



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Meireles Andrade, Elisa; Nakamura, Eunice; Silvestre de Paula, Cristiane; do Nascimento, Rosimeire; A. Bordin, Isabel; Martin, Denise

A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo

Saúde e Sociedade, vol. 20, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. 147-155

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263674017>

- 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

A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo¹

Health Professionals' Views About Domestic Violence Against Children and Teenagers: a qualitative study

Elisa Meireles Andrade

Mestre em Psiquiatria e Psicologia Médica. Professor assistente da Universidade Bandeirante de São Paulo.

Endereço: Rua Dr. Diogo de Faria, 85, apto. 21, Vila Clementino, CEP 04037-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: lilimeireles@gmail.com

Eunice Nakamura

Doutora em Antropologia Social. Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, Departamento Saúde, Educação e Sociedade,

Endereço: Avenida Saldanha da Gama, 89, Ponta da Praia, CEP 11030-400, Santos, SP, Brasil.

E-mail: eunice_nakamura@hotmail.com

Cristiane Silvestre de Paula

Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento na Universidade Presbiteriana Mackenzie; Pesquisadora do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

Endereço: R. Consolação 930, Edifício João Calvino, 20 andar sala 215, Consolação, CEP 01302-907, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: csilvestrep09@gmail.com

Rosimeire do Nascimento

Psicóloga. Mestranda em Saúde Mental.

Endereço: Rua Borges Lagoa 570, cj 51, CEP 04038-030, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: rosimeiren@yahoo.com.br

Isabel A. Bordin

Doutora em Psiquiatria. Chefe do Setor de Psiquiatria Social do Departamento de Psiquiatria da Unifesp.

Endereço: Rua Borges Lagoa 570, cj 51, CEP 04038-030, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: iasbordin@gmail.com

Denise Martin

Doutora em Antropologia Social e Pós-doutora em Saúde Mental. Professora do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos; Professora Afiliada do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

Endereço: Rua Carvalho de Mendonça, 144 CEP 11070-906, Santos, SP, Brasil.

E-mail: demartin@unisantos.br

¹ Artigo baseado na dissertação de mestrado de E. M. Andrade, apresentada ao Departamento de Psiquiatria da Unifesp, em 2007. Andrade, E. M. Compreendendo a questão da violência física contra crianças e adolescentes no ambiente doméstico: um estudo qualitativo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: UNIFESP, 2007.

Financiamento da Pesquisa: CNPq processo: 505546/2004-3

Resumo

A violência doméstica é um dos temas mais difíceis de serem tratados pelos profissionais de saúde. Buscou-se compreender, na pesquisa realizada, a experiência dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, descrevendo a identificação dos casos e a assistência prestada às vítimas em Unidades Básicas de Saúde. As técnicas utilizadas foram observação participante, entrevistas semi-estruturadas e grupos focais conduzidos em duas Unidades Básicas de Saúde de Embu/SP, considerada uma das regiões mais violentas do país. Dentre os resultados obtidos, os profissionais ressaltaram inúmeras dificuldades para lidar com a questão da violência, como o medo de se envolver com pessoas criminosas, a falta de resguardo nas unidades de saúde e a falta de comprometimento dos familiares. Um dos motivos da dificuldade de denúncia seria a reprodução de padrões culturais da população em que se aceita a punição física como uma prática educativa. Além disso, não se sentiam responsáveis ou capacitados para lidar com o problema. Os profissionais do Embu, de certa forma, acabam por reproduzir os mesmos valores e atitudes da comunidade em relação à violência, mantendo-se coniventes com o silêncio das famílias, evitando o comprometimento com os casos e desacreditando nas instituições responsáveis pela proteção ao menor. Ficou evidente que o problema da violência doméstica contra crianças e adolescentes não é de fácil manejo. A assistência oferecida às vítimas é restrita, principalmente pelas dificuldades dos profissionais em lidar com as características socio-culturais da população atendida e pelo pouco diálogo com as instituições responsáveis pelo encaminhamento dos casos. A abordagem, o encaminhamento e o tratamento de crianças e adolescentes vítimas de violência física podem adquirir maior eficácia quando se estabelece essa aproximação dos serviços de saúde com o cotidiano vivido pela população.

Palavras-chave: Profissionais de Saúde; Violência; Estudo Qualitativo; Crianças; Adolescentes.

Abstract

Domestic violence is one of the most difficult topics to be dealt with by health professionals. We aimed, in this research, to understand the experience of health professionals concerning domestic violence against children and teenagers, describing the identification of the cases and the aid offered to the victims in the *Unidades Básicas de Saúde* (UBS - Primary Health Care Units). The techniques were participant observation, focus groups and semi-structured interviews conducted at two UBSs in the city of Embu, one of the most violent regions of Brazil, located in the Metropolitan Region of São Paulo. According to the results, the professionals said they have several difficulties in tackling the question of violence, such as fear of getting involved with criminal people, lack of protection in the UBSs and the relatives' lack of commitment. The fear of assuming legal obligations makes it difficult for the professionals to have attitudes in order to assist the victims. One of the reasons for their denunciation difficulty would be the reproduction of cultural standards in which physical punishment is accepted as an educational practice. Besides, they seem not to feel responsible or qualified to deal with the problem. The professionals of Embu, in a certain way, reproduce the same values and attitudes of the community in relation to violence, conniving at the silence of the families, avoiding commitment to the cases and not believing in the institutions that are responsible for children's protection. It was clear that the problem of domestic violence against children and teenagers is not easy to deal with. The assistance offered to the victims is restricted, mainly due to the professionals' difficulties in handling the social-cultural characteristics of the population and to the lack of dialogue with the institutions that are responsible for referring the cases. The approach, referral and treatment of children and teenagers who are victims of physical violence can be more effective when the health services are in close contact with the daily life of the population.

Keywords: Health Professionals; Violence; Qualitative Study; Children; Teenagers.

Introdução

Violência doméstica contra crianças e adolescentes

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é uma importante questão de saúde pública, comprometendo o desenvolvimento dessa faixa etária e trazendo consequências para a vida adulta e para a sociedade em geral.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), existem quatro variedades reconhecidas como violência doméstica contra criança e adolescente: abuso físico, sexual, emocional e negligência.

Uma dificuldade em definir a violência doméstica é o estabelecimento dos limites entre a agressão física com fins disciplinares e a agressão física severa. A disciplina, por meio de punições físicas e psicológicas, tem feito parte da educação dada pelos pais. Para Tomio (2000), o disciplinamento por castigos físicos severos, ocorridos no meio familiar, constitui, nos dias atuais, *violência doméstica contra criança e adolescente*.

A violência física é a violência mais comumente encontrada entre os inúmeros tipos de violência doméstica. Esta tem causado preocupação entre os diversos segmentos da sociedade, por ser uma prática usual entre pais e responsáveis com o intuito de disciplinar seus filhos. Desse modo, iremos focar a violência física como ponto principal deste trabalho.

A violência doméstica contra crianças e adolescentes não é um fenômeno recente. A história nos fornece vários exemplos de práticas agressivas de educação utilizadas contra crianças. A criança não era vista ou considerada um sujeito de direitos (Tomio, 2000). Ao longo da história, crianças foram abusadas física e sexualmente.

Minayo (1994) relata que um estudo realizado por Agudelo em 1989, em um hospital de Cali, na Colômbia, apontou que 41 dos mil pacientes pediátricos atendidos na instituição tinham diagnóstico de problemas de maus-tratos. O autor relatou também uma pesquisa realizada em um hospital de Medellín, na Colômbia, nos anos de 1987 e 1988, onde foi constatado que 73,8% das crianças maltratadas que recorreram aos serviços pertenciam a famílias vivendo com menos de um salário mínimo, unindo assim, a violência estrutural e a violência doméstica.

Azevedo e Guerra (1995), Assis (1994) e Deslandes (1993) estudaram o fenômeno da violência e encontraram ocorrências semelhantes. No estudo de Assis (1994), a ocorrência de violência severa (usar arma e esmurrar) foi referida por 40% dos 1328 adolescentes pesquisados. Os adolescentes são os que convivem com a violência física cotidianamente. Deslandes (1993) comprovou que a violência física ocorreu em 43,1% dos casos atendidos no Centro de Atenção à Violência Doméstica de Campinas-SP, no período de 1988 a 1992. Azevedo e Guerra (1995) constataram em uma pesquisa feita em São Paulo, de 1988 a 1990, no Serviço de Advocacia da Criança, que, em mais de 50% dos casos, os agressores eram os pais biológicos, predominantemente as mães. Conforme as autoras, a violência física é a forma mais predominante de violência doméstica, reiterando a necessidade de intervenção junto às famílias.

Tenney-Soeiro e Wilson (2004) revelam que traumas não acidentais e negligência continuam a ser dois dos principais problemas que envolvem as crianças, seus familiares e seus cuidadores. A prevenção é a chave para acabar com o abuso infantil e com a negligência.

A prática da punição física esteve sempre presente na história pelo menos no mundo ocidental. Passou a ser combatida por algumas sociedades, como ocorreu no Brasil a partir das décadas de 1980 e 1990, com a criação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente, Brasil, 1990). A criança passou a ser vista e valorizada como sujeito de direitos.

São inúmeros os desafios desse tema. No contexto do atendimento em unidades básicas de saúde, a violência doméstica também está presente. Os profissionais de saúde devem estar atentos a essa questão, observando os limites da violência doméstica, seu diagnóstico e maneiras de encaminhamento.

Papel dos profissionais de saúde

Os profissionais da área de saúde desempenham um papel importante na identificação, tratamento e encaminhamento de casos de abuso e negligência e na denúncia de casos suspeitos de maus-tratos para as autoridades apropriadas. Estudos realizados em vários países têm destacado a necessidade de educação continuada para profissionais da área de assistência à saúde, relacionada ao reconhecimento

to e relato de sinais e sintomas de abuso infantil e negligência (WHO, 2002).

Todavia, a prática cotidiana desses profissionais revela dificuldades de intervenções efetivas no caso de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Segundo Day (2003), os profissionais da saúde mantêm uma posição de desinformação, indiferença, negação e temor em relação ao problema da violência doméstica e suas consequências, assim como na detecção e prevenção de situações perigosas. O medo de obrigações legais impede-os de tomar atitudes que auxiliem as vítimas. Os serviços têm poucos profissionais que, em sua maioria, ficam isolados, sentem-se desvalorizados e com enorme sobrecarga de trabalho.

Outra questão importante, segundo Minayo (1994), é o efeito da violência sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo quando as pessoas envolvidas nos conflitos afetam os profissionais, pelas ameaças, pelos danos físicos e/ou psicológicos. Tais situações são frequentes nos hospitais de emergência e, até, nos centros de saúde.

Gomes e colaboradores (2002) analisaram a percepção dos profissionais de saúde da rede pública frente à abordagem dos casos de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes na Fundação Oswaldo Cruz. Os autores observaram que a percepção dos profissionais oscila entre a crença e a descrença na resolubilidade dos casos, ressaltando questões como capacitação profissional, planejamento de ações integradas e participação dos profissionais em ações públicas com o objetivo de uma melhor abordagem dos casos.

Flaherty e Sege (2005) constataram que os médicos não identificam e não diagnosticam os casos de abuso de crianças. Esses erros médicos podem resultar no abuso continuado por parte dos agressores, levando a consequências severas. Os autores americanos revisaram alguns estudos que tentam explicar as razões desses erros, sugerindo diversas alternativas para melhorar a identificação dos maus-tratos, entre elas: melhorar a educação continuada sobre os maus-tratos em crianças, que deve focar não somente a identificação, mas também o manejo e o encaminhamento dos casos. Isso pode ajudar o médico a detectar a violência, entendendo melhor

a dinâmica do abuso. Os médicos precisariam de treinamento teórico e prático, no qual discutiriam os casos e os sentimentos gerados na área da violência, para melhor lidar com os casos de maus-tratos contra crianças.

Os profissionais de saúde podem ser os primeiros a detectar os casos e denunciar os maus-tratos. O não reconhecimento do papel do profissional nessa questão é um fator impeditivo para o encaminhamento e tratamento das vítimas e agressores.

Notificação pelos profissionais

Do ponto de vista legal, os profissionais de saúde, segundo o artigo 245 do ECA de 1990, são obrigados a denunciar a mera suspeita ou confirmação de violência doméstica de crianças e adolescentes às autoridades competentes:

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. (Estatuto da Criança e do Adolescente, Brasil, 1990).

A autoridade competente citada é o Conselho Tutelar. Ao suspeitar-se de abuso ou maus-tratos, o profissional deve notificar imediatamente o Conselho Tutelar de sua região.

A literatura (Day, 2003 e Deslandes, 1993) mostra que os próprios profissionais não acreditam na seriedade do Conselho Tutelar e dos programas de proteção e atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de maus-tratos.

Deslandes (1993) mostra que as estatísticas sobre a participação dos profissionais no que dizem respeito à notificação dos fatos é bem pequena, e que vizinhos e telefonemas anônimos é que desempenham esse papel.

Um outro aspecto sobre a pequena notificação de casos no Brasil é a questão cultural do castigo, que sempre foi considerado disciplinador e aceito como algo educativo, como mostra Tomio (2000). O uso da força física com fins educativos não é considerado violência na maioria das sociedades. Os profissionais que lidam com crianças e adolescentes teriam dificuldades em diagnosticar e denunciar casos de

violência, já que as formas de punição utilizadas pelos pais não são por estes consideradas violência.

Dessa forma, tornam-se mais evidentes para o profissional de saúde os casos agudos e graves, quando o comportamento da vítima fica mais perceptível. A identificação desses sinais facilita o diagnóstico, viabilizando a adoção de medidas de proteção do ECA e assistência à saúde (Silva e Silva, 2003). Porém, é importante estar atento às punições leves, que não ficam tão evidentes e não deixam marcas perceptíveis, gerando dificuldade para o diagnóstico dos maus-tratos e da violência.

Apesar de todas essas dificuldades, a prevenção é uma obrigação de todos os profissionais envolvidos com crianças e adolescentes. De acordo com o ECA, eles também são responsáveis pela proteção integral da criança e do adolescente, estando ou não em situação de risco.

Objetivos

Neste trabalho, buscou-se compreender a experiência (visões e práticas) dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, descrevendo a identificação dos casos e a assistência prestada às vítimas em Unidades Básicas de Saúde.

Metodologia

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, sendo aprovada em novembro de 2005.

Utilizou-se a metodologia qualitativa, que vem sendo uma opção desvinculada dos referenciais positivistas e própria para o estudo de questões específicas, locais e delimitadas, se aproximando dos participantes no ambiente em que vivem e se relacionam. Nesse tipo de pesquisa, pode-se abranger uma realidade social mais característica desses atores sociais, abarcando melhor sua estrutura social. Adotaram-se as técnicas de observação participante, os grupos focais e as entrevistas em profundidade.

A pesquisa foi fundamentada teoricamente na Antropologia, por meio do conceito de cultura. Entende-se por cultura todo aprendizado fornecido pela sociedade em que o sujeito está inserido. A cultura,

portanto, utiliza-se de “lentes” através das quais o homem enxerga o mundo e interfere na satisfação das suas necessidades. Ela estrutura um sistema de orientação com uma lógica característica de uma comunidade; são categorias, signos e características próprias delimitadas por um povo ou região.

O estudo foi realizado em duas UBSs (Unidades Básicas de Saúde) de dois bairros de baixa renda do município de Embu-SP.

A observação participante foi a primeira etapa da pesquisa. Teve por objetivo o reconhecimento do campo e a identificação de aspectos peculiares da região a ser pesquisada, explorados nas etapas seguintes. Consistiu basicamente em observar o comportamento dos profissionais de saúde em seus locais de trabalho.

As técnicas escolhidas são de abordagem antropológica, que são importantes para revelar questões culturais relacionadas às visões e práticas de diferentes atores sociais.

As entrevistas foram realizadas com as duas diretoras responsáveis pelas UBSs, com roteiro semi-estruturado. Os grupos focais e as entrevistas individuais foram realizadas nas UBSs, com data e hora marcadas com antecedência, entre os meses de abril e novembro de 2005. O roteiro das entrevistas e dos grupos tratava de questões como: educação, disciplina e punição de crianças e adolescentes, como lidam e prestam assistência às vítimas de violência.

Na UBS São Marcos foram realizados dois grupos focais com os profissionais de saúde e uma entrevista com a diretora da Unidade. Na UBS Santa Tereza foi realizado um grupo focal com os profissionais de saúde e uma entrevista com a diretora. O tempo médio dos grupos focais e das entrevistas foi de uma hora.

Ambas as UBSs eram bem organizadas e estruturadas, os atendimentos seguiam uma rotina por ordem de chegada, com a qual tanto os profissionais quanto os usuários mostravam-se familiares. Todavia, as condições de acesso ao serviço eram precárias, com uma longa fila de espera, sendo as consultas agendadas com mais de um mês de antecedência.

No decorrer da pesquisa, os profissionais não citaram a existência do Programa de Saúde da Família em suas Unidades.

Participantes da pesquisa

Participaram dos grupos focais 21 profissionais das UBSs (quatro médicos, duas enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem, quatro agentes de saúde, dois odontólogos, uma psicóloga, uma fonoaudióloga e três auxiliares administrativos).

As entrevistas foram realizadas com duas profissionais, coordenadoras/responsáveis de cada UBS.

Local da pesquisa: o município do Embu-SP

O município de Embu faz parte da região metropolitana de São Paulo. Está localizado a 27 quilômetros do centro da capital do estado e é cortado pela rodovia Régis Bittencourt, que liga São Paulo à região Sul do país. Possui uma área de 70,08 km² com densidade demográfica de 3.178,44 hab/km² (São Paulo, 2005).

A população total do município é de 222.74 habitantes, formada exclusivamente por população urbana (São Paulo, 2005).

O município é conhecido por seu centro histórico e por suas atividades culturais voltadas para as artes plásticas, música sacra e artesanato. O estudo foi realizado do outro lado da rodovia Régis Bittencourt, oposto ao centro histórico.

Trata-se de uma cidade onde predomina uma população socioeconomicamente desfavorecida. Há pouca infraestrutura no município em termos de saúde, educação, moradia e lazer.

Cerca de 80% da população vive em casas de pequenas dimensões, construídas em bloco aparente pelos próprios proprietários, com elevado número de loteamentos clandestinos e favelas. Mais de 95% dos domicílios são servidos por água tratada, 96,6% têm coleta pública de lixo e 57,82% têm atendimento de esgoto sanitário (dados de 2000) (São Paulo, 2011).

Embora não haja dados oficiais, o envolvimento com o tráfico de drogas é um fato notório na população periférica do município. Isso foi observado em outros estudos, tais como em Martin e colaboradores (2007) e Bordin e colaboradores (2001).

Há um alto índice de violência urbana: a taxa de mortalidade por agressões em 2005 foi de 41,30 por 100 mil habitantes, enquanto o total no estado de São Paulo foi de 22,24 por 100 mil habitantes. (São Paulo, 2005)

Resultados e Discussão

Para os profissionais participantes do estudo, a violência doméstica ocorre na população atendida pelas Unidades Básicas de Saúde. Todavia, ressaltaram inúmeras dificuldades para lidar com a questão.

A violência é um fato cotidiano na vida das crianças e adolescentes do Embu. Alguns trechos mostram o que de fato, para os profissionais, é considerado um ato abusivo e/ou violento:

“[...] Bater no rosto, na cara, se quer bater dá um tapa no bumbum e pronto, agora bater na cara da menina, ela veio para cá toda machucada...” (auxiliar de enfermagem)

“Ajoelhar no grão de milho.” (psicóloga)

“Bater com cinta de ferro, deixar marcas no corpo, bater na cabeça, agressão física e sexual.” (enfermeira)

“Aí quando você recebe crianças queimadas.” (médica)

Os profissionais de saúde justificam a ocorrência da violência doméstica pela pobreza e a violência presentes no cotidiano da população atendida. Estes relatam a desestrutura familiar como uma forma corrente de surgimento da violência intrafamiliar. Também reforçam a questão do contexto do narcotráfico e de uma lei própria em sua comunidade, enfatizando a questão do medo e da insegurança. De certa forma, são testemunhos das dificuldades vividas pela população, como mostram as seguintes falas:

“É difícil ter uma família estruturada, certinha, é muito difícil.” (profissional de saúde)

“Isso, tem que ter autorização do... [autorização do tráfico para entrada nas favelas]. Não é do conselho, é das drogas... Sei lá, do traficante, de quem manda ali no bairro...” (enfermeira)

“Isso... tem uma palavra, do comando lá... então, tem que ter autorização, eu lembro que nós fomos fazer uma visita para uma família e nós tivemos que ter essa autorização, e até que ponto você vai se expor para você cuidar dela, então é complicado, então o caso daquela família se é grave porque você não vai pôr a sua vida em risco, vale a pena? Quem vai me proteger para eu poder chegar até essa pessoa que está sofrendo?” (enfermeira)

Os profissionais comentaram sobre o medo de se envolver com pessoas criminosas de sua comunidade, a falta de resguardo nas unidades de saúde, a falta de comprometimento dos familiares e conhecidos, que preferem não se envolver, não denunciando os agressores, abafando, dessa forma, a violência existente em seus lares. A questão de o ambiente familiar ser de âmbito privado faz com que os profissionais, muitas vezes, se tornem omissos em alguns casos, enfatizando que nem o Conselho Tutelar consegue ter acesso a essa família agressora.

“A gente também não pode dizer aí: , ó olha da guarda civil! vem cá! tão matando, a mulher tá matando a criança a gente não pode fazer isso, porque depois pode sobrá pra gente, porque a gente tá todo dia lá.” (agente de saúde)

“Já tivemos o caso com o [...], mas o caso dessa criança a mãe estava presa e ela estava com a tia, só que foi até a professora ‘estranho o caso dessa criança...’, a criança tinha 6 anos, aí a tia colocava os dedos da criança na porta e batia em cima, então a professora trouxe porque a criança mal podia escrever, os dedos dela estavam todos feridos, e a criança contava para a professora o que a tia fazia, quando foi ver a mãe estava presa, a menina morava com a tia, a tia superestressada porque tinha outros filhos e não gostava da criança porque era mais uma que estava ali.” (agente de saúde)

“Também, porque às vezes nem o Conselho Tutelar está preparado para este tipo de situação, porque na realidade, a professora disse que já tinha entrado em contato com o Conselho Tutelar e a pessoa que entra em contato geralmente ela tem um certo receio, porque a família dessa criança é muito amiga do diretor...” (psicóloga)

Dessa forma, sentindo-se ameaçados, de forma velada ou não, no envolvimento mais decisivo com os casos de violência detectados, os profissionais acabam se omitindo.

Quando os profissionais encaminham os casos, comentam que às vezes se sentem inaptos, ou não querem se envolver no tratamento das vítimas, conduzindo-as para uma instituição juridicamente preparada para lidar com esse tipo de ocorrência. Ao reconhecerem algum caso de violência física, costumam

acionar o Conselho Tutelar ou a polícia.

“Eu aciono o Conselho Tutelar e peço sigilo para o pessoal do Conselho, não falar que foi a enfermeira que ligou, a gente não sabe porque aqui no Embu tem muita gente violenta, a gente fica com muito medo do pessoal vir e se vingar da gente, tem tudo isso, essa parte também tem que ter muito cuidado, às vezes não é só denunciar, tem que denunciar, claro, mas tem que ser denúncia anônima...” (enfermeira)

“[...]às vezes chega uma criança e você liga para o Conselho Tutelar, aí a criança acaba indo embora com a família porque o Conselho Tutelar não vem até aqui para dar o apoio para a gente, aí acaba sendo um trabalho barra” (agente de saúde)

“...aí eu vi a criança batendo na porta chamando o [...] e aí fui conversar com a criança, a criança estava sozinha, aí eu segurei a criança [...] e pedi ajuda para o Conselho Tutelar, o pessoal da polícia para vir buscar a criança, de onde era essa criança e tudo, e essa criança agora está no Conselho Tutelar, ela foi entregue, foi tirada da família que era só a mãe e o irmão, mas parece que a mãe e o irmão judiavam da criança.” (agente de saúde)

Os participantes relataram procurar um órgão de ajuda apenas quando se certificam da extrema gravidade da agressão, considerando essa tarefa de difícil execução e pouco retorno, como mostram as seguintes falas:

“Quando a gente tem uma atenção assim, porque às vezes até para você entrar em contato com o Conselho Tutelar é difícil, porque eles não dão muita cobertura nessas partes não...” (auxiliar de enfermagem)

“Muitas vezes o que seria papel do Conselho Tutelar, fazer a visita depois da denúncia, praticamente você faz a visita antes, uma conversa com o responsável, o tutor da criança...” (agente de saúde)

Observou-se também que os profissionais participantes atribuem a limitação do seu trabalho à falta de profissionais de saúde mental. Mostram a preocupação com a falta de profissionais na área psicológica, que possam melhor complementar o tra-

balho multidisciplinar. Os profissionais reconhecem a pouca eficácia das atitudes de apoio praticadas por eles e a atribuem à ausência de uma rede integrada de apoio e de informações insuficientes.

“Eu acho que deveria ter mais profissionais, psicólogos principalmente, nós temos um psicólogo que já atende uma demanda muito grande, aliás a [...] saiu e deixou uma agenda hiperlotada para ele, ele está atendendo, fora os grupos que ele faz, [...] e os dias que tem atendimento é aquela agenda enorme, aí vem encaminhamento da escola, o conselho tutelar liga aí ele avalia caso por caso, se dá para encaixar ele encaixa, o que não dá vai esperando, essa semana mesmo que uma mãe falou ‘nossa, estou tentando encaixar o meu filho com o psicólogo ... e não consigo’ aí eu pedi para ela marcar e falar com ele mesmo, porque não adianta passar para mim...” (enfermeira)

“Eu acho que na realidade precisa de muito trabalho, precisa de uma retaguarda para [inaudível] hoje em dia a gente ouve falar de muitos projetos, mas onde estão esses projetos? Onde eles estão inseridos? Como vamos procurar esse apoio? Como vamos encaminhar essas crianças quando precisamos, vamos encaminhar a família? A gente não tem referência...” (médica)

Assim, na opinião dos entrevistados, a intervenção no cotidiano da violência intrafamiliar na comunidade é restrita, sem respaldo dos órgãos receptores e sem um retorno que gratifique seus esforços. Além disso, parecem não se sentir capacitados para lidar com o problema.

Um dos aspectos a ser analisado nas ações de prevenção, tratamento ou planejamento de saúde é a caracterização dos valores, atitudes e crenças de uma população (Minayo, 1991). Um dos motivos da dificuldade de denúncia seria a reprodução de padrões culturais em que se aceita a punição física como medida educativa (Gomes e col., 2002).

Os profissionais do Embu, de certa forma, também mostram certo “bom senso” na lida com a comunidade, isto é, sabem que um comportamento centrado na denúncia de casos de uso de força física para punir as crianças, como a palmada e os beliscões, pode ter como consequência apenas indispor os pais, responsáveis e a comunidade contra eles.

Parece que sabem ou aprenderam que cada caso é particular e que os contextos em que eles ocorrem devem sempre ser levados em conta.

Considerações Finais

O temor às represálias foi uma característica marcante do trabalho. A assistência oferecida às vítimas de violência é restrita, por ser uma região com um alto índice de violência. Os entrevistados disseram preferir não se envolver nos casos pelo medo das represálias, do problema do narcotráfico e de uma possível vingança dos agressores.

Para os entrevistados, o papel do profissional de saúde, além de detectar os maus-tratos, seria o de orientar os usuários; porém, ressaltaram a excessiva carga de trabalho, consequente do exíguo número de profissionais, restringindo sua produtividade.

Para um melhor encaminhamento dos casos, os profissionais entrevistados citaram a criação de um Centro de Referência às crianças e adolescentes vítimas de violência, como forma de auxílio ao seu limitado papel profissional.

Ficou evidente que o problema da violência doméstica contra crianças e adolescentes não é de fácil manejo. O relacionamento com a população atendida e suas características socioculturais e o pequeno diálogo com outras instituições responsáveis pelo encaminhamento dos casos também contribuem para dificultar a prática cotidiana desses profissionais.

Buscou-se compreender como os profissionais de saúde vivenciam suas experiências com os casos de violência contra crianças e adolescentes. A população e os profissionais de saúde não detectam facilmente a questão da violência, isso pode ser observado pela própria noção de valores e crenças da população da região, citada anteriormente pelos profissionais de saúde, que concordam em afirmar que a prática da punição física leve, aquela que não deixa sequelas físicas, é socialmente tolerada.

Porém, é necessário prestar atenção nas experiências que configuram os cuidados e a educação dos filhos, enfatizando os contextos práticos em que a educação aparece nas famílias mais carentes do ponto de vista sociocultural.

Isso reforça a convicção da necessidade de se investir na capacitação dos profissionais, em sua

sensibilização, no sentido de se detectar a violência, não só a dos casos extremos, mas, principalmente, a das formas veladas.

As contribuições dos resultados deste estudo concentram-se nos profissionais de saúde. Acreditamos que esses atores possam ser sensibilizados para a identificação e encaminhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar.

A abordagem, o encaminhamento e o tratamento de crianças e adolescentes vítimas de violência física podem adquirir maior eficácia quando se estabelece essa aproximação dos serviços de saúde com o cotidiano vivido pela população.

Referências

- ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 126-134, 1994.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. A. A violência doméstica na infância e na adolescência. São Paulo: Robe Editorial, 1995.
- BORDIN I. A. S. et al. Saúde mental e violência doméstica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 19, 2001, Recife. *Anais...* Recife-PE, [s. n.], 2001. p. 299.
- BRASIL. *Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 23 jan. 2007.
- 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.
- DESLANDES, S. F. *Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde*; análise da atuação do CRAMI-Campinas. 1993. 197 f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.
- FLAHERTY, E. G.; SEGE, R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatric Annals*, New York, v. 34, n. 5, p. 349-356, may 2005.
- GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002.
- MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres na periferia de São Paulo: um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 591-597, ago. 2007.
- MINAYO, M. C. S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-238, jun. 1991.
- MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.
- SÃO PAULO (Estado) SEADE -Sistema Estadual de Análise de Dados. *Informações dos municípios paulistas*. [2005]. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/>>. Acesso em: 11 fev. 2011.
- SÃO PAULO (Estado) SEADE -Sistema Estadual de Análise de Dados. *Perfil municipal*. [2011]. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>>. Acesso em: 11 fev. 2001.
- 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. Recife-PE: EDUPE, 2003.
- TENNEY-SOEIRO R.; WILSON, C. An update on child abuse and neglect. *Current opinion in pediatrics*, Philadelphia, P.A., v. 16, n. 2, p. 233-237, abr. 2004.
- TOMIO, A. G. S. *A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Conselho Tutelar no município de Itajaí- SC*. 2000. 168 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: KRUG, E. G. et al. (edit.). *World report on violence and health*. Geneva: WHO, 2002. cap. 3.

Recebido em: 11/03/2010

Reapresentado em: 30/08/2010

Aprovado em: 21/09/2010