



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Ortiz Ramos, Martha Lucia Cabrera; da Silva, Ana Lúcia
Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do
Município de São Paulo – Brasil
Saúde e Sociedade, vol. 20, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. 136-146
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263674016>

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



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

Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil

Study About Domestic Violence Against Children in Primary Health Care Units in São Paulo - Brazil

Martha Lucia Cabrera Ortiz Ramos

Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência da Universidade Federal de São Paulo.

Endereço: Caixa Postal 26026, CEP 05513-970, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: marthalcor@yahoo.com.br

Ana Lúcia da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora científica III do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Endereço: Rua Santo Antonio, 590, CEP 01314-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: analu@isaude.sp.gov.br

Resumo

Objetivo: Saber como profissionais da Estratégia Saúde da Família atuam ao se deparar com situações de violência doméstica contra a criança. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo de investigação, realizado por meio de entrevista do tipo semidirigido. A pesquisa desenvolveu-se na cidade de São Paulo, em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cinco regiões. Foram entrevistados 21 profissionais e utilizou-se a análise de conteúdo temática. **Resultados:** A análise temática apontou quatro categorias: identificação da violência doméstica; tipos de violência doméstica; dificuldades no atendimento em situações de violência doméstica e ações profissionais diante da violência doméstica. A identificação da violência aconteceu em visitas que os profissionais realizaram na comunidade, em especial, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo corroborada em consulta clínica, mediante observação e exame físico da criança. Uma das ações mais presentes no discurso dos profissionais é a de encaminhamento da criança vitimizada ao Conselho Tutelar. **Conclusões:** Os resultados refletem uma realidade da Atenção Básica em Saúde que gera angústia nos profissionais, que se sentem despreparados e desprotegidos para atender e resolver demandas de crianças vítimas por violência doméstica. Constatou-se que o Sistema Único de Saúde/Estratégia Saúde da Família (SUS/ESF) tem de avançar no atendimento dessas situações. A intersetorialidade, a integralidade e a resolutividade foram mencionadas pelos entrevistados, evidenciando lacunas geradoras de sofrimento, que precisam ser reencaminhadas aos órgãos competentes.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Estratégia Saúde da Família; Saúde da Criança; Análise de Conteúdo Temática; Violência na Família; Maus-tratos infantis.

Abstract

Objective: To investigate how professionals with the Family Health Strategy act when confronted with situations of domestic violence against children. **Method:** This is a qualitative research. The data were collected through semi-structured interviews performed with twenty-one professionals, and thematic content analysis was used. The research was developed in the city of São Paulo, in five primary health care units located in five regions. **Results:** The analysis pointed to four thematic categories: identification of domestic violence; types of domestic violence; assistance difficulties in domestic violence situations; and professionals' actions in domestic violence situations. Identification happens during visits made by professionals in the community, particularly the Community Health Agents, and is corroborated in clinical consultations through observation and physical examination of the child. One of the most present actions in the professionals' discourse is referring the victimized child to the Guardianship Council. **Conclusions:** The results reflect a reality within Primary Health Care that generates anguish in the professionals as they feel unprotected and unprepared to assist and solve demands of children who are victims of domestic violence. It was verified that *Sistema Único de Saúde* (SUS - National Health System) / Family Health Strategy has to advance in response to these situations. Intersectoriality, integrality and problem-solving capacity were present in the interviewees' discourse, showing that there are gaps that generate suffering and need to be re-conducted to the competent agencies.

Keywords: Domestic Violence; Family Health Strategy; Child Health; Thematic Content Analysis; Abused Child; Violence in the Family.

Introdução

O fenômeno da violência doméstica contra a criança acompanha a história da humanidade e se constituiu em um aspecto da organização das sociedades, que durante séculos não recebeu nenhuma ação externa ao contexto doméstico, já que qualquer evento que ali surgisse deveria contar com a privacidade familiar. Desde o século XX, esse fenômeno vem sendo tratado como problema social e de atenção em saúde pública.

A violência doméstica contra a criança, além de se constituir em uma realidade dolorosa, ao revelar os maus-tratos perpetrados no mundo intrafamiliar, traz prejuízos a curto, médio e longo prazos, tanto de ordem física como psicossocial, que podem ser devastadores, já que as experiências vividas na infância refletem na vida adulta. É um problema multicausal, constituído por uma diversidade de variáveis, que afeta todos os níveis socioeconômicos e culturais da sociedade e, por essas razões, exige intervenção de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, cujos procedimentos possibilitem um atendimento integral.

A violência doméstica contra a criança é definida por Azevedo e Guerra (2005) como o ato ou a omissão praticado por pais, parentes e/ou responsáveis contra crianças, que implica em transgressão do poder/dever de proteção do adulto e em coisificação da infância, isto é, em uma negação do direito que elas têm de serem tratadas como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. Segundo Aron (2001), esse tipo de violência pode ser de ordem física, psicológica, sexual, de abandono e negligência e tem impacto no âmbito da saúde, do bem-estar social, da educação e dos direitos das pessoas. As lesões provocadas podem levar à morte e são consequências de traumatismos cranioencefálicos ou lesões internas nos órgãos. Sendo o primeiro a causa mais comum de morte em crianças menores de dois anos de idade, devido à vulnerabilidade nos primeiros anos de vida (Krug e col., 2003).

Nesse sentido, segundo Moura e colaboradores (2008), à medida que se percebe o impacto negativo da violência doméstica no bem-estar da criança, vem aumentando o reconhecimento do importante papel dos profissionais e serviços de saúde para

seu enfrentamento, porque estes são espaços privilegiados que, além de identificar e tratar, podem criar estratégias de ação e prevenção (Moura e Reichenheim, 2005).

Em relação à legislação, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) registra a obrigatoriedade da notificação de situações constatadas ou suspeitas de violência contra a criança (Brasil 2005), assim como o Ministério de Saúde, que apoiado no ECA, estabelece para todos os profissionais e instituições de saúde que atendem pelo Sistema Único de Saúde a obrigatoriedade do preenchimento da Ficha de Notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes e seu encaminhamento para o Conselho Tutelar local (Brasil, 2002).

Todavia, a subnotificação é uma realidade presente no país, segundo o Ministério da Saúde (Brasil 2002), por motivos que vão desde o desconhecimento por parte do profissional do dever de notificar até a dificuldade em praticá-la em sua rotina de atendimento, o que dificulta, entre outras coisas, conhecer o perfil epidemiológico desse tipo de violência (Gonçalves e Ferreira, 2002). No entanto, estima-se que, para cada notificação de criança vítima de abuso físico, de 10 a 20 outras situações desse tipo não são notificadas (Pascolat e col., 2001).

Perfil Epidemiológico da Violência Doméstica Contra a Criança

A literatura revela a escassez de dados estatísticos sobre a violência doméstica contra a criança, o que dificulta conhecer a real incidência desse fenômeno. Todavia, sabe-se que milhares de crianças e adolescentes sofrem violência e que a identificação do fato ocorre, principalmente, por profissionais vinculados às áreas de educação e saúde (Gomes e col., 2002; Laboratório de Estudos da Criança, 2009). Na área da saúde, as vítimas ingressam nos serviços de saúde muitas vezes por outros agravos cujo atendimento atento revela a presença das marcas dolorosas da violência (Moura e col., 2008; Moura e Reichenheim, 2005).

Estatísticas internacionais revelam que nos Estados Unidos, no ano de 1990, foram notificados aos serviços de proteção à infância 1 milhão e 700 mil casos envolvendo violência doméstica; já em 2001, esse número aumentou para 3 milhões de casos, dos quais 28% foram confirmados. Na Inglaterra, em

1995, os casos notificados chegavam a cerca de 34 mil (Azevedo e Guerra 2005).

Dados apresentados pela Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (Sipani), revelam que no Brasil, anualmente, 12% dos 55,6 milhões de crianças menores de 14 anos são vítimas de alguma forma de violência doméstica. Esses dados revelam que cerca de 18 mil crianças sofrem violência por dia, 750 por hora e 12 por minuto (Centro de Combate à violência Infantil - Cecovi, 2009).

Dados extraídos do Laboratório de Estudos da Criança da Universidade de São Paulo - Lacri (2009) indicam que, no período de 2000 a 2007, foram notificados no Brasil 137.189 casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente, distribuídos em violência física, sexual, psicológica, negligência e violência fatal. Desse total, 60.585 foram notificados no Estado de São Paulo e 14.117 no município de São Paulo.

Esta pesquisa tem como objetivo saber como profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuam ao se depararem com situações de violência doméstica contra a criança, descrever os diferentes tipos de violência doméstica identificados por esses profissionais nas comunidades onde atuam e analisar suas ações no atendimento à criança e sua família.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa, que possibilita a compreensão de fenômenos, processos e atividades humanas particulares de determinado grupo, pois trabalha com valores, atitudes, crenças e opiniões (Minayo e Sanches, 1993; Krippendorff, 2004). É capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto em seu advento quanto em sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 2004, p. 10).

O estudo foi realizado na cidade de São Paulo que, de acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da saúde (Brasil 2004), possui população de 10.927.000 e uma cobertura populacional da ESF de 25%.

Para este estudo optamos por pesquisar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de cada região do município, com o propósito de contemplar possibilidades relacionadas ao objeto de pesquisa de forma contextualizada. Como critério de escolha, as unidades deveriam ter a equipe mínima completa da Estratégia Saúde da Família, conforme recomendação do Ministério da Saúde: “1 médico generalista, 1 Enfermeiro, 1 Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem, 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” (Brasil, 2001, p. 67).

Foi convidado a participar da pesquisa um representante de cada categoria profissional que fizesse parte da equipe há pelo menos seis meses. Desse modo, foram entrevistados 21 profissionais, sendo cinco agentes comunitários de saúde, cinco médicos generalistas, cinco auxiliares de enfermagem, cinco enfermeiros e um cirurgião dentista.

As entrevistas foram semidirigidas, com perguntas abertas, visando à livre associação de ideias por parte do entrevistado. Foram retomados assuntos já tratados pelo entrevistado, quando não foram claramente compreendidos pela pesquisadora. A realização das entrevistas teve como base o roteiro: 1 - Como o senhor(a) percebe a violência doméstica contra a criança na sua área de atuação profissional? 2 - Quais os diferentes tipos de violência doméstica que vocês têm identificado em sua prática profissional? 3 - Como é realizado o atendimento tanto para a criança quanto para a família nestes casos? 4 - Existem ações de prevenção da violência doméstica contra a criança pelo grupo do Programa Saúde da Família? Que ações são estas?

Considerando que em pesquisa qualitativa “o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo [...]” (Turato, 2005, p. 510) e que a pesquisa qualitativa envolve interpretação do mundo em ambientes naturais (Fontanella e col., 2006; Denzin e Lincoln, 2007), para este estudo houve uma preparação especial: foram realizadas visitas a campo, bem como a familiarização aprofundada com o instrumento de pesquisa.

As entrevistas semidirigidas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise temática de conteúdo foi aplicada. Esse recurso se constitui em um conjunto de técnicas de análise que se aplica ao

processo de comunicação verbal e objetiva identificar os núcleos de sentido presentes em determinado trecho do material transcrito, permitindo efetuar inferências a partir de uma lógica explicitada e de acordo com o objeto a ser analisado (Bardin, 2004; Graneheim e Lundman, 2004).

A análise do material foi realizada em três fases cronológicas, como proposto por Bardin (2004). Na fase de pré-análise, realizou-se leitura dos textos transcritos, a partir de uma atenção flutuante, visando apreender ideias e significados. Na fase de exploração do material, foram realizadas releituras cuidadosas das transcrições, acompanhadas da escuta do material gravado, que possibilitaram acompanhar o encadeamento de associações em cada entrevista e entre as entrevistas. Procedeu-se a nova leitura de todas as entrevistas, em que palavras e frases foram grifadas. Identificaram-se temas relacionados ao objeto do estudo. Realizou-se o primeiro recorte de palavras e frases grifadas em cada entrevista. Posteriormente, uma nova releitura dos recortes deu lugar a um segundo recorte das frases e palavras, permitindo obter de maneira mais apurada seus significados e sentidos. Identificaram-se unidades de análise em cada entrevista e entre as entrevistas e nomearam-se categorias. Na fase final, procedeu-se à discussão das categorias com a literatura, o que possibilitou maior compreensão da realidade relacionada ao objeto de estudo (Bardin, 2004; Silva e Camillo, 2007).

Este estudo obedeceu às diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos (Brasil, 2003). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de São Paulo, sob parecer nº 0102/2006/CEP/SMS.

Resultados e Discussão

O relato dos profissionais de saúde permitiu a identificação de quatro categorias de análise, a saber: a identificação da violência doméstica; tipos de violência doméstica; dificuldades no atendimento em situações de violência doméstica e ações profissionais diante da violência doméstica contra a criança. Cada categoria foi submetida à análise qualitativa, a partir da qual foram nomeadas segundo o conteúdo que revelaram.

A Identificação da Violência Doméstica

Nessa categoria, os profissionais entrevistados referiram agravos principalmente advindos de comportamentos negligentes por parte da família para com a criança, a partir de sinais físicos, como hematomas e lesões cutâneas, e do comportamento apresentado pela criança. Essa verificação ocorreu tanto no espaço do consultório da unidade de saúde quanto no espaço doméstico visitado pelos profissionais. A identificação refere-se ao conhecimento ou à suspeita da existência de situações de violência doméstica contra a criança, a partir da observação de indicadores, como a verbalização direta por parte da criança e/ou a informação obtida a partir de terceiros (Iglesias, 2001). Segue recorte ilustrativo:

[...] os agentes comunitários vão nas casas... estão na rua, conversam com os vizinhos, então eles acabam sabendo... e aí às vezes um vizinho conta para o agente comunitário, então o agente comunitário traz para a gente alguma queixa que... ele acha que não está normal... eles têm liberdade porque estão dentro da casa... também têm as crianças que vêm em consultório, né? E aí... a gente, no exame físico, a gente vê se tem alguma coisa alterada (Entrevistado 10).

Os traumas mais frequentes advindos da violência doméstica contra a criança são aqueles em que existe negligência do cuidador em prover as condições mínimas de cuidado e sobrevivência da criança; privação de afeto, alimentação, educação; calendário de vacina desatualizado; omissão de atenção e de limites diante das várias situações do cotidiano, assim como as lesões detectadas na pele e/ou nas mucosas, que podem ser causadas por golpes, queimaduras, má higiene corporal, desnutrição (Benetti, 2002; Sanchez e Minayo, 2004).

[...] a questão da violência inclui criança que não é trocada, que fica mijada o dia inteiro, que fica suja, criança que não come, criança que está abaixo do peso, criança que está sem ir para a escola, a criança que está sem a carteira de vacina atualizada, a criança que está recebendo qualquer tipo de opressão dos pais ou de quem cuida ... (Entrevistado 9).

Além disso, Kaplan e colaboradores (1997) acrescentam que situações de violência contra criança

devem ser consideradas quando ela apresenta hematomas ou ferimentos que não podem ser adequadamente explicados ou que não são compatíveis com a história fornecida pelos pais.

[...] teve aquele primeiro caso [...]. Essa criança... ia fazer três ano e a irmã dela era uma criança com síndrome de Down. Ela tinha um ano e quatro meses [...]. Comecei a ver as crianças, realmente cheias de hematomas, cheias de manchas, inclusive teve uma vez que ela bateu no menino com um pedaço de madeira que tinha um prego que furou a testa da criança [...]. No meio da cabeça, aí ele teve que ser socorrido [...]. A desculpa... foi que a criança tropeçou e caiu [...]. Aí a gente ouvia os grito das crianças. Procurei conversar muito com ela... (Entrevistado 20).

Outra questão relevante relacionada a esse último segmento de entrevista diz respeito à questão da violência em relação à criança que possui algum tipo de deficiência, pois, segundo Day e colaboradores (2003), ela constitui sobrecarga para a família e corre o risco de não ter seus cuidados assegurados e ser vítima da perda de vínculos com seus responsáveis (Pfeiffer, 2004).

Os profissionais entrevistados relataram identificar situações de violência a partir de sinais comportamentais da criança, ou seja, quando ela apresenta ansiedade excessiva e/ou rejeição de relações psicoafetivas, baixa autoestima, retraimento, inibição, hipervigília timidez, passividade, ausência de resposta a estímulos sociais, diminuição da capacidade, atenção e atraso da linguagem ou demonstra-se assustada (Huertas e col., 1998; Paggi e Viar, 2001). Alguns desses indicativos foram identificados pelos profissionais entrevistados, como mostram os trechos a seguir:

[...] é uma criança muito triste [...] ela fica parada não é uma criança ativa que entra no consultório e mexe nos objetos e conversa com você e depois senta, não, onde você toca nela, ela... ela regride um pouco e quando você chega perto dela, ela não chora... ela rejeita você, ela vai para atrás como se tivesse com medo. Você coloca ela apoiada na cama ela fica, só vai sair de lá se alguém for tirar. Sempre o olhar baixo, nunca direito para a pessoa (Entrevistado 4).

[...] eu vejo muito no comportamento das crianças... o olhar... triste, é aquele olhar disperso, né?, ela não olha assim... diretamente para você [...] irritada que não quer te ouvir, você procura ela participar de uma grupo, ela recusa [...] Existe aquela carência, aquela criança pegajosa com a gente, ela quer chamar a atenção da gente... Hematomas (Entrevistado 6).

Para Sanchez e Minayo (2004) a identificação da violência doméstica contra a criança por parte dos profissionais de saúde ocorre também mediante a observação dos vínculos entre pais e filhos, o que permite o reconhecimento do que poderá levar a maus-tratos físicos, como verbalizado pelo profissional:

[...] acho que o problema no relacionamento quando a criança vem acompanhada do pai ou responsável dá para perceber [...] por atitudes de agressividade, pessoas não muito cordiais assim com a criança [...] dá para levantar alguma suspeita (Entrevistado 17).

Outra questão importante é que a identificação ou a suspeita de violência surge durante a consulta clínica, ao se proceder à anamnese e/ou exame físico da criança, pois segundo Silva e Hutz (2002), os profissionais têm a oportunidade de detectar casos de violência em que não há evidências físicas.

Foi objetivo desta categoria compreender como profissionais identificam a violência doméstica contra a criança, uma vez que violências não identificadas, além de agravarem o sofrimento da criança agredida, contribuem para o aumento de morbidade e mortalidade nessa faixa etária.

Tipos de Violência Doméstica

A violência doméstica contra a criança se apresenta em quatro tipos, a saber: o maltrato físico, o psicológico, o abuso sexual e a negligência (Aron, 2001; Minayo, 2002).

O maltrato físico é definido como toda agressão física, não acidental, praticada por parte dos pais ou cuidadores que provoque lesão na criança, cuja intensidade pode variar de leve a mortal.

O maltrato emocional é a agressão verbal habitual a uma criança por meio de insultos, críticas, desqualificações, ridicularizações, bloqueio das iniciativas infantis, assim como a rejeição psicológica (Aron, 2001; Minayo, 2002). Exemplificando:

[...] a violência doméstica não é só física [...] muitas vezes os maus-tratos, em geral, em crianças... pode ocorrer tanto verbalmente ou o simples fato do não cuidado... a gente percebe porque principalmente a gente conhece os familiares [...] uma lesão no corpo... já teve criança com dois anos que ficava num berço. Ela tinha retardo de crescimento e desenvolvimento por ficar em casa num berço, onde a mãe saía seis horas da manhã... (Entrevistado 7).

Abandono e negligência são definidos por Claramunt (1999) como todo comportamento de descuido e desatenção por parte dos responsáveis e o fato de não proverem as necessidades básicas da criança, assim como a falta de respostas às necessidades de contato afetivo e estimulação cognitiva.

Kaplan e colaboradores (1997) acrescentam que as crianças vítimas de negligência crônica apresentam hipodesenvolvimento. Fisicamente, possuem tamanho menor àquele esperado para a idade e não são capazes de estabelecer uma interação social adequada. Apresentam nanismo psicossocial, que as impede de crescer e se desenvolver, apesar de receberem alimento em quantidades suficientes. Em outro trecho temos:

[...] os maus-tratos né? O desleixo, o abandono da criança é... hematomas, né? As situações físicas, né? Agressões físicas, também assim o maltrato no sentido não estar cuidando, não dar atenção, não dar alimentação... higiene. Nesse conjunto assim de coisas que eu deduzo ao meu olhar... (Entrevistado 12).

O abuso sexual perpetrado contra crianças é de difícil identificação, não só pelo medo, vergonha ou culpa que contribuem para que a criança não o revele, como também porque, às vezes, nenhuma evidência o comprova (Kaplan e col.1997).

[...] essa sexual foi assim muito chocante... no sentido de, de, de não conseguir cuidar dessa criança como ela deveria, e também não se abrir para nós... violência física, sexual, também. Assim quando eu desconfio que existe assim alguma humilhação ou que o adulto humilha a criança, enfim, é de várias maneiras... talvez se for assim de uma maneira muito sutil já é mais difícil (Entrevistado 19).

Crianças que sofreram ou sofrem abusos sexuais podem apresentar problemas de conduta, como a prática de furtos, mentiras, agressividade, problemas de aprendizagem, brincadeiras hipersexualizadas, manifestando conhecimento atípico por assuntos sexuais incompatíveis com sua idade, tentativas de suicídio, transtornos de conduta alimentar, medo generalizado, culpa e vergonha, depressão, ansiedade entre outros (Huertas e col., 1998). Alguns desses comportamentos são exemplificados:

[...] Teve uma outra situação que a criança [...] ela veio junto com a avó... essa criança, ela tirava a própria roupa e manipulava os próprios órgãos genitais e falava palavrões, né? E aí, a gente foi na casa dessa criança conversar com essa avó [...] ela contou que essa criança era vítima de violência sexual (Entrevistado 19).

Quanto às manifestações da criança vítima de abuso sexual é importante ressaltar que esse tipo de violência relacionada à frequência com que é perpetrada se constitui em uma das lesões psíquicas mais destrutivas para a personalidade das vítimas (Paggi e Viar, 2001).

Dificuldades enfrentadas no atendimento em situações de violência doméstica

Durante as entrevistas, os profissionais demonstraram ansiedade, resistência e ambiguidade ao narrar as situações de violência doméstica contra crianças, cujas causas prováveis podem ser: deficiência de capacitação, deficiência de profissionais de outras áreas, medo de envolverem-se com o fato, de sofrerem represálias pessoais e no trabalho.

[...] Eu tenho dez anos de vivência no programa saúde da família. Eu tenho assim para mim muito claro que essa equipe reduzida não dá conta. Primeiro, porque a gente não foi formado para isso. Acho que a gente precisa de apoio de outros profissionais como o assistente social e o psicólogo [...] a gente tem que trabalhar a questão do vínculo [...] os profissionais da equipe [...] para pensar outras formas de abordar a família [...] a gente se sente muito só [...] (Entrevistado 9).

[...] A resistência da mãe [...] tem medo do marido [...] essa mulher que o padrasto bate no menino [...] estava grávida de oito meses [...] ele deu uma surra nela [...] se a gente denunciar e eles soube-

rem que a denúncia veio de nós, prejudica nosso trabalho na rua... (Entrevistado 10)

Iglesias (2001) enfatiza que no trabalho com os profissionais que atendem situações de violência doméstica são frequentes relatos de fatos que rodeiam seu trabalho e que são causa de tensão e de sentimentos de impotência, que podem prejudicar ainda mais a situação da criança e afetar a própria saúde física e/ou emocional dos profissionais. Por essas razões, enfatiza-se a importância de incorporar o tema da saúde mental na prática desses profissionais, já que se espera que eles estejam em condições de fornecer respostas a essa problemática quando confrontados com ela. No recorte, um exemplo dessa questão:

[...] eu percebo como uma coisa assim presente, né? Mais assim, onde a minha atuação é, é limitada, não é? E... por questões várias... nós tivemos uma situação em que, que eu cheguei a me perguntar, né? O que... que seria menos pior para essa criança: se institucionalizar ou se continuar na família [...] talvez pela descontinuidade [...] Até você acionar o conselho tutelar, até o conselho tutelar conseguir e, e... fazer a parte deles é, é descontinuado eu acho, e... e, aí assim o problema acaba se prolongando assim, a resolução demora a vir (Entrevistado 19).

Ademais, os profissionais de saúde se deparam com a precariedade dos recursos do serviço, que muitas vezes os impede de oferecer um atendimento melhor (Deslandes, 1994), assim como demonstram formação e capacitação insuficientes para lidarem com uma questão tão complexa, como ocorre neste registro:

[...] se os profissionais do Programa Saúde da Família, assim como recebem [...] um preparo bom para atuar em puericultura, hipertensão, diabetes, também em saúde mental, e... englobando aí a questão da violência doméstica, né? Não sei se existe [sorri], mas talvez assim, se a gente tivesse um preparo melhor na abordagem dessa situação, eu acho que seria mais realizadora para nós, né? Atuar no programa como um todo. É isso (Entrevistado 19).

Nesse sentido, para Grosman e Mesterman (1998), a violência doméstica contra a criança não

pode ser concebida apenas como um problema da intimidade familiar, já que existe uma responsabilidade do Estado na adoção de medidas para garantir que os direitos da criança e do adolescente sejam preservados através de políticas públicas e programas destinados à prevenção da violência doméstica contra a criança.

Ações Profissionais diante da Violência Doméstica contra a Criança

As ações dos profissionais giram em torno da educação e da informação por meio de conversas com familiares e/ou grupos comunitários, que visam à prevenção de novas situações de violência doméstica contra a criança. Grosman e Mesterman (1998) afirmam que é necessário propiciar a informação e a capacitação por parte dos profissionais para os pais, a fim de que eles compreendam as necessidades e o comportamento de seus filhos nas diferentes etapas de seu desenvolvimento. Ilustrando:

[...] normalmente a gente conversa com a família, explica [...] a gente leva um trabalho educativo [...] como que se deve falar com a criança, como se deve trabalhar com a criança [...] para que o pai também não tenha essa desavença com ela. A gente sempre orienta quais são as saídas que tem para evitar esses conflitos, que há vários programas dentro da comunidade além da UBS, né? [...] várias entidades [...] com trabalhos parceiros [...] (Entrevistado 5).

Outras atitudes tomadas pelos profissionais diante da constatação de situações de violência doméstica oscilam entre o encaminhamento dos casos para unidades ou hospitais de referência e o conselho tutelar. Assim:

[...] a gente detecta, vê o que está acontecendo e encaminha para a assistente social de lá [hospital de referência] ou a gente fala para a mãe: “Oh! Vai denunciar ou corre atrás” [...] mas tem muita mãe que tem medo de denunciar [...] é um problema sério (Entrevistado 10).

[...] a gente aciona o conselho tutelar, entra em contato com a UBS [de referência], marca já um atendimento pelo telefone. Damos a devolutiva para a família [...] a gente cobra dessa família: “Você foi? Você levou sua criança?” [...] e não sei se

a gente não está sabendo fazer uma abordagem adequada assim... mas assim essa família [...] tá gostando do atendimento que está recebendo lá, né? (Entrevistado 19).

Em que pese a importância do Conselho Tutelar como órgão essencial para a garantia dos direitos da criança e do adolescente, o Ministério da Saúde (Brasil 2002) indica que a integração destes com os serviços de saúde ainda é insuficiente e a pouca interação entre eles se encontra abalada pela percepção que os profissionais de saúde têm das dificuldades apresentadas por estes órgãos no cumprimento de seu papel, quando situações de violência lhes são encaminhadas. Isso faz com que os profissionais fiquem com dúvidas sobre o encaminhamento para esses órgãos (Brasil 2002).

No mesmo sentido, nesta pesquisa percebemos que os profissionais de saúde têm mais facilidade de encaminhar crianças vítimas de violência doméstica para pronto-socorro e ou hospitais de referências do que para o Conselho Tutelar. Influencia também a decisão dos profissionais a experiência negativa no que tange à questão subliminar de ameaças de morte e de medo, por parte dos profissionais em relação à família, que não quer que a situação seja de domínio público. Existe também receio dos profissionais em relação ao que irá acontecer com a criança caso ela seja encaminhada para o Conselho Tutelar.

Percebe-se, assim, a importância da proximidade e do envolvimento que os profissionais da Estratégia Saúde da Família têm em relação à comunidade e às famílias na questão da promoção e prevenção da violência doméstica contra a criança. São enfáticos perante essa demanda. Têm consciência de suas limitações profissionais diante da problemática, agem naquilo que conseguem e indicam a necessidade de capacitação específica para lidar com a situação.

Considerações Finais

A violência doméstica contra a criança em suas diferentes manifestações se constitui em um problema complexo, cujas consequências se estendem do plano individual ao plano social.

As maiores dificuldades que os profissionais entrevistados relataram dizem respeito à identificação

e ao encaminhamento em situações de violência doméstica contra a criança, à limitação para sua resolução em função de medos implícitos nas relações profissional-família-comunidade. Ainda falta conhecimento apropriado a esses profissionais, causando sensação de impotência e frustração. Isso evidencia que a ESF tem de avançar no atendimento desses casos.

Percebe-se também que o discurso de parte dos profissionais responsabiliza a família pelo silêncio, como se coubesse apenas a ela a denúncia de situações que envolvem esse tipo de violência, sendo que muitas vezes a família também é refém do medo. Questionamos: e a responsabilidade do profissional de saúde? A ele cabe não só cuidar das consequências que a violência deixa na criança, como também o papel social, ético e profissional em relação à proteção e à denúncia. Não devemos negligenciar a responsabilidade dos familiares, mas acreditamos que o enfoque nesse momento não é o de buscar culpados, mas o de buscar alternativas para a prevenção.

Outra questão que nos chamou atenção está relacionada à importância do papel do Agente Comunitário de Saúde, já que é ele quem visita com mais frequência as famílias. Nesta pesquisa, percebeu-se que o ACS não identifica situações de violência doméstica como de violência doméstica. Esse é um dado importante e que merece destaque, haja vista a inserção desse profissional na comunidade. Quem deveria saber reconhecer a violência doméstica, em muitas situações, não está capacitado para isso. A capacitação desse profissional deve ser mais aprofundada na questão abordada neste trabalho.

Pudemos perceber que os tipos de violência contra a criança, tipificados em violência física, psicológica, sexual e negligência, não se apresentam sozinhos. Cada um deles está associado a outro ou outros. Neste raciocínio, a violência psicológica passa quase despercebida, especialmente quando a marca física se faz visível.

Para finalizar, é importante pontuar que a violência doméstica contra a criança recebe influências socioeconômicas e familiares, permeadas pela concepção cultural das relações de poder entre pais e filhos, em que o adulto faz uso do poder que tem utilizando-se da violência. Nesse sentido, devido à

complexidade do fenômeno da violência doméstica contra a criança, a articulação e o trabalho conjunto entre os diferentes setores da sociedade se faz necessário para encontrar caminhos mais eficazes no encaminhamento dessas situações.

Referências

- ARÓN, A. M. *Violencia en la familia*. Programa de intervención en red: la experiencia de San Bernardo. Chile: Galdoc, 2001.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA V. N. A. *Infância e violência doméstica: guia prático para compreender o fenômeno*. São Paulo: Laboratório de Estudos da Criança (LACRI); PSA/IPUSP, 2005. Módulos 1 A/B -2A/B.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BENETTI, S. P. C. Maus tratos da criança: abordagem preventiva. In: HUTZ, C. S. (org). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002. p. 131-50.
- BRASIL. Ministério da educação. Secretaria especial dos direitos humanos. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Ministério da Educação; Assessoria de Comunicação Social, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em: 25 jun. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CENTRO DE COMBATE À VIOLÊNCIA INFANTIL - CECIVI. *Dados científicos. Violência física - Estatísticas*. Disponível em: <<http://www.cecivi.org.br>>. Acesso em: 18 mar. 2009.

CLARAMUNT, M. C. *Casitas quebradas: el problema de la violencia doméstica en Costa Rica*. San José de Costa Rica: EUNED; 1999.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 9-21, abr. 2003. 1.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (editors). *Collecting and Interpreting qualitative Materials*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007. p. 1-44.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 177-187, 1994.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 812-820, set./out. 2006.

GOMES, R. et al. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 707-714, mai/jun. 2002.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, jan./fev. 2002.

GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, Churchill Livingstone, v. 24, n. 2, p. 105-112, feb. 2004.

GROSMAN, C. P.; MESTERMAN, S. *Maltrato al menor: el lado oculto de la escena familiar*. Buenos Aires: Editorial Universidad, 1998.

HUERTAS, J. A. D. et al. *Atención al maltrato infantil desde el ambito sanitario en la comunidad de Madrid*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1998.

IGLESIAS, M. E. *Intervención terapéutica manual de reflexión y procedimientos: atención de casos de maltrato y abuso sexual infantil*. Perú: Cesip, 2001.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

KRIPPENDORFF, K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.

KRUG, E. G. et al. (edit.). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud, 2003.

LABORATÓRIO DE ESTUDOS DA CRIANÇA - LACRI. *Ponta do Iceberg 2007*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm#>> Acesso em: 27 fev. 2009.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (org.). *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 29-38.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MOURA, A. T. M. S. ; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2926-2936, dez. 2008.

MOURA, A. T. M. S. , REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança sem serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, jul./ago. 2005.

PAGGI, P.; VIAR, J. P. *Violencia hacia niñas, niños y adolescentes, maltrato y abuso sexual: elementos básicos para su atención en el sector salud*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, 2001.

PASCOLAT, G. et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2001.

PFEIFFER, L. Portadores de deficiências e de necessidades especiais duplamente vítimas de violências e discriminações. In: LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 117-123.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 29-38.

SILVA, A. L; CAMILLO, S. O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 403-410, set. 2007.

SILVA, D. E. M.; HUTZ, C. S. Abuso infantil e comportamento delinquente na adolescência: prevenção e intervenção. In: HUTZ, C. S. (org). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002. p. 151-85.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jan./fev. 2005.

Recebido em: 15/07/2009

Reapresentado em: 19/03/2010

Aprovado em: 24/03/2010