABELA 7 - TESTE DE QUI-QUADRADO PARA RELAÇÃO ENTRE SEXO E LOCALIZAÇÃO DA FRATURA (2)

Estatística do teste	g.l.	Valor de p
0,896	3	0,83

FONTE: a autora (2020)

TABELA 8 - FREQUÊNCIA DA LOCALIZAÇÃO DA FRATURA POR SEXO (2)

<b>Sexo</b>	<b>Crânio</b>	<b>Membro inferior</b>	<b>Membro superior</b>	<b>Outros</b>	<b>Total</b>
Feminino	12	13	15	3	43
	<i>11,18</i>	<i>14,19</i>	<i>15,48</i>	<i>2,15</i>	<i>43,00%</i>
Masculino	14	20	21	2	57
	<i>14,82</i>	<i>18,81</i>	<i>20,52</i>	<i>2,85</i>	<i>57,00%</i>
Total	26	33	36	5	100

FONTE: a autora (2020)

A partir disso, verificou-se que não há valores esperados abaixo de 1, e somente 2 células da tabela possuem valores esperados abaixo de 5. O valor P encontrado foi de 0,83, indicando que não há relação entre as o sexo da criança e a localização da fratura, ao nível de significância de 0,05.

Sendo assim, não foram encontradas relações entre as variáveis para a amostra coletada. Bem como, não foi encontrada diferença significativa entre sexo, faixa etária e localização das fraturas, tornando-as independentes. Diferentemente em relação a óbitos e não óbitos, onde houve diferença significativa, tornando-a uma variável dependente.

## 5 DISCUSSÃO

Segundo Berthold et al. (2018), a grande maioria das fraturas causadas por abuso, em específico por negligência, não são notificadas nem investigadas, o que torna os números encontrados sempre superficiais em relação à realidade.

A cerca disso, dá-se relevância ao estudo do tema neste trabalho por motivos que são vistos por autores como Nunes e Sales (2016), que em uma revisão bibliográfica, constataram a prevalência da negligência em 50% como violência contra a criança no cenário brasileiro. Dados esses que já tinham exposição feita por Fonseca et al. (2012), citando um estudo em Curitiba, o qual tornou evidente que dos tipos de maus-tratos, o de maior ocorrência foi a negligência.

Frente a isso, o estudo de Terra et al. (2013), uma revisão de literatura sobre maus-tratos infantis, expressou que as lesões não acidentais em crianças são de grande importância de morbidade e mortalidade e que as fraturas são a segunda causa mais comum de manifestações clínicas de maus-tratos.

Diante das circunstâncias, a partir dos resultados encontrados no presente trabalho, não houve diferença significativa quanto ao sexo, o que sugere que tanto crianças do sexo feminino quanto masculino estão sujeitas aos maus-tratos com apresentação de fraturas, mas mesmo assim o número de meninos é maior, corroborando com a literatura (PICINI et al., 2017 ; FONSECA et al., 2012; NUNES e SALES, 2016).

A média da faixa etária da amostra foi de 5,04 anos e mediana de 4. Crianças de cinco anos ou menos corresponderam a 62%. Não houve diferença significativa quanto a idade em relação a localização da fratura e quantidade, mostrando que essas variáveis são independentes, porém a partir dos valores de  $p$  (0,08) e  $p$  (0,07) é possível conferir que houve uma tendência quanto as relações citadas. Com isso, é viável observar que quanto menor a idade da criança, maior é a vulnerabilidade de sofrer maus-tratos. Indo de encontro a literatura, que traz evidências que cerca de 50% das fraturas ocorrem em crianças com menos de um ano de idade.

Muitos estudos resgatam a informação de que até três anos de idade as fraturas acidentais são incomuns. Sobretudo referente a fraturas dos membros superiores em crianças abaixo de quatro meses e de membros inferiores em crianças que não iniciaram a deambulação. Levando a concluir que a maioria dos maus-tratos

é localizada nessa faixa etária. (COHEN; BARROS, 2004; BERTHOLD, et al., 2018; NUNES e SALES, 2016 ; PICINI, et al. 2017 ; TERRA, et al. 2012)

Já referente a localização da fratura, não foi encontrada relação com sexo. O local mais acometido foi o membro superior, seguido do membro inferior. Isso destaca o acometimento dos ossos longos, principalmente os encontrados nesse trabalho, como fêmur, tíbia, úmero, rádio e ulna. O que torna tais localizações pontos importantes na história clínica quando do reconhecimento das fraturas relacionadas aos maus-tratos conforme Picini et al. (2017), Terra et al.(2012), Berthold et al. (2018). Essas fraturas, que na maioria tem como primeiro atendimento o ortopedista, o torna de vital importância no reconhecimento e notificação dos maus-tratos.

Ainda, em um estudo de Berthold et al. (2018), o mesmo descreve que fraturas de costelas são altamente preditivas de abusos, o que não foi encontrado neste presente trabalho. Tal resultado pode ser justificado pelo fato de o número da amostra ser pequeno.

Sobre as fraturas de crânio, muitas vezes essas têm diagnóstico de TCE, que podem ter repercussões ainda mais graves para a criança de acordo com Picini et al. (2017), Berthold et al. (2018). Nesse caso, em grande parte o diagnóstico é feito por um médico pediatra ou neurologista, os quais também devem cumprir com a obrigação de reconhecimento e notificação.

Já quanto ao número de fraturas, cerca de 18 % da amostra teve mais de uma. O que leva a ser um ponto a se ter maior atenção, visto que se justifica frente a literatura como ponto importante de reconhecimento de violência. Mesmo que as múltiplas fraturas não sejam muito frequentes, são sugestivas do abuso. (BERTHOLD, et al., 2018; CARDOSO, et al., 2003; PICINI, et al., 2017; TERRA, et al., 2012)

Em relação aos óbitos, a estatística foi significativa, visto que se encontrou uma incidência de 2% na amostra. Por isso, a grande importância de existir o reconhecimento pelo médico e os demais profissionais de saúde, bem como justificativa para se realizar a notificação quanto aos maus-tratos sofridos pela criança, para que esse número não cresça ainda mais. Os dados encontrados se equiparam aos da literatura. (PICINI et al., 2017; TERRA et al., 2013)

Contudo, ainda assim não foram encontradas relações entre as variáveis para a amostra coletada: sexo, faixa etária, localização, número de fraturas e ocorrência de óbitos. Porém há diferença significativa entre óbitos e não-óbitos. Para verificar a independência das variáveis sexo e localização da fratura foi feito o agrupamento dos

segmentos, a fim de atender aos requisitos do teste qui-quadrado. Aplicando-se o teste observou-se que não há relações entre as variáveis, ou seja, sexo e a localização da fratura são independentes, assim como as demais variáveis. Quanto a isso, a solução poderia partir do aumento da amostra e agrupamentos específicos.

Diante dos fatos, é imprescindível a necessidade do médico em reconhecer o abuso partindo de negligência como causador de fraturas como diagnóstico diferencial. Também reiterar a obrigação do profissional com a questão da notificação em ato de proteção para com a vida das crianças em prol de evitar a repetição da violência e diminuir risco de vida.



## 6 CONCLUSÃO

A partir deste trabalho, conclui-se que não há diferença significativa entre os sexos das crianças que sofrem fraturas por maus-tratos notificados como negligência. Evidenciou-se ainda que quanto menor a idade, mais vulneráveis estão sendo a maioria destas vítimas com 5 anos ou menos.

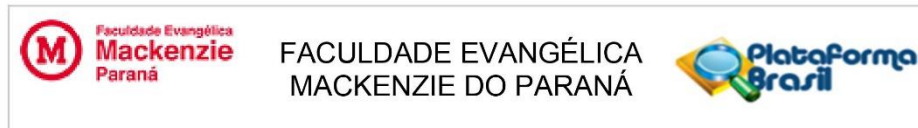
Foi explicitado que a maior parte das fraturas estão localizadas nos membros superiores, seguidas pelos inferiores. Majoritariamente há o acometimento de apenas uma fratura. Contudo, 18% tiveram mais de uma fratura, o que é sugestivo de violência. A gravidade da situação é reforçada pelo número alarmante de 2% de óbitos das crianças que sofreram esse tipo de abuso.

Tais conclusões evocam a importância do profissional de saúde em estar apto a reconhecer e notificar esta conjuntura com o propósito de cessar esta violação ao bem estar da criança, evitando possíveis consequências trágicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, Simone Gonçalves. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro 17(9), p. 2305-2317, 2012.
- BANNWART, Thais Helena; BRINO, Rachel de Faria. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo. 29(2), p.138-45, 2011.
- BERBERIAN, Thais Peinado. Serviço Social e avaliações de negligência: debates no campo da ética profissional. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo. Nº 121,p.48-65, 2015.
- BERTHOLD, Oliver *et al.* Abuse as a Cause of Childhood Fractures. **Deutsches Ärzteblatt International**. [S. l.], 115: 769-75, 2018.
- CARDOSO, Antônio Carlos A. et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física(maus-tratos). **Pediatria Moderna**. São Paulo. Vol. 39, Nº 9, p.354-362, 2003.
- COHEN, Moisés; BARROS, Tarcisio. Maus-tratos na infância e adolescência . **PROATO – Programa de Atualizações em Traumatologia e Ortopedia**. Artmed Panamericana. Módulo 1, p. 125-162, 2004.
- FERREIRA, Luiz A. Miguel; PENHA, Juliana Álvares. A responsabilidade médica em relação aos maus-tratos de crianças e do adolescente e a legislação menorista. **Rede Criança Prudente**. São Paulo, 2007.
- FONSECA, Rosa M. G. S et al. Reincidência da violência contra crianças no município de Curitiba : um olhar de sexo. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. 25(6), p.895-901,2012.
- MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 63(4), p.660-S,2010.
- MINAYO, Maria C. de Souza. Violência contra criança e adolescente: questão social, questão de saúde. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. Recife. 1(2), p.91-102, 2001.
- NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES , Magda Colei V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Teresina, 21(3), p.871-880, 2016.
- PASIAN, Mara Silvia *et al.* Negligência Infantil: A Modalidade Mais Recorrente de Maus-Tratos. **Pensando Famílias**. São Paulo, 17 (2) p. 61-70, 4 fev. 2014.
- PICINI, Mascos *et al.* Avaliação de crianças com suspeita de maus-tratos físicos: um estudo de 500 casos. **Revista Brasileira de Ortopedia**. Curitiba, 52(3) p. 284-290, 30 jan. 2017.
- TERRA, Bernardo Barcellos *et al.* Maus-tratos infantis.Revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, 48(1) p. 11-16, 12 mar. 2012.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CRIANÇA COM FRATURA VÍTIMA DE MAUS-TRATOS POR NEGLIGÊNCIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA

**Pesquisador:** CASSIO ZINI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 18795919.9.0000.0103

**Instituição Proponente:** INSTITUTO PRESBITERIANO MACKENZIE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.519.923

#### Apresentação do Projeto:

Estudo retrospectivo com análise de dados de prontuários triados a partir de fichas de notificação compulsória de pacientes infantis com notificação de negligência que sofreram algum tipo de fratura, no período de janeiro de 2018 a junho de 2019, no Hospital Evangélico Mackenzie do Paraná. Serão analisadas as seguintes informações: faixa etária, gênero, localização e número de fraturas e ocorrência de óbitos.

#### Critério de Inclusão:

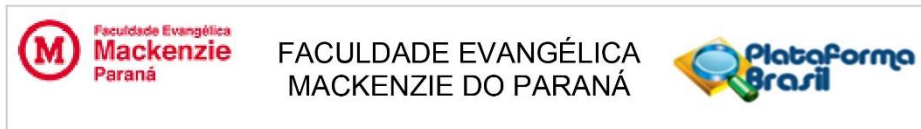
Crianças de 0 a 12 anos que sofreram maus-tratos e que foram notificados como negligência com registros de fraturas. Fazem parte da pesquisa pacientes de gênero feminino e masculino. Serão usados prontuários completos com história mórbida atual. Pacientes que foram a óbito serão considerados, bem como vítimas com múltiplas fraturas.

#### Critério de Exclusão:

Notificações com preenchimento incorreto, ilegibilidade ou extravio do prontuário. E outros tipos de maus-tratos.

Tamanho da amostra: 100

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770  
**Bairro:** Bigorriho **CEP:** 80.730-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br



Continuação do Parecer: 3.519.923

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o perfil epidemiológico de crianças que sofreram maus-tratos, notificados como negligência, com ocorrência de fraturas, atendidas em um serviço de referência de trauma de Curitiba.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos**

Quebra de sigilo dos dados dos prontuários e das notificações compulsórias. Os dados serão manejados de forma sigilosa e os participantes da pesquisa não serão identificados nominalmente.

**Benefícios**

Conhecer a epidemiologia da criança vítima de negligência com apresentação de fratura. Bem como dar relevância à questão dos maus-tratos infantis, mostrando aos profissionais de saúde a necessidade de conhecer o tema e a importância da identificação e notificação do abuso em prol da proteção da criança.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo retrospectivo;

Solicitado a dispensa TCLE

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram encontrados óbices éticos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, manifesto pela aprovação do projeto de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná – CEP/FEMPAR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/12 CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da pesquisa.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento,

<b>Endereço:</b> Rua Padre Anchieta, 2770	
<b>Bairro:</b> Bigorriho	<b>CEP:</b> 80.730-000
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA
<b>Telefone:</b> (41)3240-5570	<b>Fax:</b> (41)3240-5584 <b>E-mail:</b> comite.etica@feapar.edu.br



FACULDADE EVANGÉLICA  
MACKENZIE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 3.519.923

encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1371962.pdf	12/08/2019 09:27:38		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	auto_servsocial.pdf	12/08/2019 09:27:19	Renata Politta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	auto_ortopedia.pdf	07/08/2019 11:08:50	Renata Politta	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	07/08/2019 11:08:31	Renata Politta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC.pdf	29/07/2019 17:05:10	Renata Politta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC.docx	29/07/2019 17:05:00	Renata Politta	Aceito
Outros	PICINI.pdf	29/07/2019 17:04:35	Renata Politta	Aceito
Outros	TERRA.pdf	29/07/2019 17:04:23	Renata Politta	Aceito
Outros	BERTHOLD.pdf	29/07/2019 17:04:07	Renata Politta	Aceito

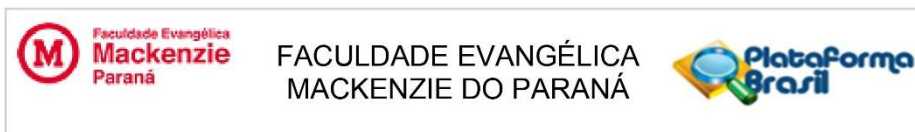
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770  
 Bairro: Bigorriho CEP: 80.730-000  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3240-5570 Fax: (41)3240-5584 E-mail: comite.etica@feapar.edu.br



Continuação do Parecer: 3.519.923

CURITIBA, 20 de Agosto de 2019

---

Assinado por:  
**ANA CRISTINA LIRA SOBRAL**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770  
**Bairro:** Bigorriho **CEP:** 80.730-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@feapar.edu.br