



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Universidade Federal de São Paulo

Brasil

Brandt Nunes, Cristina; Andersen Sarti, Cynthia; Vieira da Silva Ohara, Conceição

Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 1, 2009, pp. 903-908

Universidade Federal de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023850012>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente*

Health care professionals' approaches to address family violence against children and teenagers

Profesionales de salud y violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente

Cristina Brandt Nunes¹, Cynthia Andersen Sarti², Conceição Vieira da Silva Ohara³

RESUMO

Objetivo: Compreender o modo como os profissionais de saúde abordam as situações envolvidas na violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. **Métodos:** Pesquisa de natureza qualitativo, na modalidade de estudo de caso, realizado com 30 profissionais de saúde. **Resultados:** Os profissionais mostraram-se preocupados com a falta de resolução dos problemas. Revelaram que as medidas empreendidas priorizam a punição em lugar do atendimento e que a estrutura de trabalho não lhes permitia expor seus sentimentos e reações e com eles lidar. O modo de abordar as famílias que já vivenciaram violência pode configurar um ato violento para com estas. **Conclusão:** A maneira como é realizada a maioria das abordagens em casos de violência contra a criança e o adolescente reflete a falta de integração entre os profissionais e os diversos setores.

Descritores: Violência doméstica; Assistência à saúde; Enfermagem pediátrica; Saúde da família; Saúde pública

ABSTRACT

Objectives: To understand how health care professionals approach family violence against children and teenagers. **Methods:** This was a qualitative case study with 30 health care professionals. **Results:** Health care professionals were concerned with the lack of successful family problems resolution. Measures used by health care professionals emphasized punitive actions instead of caring behaviors. The characteristics of the job did not allow of the health care professionals to express their feelings and reactions and to know how to successfully address family violence. Health care professionals' approaches to address violence with families who already experienced violence may also become violent acts against those families. **Conclusion:** Approaches used to address family violence against children and teenagers reflect a lack of integration among the several categories of health care professionals and health care services.

Keywords: Domestic violence; Healthcare; Pediatric nursing; Family health; Public health

RESUMEN

Objetivo: Comprender el modo cómo los profesionales de salud abordan las situaciones relacionadas a la violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente. **Métodos:** Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa, de tipo estudio de caso, realizado con 30 profesionales de salud. **Resultados:** Los profesionales se mostraron preocupados con la falta de resolución de los problemas. Revelaron que las medidas emprendidas priorizan la punición en lugar de la atención y que la estructura de trabajo no les permitía exponer sus sentimientos y reacciones y lidiar con ellos. El modo de abordar a las familias que ya vivenciaron violencia puede configurar un acto violento para con éstas. **Conclusión:** La manera cómo se realiza la mayoría de las abordajes en casos de violencia contra el niño y el adolescente refleja la falta de integración entre los profesionales y los diversos sectores.

Descriptores: Violencia doméstica; Asistencia a la salud; Enfermería pediátrica; Salud de la familia; Salud pública

* Este estudo é parte da tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil, em 2007.

¹ Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS - Campo Grande (MS), Brasil.

² Professora Titular da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Campus Guarulhos (SP), Brasil.

³ Professora Associada da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A infância e adolescência são períodos em que a vulnerabilidade aos agravos de saúde e a fatores econômicos e psicossociais se potencializa. Em situação de violência, o núcleo familiar deixa de assegurar referencial educativo e de proteção para a criança e o adolescente, uma vez que os vínculos familiares também são violentos⁽¹⁾.

A análise da violência intrafamiliar não pode se restringir à lógica de agressor e vítima, uma vez que estas duas não são posições fixas, mas fazem parte de um mecanismo relacional cujos atores podem mudar de lugar⁽²⁾. A situação de violência exige uma maneira de cuidado que considere seus aspectos relacionais e seu contexto. Para abordá-la, o profissional de saúde precisa lidar com diferentes tipos de fatos e sentimentos, para os quais muitas vezes não se sente apto ou não foi preparado. Se de um lado está o desejo de afastar-se, de outro há o dever moral de ajudar esses familiares⁽¹⁾.

O presente estudo objetivou compreender o modo como os profissionais de saúde abordam as situações envolvidas na violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Foram buscados subsídios para entender como se mostra para esses profissionais a problemática da criança e do adolescente que são vítimas de maus-tratos, geralmente ocorridos no próprio ambiente doméstico, em relações que fazem parte da convivência da criança e do adolescente.

MÉTODOS

Adotou-se o referencial qualitativo, por permitir apreender a experiência humana no contexto social em que os indivíduos atuam, sem introduzir modificações nesse ambiente. O método escolhido — estudo de caso —, adaptado às Ciências Sociais, permite abranger não só um indivíduo, mas uma organização ou comunidade⁽³⁾. O modo de investigar acontece na observação do comportamento humano em grupo, considerando-se a individualidade e os comportamentos e relações interpessoais⁽⁴⁾.

Os sujeitos da pesquisa foram 30 profissionais (enfermeiros, dentistas, médicos, assistentes sociais, gerentes de unidade, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde) pertencentes a quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família em Campo Grande, MS. Os instrumentos de pesquisa foram a observação participante (para conhecer a dinâmica dos profissionais no contato com as crianças, adolescentes e suas famílias e nas suas interações), a entrevista (com questões e estratégias gradativamente elaboradas conforme as situações que se apresentavam) e a consulta a documentos na Unidade Básica de Saúde da Família, no

Conselho Tutelar Sul e na Secretaria Municipal de Saúde Pública. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (protocolo nº 1587/2003).

A análise dos dados constou de leituras dos relatos, dos diários de campo e dos documentos. A repetição das questões permitiu agrupar os dados em temas e, posteriormente, transformá-los nas categorias temáticas, que se apresentam como eixos norteadores da análise.

RESULTADOS

A convergência dos dados referentes às distintas maneiras com que os profissionais lidam com a violência contra a criança e o adolescente será apresentada em duas categorias temáticas principais: Dificuldade em delimitar o problema e Desarticulação da rede de serviço.

Dificuldade em delimitar o problema

Os obstáculos encontrados para lidar com situações de violência contra crianças e adolescentes, tais como o despreparo e a falta de amparo das instituições, preocupam os profissionais de saúde pesquisados, gerando um sentimento de impotência e frustração.

O caso de F. é um exemplo. A criança vive em condições insuficientes para seu adequado crescimento e desenvolvimento. Empreendendo algumas ações, os profissionais tentam modificar esse quadro. Dada a precariedade da moradia, eles chegaram a adquirir com recursos próprios uma pia e um vaso sanitário para a família. Nas constantes visitas, os profissionais têm oferecido orientações aos pais sobre ações de saúde (higiene corporal, limpeza do ambiente, regularidade da vacinação), cuja execução é, porém negligenciada. A criança teve sua vaga na escola cancelada, devido às freqüentes faltas. O motivo alegado pelos pais para o não-comparecimento é a falta de recursos financeiros para as passagens de ônibus, pois haviam perdido a carteira de passe livre. Mesmo sendo-lhes fornecidas novas passagens de ônibus, não deram continuidade ao acompanhamento especializado. Em visita à casa, observou-se que a criança estava pálida, emagrecida, andava com dificuldade e só balbuciava. A impressão foi a de que permanecia muito tempo no berço. Uma enfermeira relatou: “*Acho uma situação difícil de resolver [...]. Tenho que tentar ajudar, procurar o caminho, sem me envolver muito*”. Uma agente comunitária de saúde revelou não se considerar capacitada a lidar com os casos que fogem do âmbito específico da saúde, pois não tem clareza quanto à melhor conduta a adotar: “[...] *acho que não é função do agente de saúde, porque é um problema social e a gente não tem mecanismos para lidar [...]*”.

Outro caso, o de L., criança que não recebia os cuidados necessários, deixou uma dentista impressionada. A casa de madeira estava quase caindo. No pátio havia lama e

um cachorro muito magro. C. o pai, estava por muito tempo desempregado e era alcoolista. S., a mãe, tinha feridas nos pés. Não havia alimento na casa. Todos pareciam passar fome. L. emagrecida, apresentava escabiose. Cenários como este trazem sofrimento: “*A equipe sofre muito ao ver isto! Porque pra nós, que temos filhos, fazemos de tudo pra termos uma família, a gente fica chocada!*”. A equipe se mobilizou para tentar resolver o problema. A estratégia encontrada foi “adotar” a família. A agente comunitária de saúde marcava as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas para que S. não enfrentasse a fila matinal. Mesmo com esses agendamentos, ela não comparecia aos atendimentos, sempre alegando imprevistos e por vezes se irritando com as indagações. Do ponto de vista dos profissionais, ela não estava demonstrando interesse em modificar sua situação. Para a limpeza da casa, os profissionais solicitaram uma parceria com a Pastoral da Criança. Além disso, L. começou a receber leite em pó, que era entregue na Unidade. A médica providenciou frutas, legumes e verduras para a família. Após a visita realizada pelas alunas de psicologia, acompanhadas pela enfermeira, uma delas começou a levar sopa para a família. Apesar das contribuições recebidas, os profissionais não observaram um retorno significativo. Para a enfermeira, a situação se agravou a ponto de que se a criança não saísse de casa “*iria morrer*”. A solução encontrada foi levar o bebê para a casa de J., auxiliar de enfermagem.

Um caso de violência sexual ocorreu com uma menina de três anos, que morava com a mãe. Segundo informações da mãe e vizinhos, a criança sofreu abusos de um vizinho. O exame pelo médico do Instituto Médico Legal não revelou evidências físicas de abuso sexual à criança. Para melhor averiguação, a agente comunitária de saúde tentou abordar o assunto com a mãe, deixando-a à vontade para que relatassem os acontecimentos. Na segunda visita domiciliar, percebeu que a mãe não quis mais falar sobre a questão. Preocupada com os fatos, procurou a médica da equipe: “*Então eu falei para ela do que tinha acontecido. Mas nunca sobrou tempo para ela fazer uma visita pra elas*”. Para a agente, em nenhum momento se empreendeu ação para a resolução do problema e uma abordagem efetiva que envolvesse a criança e a família. Ela sentiu necessidade de revelar a situação a outras pessoas, mas o segredo que envolve os acontecimentos não lhe permite fazer isso. Seu sentimento perante o ocorrido foi de frustração, pois suas ações não tiveram o efeito desejado.

O profissional, ao tomar conhecimento de um caso, pode ter dúvidas quanto à atitude a adotar em relação à denúncia. Uma auxiliar de enfermagem relatou a situação de uma agente comunitária de saúde que, de um lado, recebeu ameaças do pai da criança para que não o denunciasse, e de outro, como comumente acontece, foi pressionada pelos vizinhos para que se posicionasse: “*A criança tem um ano e seis meses. O pai bate na mãe. Se a criança chora, eles batem na criança. Os vizinhos falam pra agente de saúde fazer alguma coisa [...]. Esses dias o pai parou com*

a moto na frente da casa da agente de saúde. Ele olhou com cara feia pra ela querendo amedrontá-la”.

Em outra situação, uma mãe não queria mais receber a agente comunitária de saúde, acreditando que esta a denunciara ao Conselho Tutelar: “[...] a mãe batia muito no filho maior. O menino saía nas casas pedindo: ‘Tia, você não quer eu pra morar? [...] o primeiro boato que surgiu foi que era eu quem tinha denunciado. Mas eu não chamei! Alguém chamou o Conselho Tutelar e a mãe me acusou’”. A agente considera que ser descoberta como denunciante poderá dificultar seu trabalho com a comunidade.

Outro relato mostrou a dúvida e o questionamento de uma médica quanto aos reais benefícios da denúncia para a criança: “*Muitas vezes é difícil você saber o que fazer sem prejudicar a criança. Quando você denuncia e é comprovado, tiram a criança da casa. A gente também agride, tirando ela do seio familiar! Então tem que ter muito critério e tem que lutar para dar um suporte melhor para esta criança! [...] Por que eu vou interferir, comentar, se eu posso piorar a situação?*”.

Tais acontecimentos ilustram a falta de um trabalho estruturado com estratégias que permitam aos profissionais serem parceiros das famílias mesmo em situações conflitantes, como a que é gerada em caso de denúncia.

Desarticulação da rede de serviço

A maneira como é realizada a maioria das abordagens em casos que envolvem violência contra a criança e o adolescente reflete a falta de integração entre os profissionais e os diversos setores que deveriam lidar com essas questões.

Uma assistente social e gerente de unidade relatou que a equipe assiste uma família há longo tempo, com orientações sobre os cuidados de saúde do menino, providenciando recursos materiais para a infra-estrutura da casa e matrícula da criança em escola especial. Complementa: “*A gente faz o relato ao Conselho Tutelar sobre o que está acontecendo na família. Às vezes tem que insistir para eles virem. O processo é lento. Eu não vi muita mudança, não*”.

Um médico relatou o modo como a equipe lidou com uma situação em que três crianças de uma família foram denunciadas pelos vizinhos por sofrerem abuso físico. Inicialmente os familiares recusaram a atuação dos profissionais: “*A equipe foi na casa e conversou. Tinha três crianças: um recém-nascido, uma de um ano e outra de três anos. O pai [padrasto] espancava as três porque choravam à noite. Num primeiro momento eles não admitiram a nossa presença*”. Depois da vinda do Conselho Tutelar, houve uma relativa redução no abuso físico, que pode, segundo o médico, ter decorrido mais do receio do padrasto em ser punido do que propriamente de uma mudança de atitude.

Para alguns dos profissionais pesquisados, há falta de trabalho integrado na própria equipe e os casos que envolvem algum tipo de violência contra crianças ou adolescentes nem sempre chegam ao conhecimento da

maioria. Para um assistente social, isso pode estar relacionado a receios do agente comunitário de saúde em sofrer represálias dos denunciados, uma vez que convive e se relaciona no mesmo espaço urbano que eles. A fragilidade que o agente comunitário de saúde vivencia ao lidar com um caso está relacionada com a falta de uma estrutura que lhe permita atuar com maior segurança:

[...] a violência doméstica fica camuflada. O próprio vizinho evita fazer comentários e, quando faz para o agente de saúde, faz à boca pequena. Teria que ser passado de alguma forma uma segurança para que ele não se sentisse tão frágil ante a um posicionamento.

Falta também uma abordagem de trabalho, pelos profissionais, que priorize os casos suspeitos ou confirmados. A atuação sobre uma situação que envolve violência corre o risco de ser protelada, como explicita uma auxiliar de enfermagem: *“Eu falei para a agente de saúde comunicar o assistente social sobre este caso. Mas ele está de férias. Só que nestes quinze dias que ele está fora a criança vai continuar sendo agredida? Eu falei também pra enfermeira, mas ela não fez nada”*.

Nas atividades diárias, há por vezes descaso com o real problema da criança e sua família, em função de normas pré-estabelecidas. Vários acontecimentos confirmam esse fato, dentre eles o ocorrido com V. e sua filha E., que sofreu abusos físicos do pai. A agente comunitária de saúde, ao saber desse episódio — e também de que *“a mãe havia oferecido água com açúcar para as crianças e todos na casa estavam passando fome, pois o pai encontrava-se desempregado”* —, tentou integrar a família em atividades como o Programa do Bebê, para recebimento de leite em pó. No entanto, na Unidade Básica de Saúde a auxiliar de enfermagem que atendeu a mãe informou-lhe: *“Eu que faço o cadastro do Programa do Leite. Em primeiro lugar gostaria de dizer que não posso fazer o cadastro sem o número do registro do nascimento dela [...]. Mas que coisa você não tem a certidão de nascimento! Eu sinto muito! Não vou poder fazer nada [...]”*. A mãe dobrou o papel em que estava a solicitação para que fosse inscrita no Programa. Sem expressar uma palavra, foi embora.

Os profissionais têm facilidade em envolver-se emocionalmente com as situações de violência contra a criança e o adolescente.

Uma médica expôs sua dificuldade em lidar com a falta de efetividade na resolução de algumas situações, dada a ausência de parceria com órgãos externos à Unidade: *“É muito delicado e muito difícil, porque tudo isso envolve o lado emocional da gente. [...] A gente se desgasta porque precisava de um apoio maior. [...] Tinha que ter uma estrutura já formada, que pudesse solicitar ajuda e que ela viesse trabalhar junto com você! [...] Não é assim, tipo, vem o carrinho do Conselho punindo: ‘Se você não fizer isso, eu vou tirar a sua criança’”*.

DISCUSSÃO

A dificuldade em delimitar o problema está relacionada com o despreparo que os profissionais sentem em lidar

com fatos que envolvem violência contra crianças e adolescentes e a impossibilidade de encontrar uma resposta clara e direta à situação, o que gera sensação de impotência. Têm dificuldade em delimitar o que é omissão no trato dos cuidados e necessidades da criança e o que decorre da ausência de condições econômicas da família para prover a atenção necessária.

Abordar a questão da negligência à criança como uma forma de “maus-tratos” é tarefa complexa e delicada, pois diz respeito ao olhar sobre o outro e pode revelar preconceitos de várias ordens. O que é considerado “negligência” pode na verdade corresponder a uma forma diferente de cuidar. Por esse motivo, lidar com a situação requer recursos interdisciplinares⁽⁵⁾, já que alguns profissionais podem interpretar com linearidade mecanicista os aspectos sociais envolvidos na violência.

Os que o fazem tentam medicalizar a violência, uma vez que sua formação biomédica consiste em procurar por doenças definidas, que permitem prescrever algum tratamento. Encontram dificuldade em intervir em problemas mais relacionados com o social, como, no caso, a diversidade de situações envolvidas na violência. Estão mais habituados com as intervenções tradicionais de tratar enfermidades do que com ações preventivas e com abordagens que priorizem a promoção de saúde⁽⁶⁾.

O compromisso de alguns profissionais em prover auxílio alimentar e financeiro para a família e em cuidar da saúde da criança (a ponto de uma delas ser adotada pela auxiliar de enfermagem) parece resultar de um sentimento de compaixão piedosa.

No cotidiano do atendimento, os profissionais pesquisados tendem a lidar com o espaço público estruturando-o de modo que corresponda ao do âmbito familiar. Tal fato expõe duas categorias que se encontram em oposição na sociedade brasileira e que representam “a casa e a rua”. Assim, “estar em casa” ou “sentir-se em casa” diz respeito a situações em que as relações são idealmente harmoniosas e as disputas devem ser evitadas⁽⁷⁾. A rua é o local em que os indivíduos são anônimos e suas reivindicações nem sempre são atendidas. Sob certas circunstâncias há tendência a englobar a rua na casa, recriando no espaço público o ambiente familiar. Isso acontece quando o profissional, pela forma como o serviço está estruturado, tem dificuldade em tratar a violência no âmbito público e leva o problema para casa.

Esse fato pode também desvelar uma faceta do modo inautêntico do cuidar, uma vez que o cuidar do outro pode se apresentar na forma de tomar conta deste, de se antecipar ao outro, assumindo a ocupação deste de cuidar de si mesmo. Isso pode levar esse outro a tornar-se dominado, ainda que de forma silenciosa⁽⁸⁾.

Na maior parte dos casos, os maus-tratos, principalmente o abuso sexual, não podem ser demonstrados, dada a ausência de lesões evidentes⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A identificação do ato abusivo também é dificultada por serem os abusadores em sua maioria conhecidos de suas vítimas e serem considerados pela família como pessoas de confiança, com autoridade e com livre acesso à criança⁽⁹⁾. Tais fatos fragilizam os profissionais, dada a falta de uma estratégia de atuação.

Os fatos também chamam a atenção sobre a necessidade de direcionar o olhar para os trabalhadores que realizam esses atendimentos, a fim de cuidar também do indivíduo que cuida das vítimas de violência. Lidar com a violência sexual pode provocar uma carga emocional intensa, o que não pode ser negligenciado pelas políticas públicas de enfrentamento da violência⁽¹¹⁾.

O impasse vivenciado pelos profissionais quanto à denúncia é potencializado por sua proximidade territorial a essas famílias, afetando particularmente o agente comunitário de saúde, que reside no mesmo bairro que estas.

Os profissionais de saúde costumam resistir a fazer a notificação. Tal resistência está relacionada com experiências negativas em que, depois da denúncia, foram perseguidos pelos familiares das vítimas por não disporem de proteção e apoio institucionais para sua iniciativa⁽¹²⁻¹³⁾.

Uma das providências freqüentemente tomadas pelos profissionais de saúde e pelos operadores de direito no caso de crianças vitimadas por maus-tratos é retirá-las do convívio familiar, transferindo-as para orfanatos ou para famílias substitutas. Embora essas medidas possam até oferecer proteção contra novos episódios, o trauma vivido não cessa quando as crianças são retiradas de casa. Há o risco de as vítimas fazerem parte de um contexto em que também possam vivenciar novos eventos negativos⁽¹⁴⁾.

Diante de situações de violência, pode-se instaurar nos profissionais de saúde uma sensação de imobilismo que, se por um lado gera angústia, por outro pode levá-los a habituar-se às limitações de sua prática, sob risco de não se manifestarem em situações em que sua contribuição poderia solucionar ou minimizar o problema⁽¹⁵⁾.

A maneira como é realizada a maior parte das abordagens a casos de violência contra crianças e adolescentes reflete a desarticulação da rede de serviço.

Nos casos em que ocorreu abordagem dos profissionais e do Conselho Tutelar, não houve acompanhamento dos problemas em longo prazo. Acompanhar os casos poderia constituir uma forma de apoio para que as famílias lidassem com suas dificuldades no relacionamento com os filhos, o que poderia facilitar o poder de resolução das situações. Entretanto, nas condutas adotadas predominou o descaso ou foram priorizadas punições severas. Outro aspecto ressaltado foi o desejo de separar a criança da família em função da inoperância das intervenções, o que pode ser tão prejudicial quanto a própria violência sofrida, por potencialmente veicular à criança a mensagem de que não é desejada em sua família⁽¹⁶⁾.

A falta de visibilidade de soluções para casos que envolvem violência também foi verificada em estudo realizado com profissionais sobre a abordagem dos maus-tratos contra crianças e adolescentes em uma rede pública de saúde⁽¹⁷⁾, o qual revelou que os casos encaminhados ao Conselho Tutelar têm certo descrédito quanto a sua resolução. As notificações geralmente permanecem sem retorno, e este, quando ocorre, é demorado. Os casos na maioria das vezes não são acompanhados e tais eventos tornam a parceria com o Conselho Tutelar problemática.

Outro aspecto apontado é que, em nome da manutenção de uma suposta ordem, o profissional pode se valer do poder com o intuito de disciplinar as famílias que porventura não cumprem com as normas, o que, porém, acaba por prejudicar ainda mais o quadro que estas vivenciam — daí a importância de que o atendimento às famílias que já vivem situações de violência não contenha, de forma latente, uma violência maior que aquela que se pretende minorar com o serviço oferecido.

É necessária cautela pelos profissionais de saúde para que seus serviços não configurem uma violência institucional, que viabiliza a banalização da vida e o desrespeito pelo outro, justamente quando este mais necessita de escuta, acolhida e solidariedade⁽¹³⁾.

Um importante aspecto da abordagem às situações de violência contra crianças e adolescentes é que a maioria das estratégias de prevenção está centrada nas vítimas e nos perpetradores, e não nos complexos problemas que fazem parte da dinâmica da violência. Os esforços e as políticas de prevenção devem estar voltados às crianças, aos adolescentes e aos responsáveis, levando em conta o meio em que vivem⁽¹⁸⁾.

Os relatos dos profissionais revelam sua necessidade de dispor de uma estrutura de trabalho que lhes permita expor e lidar com os sentimentos e reações desencadeados por acontecimentos que envolvem violência contra a criança e o adolescente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maneira como é realizada a maioria das abordagens em casos que envolvem violência contra a criança e adolescente reflete a falta de integração entre os profissionais e os diversos setores que deveriam lidar com essas questões.

O desenvolvimento de uma abordagem de cuidado adequada à criança, ao adolescente e à família em situação de violência intrafamiliar mostra-se imprescindível, e deve contemplar a elaboração de uma estrutura adequada e flexivelmente ajustável. Tal atendimento requer uma equipe multiprofissional e um enfoque interdisciplinar que transcendam a dimensão biológica do cuidar. Além disso, se faz necessária uma rede de apoio social, interinstitucional e intersetorial que não se limite ao setor de saúde e que favoreça a parceria com a comunidade.

O fenômeno da violência é um sério problema social que causa agravos à saúde. Em decorrência de seu aspecto contextual e relacional, é necessário que os profissionais de saúde, na abordagem dos casos, levem em conta que a violência contra a criança e o adolescente é um processo do qual fazem parte não somente as vítimas e os agressores, mas também os demais familiares e os cenários em que os atos violentos se manifestam.

No entanto, lidar com essas múltiplas relações é ainda complexo para o profissional de saúde. Esse fato chama atenção para que no planejamento dos serviços de saúde

sejam incluídas estratégias voltadas para capacitar os profissionais na abordagem de questões que envolvam violência contra crianças e adolescentes.

Na formação acadêmica dos profissionais, tanto da área de saúde quanto de ciências humanas e sociais, torna-se oportuno contemplar no ensino-aprendizagem conteúdos relacionados com a violência contra crianças e adolescentes. É portanto necessário, desde o período da graduação, que o profissional possa compreender que esse fenômeno não se limita aos aspectos fisiopatológicos e que nele está envolvida uma dinâmica relacional.

REFERÊNCIAS

1. Nunes CB. A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente na perspectiva de profissionais de saúde [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2007.
2. Sarti CA. Violência familiar. 2005. [Apresentado no seminário As interfaces da violência; 2005 Ago 5; São Paulo].
3. Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
4. Borba RIH, Sarti CA. A abordagem do estudo de caso na pesquisa social. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006. p. 77-83.
5. Maranhão DG. O cuidado compartilhado: relações entre famílias e profissionais de uma creche [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Curso de Enfermagem; 2005.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP; c2005.
7. Da Matta R. A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5a. ed. Rio de Janeiro: Rocco; 1997.
8. Heidegger M. Ser e tempo. 7a ed. Petrópolis: Vozes; 1998
9. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 738-52.
10. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S197-204.
11. Felizardo D, Zürcher E, Melo K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 69-80.
12. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(1):81-94.
13. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
14. Bastos ACS, Alcântara MAR. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes sujeitos à violência intrafamiliar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 87-103.
15. Tavares ML. Abordagem da violência intrafamiliar no programa saúde da família. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 205-17.
16. Shnit D. Proteção de crianças contra a violência: aspectos legais. In: Westphal MF, organizadora. Violência e criança. São Paulo: Edusp; 2002. p. 143-65.
17. Gomes R, Junqueira MFP, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(2):275-83.
18. Organização Mundial da Saúde. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 8a ed. São Paulo: EDUSP; 2000.