

ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO DE CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

DIAS, Emerson Piantino¹

CANO, Maria Aparecida Tedeschi²

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves³

RESENDE, Tatiana Carneiro de⁴

Resumo: Este estudo objetivou conhecer experiências de enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde – UBS - no município de Uberlândia, quanto aos seus modos de ver o atendimento às crianças vítimas de violência doméstica, através da pesquisa qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros de nove UBS e analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo, usando o recurso de Análise Temática. Nos resultados, verificamos que os enfermeiros apresentam uma visão tímida de atendimento de casos de violência doméstica infantil, seja por falta de preparo, seja pela dificuldade de reconhecer um caso, ou pela falta de um trabalho em equipe. Concluímos que a presença ou suspeita de violência nos casos atendidos e sua percepção, que oscila entre os aspectos visíveis e invisíveis da violência, o que acaba por originar dúvidas em sua identificação e atendimento, depende de uma melhor formação e do uso de melhores referências sobre o assunto no ambiente de trabalho.

Palavras – chave (descritores): Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Instituições de Saúde, Maus-tratos infantis; Violência Doméstica.

Abstract: This study aimed to get some experiences of nurses in Basic Health Units - BHU - In Uberlândia city, regarding the way they treat and take care of children victims of domestic violence, through the qualitative research. There were conducted semi-structured interviews with nine nurses of BHU, analyzed using the Content Analysis technique using the feature Thematic Analysis. In the results, we realized that the nurses participated in a timid way in meeting children which are victim by the domestic violence, either by lacking of preparation, difficulty in recognizing a case or lack of teamwork. We

¹ Emerson Piantino Dias, Enfermeiro, Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca - UNIFRAN, Franca – SP, docente da Universidade Federal de Uberlândia - UFU, Escola Técnica de Saúde – ESTES, Uberlândia – MG, emerson@estes.ufu.br. Autor. *Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada de “Experiências dos enfermeiros no atendimento aos casos de violência doméstica infantil na atenção básica de saúde”, para a obtenção do título de mestre em Promoção de Saúde, defesa em 2011.

² Maria Aparecida Tedeschi Cano, Enfermeira, Doutora pela Universidade de São Paulo – USP, docente da Universidade de Franca – UNIFRAN, Franca – SP, cano@unifran.br. Orientadora.

³ Glória Lúcia Alves Figueiredo, Enfermeira, Doutora pela Universidade de São Paulo – USP, docente da Universidade de Franca – UNIFRAN, Franca – SP, gloria@unifran.com. Colaboradora.

⁴ Tatiana Carneiro de Resende, Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de de Uberlândia – UFU, docente da Universidade Federal de Uberlândia - UFU, Escola Técnica de Saúde – ESTES, Uberlândia – MG, tatiana@estes.ufu.br. Colaboradora.

conclude that the presence or suspicion of violence in the treated cases and its perception oscillates between the visible and invisible violence, in which it can raise some doubts in their identification and care.

Key Words: Primary Health Care, Nursing, Health Care, Children Maltreatment; Domestic Violence.

Introdução

Quando escolhemos um contexto de experiência de enfermeiros com crianças vítimas da violência doméstica para estudar, estamos tentando compreender sua participação e seu envolvimento com o tema proposto. As atividades de enfermagem encontram-se entre pessoas comuns e entre familiares em seu processo de trabalho relacionado com a saúde e a doença, do nascimento até a morte, em espaços onde se podem encontrar vítimas de violência no contexto familiar.

Segundo Martins (2009), muitas crianças começam a ser agredidas ainda no ventre materno, por problemas como a desnutrição e a violência contra a mulher. Nos primeiros anos de vida, são vítimas de doenças perinatais, diarréicas infecciosas e durante a infância enfrentam diversos tipos de violência de ordem social, física, cultural e racial.

Para Iossi (2004), a preocupação com a criança e a participação daqueles que atuam junto a elas, como os profissionais das áreas de saúde e educação, mais especificamente, ainda são muito recentes em termos históricos e, conseqüentemente, carentes de políticas e práticas apropriadas. Assim sendo, são poucas as instituições de saúde, no Brasil, que apresentam um trabalho sistematizado no sentido de lidar com os diversos aspectos envolvidos na questão da violência contra crianças e adolescentes.

A violência doméstica contra a criança pode ser de difícil detecção, pois ocorre dentro do lar. As crianças ainda são vistas como propriedades dos pais, antes de serem vistas como seres humanos. Um crescente número de países vem estabelecendo que as punições físicas sejam consideradas uma infração aos direitos da criança e um risco ao seu crescimento e desenvolvimento (ZOTTIS et al, 2006).

É importante que o enfermeiro conheça a realidade vivida pelas crianças em suas famílias, não só no sentido de combater a violência, mas de melhorar a qualidade de vida dessas crianças.

O enfermeiro poderia ser um importante agente de prevenção e promoção de saúde junto às famílias, para identificar os casos de violência e poder posicionar-se contra os mesmos (ZOTTIS et al, 2006).

Em relação aos enfermeiros, enquanto profissionais que atuam em unidades de saúde, levamos em consideração que eles não agem sozinhos, mas como membros de uma equipe multiprofissional, que juntos tomam as providências cabíveis no momento em que se detecta o caso de violência, junto à família envolvida.

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer as experiências de enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde quanto ao seu atendimento às crianças vítimas de violência doméstica.

Esta pesquisa torna-se relevante para a enfermagem, uma vez que os enfermeiros e a equipe de enfermagem são os primeiros profissionais a prestarem assistência aos pacientes que procuram os estabelecimentos de saúde e que, portanto, trabalham com os diversos tipos de atendimento em suas jornadas diárias de trabalho. Entre estes está a violência doméstica infantil.

Metodologia

Esta é uma pesquisa de cunho qualitativo, que visou compreender o fenômeno da violência doméstica contra crianças, a partir da ótica dos enfermeiros que atuam em serviços de saúde pública.

O presente estudo foi realizado no município de Uberlândia - MG, que está localizada na região nordeste do Triângulo Mineiro e é considerada a segunda maior cidade do interior do Estado. Possui uma área total de 4.115,09 Km² e população de 608.369 habitantes com estimativa populacional para 1º de julho de 2009 de 634.345 habitantes (UBERLÂNDIA, 2010).

A coleta dos dados ocorreu no período de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010. Os entrevistados foram enfermeiros que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, num total de 09 UBS. Existe ainda outra UBS que está localizada na zona rural do município, mas que não fez parte deste estudo. Destarte, foram entrevistados 09 enfermeiros.

Para tanto, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com cada enfermeiro, que

ocorreu no ambiente de trabalho, através de agendamento prévio por telefone. Estas foram gravadas digitalmente. Também foi utilizado o diário de campo como instrumento de coleta de dados.

A análise dos dados foi feita através da Análise de Conteúdo, juntamente com a modalidade “análise temática”.

Sobre o material obtido através das entrevistas, realizaram-se as análises em três etapas: ordenação de dados com a transcrição das gravações, releitura do material e organização dos relatos; classificação ou exploração dos dados para a elaboração dos núcleos de sentido; e análise final ou tratamento dos resultados obtidos.

A classificação feita para identificar as falas dos entrevistados neste trabalho foi estabelecida da seguinte forma:

E1 - para o primeiro Enfermeiro entrevistado;

E2 - para o segundo Enfermeiro entrevistado;

E3 - para o terceiro Enfermeiro entrevistado, e assim sucessivamente até E9 para o nono enfermeiro entrevistado.

Os entrevistados receberam esclarecimento sobre a pesquisa, e os que aceitaram participar de forma voluntária assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Franca, sob o n.121/009, e também pela Coordenação de Estágios e Projetos de Pesquisa e Diretoria de Gestão de Pessoas, do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia - MG.

Resultados e Discussões

Os atores da pesquisa foram os enfermeiros que trabalhavam nas UBS do Município de Uberlândia – MG, no momento da realização da pesquisa. As UBSs envolvidas totalizaram nove unidades. Foram entrevistados os nove enfermeiros que atuavam nessas unidades e que cumpriam uma de jornada de trabalho de 40 horas semanais.

A faixa etária dos enfermeiros variou entre 24 a 35 anos, que constituíram portanto, um grupo de adultos jovens. Quanto ao estado civil, quatro dos entrevistados eram

solteiros, sem filhos, três eram casados e tinham filhos e dois eram amasiados e tinham filhos.

Dos entrevistados, 08 já trabalhavam nestas instituições por um período de 01 a 03 anos, sendo ainda que 08 dos entrevistados relataram já terem trabalhado em outras instituições e 01 nunca ter trabalhado em outra instituição de saúde.

Com relação ao tempo de formado, três responderam que tinham entre 01 a 03 anos, dois responderam entre 03 a 05 anos e quatro que já estavam formados há mais de 05 anos.

Os resultados da Análise de Conteúdo das falas estão apresentados a seguir, de acordo com a sequência das unidades de significados e com alguns recortes das falas. Evidenciaram-se dois núcleos de sentido: “O que eu conheço” e “O atendimento”.

O que eu conheço?

A noção de violência é, por princípio, ambígua. Não existe uma única percepção do que seja violência, mas multiplicidade de atos violentos, cujas significações devem ser analisadas a partir das normas, das condições e dos contextos sociais (ABRAMOVAY, 2002).

Um enfermeiro nos colocou seu entendimento da seguinte forma:

“ Eu entendo o seguinte: que violência doméstica é aquela violência que a criança sofre em casa, ou então no ambiente... familiar, pode ser não só na casa dela, na casa dos parentes, alguma coisa, e que reflete na criança, algum abuso que tenha na criança no ambiente familiar, isso é violência doméstica.” (E1).

Percebe-se nesta fala que o enfermeiro tem um entendimento sobre a violência doméstica infantil, baseado mais no senso comum, do que nos aspectos técnicos e científicos a respeito do tema.

Através de observações feitas no diário de campo pudemos perceber que nesta fala E1 apresentava-se confuso ao relatar sobre a diferença entre violência doméstica e abuso sexual.

Outro enfermeiro apresentou em sua fala como entende a violência:

“É, na maioria das vezes, nossas crianças são agredidas psicologicamente, que é uma agressão que nós temos na nossa cultura e que às vezes isso é normal” (E5).

O abuso psicológico constitui toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos (SÃO PAULO, 2004). Esses aspectos transcendem a família e podem ser percebidos em estruturas sociais e culturas com hierarquia rígida, calcadas sobre uma autoridade inquestionável, facilitando o abuso de poder (BRASIL, 2002).

“Uma mãe que faz maus tratos, eu acho que entra vários casos dos maus tratos, o mau cuidado e o mau trato mesmo pela mãe, bater, não saber corrigir o filho”. (E4).

O cenário da violência doméstica é um desalento à crença na família, na qual se supõe que haja amor e respeito entre os seus membros. A intenção é, ainda, incluir outra realidade vigente nas famílias, a coexistência de investimento afetivo e a ruptura de vínculos ao longo das gerações (NEVES, 2008).

A seguir, a fala de um enfermeiro que entende que “bater” em uma criança ou em um bebê pode não ser violência:

“Assim, espancar, até que bater no sentido normal da palavra até eu bato no meu neném (risos), então assim, bater, privar, pôr pra dormir fora de casa, de castigo, eu acho que tudo isso entra como violência.” (E7).

Podemos levar em consideração que muitos pais usam o castigo físico simplesmente por não saberem outras formas eficazes de educação, imposição de limites e de disciplina a seus filhos (JUCÁ, 2010).

No entanto, dizemos que toda ação que causa dor física numa criança, desde um tapa, até um espancamento fatal representa um ato contínuo de violência (VILELA, 2005).

Outro enfermeiro traz a questão da violência verbal, como colocado a seguir:

“A violência doméstica pra mim ela pode ser verbal né? Quando a criança é agredida verbalmente” (E2).

Com essas palavras, podemos levar em consideração que tão prejudicial quanto o castigo físico é a agressão verbal, tais como xingamentos, ofensas e gritos, que além de denegrir a pessoa que está sendo vítima da verbalização, fere e machuca o ser psíquico (JUCÁ, 2010).

Outros enfermeiros acrescentam a questão da privação dos direitos:

“Tudo o que você privar sobre o direito, é, alimentação...” (E7).

“Eu já atendi crianças com privação assim... É que ontem mesmo eu atendi uma criança de um ano que não tomou, ou melhor, tomou duas doses só de tétano, então assim, não com violência, mas com privação dos direitos só” (E6).

Nestes relatos se constata a indicação da negligência em relação à família, e a questão do direito da criança.

A negligência significa a omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos; a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde; o descuido com a higiene; a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola (SÃO PAULO, 2004, p. 9).

Um subtema, surgido dentro deste núcleo de sentido, é o fato dos enfermeiros relatarem que em sua formação na faculdade não tiveram ou não se lembram de disciplinas que abordassem as questões da violência doméstica, mesmo naquelas que enfocavam a saúde da criança. Isso, de certa forma, dificulta o entendimento da questão, como veremos a seguir:

“Na faculdade tem aulas de saúde da criança, mas é mais voltado pra..., o exame físico da criança, avaliação né, de estatura, peso, não tem uma parte assim voltada para violência” (E2)

“Não, que eu me lembre agora não, nada, nada.” (E8)

“Não, não, se teve orientação foi uma coisa muito superficial, nada profundo, e uma matéria também específica não” (E7)

Segundo Silva et al (2006), durante a formação acadêmica, os estudantes de enfermagem não recebem orientações necessárias para sua capacitação. Sendo assim, estes não conseguem diagnosticar nem intervir nos casos de violência contra crianças e adolescentes. Conforme a fala de um dos entrevistados, percebemos essa carência no

processo de formação: “Nós enfermeiros, dentro da graduação, não temos nenhum tipo de *esclarecimento sobre esse tipo de assunto*” (E₈¹²).

Em uma abordagem qualitativa, onde foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde sobre a percepção quanto aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, observamos que, no conjunto das explicações da invisibilidade dos maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes, destacam-se problemas relacionados à formação profissional, principalmente no que tange aos médicos e enfermeiros. Esses problemas são evidenciados nas falas a seguir: “nenhum tipo de informação específica [sobre os maus-tratos] (Ednéa) porque a formação era muito pragmática [voltada para o] patológico [no sentido de] *reconhecer a doença e pronto* (Meireles)” (GOMES et al., 2002).

Neste sentido percebemos que existe uma falha no processo de formação desses profissionais.

Schwanck et al.(2005) em um estudo exploratório descritivo, cujo objetivo foi investigar a percepção de acadêmicos do sétimo semestre do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública, acerca da sua instrumentalização para reconhecer e cuidar de crianças e adolescentes vitimados pela violência, verificou-se que metade dos acadêmicos não se sentiam suficientemente preparados para atuarem em situações de violência contra crianças e adolescentes, pois, segundo eles, os conteúdos são insuficientes e parece haver uma desarticulação entre teoria e prática.

A falta de conhecimento pode contribuir para o atendimento inadequado da criança vitimada, como colocado por estes enfermeiros:

“Ah, eu acho que a gente tem que ter um conhecimento melhor, porque às vezes a gente nem sabe identificar; as crianças sofrem, mas a gente não consegue identificar o que ta passando, e acaba passando em branco, assim, que a gente não consegue ver ...exatamente.” (E₂)
“ser... preparado desde a faculdade de graduação, pra depois não ficar perdido, (risos), e também ter capacitações a respeito do tema de violência infantil e ou a doméstica.” (E₃)

Conforme anotações no diário de campo, após a entrevista com E₂ e E₃, ambos relatam sentir a necessidade de conhecer melhor esse assunto. E₃ ainda complementou que o tema é de muita importância e que se sentiria inseguro se atendesse algum caso de violência doméstica infantil.

Podemos levar em consideração que a sensibilização e capacitação dos

profissionais de saúde é de fundamental importância para compreenderem o significado, as manifestações e as consequências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes vitimados. Tal capacitação envolve prepará-los para fazer o diagnóstico, a notificação e os encaminhamentos dos problemas que constatarem. Trata-se de uma empreitada que não diz respeito somente à informação e ao conhecimento sobre a temática, mas, sobretudo, que depende do desenvolvimento da consciência social a respeito (SÃO PAULO, 2004) e da formação dos professores.

Outro subitem do estudo realizado foi referente ao conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Os enfermeiros, de maneira geral, têm pouco ou nenhum conhecimento sobre esse documento, porém sabem da sua existência, como se pode perceber a seguir:

“Nossa... pouca coisa..., pouquíssimo mesmo, assim..., a gente sabe que existe, que tem pra cumprir, mas não tenho conhecimento..., sobre exatamente o que é o conteúdo” (E2).

“Pra falar a verdade eu nunca ...(pausa), nunca peguei ele pra ler não” (E3).

“Eu vou ser sincera. Eu nunca trabalhei com o Estatuto da Criança e do Adolescente” (E4).

“Eu conheço pouco, mesmo porque é questão assim da gente trabalhar com esse estatuto, é ... aqui na unidade a gente tem o seguinte, por ter uma Assistente Socialé:::..., a gente tem uma Assistente Social que a gente conta com ela pra ta atendendo os casos de crianças que vêm com algum problema externo, familiar ou na escola, e tudo mais que a gente, é..., encaminha, agora do estatuto da criança eu não sei muita coisa não.” (E9).

Durante a entrevista envolvendo o enfermeiro E4 este demonstrou insegurança quando questionado sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, e relatou que é importante ter um melhor conhecimento sobre o assunto (Dados do diário de campo).

O ECA - constitui-se em instrumento que reflete as transformações no decorrer dos anos sobre a forma de conceber a criança no mundo. É uma Lei Brasileira, n. 8069, de 13 de julho de 1990 e refere-se à proteção integral à criança e ao adolescente, assegurando-lhes todas as oportunidades para que possam desenvolver seu potencial físico, mental, moral, social e espiritual em condições de dignidade e liberdade (BRASIL, 2007).

Os profissionais de saúde devem conhecer este documento para saber se

posicionar frente ao tema, comprometer-se, informar-se de seus deveres e buscar agir preventivamente de modo a evitar que a violência familiar contra a criança se perpetue (ZOTTIS et al, 2006).

Concordamos que muitos profissionais sentem-se inseguros e sem saber como lidar com a complexidade de tais casos (BRASIL,2007).

Morais (1999), procurando focar o atendimento a crianças violentadas, aponta que as ações da enfermagem têm-se diluído nas ações multiprofissionais, resultando na hesitação, dúvida e insegurança quanto às ações a serem tomadas.

Para Minayo (1999), até pouco tempo o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como mero espectador de eventos e um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais.

Mas, entre os enfermeiros entrevistados, um deles apresentou conhecimento sobre o assunto, o que aponta para a importância do documento ECA:

“São os direitos que a criança tem assegurados por lei, que a sociedade, a família e todos nós temos, é:....., temos que fazer esses direitos valerem, colocar esses direitos em prática, a escola, a creche, aonde essa participa, na família, em qualquer lugar onde ela for, é assim que eu entendo.” (E5).

Nesta fala observamos a segurança do entrevistado ao responder as perguntas feitas sobre o ECA, que pareceu se importar com o assunto.

O Atendimento

Foi neste núcleo de sentido que os enfermeiros falaram sobre os casos já atendidos em suas unidades, sobre a resolução do problema e o encaminhamento dos mesmos.

A efetivação de um atendimento depende da possibilidade do profissional ser capaz de identificar os conceitos dos diferentes tipos de violência, a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos, que oscila entre os aspectos visíveis e invisíveis da violência, o que acaba por originar dúvidas em sua identificação (GOMES et. al., 2002).

Uma vez que o enfermeiro não esteja preparado para a atuação nos casos de violência, tais casos acabam não sendo identificados, o que pode caracterizar negligência. “Às vezes posso até ter tido casos, mas não foi constatado nada nem por mim, nem pelos agentes, nem

pelo médico” (E₂¹⁴) (SILVA et al., 2006).

É importante que o enfermeiro saiba reconhecer uma vítima de maus-tratos nos atendimentos e conscientize-se de que a omissão pode representar uma opção pela violência, e que um dos fatores mais complexos para criar alternativas de soluções relativas à violência intrafamiliar é, como qualquer assunto que se relacione à família, encarado como um problema privado em que os profissionais não querem se envolver (ZOTTIS et. al., 2006).

Concordamos com Iossi (2004) que a família, enquanto contexto físico, sociocultural, espiritual e afetivo, pode ser um recurso para o crescimento e desenvolvimento de seus membros, mas pode ser também um limitante desse processo, principalmente quando funciona como uma unidade geradora de conflitos, a exemplo da violência doméstica.

E também é importante lembrar que, na esfera doméstica, cada um tem sua parcela de envolvimento, por diferentes formas de atuação ou omissão, portanto todos devem ser assistidos, se quisermos transformar padrões de comportamento. Ações punitivas e restritivas podem ser importantes à segurança, mas a interação com o problema, através de uma abordagem terapêutica, não pode ser negligenciada ou substituída (BRASIL, 2001).

A seguir apresenta-se um relato de um caso de violência sexual:

“Já atendemos duas crianças, uma de um ano... e uma ... eu não sei se tem cinco anos..., é..., foram abusadas sexualmente, e elas vieram assim, ... até que ponto a gente não sabe né, com a mãe, e a mãe veio pra uma consulta porque tava achando estranho, alguns sinais, alguns sintomas que a criança tava apresentando, nós pedimos pra ginecologista olhar, e a ginecologista constatou que tava no órgão sexual né, nós encaminhamos pro Conselho Tutelar” (E9).

No caso de crianças e adolescentes, o profissional de saúde é, por lei, obrigado a notificar ao Conselho Tutelar quando da suspeita ou comprovação de um caso de violência. Essa notificação é uma medida importante para a proteção da criança ou do adolescente. Em geral, o que se evidencia nesses casos é a necessidade de intervenção para resgatar o papel dos pais ou responsáveis, garantindo a segurança da criança ou do adolescente. No caso de denúncia aos Conselhos Tutelares, é importante explicar para a

família o seu papel, esclarecendo que o sigilo continuará a ser preservado (BRASIL, 2001).

Para Silva e Silva (2003), ao Conselho Tutelar, deve ser encaminhada a notificação detalhada ou simples, com a descrição sumária do caso e dados de identificação e endereço da criança ou do adolescente.

Devemos sempre tratar os atendimentos a vítimas de violência doméstica com a preocupação ética e a da qualidade na intervenção.

De acordo com Silva et al. (2006), as notificações devem ser realizadas quando o profissional observar a situação de violência física ou sexual, tomar consciência de sua existência ou levantar forte suspeita. *“Porque tem que denunciar. Porque quanto mais medo a gente tiver de denunciar vai continuar acontecendo a violência sexual”* (E₄⁹).

Concordamos que abordar situações de violência intra familiar significa entrar em um caminho complexo e delicado. O ato de expor detalhes muito pessoais e dolorosos a um estranho pode fragilizar ainda mais a vítima, provocando fortes reações negativas. O profissional deve estar consciente dos efeitos de sua intervenção, capacitado a desenvolver, acima de tudo, uma atitude compreensiva e não julgadora (BRASIL, 2001).

Ainda dentro das medidas legais, o laudo do caso deve ser enviado ao Conselho Tutelar, Coordenadorias da Infância e da Juventude ou Fórum da Comarca, para que sejam tomadas as providências legais e de proteção. O encaminhamento deve ser feito pelo profissional que acompanhou o caso, outro membro da equipe ou, preferencialmente, pela direção da instituição. Os profissionais de saúde devem acompanhar o caso mesmo durante os procedimentos legais (BRASIL, 2001).

O profissional de saúde ou qualquer outra pessoa que informa uma situação de maus-tratos está dizendo ao Conselho Tutelar: “esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda!” Ao registrar que houve maus-tratos, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima; e chama o poder público à sua responsabilidade (SÃO PAULO, 2004).

Segundo Martins (2009), o Conselho Tutelar é um importante órgão de atuação comunitária e seu objetivo é garantir a defesa dos direitos de crianças e adolescentes. O Conselho Tutelar serve de mediador entre a comunidade, o Poder Judiciário e o Poder Público local que, em conjunto, servem como mecanismo de viabilização da participação social e da concretização da Lei.

A presença de dificuldades técnicas específicas do processo de notificar, e apesar da obrigatoriedade e do reconhecimento do valor da notificação, os profissionais têm dificuldades em adotá-la como conduta padrão (BRASIL, 2002). No entanto, quando se trata de situações de maus tratos infantis, os profissionais não podem se omitir em relação a um assunto de tamanha gravidade.

A violência contra crianças e adolescentes apresenta-se sob diversas formas, tanto que um sintoma ou sinal isolado não permite afirmar sua existência. Por isso, é fundamental o olhar atento e crítico da equipe de saúde frente aos problemas identificados - seja de ordem física, sexual ou emocional - procurando a sua correlação com o relato da possível vítima, dos familiares ou pessoas de sua convivência sobre o ocorrido (BRASIL, 2001).

Uma fala que chamou a atenção foi a de um enfermeiro que demonstrou não ter preparo emocional para atender casos de violência contra uma criança:

“Eu não tenho preparo nenhum emocional, e nem, eu acho que ninguém aqui da unidade quando se depara com uma criança de um ano que foi, por exemplo, abusada sexualmente, que preparo que você tem?, eu acho que nem o profissional mais preparado pra isso não consegue encarar isso, como mais um paciente né, e eu não tenho preparo, nem assim, de como lidar, como a gente faz, a gente acaba encaminhando né!” (E9)

Podemos perceber que este profissional realmente não tem preparo psicológico tanto quanto técnico para atender casos de violência contra crianças.

Para o enfermeiro **E4**, o trabalho em equipe parece conseguir dar um atendimento adequado e até organizar ações de proteção à criança.

“Eu acho que a equipe tem que interagir, o Enfermeiro com o Psicólogo com o Assistente Social, eu acho que eles têm que ir a campo junto para investigar melhor, eu acho que trabalho em equipe que falta” (E4)

Para Iossi (2004), a preocupação com a criança e a participação daqueles que atuam junto a elas, como os profissionais das áreas de saúde e educação, mais especificamente, ainda são muito recentes em termos históricos e, conseqüentemente, deficitárias em termos de conhecimentos em políticas e práticas apropriadas. Assim

sendo, são poucas as instituições de saúde no Brasil que apresentam um trabalho sistematizado no sentido de lidar com os diversos aspectos envolvidos na questão da violência contra crianças e adolescentes.

As citações a seguir retratam a percepção dos atores sociais sobre o acompanhamento dos casos de violência infantil:

“disponibilidade, número de pessoas, número de profissionais também, pra tá fazendo visita domiciliar, pra tá acompanhando esse caso, como é que tá ficando, senão um caso desses é atendido e depois ele se perde, então são problemas que a gente encontra pra poder ver o desfecho desse caso” (E5).

“Principalmente no caso assim, ter uma psicóloga, para o público infantil e adolescente, não só pra adultos, como tem várias vezes né, principalmente ter uma Assistente Social em todo o período de funcionamento da unidade, para acompanhar os casos” (E3).

Para Iossi (2004), o conhecimento científico atual na saúde mostra que diferentes formas de violência podem ser prevenidas. Por isso, igual a qualquer outro agravado, é preciso estabelecer sistemas de informações para o acompanhamento e a percepção da magnitude do problema, identificação de grupos e fatores de risco para ações e mecanismos de avaliação.

Um enfermeiro demonstrou interesse, de alguma forma, para melhorar o atendimento às crianças vítimas de violência doméstica:

“Poder melhorar acho que sim, mas eu não sei a questão da demanda, não sei se teria demanda, pra tal fato” (E7)

Gonçalves e Ferreira (2002) apontam que a identificação da violência nos serviços de saúde é ainda carregada de muitas incertezas. A questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação, logo muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la e por isso acreditam que em seu serviço não haja demanda.

“Fazer uma atualização desses profissionais pra ta lidando com a situação que pudesse ocorrer” (E6)

Procurando focar o atendimento a crianças violentadas, MORAIS (1999) aponta que as ações da enfermagem têm-se diluído nas ações multiprofissionais, resultando na

hesitação, dúvida e insegurança quanto as ações a serem tomadas, daí a necessidade que sentem de uma atualização sobre o tema.

Outro subitem que aparece nas falas é a questão da notificação dos casos de violência. A esse respeito um enfermeiro comenta:

“Não, não, por nós da enfermagem não, até o pessoal da vigilância tava aqui agora e disse, é..., violência doméstica ainda não é uma coisa que a gente tem de notificar pra vigilância epidemiológica, a não ser que o serviço social notifique isso noutro âmbito que eu não tenho conhecimento” (E5)

Segundo Silva e Silva (2003), a notificação à vigilância epidemiológica deve ser parte de um sistema padronizado, codificado e informatizado, viabilizando a leitura e interpretação dos dados colhidos.

O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e os comportamentos violentos no ambiente familiar e por parte de qualquer agressor. A notificação dos maus tratos praticados contra a criança e o adolescente tornou-se obrigatória em lei federal, por meio da Portaria nº 1.968/2001 MS (SÃO PAULO, 2004).

A notificação sobre a violência doméstica quer ela seja suspeita ou confirmada, é obrigatória e deve ser feita pelos profissionais de saúde na rede pública ou privada que estão diretamente ligados ao atendimento de pessoas que foram vítimas de violência.

O ECA, em seu artigo 245, deixa bem claro que os profissionais de saúde têm a obrigação de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica infantil.

Os serviços básicos de saúde, e mesmo os ambulatórios podem atuar como importantes aliados na prevenção das violências domésticas contra crianças, adolescentes e mulheres, seja no pré-natal, no atendimento pediátrico e de ginecologia, seja em atividades dos agentes de saúde, nos grupos comunitários de saúde e nos programas de médicos da família (DESLANDES, 2002, p. 166).

Considerações Finais

Analisando as reações dos autores das falas aqui transcritas e registradas durante e após as entrevistas, podemos afirmar que existe falta de preparo dos profissionais quanto ao atendimento dos casos de crianças violentadas, devido ao pouco conhecimento sobre o assunto.

A efetivação de um atendimento às vítimas de violência doméstica infantil depende da possibilidade de o profissional ser capaz de identificar os diferentes tipos de violência. A presença ou suspeita de violência nos casos atendidos, ainda que a sua percepção oscile entre aspectos visíveis e invisíveis, acaba por originar dúvidas em sua identificação.

Enquanto pesquisadores e profissionais de saúde percebemos, em algumas falas, que seria importante a construção de um fluxograma para um atendimento adequado nos casos suspeitos e confirmados das vítimas de violência doméstica, um sistema de notificação eficaz, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde, como também a formação de equipes atualizadas para esse tipo de atendimento.

Outra questão, seria alertar os educadores e as instituições de ensino que desenvolvem cursos da área de saúde para a formação dos futuros profissionais e que farão parte das equipes de saúde, sobre a importância de trabalhar o tema violência doméstica, para que não tenham dificuldades quando atenderem as possíveis vítimas dessa violência em suas práticas diárias.

Na trajetória desta pesquisa obtivemos algumas respostas às nossas inquietações.

Pudemos identificar que a dificuldade enfrentada pelos enfermeiros para acolher e atender crianças vítimas de violência doméstica em nossa realidade local decorre não apenas da má formação profissional, mas também na vivência da violência doméstica infantil no ambiente de trabalho sem apoio de referências a respeito deste assunto; que reconhecendo os seus limites profissionais, os enfermeiros entendem a necessidade de assistir os casos identificados de crianças vítimas de violência doméstica com o apoio dos demais membros da equipe de saúde, principalmente de mecanismos de referência e notificação, já que existem barreiras próprias dos indivíduos, por exemplo, derivadas dos medos e concepções relativas a esse tipo de violência.

Dessa maneira, os resultados deste estudo geram um alerta para a enfermagem, a fim de que os atos violentos se tornem mais visíveis (sistematizados) e os profissionais possam vir a atuar da melhor forma possível, protegendo as crianças e os adolescentes.

Referências

ABRAMOVAY, M. et. al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas.** Brasília: UNESCO, BID, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço.** CadAtenBasica n. 8. Série A - Normas e Manuais Técnicos; n. 131. Brasília, Distrito Federal, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde.** Brasília, Distrito Federal, 2002.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

GOMES, R. et al. **A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde.** CienSaudeColet 2002; 7(2): 275-83.

GONÇALVES, H.S; FERREIRA, A.L. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde.** CadSaude Publica 2002; 18(1): 315-19, jan./fev. Rio de Janeiro.

IOSSI, M.A. **O envolvimento dos profissionais de saúde no município de Guarulhos na assistência às crianças vítimas de violência doméstica: um caminho necessário.** [Tese](Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

JUCÁ, M. **Palmada pedagógica.** PsiqCienc& Saúde ano V, edição 57, set./2010, p. 39-43.

MARTINS, C.S. **A institucionalização de crianças e adolescentes vítimas da violência doméstica: o cuidar na visão das instituições e das famílias.** [Tese] (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MINAYO, M.C.S. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública.** CienSaudeColet Rio de Janeiro: ABRASCO,1999: 4 (1) : 7-23.

MORAIS, E.P. **Enfermagem e família: evitando a negligência.** Santa Maria. Edição da Autora, 1999. 145p.

NEVES, A.S. **Família no singular, histórias no plural:**a violência física de pais e mães contra filhos. Uberlândia - MG: Edufu, 2008. 315p.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: Guia para os profissionais de saúde.** São Paulo: 2004.

SCHUWANCK, R.H. et al. **A percepção de formandos de enfermagem acerca da violência contra a criança.** RevCogitareEnferm. 10(2): 41-46, maio/ago. 2005.

SILVA, A.L.; MOURA, A.A.; DELGADO, L.H.R. **As condutas do enfermeiro do Programa de Saúde da Família em relação a crianças e adolescentes que sofrem violência sexual.** In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 5., 2006, Uberlândia. Anais... Uberlândia: Novas perspectivas no cuidado da saúde da família e da comunidade, 2006. p. 142-160.

SILVA, M.C.M.;SILVA,L.M.P. **Guia de assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência: abordagem multidisciplinar.** EDUPE. Recife: 2003.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde.** [Acessado em: 22 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br>.

VILELA, L.F. **Enfrentando a violência na rede de saúde pública do Distrito Federal.** Brasília, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005.

ZOTTIS,G.A.H; ALGERI, S.; PORTELLA, V.C.C. **Violência intrafamiliar contra crianças e as atribuições do profissional de enfermagem.** FamSaudeDesenv 2006; 8(2):146-53, maio/ago. Curitiba.