



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

REBECA PINHEIRO DE SANTANA

**ATENDIMENTO HOSPITALAR ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA EM FEIRA DE SANTANA-BA**

Feira de Santana - BA
2011

REBECA PINHEIRO DE SANTANA

**ATENDIMENTO HOSPITALAR ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA EM FEIRA DE SANTANA-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Judith Sena da Silva Santana

Feira de Santana - BA
2011

Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Santana, Rebeca Pinheiro de
S223a Atendimento hospitalar às crianças e adolescentes vítimas de
violência em Feira de Santana – BA / Rebeca Pinheiro de Santana. –
Feira de Santana - BA, 2011.
149 f. : il.

Orientadora: Judith Sena da Silva Santana

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual
de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

1. Violência contra crianças e adolescentes – Feira de Santana, BA.
2. Atendimento hospitalar. 3. Saúde coletiva. I. Santana, Judith Sena da
Silva. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Departamento
de Saúde. IV. Título.

CDU: 614:301.151.56-053.2/.6

REBECA PINHEIRO DE SANTANA

**ATENDIMENTO HOSPITALAR ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA EM FEIRA DE SANTANA-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e práticas de Saúde.

Feira de Santana – BA, ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Judith Sena da Silva Santana
(Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS)

Prof^a Dr^a. Aldalice Braitt Lima Alves
(Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC)

Prof^a. Dr^a Sinara de Lima Souza
(Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS)

*“Lembrai-vos dos que sofrem maus tratos,
como se, com efeito, vós mesmos em pessoa
fôsseis os maltratados”.*

*“Ora, é em paz que se semeia o fruto da
justiça, para os que promovem a paz”.*

*“Acima de tudo isto, porém, esteja o amor,
que é o vínculo da perfeição”.*

(Bíblia Sagrada - Hebreus 13:3; Tiago 3:18 e
Colossenses 3:14)

AGRADECIMENTOS

A **Deus**. *“Não há entre os deuses semelhante a ti, Senhor; e nada existe que se compare às tuas obras”*. *“Bem sei que tudo podes, e nenhum dos teus planos podem ser frustrados”*. Essas foram frases usadas por pessoas que confiaram em Ti há muito tempo atrás, e hoje as utilizo como forma de agradecer e de reconhecer que Tu continuas o mesmo, grande em poder e em misericórdia.

Ao meu esposo **Thiago**. Nada melhor que teu amor para compensar os momentos em que as forças físicas acabavam e o desgaste tomava conta de mim. O seu carinho, a paz do nosso lar e os nossos momentos de descontração foram os escapes dos momentos de tensão e o que me renovava para poder continuar.

À minha **Mãe**. Por sempre investir na minha educação, muitas vezes abrindo mão de seus próprios sonhos. Por ser um exemplo na paixão pelos estudos e por me incentivar a cada passo, a cada conquista. Essa realização também é sua.

Ao meu **Pai**. Pela demonstração de cuidado e proteção sempre. Por me permitir saber que sempre posso contar com alguém que não pedirá algo em troca.

Aos meus irmãos **Társis e Sillas**. Pela disponibilidade sempre. Por me socorrer nos momentos de sufoco e pelo cuidado em fazer o melhor para mim, como se estivessem fazendo para si próprios.

À minha **sogra**, meu **sogro** e meu **cunhado**. Vocês são minha família também, aquela que Deus escolheu para mim. Obrigada pelo cuidado e por compreender as ausências.

Aos meus **amigos** por continuarem me apoiando, mesmo que isso significasse não estar presente em nossos encontros. E aos novos amigos que encontrei nessa jornada, principalmente a Magna e a Camila, que tornaram essa caminhada mais leve.

A minha orientadora **Prof^ª. Dr^a. Judith Sena da Silva Santana e ao NIEVS**. A nossa história começou muito antes do Mestrado e, com certeza, não terminará aqui. Aprendi muitas coisas contigo em todo este tempo, nas orientações, nos desafios propostos, nas críticas e sugestões. Mas acima de tudo isso, admiro-te pela pessoa que és, pelo coração enorme e pela disponibilidade em ajudar sempre. Obrigada!

À **UEFS**. Instituição que faz parte da minha história e que me faz sentir em uma segunda casa. E, em especial, aos **professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, pelos ensinamentos e pela dedicação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES/Ministério da Educação**) pela concessão da bolsa, que proporcionou melhores condições para a minha formação no Mestrado.

Aos **profissionais** que fizeram parte deste estudo. Pela vontade de buscar um atendimento de qualidade e mais resolutivo às crianças e adolescentes vítimas de violência.

RESUMO

A violência é considerada um problema complexo, multifatorial, manifestando-se de formas diferentes, com grande potencial de dano e que afeta a saúde individual e coletiva. Os serviços de saúde recebem, diariamente, casos que envolvem vítimas de violência, e, repetidas vezes, os profissionais de saúde são os primeiros a se depararem com o atendimento, destacando-os como atores estrategicamente relevantes nas ações de atendimento, defesa e interrupção do ciclo da violência. Este estudo, de abordagem qualitativa, tem como objetivo geral analisar o atendimento hospitalar às crianças e adolescentes vítimas de violência na cidade de Feira de Santana - BA. Dentre os objetivos específicos buscamos identificar conceitos e informações sobre violência, utilizados por profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência; analisar as ações desenvolvidas por estes profissionais; e compreender as facilidades/dificuldades que interferem na identificação e atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Os sujeitos do estudo foram os profissionais que realizam o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência no hospital (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem). Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada (20 entrevistas) e a análise documental. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. Para os sujeitos do estudo, a violência é um fenômeno multicausal que gera danos ao desenvolvimento da criança e do adolescente a partir da violação da integridade física, psicológica, social e sexual, nos espaços intra e extrafamiliar; a violência contra a criança e o adolescente deixa marcas e prejuízos individuais e coletivos; o atendimento da criança e do adolescente vítimas de violência em hospitais públicos de Feira de Santana – BA; e entraves e estratégias para o atendimento em hospitais públicos de crianças e adolescentes vítimas de violência. Os resultados desse estudo apontam que os profissionais de saúde entendem a violência, principalmente, como violação e agressão e conhecem tipos e fatores desencadeantes da violência, embora não possuam treinamentos, nem guias ou protocolos para o atendimento. A equipe de saúde afirma que a violência repercute na saúde e em todos os aspectos da vida de crianças e adolescentes, além de repercutir coletivamente nas famílias e na sociedade. Os profissionais conhecem as ações que devem ser desenvolvidas, porém estas ainda não ocorrem de forma articulada e unânime em todo atendimento. As dificuldades ou entraves enfrentados no atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência referem-se àquelas enfrentadas pelos profissionais, pelas vítimas, pelas famílias, além das dificuldades estruturais. Também são abordadas estratégias que podem facilitar e dar resolutividade ao atendimento.

Palavras-chave: Violência; Criança, Adolescente; Atendimento Hospitalar; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Violence is considered a complex, multifactorial, manifesting itself in different ways, with great potential for harm and that affects the individual and collective health. Health services receive, daily, cases involving victims of violence, and repeatedly, health professionals are the first to face off with the service, highlighting them as strategically relevant actors in the actions of care, defense, and interrupt cycle of violence. This study uses a qualitative approach, aimed at analyzing hospital care for children and adolescents victims of violence in the city of Feira de Santana - BA. Among the specific objectives we seek to identify concepts and information about violence, used by healthcare professionals who treat children and adolescents victims of violence, to analyze actions undertaken by these professionals, and understand the advantages and difficulties that interfere with the identification and care of children and adolescents victims of violence. Study subjects were professionals involved in the care of children and adolescents victims of violence in the hospital (nurses, doctors, psychologists, social workers and nursing technicians). We used the technique to collect data to semi-structured interview (20 interviews) and documentary analysis. The data were analyzed based on the technique of content analysis. For subjects in the study, violence is a multifactorial phenomenon that generates developmental damage in children and adolescents from the violation of physical integrity, psychological, social and sexual spaces within and outside the family, violence against children and adolescents leave marks and damages individual and collective; the care of child and adolescent victims of violence in public hospitals of Feira de Santana - BA, and barriers and strategies for care in public hospitals for children and adolescents victims of violence. The results of this study suggest that health professionals understand the violence, especially as rape and assault and know types and triggers of violence, although not having training, no guidelines or protocols for care. The health team says that violence affects the health and all aspects of life in children and adolescents, and collectively reflect on families and society. The professionals know what actions should be developed, but they still do not occur in a coordinated manner across care and unanimous. Any difficulties or obstacles encountered in meeting the child and adolescent victims of violence refer to those faced by health professionals, victims, families, in addition to structural problems. It also focuses on strategies that can facilitate problem solving and provide the care.

Keywords: Violence, Children, Adolescents, Hospital Treatment; Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS DO ESTUDO	11
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3.1	A VARIEDADE CONCEITUAL DA VIOLÊNCIA	12
3.2	RAÍZES DA VIOLÊNCIA	17
3.3	VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE	20
3.4	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO BRASIL	24
3.5	O ATENDIMENTO DE SAÚDE NO HOSPITAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	32
3.6	PREVENÇÃO E CONTROLE DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	39
4	METODOLOGIA	41
4.1	DESENHO DO ESTUDO	41
4.2	CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	42
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	44
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
4.5	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	48
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	49
5	ATENDIMENTO HOSPITALAR ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM FEIRA DE SANTANA-BA	51
5.1	A VIOLÊNCIA É UM FENÔMENO MULTICAUSAL QUE GERA DANOS AO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE A PARTIR DA VIOLAÇÃO DA INTEGRIDADE FÍSICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL E SEXUAL, NOS ESPAÇOS INTRA E EXTRAFAMILIAR	51
5.2	A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE DEIXA MARCAS E PREJUÍZOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS	66
5.3	O ATENDIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE FEIRA DE SANTANA - BA	78
5.4	ENTRAVES E ESTRATÉGIAS PARA O ATENDIMENTO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	102
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
	REFERÊNCIAS	138
	APÊNDICE A - Roteiro da entrevista	147
	APÊNDICE B - Termo de consentimento livre esclarecido	148
	ANEXO A – Aprovação do CEP	149

1 INTRODUÇÃO

A violência é considerada, em nível mundial, um problema complexo, multifatorial, manifestando-se de formas diferentes, com grande potencial de dano e que afeta a saúde individual e coletiva. Pode ocorrer em diversos contextos e admite múltiplos significados inerentes às relações interpessoais e intrínsecos às sociedades marcadas pela desigualdade de distribuição de renda e pela dominação de classes (MINAYO, 2002; SILVA; SILVA, 2003; CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005; ADED et al, 2006).

Devido a diversos aspectos, as crianças e os adolescentes estão incluídos entre os grupos humanos mais vulneráveis aos eventos violentos e muitas vezes estas situações ocorrem no contexto familiar, caracterizando-se como um problema de grande relevância social e científica (CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005).

Várias são as formas de violência contra crianças e adolescentes: abusos físico, sexual, psicológico, negligência/abandono, exploração do trabalho infantil entre outros, sendo a violência física o tipo de abuso contra crianças mais comum e de mais fácil detecção médico-legal. Esse fenômeno tem repercussões na vida desses grupos, afetando o rendimento escolar, adaptação social, alterações da saúde física e mental e a possibilidade de desenvolverem distúrbios comportamentais (ADED et al., 2006; SILVA; SILVA, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a incidência de violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública mundial e calcula, por meio de dados escassos dos países, devido a subnotificações, que quase 53.000 crianças morreram por homicídios em todo o mundo em 2002; entre 80% a 98% das crianças sofrem castigos físicos em seus lares, com um terço ou mais enfrentando severas punições físicas; e estima que 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos menores de 18 anos tiveram relações sexuais forçadas ou sofreram outras formas de violência sexual com contato físico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

No Brasil, a violência contra a criança e o adolescente constitui-se, também, um grave problema de saúde pública, responsável por altas taxas de mortalidade e morbidade nessas faixas etárias. No período de 1990 a 2000, morreram 211.918 crianças e adolescentes por acidentes e violências (causas externas), sendo 59.203 crianças de 0 a 9 anos de idade e 33.512 púberes de 10 a 14 anos e 119.203 adolescentes de 15 a 19 anos (BRASIL, 2006b). A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e a Adolescência (ABRAPIA) estima que 165 crianças e adolescentes sofrem abuso sexual por dia, ou 7 a cada hora. Em

cada 100 denúncias de maus tratos contra crianças e adolescentes, nove são de abuso sexual. A vítima é do sexo feminino em 80% dos casos, sendo que 49% têm entre 2 e 5 anos e 33% entre 6 e 10 anos (ABRAPIA, 2002).

Estudo realizado pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde (NIEVS), da Universidade Estadual de Feira de Santana, constatou que em Feira de Santana, no ano de 2006, registraram-se 1270 casos de violência contra crianças e adolescentes, representando uma incidência de 6,3 casos a cada mil crianças e adolescentes residentes no município. Esse resultado refere-se aos atendimentos às vítimas de violência registrados nos Conselhos Tutelares I e II, Programa Sentinela e Departamento de Polícia Técnica, órgãos oficiais de recebimento de denúncias de casos violentos contra menores nesta cidade (BARBOSA, 2008).

Devido ao caráter multidimensional da violência, reconhece-se que a atenção às suas vítimas deve envolver diferentes setores da sociedade. O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), estabelece a obrigatoriedade de notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança e institui penalidade para os profissionais de saúde ou educação que não atenderem a esta determinação.

No entanto, a violência contra crianças e adolescentes, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2006), ainda é camuflada, não relatada e sub-registrada por muitas razões, entre elas, o medo das vítimas em denunciar; o silêncio dos pais, principalmente se a violência for cometida por um cônjuge ou outro familiar, um membro mais poderoso da sociedade, como empregador, policial ou líder comunitário; e o estigma frequentemente associado a denúncias de violência, particularmente em locais onde a “honra” da família é mais valorizada do que a segurança e o bem-estar das crianças. Além disso, muitas vezes, crianças ou adultos não dispõem de mecanismos seguros ou confiáveis para denunciá-la.

Essas razões também influenciam que a procura por serviços de saúde geralmente ocorra apenas quando os casos necessitam de tratamento das morbidades e lesões decorrentes da violência, principalmente, em situações nas quais as vítimas necessitam de atendimento de maior complexidade, o que coloca o hospital como um local de referência no atendimento de episódios violentos, sendo uma importante porta de entrada da população, embora, muitas vezes, o motivo da busca seja ocultado ou mascarado.

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006b) os profissionais de saúde estão em posição estratégica para detectar riscos e identificar as possíveis vítimas, pois, com frequência deparam-se com o atendimento de casos resultantes de episódios de violência. Entretanto, Silva e Silva (2003) alegam que é escasso o estabelecimento de normas técnicas e rotinas para

a orientação dos profissionais de saúde em relação a detecção precoce e a prevenção da violência, e que muitos têm dúvidas quanto a maneira mais correta de agir.

O interesse em pesquisar sobre este tema surgiu na graduação, quando tive oportunidade de participar do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde (NIEVS) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). As pesquisas e discussões sobre os diversos tipos de maus tratos praticados contra crianças e adolescentes na cidade de Feira Santana, e o acesso ao banco de dados do referido Núcleo, alertaram-me para o número considerável de notificações de casos de violência na cidade e a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o tema relacionado às práticas de saúde, nessas situações.

Essa pesquisa mostra-se relevante devido a importância que tem os profissionais de saúde, na prática da detecção precoce de vítimas de violência, possibilitando a intervenção e acompanhamento necessários. Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar na obtenção de maiores informações sobre o problema, o que pode favorecer a implementação de ações de treinamento adequado de profissionais, que incluam o manejo e a prevenção de casos de violência.

As informações deste estudo também poderão favorecer uma maior compreensão do profissional de saúde sobre a importância de oferecer um cuidado integral à criança e ao adolescente vítima de violência na perspectiva do conceito ampliado de saúde. Além disso, essa pesquisa visa contribuir com a produção científica sobre essa temática e ampliar os estudos neste campo, reconhecendo a importância da universidade na formação de profissionais conectados com a realidade social.

O presente estudo parte do seguinte questionamento: Como se configura o atendimento hospitalar às crianças e adolescentes vítimas de violência na cidade de Feira de Santana?

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o atendimento hospitalar às crianças e adolescentes vítimas de violência na cidade de Feira de Santana - BA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar conceitos e informações sobre violência, utilizados por profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência.
- Analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência.
- Descrever as facilidades/dificuldades que interferem na identificação e atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A VARIEDADE CONCEITUAL DA VIOLÊNCIA

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), a violência e suas consequências negativas sobre a saúde são, antes de tudo, uma violação dos direitos humanos, e atingem todas as classes sociais, raças, credo, etnia, sexo e idade. Não raro, esse fenômeno integra o âmbito familiar, as relações interpessoais e está presente nas zonas rural e urbana.

Etimologicamente, a palavra violência vem do latim *violentia*, que está associado ao emprego da força física cujo exercício contra alguma coisa ou contra alguém torna o caráter violento (MICHAUD, 1989). Embora a origem da palavra esteja ligada à força física, a violência ultrapassa ao dano físico, abrangendo o emocional, moral e espiritual.

Minayo (2005) afirma que no sentido material o termo violência parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. É mutante, de acordo com épocas, locais e circunstâncias, sendo algumas violências consideradas toleradas e outras, condenadas.

São essas formas diferenciadas de percepção da violência que Silva e Silva (2005) apontam como a primeira dificuldade para conceituá-la. Concordando com essa afirmação, Ciuffo (2008), esclarece que as realidades cultural, histórica e social contribuem para a construção das variadas formas de expressão da violência. Deste modo, a cultura local pode determinar a violência como parte do cotidiano da vida do ser humano de distintas formas, provocando diversos sentimentos nas pessoas, despertando geralmente sensações de medo e desconfiança nas vítimas.

Outro aspecto complexo da definição da violência, de acordo com Dahlberg e Krug (2007, p.1165), diz respeito a intencionalidade. Neste sentido, as autoras referem-se a dois pontos importantes. Primeiro, “a intenção de usar força em determinado ato não significa necessariamente que houve intenção de causar dano”, o que diferencia o “comportamento intencional” e a “consequência intencional”, o que pode ser exemplificado por um pai ou uma mãe que sacode vigorosamente um bebê que chora, com intenção de acalmá-lo, todavia pode

causar-lhe um dano cerebral. E, segundo, a necessidade de distinguir a intenção de ferir e a intenção de usar violência, visto que a violência é culturalmente definida. Há pessoas que querem ferir outras, mas segundo sua formação cultural e crenças, não consideram seus atos violentos.

Ferreira (2002) explica que nas várias áreas de saber há tentativas de conceituar a violência. No entanto, mais importante do que defini-la é a constatação de que se trata de um fenômeno social, complexo, multicausal, histórico e em rede. A ideia de rede considera que a violência não é um elemento abstrato, podendo manifestar-se na sociedade como a violência da guerra, das classes ou familiar, dentre outras. Para a **Sociologia**, o termo violência refere-se ao

uso da força destinada a exercer uma coação física ou moral, de caráter individual ou coletivo, que, exercida pelo homem sobre o homem, direta ou indiretamente, lhe permite comportar vários graus e assentar em níveis diversos, como a fé, a liberdade ou a integridade física (DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA, 2004, p. 400).

De acordo com Michaud (1989), a teoria social objetiva compreender a violência como fenômeno social. Os estudos micro sociológicos demonstram que a violência é muito difundida e considerada como fato normal e corriqueiro, mostrando que a realidade da violência difere de nossas representações e dos discursos ideológicos ou míticos que sustentamos sobre ela. Para esse autor, pesquisas sobre crianças mártires ou mulheres espancadas revelam parte da dimensão da violência que circula em famílias de qualquer etnia e a maneira pela qual tal violência se recicla em crianças criadas em tal atmosfera.

Ainda sob o ponto de vista sociológico, Minayo (1993, *apud* CAMARGO; ALVES; QUIRINO, 2005), aponta que a violência é composta por quatro categorias:

a) estrutural: que se fundamenta socioeconômica e politicamente nas desigualdades sociais, apropriações e expropriações das classes e grupos sociais; b) cultural: que se expressa a partir da primeira, mas transcende às relações raciais, étnicas, grupos etários e familiares; c) violência da delinquência: que se apresenta à sociedade sob a forma de crime e está articulada à violência de resistência; d) violência da resistência: que marca a reação das pessoas e grupos submetidos e subjugados por outros.

O ponto de vista **antropológico**, por sua vez, não aborda a complexidade das relações sociais, mas relaciona a violência com diversos aspectos da natureza humana, tendo como

base três pontos de vista: 1) o neurofisiológico, que relaciona a agressividade com circuitos neurológicos, porém desconsideram as significações sociais e culturais; 2) a etologia, que estuda os comportamentos animais em seu ambiente natural, assim define a agressividade como instinto próprio do homem e de outros animais; e 3) a antropologia pré-histórica, que afirma que a agressão acompanha a própria evolução do *Homo sapiens*, através das conquistas, destruição e exploração, sofrendo influência da inventividade humana (MICHAUD, 1989).

A **Psicologia** assinala distintas abordagens da violência, que perpassam pela psicologia geral da agressividade, a qual correlaciona certos fatores determinados com as condutas agressivas, incluindo: teorias mecanicistas (*behaviorista* e *neobehaviorista*), as quais consideram que a agressividade e a raiva são desencadeadas por estímulos; teorias que afirmam a importância dos modelos de aprendizagem da agressão, a exemplo da mídia; e a perspectiva da psicologia dinâmica, que relaciona a agressão com uma catarse da frustração. As abordagens clínicas sublinham os fatores traumáticos na formação das personalidades agressivas e, a partir das estatísticas estudam-se a relação entre autoagressão suicida e agressão voltada contra o outro. A psicologia social, por sua vez, estuda a agressividade e violência no âmbito das situações de interação (MICHAUD, 1989).

O conceito **filosófico** da violência de acordo com o Dicionário de Filosofia de Nicolla Abagnano, relaciona-se à

ação contrária à ordem ou à disposição da natureza (...). Ação contrária a ordem moral, jurídica ou política. Nesse sentido, fala-se em 'cometer' ou 'sofrer violência'. Algumas vezes esse tipo de violência foi exaltado por motivos políticos. Assim, Sorel fez a distinção entre a Violência que se destina a criar uma sociedade nova e a força que é própria da sociedade e do estado burguês (ABAGNANO, 1998, p. 1002).

As concepções filosóficas da violência variam das correntes de pensamento de Heráclito, as ontologias da violência, através das concepções da natureza do *Ser*, as quais vêem a violência como manifestação da própria estrutura do ser; e as filosofias da reciprocidade, que consideram a violência do ponto de vista da relação com o outro, da intersubjetividade (MICHAUD, 1989).

Segundo o autor, o **Direito** oferece definições estritas ao fenômeno da violência. O direito penal considera agressões, violências e vias de fato, que vão desde lesões corporais até atos mais imateriais, como ameaças, danos aos bens e perturbações psicológicas. Em direito

civil, é representada pela coação exercida sobre a vontade de uma pessoa para forçá-la a concordar.

Na área da **saúde**, Minayo (2007) afirma que embora haja um grande esforço teórico-metodológico e político, a problemática da violência, por não ser particularmente uma questão da saúde pública, provocou e continua a provocar resistências em relação a sua inclusão na pauta desse setor. Oficialmente, somente a partir da década de 1990, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a OMS começaram a falar especificamente do tema "violência", e não apenas "causas externas", com discussões dispersas e com pouca legitimidade institucional.

No Relatório Mundial sobre violência e saúde, da OMS, o termo "causas externas", tradicionalmente usado para categorizar o tema na Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID), foi substituído pela expressão "Violência e Saúde", com destaque para a intencionalidade do ato violento, definindo a violência como:

uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al, 2002, p.5).

Dessa forma, a violência vem sendo evidenciada no setor saúde, pelo impacto que provoca na qualidade de vida, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares, e, também, pela concepção ampliada de saúde, na qual a violência passa a ser objeto da intersectorialidade, na qual se integra o campo da saúde coletiva. Como afirma Minayo (2005, p. 10):

os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de saúde, as conseqüências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais.

Neste sentido, diversos estudiosos (BRASIL, 2002, 2006b; SILVA; SILVA, 2003; CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005) concordam que as conseqüências das relações e dos atos violentos ou das omissões, mesmo quando não são fatais, geram danos à saúde, pois causam

traumas, sequelas e incapacidades temporárias ou permanentes, provocam sofrimentos físicos e emocionais frequentemente associados e levam à necessidade de atendimento médico, aumentando gastos com a saúde.

Deslandes (1999, p.82) afirma que a violência é um problema que demanda a atuação interdisciplinar e intersetorial, constituindo um grande desafio para o setor Saúde. Assim, concordamos com a autora quando afirma que

a violência pertence a uma nova perspectiva que busca se consolidar no campo da Saúde Coletiva, que reconhece o conhecimento como produção de complexidade, que articula as tecnociências com as ciências humanas e filosofia, que integra as dimensões coletivas e individuais, objetivas e simbólicas, quantitativas e qualitativas.

Wieviorka (2007, p.1152) aponta **novos modos de abordagem** da violência, através da introdução da noção de Sujeito, definido como “a capacidade de cada ser humano de se construir, de dominar sua experiência, de produzir suas escolhas”. Assim, propõe cinco tipos de sujeitos que se pode ligar à violência:

- Sujeito flutuante - aquele que, não chegando a se tornar ator, passa à violência: por exemplo, o jovem imigrado de um bairro à deriva que queima os carros, por não poder exprimir de outro modo suas demandas, seu desejo de construir sua existência.
- Hipersujeito - aquele que compensa a perda de sentido (caso precedente) pela sobrecarga, o excesso, dando-lhe um sentido novo, ideológico, mítico, religioso [...].
- Não-sujeito - aquele que age de maneira violenta, sem comprometer de maneira nenhuma sua subjetividade, contentando-se em obedecer [...].
- Anti-Sujeito - essa face do Sujeito que não reconhece a outrem o direito de ser Sujeito, e que só pode se construir na negação da humanidade do outro.
- Sujeito em sobrevivência - remete a essa virtualidade que faz com que, sem considerar toda agressividade, possa acontecer de um indivíduo se sentir ameaçado, em sua existência mesma, e conduzir-se de maneira violenta para assegurar sua sobrevivência.

Os conceitos das diferentes áreas de estudos ora se conectam, ora se repelem. O aspecto conector mais evidente entre os conceitos é o uso da força física ou do poder para atingir o objetivo do agressor. As divergências referem-se ao modo de abordar a temática. As abordagens antropológica, psicológica e filosófica convergem ao afirmar que a violência é intrínseca ao ser humano seja por instinto, estímulos ou pela própria manifestação do ser, enquanto a Sociologia e o Direito direcionam-se para os níveis e categorias da violência, que vão desde lesões físicas aos aspectos mais imateriais como ameaças, danos aos bens,

perturbações psicológicas, à fé e à liberdade. A saúde, por sua vez, focaliza as consequências do ato violento para a saúde, como os danos, lesões, traumas e morte; e os novos modos de abordagem enfocam o sujeito que pratica a violência com seus objetivos.

Diante das diversas concepções, concordamos com Michaud (1989) quando afirma que a violência não é definida por um discurso ou saber universal e cada sociedade enfrenta a sua própria violência, de acordo com critérios próprios (jurídicos, institucionais, valores do grupo ou do subgrupo e disposições pessoais), obtendo maior ou menor êxito.

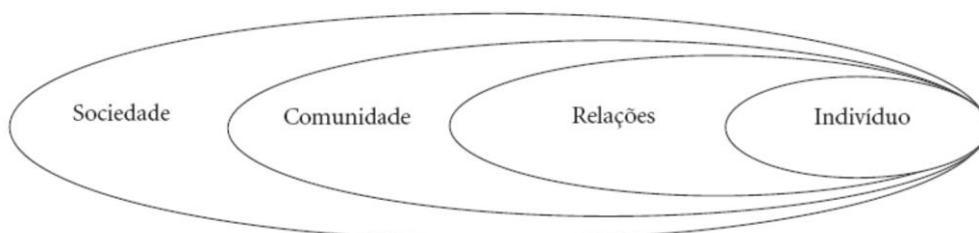
3.2 RAÍZES DA VIOLÊNCIA

A OMS (Krug et al, 2002, p.12) propõe um modelo ecológico de explicação das “raízes da violência”, considerando que “a violência é o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais”. E considera que a compreensão desses fatores é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência.

O modelo ecológico proposto ajuda a compreender as múltiplas faces da violência, a partir do pressuposto de que não há um fator único que explique por que alguns indivíduos se comportam violentamente ou por que a violência é mais comum em algumas comunidades do que em outras. Ele foi introduzido inicialmente no fim da década de 1970, primeiramente aplicado aos casos de abuso infantil e subsequentemente à violência juvenil. O modelo explora a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento.

A figura abaixo sintetiza o modelo ecológico proposto para compreensão da violência, mostrando as relações existentes entre os quatro níveis que são abordados.

Figura 1
Modelo ecológico para compreender a violência.



O primeiro nível procura identificar os **fatores biológicos** e os da história pessoal que um indivíduo traz para o seu comportamento. Além dos fatores biológicos e demográficos, são levados em consideração fatores como a impulsividade, o baixo nível educacional, abuso de substância química e história passada de agressão e abuso. Este nível focaliza as características do indivíduo que aumentam a sua probabilidade de ser vítima ou agressor.

O aspecto relacional é o segundo nível do modelo ecológico, e explora como as **relações sociais** próximas como, relações com companheiros, parceiros íntimos e membros da família, aumentam o risco de vitimização ou agressão violenta. Em casos de agressão de parceiros e de maus tratos a crianças, por exemplo, a interação quase cotidiana em domicílio comum com um agressor pode aumentar a oportunidade de ataques violentos. Como os indivíduos estão ligados numa relação contínua, é provável, nestes casos, que a vítima seja atacada repetidamente pelo agressor. No caso de violência interpessoal entre jovens, estes provavelmente se envolvem em atividades negativas quando tais comportamentos são aprovados e encorajados pelos amigos (KRUG et al, 2002).

O terceiro nível examina os **contextos comunitários** nos quais estão inseridas as relações sociais, como escolas, locais de trabalho e bairros, e procura identificar as características dos cenários associados ao fato de serem vítimas ou agressores. Um alto nível de mobilidade residencial, heterogeneidade e alta densidade populacional são exemplos dessas características, e têm sido associadas à violência. Do mesmo modo, comunidades envolvidas com tráfico de drogas, alto nível de desemprego ou isolamento social generalizado têm mais probabilidade de viver experiências violentas. As oportunidades para que a violência ocorra são maiores em áreas de pobreza ou deterioração física, ou onde há escasso apoio institucional.

O quarto nível deste modelo ecológico examina os fatores mais significativos da sociedade que influenciam as taxas de violência. Aqueles que criam um clima aceitável para a violência, diminuem a inibição contra ela e criam e sustentam divisões entre diferentes segmentos da sociedade ou tensões entre grupos ou países diferentes. Estão entre esses fatores: 1) normas **culturais** que sustentam a violência como forma aceitável para resolver conflitos; 2) atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência evitável; 3) normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; 4) normas que fixam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; 5) normas que apoiam o uso excessivo da força pela polícia contra os cidadãos; 6) normas que apoiam o conflito político. Estão também incluídas aqui, as políticas de saúde,

educacionais, econômicas e sociais que mantêm altos níveis de desigualdade econômica ou social entre grupos.

Essa proposta enfatiza múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e econômico. Colocado em um contexto de desenvolvimento, o modelo ecológico mostra como a violência pode ser causada por diferentes fatores em etapas diversas da vida.

A Organização Mundial de Saúde (Krug et al, 2002) considera que embora alguns fatores de risco sejam específicos de certos tipos de violência, os vários tipos, em geral, têm fatores de risco comuns, incluindo normas culturais predominantes: pobreza, isolamento social e fatores como abuso de álcool, de drogas e acesso a armas de fogo. Não é raro que alguns indivíduos incluídos em situação de risco experimentem mais de um tipo de violência.

É também comum perceber associações entre diferentes tipos de violência. A exposição à violência no lar pode estar associada ao fato de um adolescente ou adulto vir a ser vítima ou agressor. A experiência de rejeição, abandono ou indiferença pelos pais coloca as crianças em maior risco de comportamento agressivo e antissocial, inclusive de comportamento abusivo quando adultos. Foram encontradas associações entre o comportamento suicida e diversos tipos de violência como maus tratos infantis, violência por parceiro íntimo, agressão sexual e abuso de idosos. Em muitos países que passaram por conflitos violentos, as taxas de violência interpessoal permaneceram altas mesmo após cessarem os momentos de hostilidade – entre outras razões, devido tanto ao modo como a violência havia se tornado socialmente aceitável quanto à disponibilidade de armas. As associações entre a violência e os fatores individuais e os contextos mais amplos sociais, culturais e econômicos sugerem que direcionando os fatores de risco por intermédio dos diversos níveis do modelo ecológico é possível contribuir para a redução de mais de um tipo de violência.

No que diz respeito a neurofisiologia da violência e da experiência violenta, de acordo com Souza (2007), a violência tem sido abordada no setor saúde como uma questão patológica determinada por fatores internos, sem desprezar as causas externas. Essa autora cita os estudos de Lewis e Wolkmar (1993) que abordam a violência como um sintoma, e delimita vários fatores etiológicos gerais da violência praticada contra adolescentes: fatores genéticos (por exemplo, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade); lesão cerebral (anoxia, traumatismo craniano); parentalidade desorganizada (alcoolismo, psicose); mau trato físico e sexual (testemunhar e/ou sofrer o mau trato); estressores e influências ambientais.

Ainda correspondendo ao nível individual, Ballone (2005, *apud* SOUZA, 2007) afirma que a fisiopatologia da violência tem sido explicada a partir de diversos fatores tais como: anatômicos, em que o sistema límbico atua no controle das atividades emocionais, comandando determinados comportamentos necessários à sobrevivência de todos os mamíferos; bioquímicos, a partir de estudos que procuram dosar substâncias potencialmente envolvidas com o comportamento violento, como o colesterol, a glicose, hormônios e alguns neurotransmissores; e genéticos, pois se acredita que fatores que incluem o perfil de atividade hormonal e os limiares de ativação das estruturas cerebrais podem, seguramente, ser transmitidos geneticamente.

3.3 VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE

A violência contra crianças e adolescentes não se constitui um fato recente. Por longos períodos da história foi uma prática habitual, justificada e aceita pelas diferentes sociedades que praticavam atos como o infanticídio, abandono de crianças em instituições, escravidão, exploração do trabalho infantil e mutilação de membros para causar compaixão e facilitar a mendicância, mutilação genital de meninas, punições cruéis e humilhantes, descaso, abusos sexuais, homicídios e outras formas de violência (ASSIS, 1994b, 1999; PIRES; MIYAZAKI, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Como problema social, a presença da violência é lembrada desde o mito de origem bíblico que se inicia com uma disputa fratricida e a morte de Abel por Caim, evidenciando-se a convivência da sociedade humana com as perenes disputas de poder, com os ódios e com a vontade de aniquilamento de uns pelos outros. (RÜCKERT et al, 2008; MINAYO, 2005, 2007).

Assis (1994b;1999), ao remontar o percurso da violência, inicia na Antiguidade, pelas civilizações greco-romana e a hebreia, nas quais a criança era tratada como ser insignificante e a violência interpessoal é destaque na vida familiar, na rivalidade entre irmãos e na relação entre pais e filhos, principalmente com o uso de castigos físicos severos, incluindo apedrejamento pelos anciãos, enfeitamento de crianças, além do infanticídio e aborto como práticas usuais.

Embora a violência ocorra em todas as faixas etárias, crianças e adolescentes se encontram em situação de maior vulnerabilidade por estarem em processo de crescimento e

desenvolvimento, e são estes também, que sofrem as maiores repercussões na saúde devido aos atos violentos (SANCHEZ; MINAYO, 2006).

No Brasil, o artigo 136 do Código Penal (BRASIL, 1998) conceitua maus-tratos da seguinte forma:

Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoas sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina.

O abuso ou maus-tratos define-se pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa (DESLANDES, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (KRUG et al, 2002, p.59) ressalta a condição de poder do agressor sobre a vítima na definição de maus-tratos que adota do seu Conselho de Prevenção contra o Abuso Infantil. Assim conceitua o abuso ou maus-tratos em relação à criança como:

[...] todas as formas de tratamento doentio físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.

Ao tratar sobre este tema, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2001) aponta a violência como a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos 5 anos de idade. As vítimas têm seus direitos básicos muitas vezes violados, como o acesso à escola, a assistência à saúde e aos cuidados necessários para o seu desenvolvimento. São, ainda, exploradas sexualmente e usadas como mão-de-obra, às vezes, em regime de escravidão.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), a violência contra a criança e o adolescente começa muitas vezes em casa, ou em locais que deveriam servir de proteção, como escolas, creches e outras instituições.

A definição do que possa ser uma prática abusiva passa sempre por uma correlação entre a cultura, a ciência e os movimentos sociais (DESLANDES *apud* SOCIEDADE

BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001). Neste sentido a violência contra a criança e o adolescente pode ser praticada pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais.

Cardoso, Santana e Ferriani (2006) afirmam que as crianças e os adolescentes são as principais vítimas da relação de poder imposta pela violência, até mesmo pelas características próprias de seu estágio de desenvolvimento. Desta forma, o agressor se utiliza da violência para impedir, forçar ou constrangê-los levando-os a sofrer, praticar ou permitir que pratiquem atos que fogem à sua compreensão ou que provoquem danos físicos e/ou psicológicos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; 2006b) situa o problema da violência contra as crianças em três grandes grupos: a violência *social*, *intrafamiliar* e *institucional*. A primeira, refere-se a todas as formas de relações, de ações e omissões, realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou a outros. A violência intrafamiliar e institucional são formas agressivas e cruéis de se relacionar no interior das famílias, na escola e em instituições, produzindo danos físicos, emocionais, sexuais e, por vezes, até a morte. Esses três grupos se expressam sob diferentes formas e, quando relacionadas às crianças, costumam ser classificadas como negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico.

A OMS utiliza um modelo, que também foi adotado mais recentemente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), no qual a violência é dividida em três grandes categorias: 1) *dirigida a si mesmo* ou *auto-infligida*; 2) *interpessoal*; e 3) *coletiva*. A primeira refere-se ao comportamento suicida e ao auto-abuso. A segunda consiste na violência da família ou parceiro íntimo, que inclui formas de violência como abuso infantil, violência contra a mulher, violência sexual, violência contra idosos, violência contra pessoas com deficiência; e na violência comunitária, que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, podendo ser conhecidos ou estranhos, envolve os casos de estupro por desconhecidos, violência juvenil, violência institucional (em escolas, asilos, trabalho, prisões, serviços de saúde etc.) e a violência no trabalho (assédio moral e sexual). A última categoria envolve a violência social, na qual estão os crimes de ódios por grupos organizados, atos terroristas e violências de multidões; a violência política, que inclui guerras e conflitos de violência, violência de estados e atos de grandes grupos; e a Econômica, referente aos ataques de grupos maiores motivados por ganhos econômicos, para interromper a atividade econômica de um país ou região, negar acesso a serviços essenciais ou criar fragmentação econômica.

No entanto, ao considerar a natureza das agressões, ambas classificações consideram que os atos violentos podem ser de natureza *física*, *sexual*, *psicológica*, *negligência* ou

privação. Assim, todas as quatro agressões podem ocorrer em cada uma das grandes categorias de violência, exceto a violência auto-infligida e atingir crianças e adolescentes.

O **abuso físico** é definido como todo ato violento em que há intencionalidade no uso da força física, que objetiva ferir, lesar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes em seus corpos e, muitas vezes, pode provocar a morte. Pode ser praticado por pais, responsáveis, familiares ou por outras pessoas, causando dano físico real ou possibilidade de um dano. Essa é a forma de violência mais frequentemente identificada pelos serviços de atendimento à saúde (KRUG et al., 2002; BRASIL, 2006b).

O **abuso sexual**, segundo definição adotada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2001,p.12) refere-se a “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente”. A intencionalidade da violência é estimular a vítima sexualmente ou utilizar-se dela para obter satisfação sexual. Variam desde atos em que não existam contato sexual (voyerismo, exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contato sexual sem ou com penetração, e também inclui a exploração sexual visando a lucros como prostituição e pornografia.

O **abuso psicológico** constitui-se “toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto” (BRASIL, 2006b). A SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2001) salienta que este tipo de violência apesar de estar, muitas vezes, embutida nos demais tipos de violência, é sutil e, pela falta de evidências imediatas, torna-se difícil a identificação, podendo causar danos graves ao desenvolvimento biopsicossocial da criança.

A **negligência** ou **privação** refere-se às omissões ou falhas dos pais ou de outros responsáveis pela criança ou adolescente, em proporcionar as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social em uma ou mais das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras. Este tipo de violência pode se manifestar em função da condição de desassistência de que a família é vítima, entretanto, distingue-se das circunstâncias de pobreza, visto que ocorre apenas em casos onde recursos razoáveis estejam disponíveis para a família ou o responsável. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência (SILVA, 2002; KRUG et al., 2002; BRASIL, 2006b).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), a violência contra crianças e adolescentes assume diversas formas e é influenciada por

diversos fatores que envolvem desde as características pessoais da vítima e do agressor até seu ambiente cultural e físico. No entanto, grande parte é camuflada por muitas razões, entre elas, o medo das vítimas de denunciar a violência sofrida, que muitas vezes está relacionado ao estigma associado ao fenômeno. Em muitos casos, os pais, que deveriam proteger seus filhos, permanecem em silêncio se a violência for cometida por um cônjuge ou outro familiar, um membro mais poderoso da sociedade, como um empregador, um policial ou um líder comunitário.

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO BRASIL

Queiroz (2002 apud SOUZA, 2007) conceitua as políticas públicas como instrumentos utilizados pelo Estado para conduzir uma ação de busca da promoção do desenvolvimento social. Podem também ser entendidas como consequência da existência de diferentes grupos de interesse, que influenciam nas decisões políticas mediante sua atuação nas arenas políticas.

A inserção da criança e do adolescente no campo das políticas públicas se dá a partir do reconhecimento destes como sujeitos de direitos, cidadãos que devem ter asseguradas as suas condições de sobrevivência. Para tanto, é necessário lembrar marcos que desencadearam políticas, programas e ações direcionadas à saúde das crianças e adolescentes a nível mundial e brasileiro.

No plano Internacional, Faleiros (1997) afirma que toda a legislação específica para crianças e adolescentes tem como referência os seguintes documentos: 1) Declaração dos Direitos da Criança, ratificada em 26/9/1923 em Genebra, na qual já se nota a preocupação internacional em assegurar os direitos de crianças e adolescentes, como foco de discussão entre as nações, contudo não teve o impacto necessário ao pleno reconhecimento internacional dos direitos da criança, até mesmo como decorrência do próprio panorama histórico que já se desenhava e do previsível insucesso da Liga das Nações; 2) Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela ONU em 1948, na qual se reconheceu, pela primeira vez, universalmente, que a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais, e que todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social; 3) Segunda Declaração dos direitos da criança, aprovada em 1959, representando um marco moral para os direitos da criança e um guia para a atuação em favor da criança, ao

afirmar que a humanidade deve dar à criança o melhor de seus esforços, é formada de dez princípios básicos onde se afirma o direito da criança à proteção especial, às oportunidades e facilidades necessárias ao pleno desenvolvimento saudável e harmonioso, à utilizar-se dos benefícios relativos à seguridade social, incluindo-se a adequada nutrição, moradia, recreação e serviços médicos, a receber educação e a ser protegida contra todas as formas de negligência, crueldade e exploração; 4) Convenção sobre os Direitos da Criança, que foi adotada por unanimidade, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989, que foi um marco no plano internacional para fortalecer a justiça, a paz e a liberdade em todo o mundo mediante a promoção e a proteção dos direitos humanos. A Convenção tem características próprias, dentre as quais uma das mais importantes é o seu caráter de Lei Internacional, ou seja, sua força obrigacional não é passível de discussão pelos Estados que a ela aderem, e tem reflexos imediatos na ordem interna de cada Estado, o que confere aos Direitos da Criança uma força até então inédita; 5) Declaração de Viena de 1993, que reafirma os direitos humanos e as liberdades fundamentais como direitos naturais de todos os seres humanos e sua proteção e promoção como responsabilidades primordiais dos Governos.

No Brasil, é a partir de 1980 que o tema da violência entra com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. No final da década de 80 houve crescente atenção em relação à violência contra criança e adolescente e, em 1988, o texto da atual Constituição Brasileira, nos artigos 226 e 227, assegura direitos à criança e ao adolescente, que deixam de ser vistos como propriedade dos pais (FALEIROS,1997; MINAYO, 2007).

O Ministério da Saúde, a partir de 1984, intensificou sua atuação na promoção da saúde dos menores de cinco anos, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), visando promover a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco, melhorando a qualidade do atendimento. O PAISC trabalhava cinco ações básicas de saúde: acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, incentivo ao aleitamento Materno, imunização, assistência às doenças diarreicas e assistência às Infecções Respiratórias Agudas (BRASIL, 2001). Embora neste momento a violência não seja abordada, posteriormente ela é incluída na Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança.

Em 1989, o Ministério da Saúde criou o PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente, através da Portaria n. 980/GM de 21/12/1989 do Ministério da Saúde. Ele fundamenta-se na política de Promoção da Saúde, respeitando as diretrizes do SUS, garantidas também pela Constituição. É dirigido a todos os jovens entre 10 a 19 anos e é

caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo, visando garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter multiprofissional, intersetorial e interinstitucional. Entre seus objetivos, está o de promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais. Além disso, situa a violência e maus-tratos com áreas prioritárias de ação (BRASIL, 1993; FALEIROS, 1997).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado pela Lei Federal nº 8069 de 13/07/1990, que assegurou direitos especiais e proteção integral à criança e ao adolescente. Além disso, o ECA tornou compulsória a notificação, por parte do profissional de saúde, de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos no sistema público de saúde ou em consultórios particulares. O ECA detalha os direitos da criança e do adolescente estabelecendo todo um sistema de garantia de direitos e da proteção integral e integrada da criança e adolescente. (FALEIROS, 1997)

Somente a partir da década de 90, a Organização Pan-americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde começaram oficialmente a tratar do tema violência de forma específica e não apenas causas externas, reunindo as várias discussões, mesmo que dispersas e com pouca legitimidade institucional, que vinham ocorrendo nos diferentes âmbitos e em alguns países (PIRES; MIYAZAKI, 2005). Também em 1990, ratificou-se no Brasil a Convenção sobre Direitos da Criança, que ocorreu em âmbito internacional em 1989, um dos marcos legais de proteção à infância, a qual enfatiza que as medidas de proteção devem incluir procedimentos eficazes para o estabelecimento de programas sociais que proporcionem assistência adequada às crianças.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1993 pelo Ministério da Saúde, poderia ser muito efetivo no enfrentamento da violência durante a infância, pois toma a família, e não o indivíduo, como referência para as práticas de saúde, intervindo ativa e preventivamente num enfoque comunitário, propondo-se a mudar o modelo hospitalocêntrico vigente ainda no País. Embora, a equipe composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários, esteja em contato muito próximo com as famílias, há ainda muitas dificuldades para lidar com a questão da violência nesse âmbito, exigindo-se uma formação orientada para esse problema (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

Por volta de 1994, os conselhos tutelares, citados nos artigos 131 ao 140 do ECA, começaram a ser criados. São compostos por cinco pessoas eleitas para mandato de três anos, com possibilidade de eleição para igual período. Eles objetivam atender crianças e adolescentes que têm seus direitos violados ou ameaçados pelo Estado, a sociedade ou a

família. A eles cabem, em casos de violações, tomar providências para restabelecer os direitos da infância e da adolescência. São órgãos autônomos, de natureza administrativa e executiva e não judiciária e tem a finalidade de zelar pela aplicação da Lei. Também são importantes na fiscalização das entidades de atendimento às crianças e adolescentes, assim como no registro de todas as denúncias recebidas no Sistema de Informação para a infância e adolescência (SIPIA), sistema nacional de registro de informações sobre a garantia e defesa dos direitos fundamentais preconizados no ECA (MACHADO, 2006).

Criado em 1996, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil objetiva atender crianças e adolescentes entre 7 e 15 anos em atividades descritas na categoria de trabalho infantil perigoso, penoso, insalubre ou degradante. Desta forma, assegura às famílias em que há crianças trabalhando, tanto em área urbana como rural, o direito a uma bolsa mensal que propicia um mínimo de condições de sobrevivência. A ideia é apoiá-las para que abram mão do salário ou da remuneração infantil e coloquem os filhos na escola e participem de programas de promoção (BRASIL, 2006a). Essa medida incide diretamente sobre uma das formas de violência contra a criança, que é a exploração da mão-de-obra infantil, que prejudica a saúde, o crescimento e o desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Devido ao grande impacto da violência na saúde e na sociedade, assim como diversas pressões de grupos populares, em 1997, a OMS realizou uma Assembleia Mundial com ministros de Saúde de todos os países-membros da ONU, em que esse assunto fez parte da pauta, sendo que a redução da violência já entrara como uma das cinco prioridades em suas recomendações para a região das Américas (MINAYO, 2007).

Em 1998, a Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, estabeleceu a idade mínima para ingresso no mercado de trabalho, atendendo a recomendação do ECA e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), de 14 para 16 anos, objetivando reduzir o trabalho precoce no território nacional, mazela que aflige grandes contingentes de crianças em um país tão desigual, exigindo grandes esforços e causando prejuízos físicos e mentais (MACHADO, 2006).

Ainda em 1998, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), com a assessoria do CLAVES (Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli), instituiu um plano de ação de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, em parceria com a Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e a Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), incluindo orientações gerais para o conjunto dos municípios. Nos últimos quatro anos, essa organização passou a fazer parte da Rede Gandhi como âncora desta instituição, e, a partir de

então, o tema da não violência e da cultura da paz foi incluído na pauta de ação de vários municípios e de todos os congressos desse conselho, que reúne os mais de 5.500 secretários de saúde do País (MINAYO, 2007).

A partir deste ano, o Ministério da Saúde criou o Comitê Técnico Científico para elaborar proposta de “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência”. Deste Comitê participaram representantes da Sociedade Civil, entre eles a Sociedade Brasileira de Pediatria, e foram formuladas ações articuladas em políticas sobre o tema de violência e acidentes. Um plano específico, relacionado à violência contra crianças e adolescentes, foi elaborado para a atuação dos profissionais que atendem esta população em todas as instituições de saúde pública e /ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 16 de maio de 2001, o Conselho Nacional de Saúde aprovou e publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria nº 737/2001) e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e Adolescência. Esta definiu as estratégias e políticas para as três instâncias governamentais (federal, estadual e municipal). Também neste ano, em 26 de outubro, foi publicada a Portaria de nº 1968/2001 do Ministério da Saúde, que estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança e o adolescente pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde que atendem pelo SUS (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Em 2001, também foi lançado o Projeto Acolher, pela Associação Brasileira de Enfermagem em parceria com o Ministério da Saúde, tendo como objetivo geral: propor e desenvolver ações integradas para transformações no modo de pensar/fazer enfermagem na sua prática cotidiana, renovando seu compromisso com a integralidade da assistência do adolescente a complexidade dos seus agravos à saúde, discutindo temas como: violência, uso de substâncias psicoativas, depressão e suicídio como problemáticas de nosso tempo. E em 2002 foi criado o Comitê nacional de enfrentamento da violência sexual contra a criança e o adolescente (SOUZA, 2007; CIUFFO, 2008).

Em 2002 e 2003, o Ministério da Saúde, com o apoio de especialistas, lançou duas importantes publicações: um guia teórico-prático (Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço) com instrumentos para capacitar e apoiar os profissionais que atuam nos serviços; e, o segundo, intitulado Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde: um passo a mais na Cidadania em Saúde, ratificando o que determina o Estatuto da Criança e do Adolescente, tornou compulsória para toda a rede de saúde, a notificação aos conselhos tutelares e às Secretarias Municipais de Saúde quaisquer formas de violências contra crianças e adolescentes (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

Em 2004, o Ministério da Saúde aprova a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Cultura de Paz (Portaria 936/2004) e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.

Em 2005, o Ministério da Saúde, junto com a representação brasileira da OPAS e do Claves/Fiocruz, produziu e divulgou o relatório denominado Impacto da violência na saúde dos brasileiros (BRASIL, 2005). E, foi também promulgado um plano de ação setorial. Criaram-se também, como parte do plano, núcleos em 15 universidades das distintas regiões do País, com missões diversas, de acordo com suas competências e com uma encomenda específica do Ministério da Saúde para cada uma: criação de redes, apoio na formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, monitoramento da implantação dos núcleos de atuação e avaliação das ações de redução (DESLANDES; GOMES, 2006).

Também em 2005, o Ministério da Saúde lançou Manual técnico Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde (BRASIL, 2005), com orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa. A organização dos serviços tem como objetivo principal garantir o acesso de adolescentes e jovens a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Por essa razão, tornam-se indispensáveis a organização da demanda e a identificação dos grupos vulneráveis e em situação especial de agravo. Este manual contém diretrizes e princípios referendados por diferentes organizações nacionais e internacionais, sendo considerado um guia flexível, passível de ser adaptado às várias realidades existentes no Brasil.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria nº 687/2006 (BRASIL, 2006a), prioriza ações voltadas para a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, através da ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual; estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual; implementação da ficha de notificação de violência interpessoal; a implantação da Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes – Rede VIVA, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências, com objetivo de diminuir o impacto das violências e acidentes no perfil de morbimortalidade da população e promover saúde e cultura de paz; incentivo, monitoramento e avaliação do

desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência, mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações.

De acordo com Fortes (2008), desde 2008, encontra-se em tramitação no Congresso Nacional a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pedofilia, com objetivo de tipificar a prática pedofílica como crime hediondo. Foi assinado um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) pelo Google, que se responsabilizou por fornecer os dados para identificar supostos criminosos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) aborda estratégias e ações para que essas políticas sejam realmente implementadas, que incluem: a elaboração de diretrizes, parâmetros, metodologias e orientações voltadas à atenção à saúde, prevenção e proteção de crianças e adolescentes em situações de violência; elaboração de normas técnicas específicas voltadas à atenção à saúde de crianças e adolescentes em situações de violência sexual; realização de campanhas de sensibilização e mobilização da sociedade sobre o impacto da violência na saúde com ênfase nos fatores de risco e proteção; capacitação à distância sobre os impactos da violência na saúde, além de materiais educativos e informativos sobre a temática; fomento para a estruturação e qualificação da Rede de Atenção à Saúde, organizada no âmbito do SUS; investimentos em pesquisas sobre as diversas formas de violência; construção de indicadores e desenvolvimento de instrumentos de acompanhamento e avaliação das ações; articulação com os Ministérios da Justiça, Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Cidades, Trabalho e Secretarias Especiais de Direitos Humanos, de Políticas para as Mulheres, Igualdade Racial, entre outros.

Porém, é importante salientar o que Vendruscolo, Ferriani e Silva (2007) apontam para o fato de a política de atendimento à criança e ao adolescente estar caracterizada muitas vezes, pela atenção a um determinado segmento da população pobre e excluída, estando conectada aos efeitos do sistema de produção capitalista, sendo denominadas de Políticas Assistencialistas. Essas políticas sociais tendem a assumir um papel prioritariamente assistencial pela situação de pobreza da maioria da população. Deslandes, Assis e Santos (2005, p. 60) já afirmavam que, no Brasil,

[...] o escopo de atuação ainda está localizado em cidades de maior urbanização; a abrangência ainda é restrita e voltada para pequena parcela da população de menor poder aquisitivo; o grau de amadurecimento ainda é muito preliminar; a avaliação dos programas é praticamente inexistente; e a consciência social sobre prevenção em nível familiar ainda é incipiente. Uma outra grande distinção nacional é a severa lacuna da atuação em rede, sendo comum a ausência de integração entre as instituições e os serviços de atendimento.

A inserção da violência no planejamento de políticas e ações no setor saúde é um importante passo para a concretização dos principais eixos de sustentação da Constituição Brasileira de 1988: a descentralização, a integralidade, a equidade e a participação da comunidade. Desta forma, é importante alertar para o que Budó e outros (2007) trazem sobre a relevância de um planejamento pautado nos princípios do SUS. Este planejamento é aquele em que a descentralização implica, além da delegação de funções e responsabilizações do poder central aos estados e municípios, a desconcentração de poder institucional, ou seja, a construção de uma política de saúde flexível à diversidade de necessidades em saúde de cada localidade, o que criará condições para que o planejamento em saúde se distancie do caráter centralizador e descontextualizado da realidade e se configure como um processo construído participativamente, na esfera mais próxima da população.

No que se refere à integralidade, os autores afirmam, que é ela que somada ao planejamento, permite que as reais necessidades de saúde de uma comunidade sejam atendidas. Assim, a prática efetiva da promoção da saúde, baseada na realidade local e, considerando os indivíduos que a compõem em suas diferentes dimensões, representa a estratégia para estabelecer melhores condições de vida e elevação de sua qualidade.

No entanto, mais importante do que a criação de leis que determinam as políticas públicas é que estas não se tornem “letra morta”, como aponta Niskier (2006). É importante estar atento para que o governo e sociedade cumpram seu papel. A autora aponta que o orçamento-criança vem sendo dilapidado ano a ano e que o governo gasta menos de um real por dia por criança no país.

Concordamos com Minayo (2007), quando afirma que o planejamento de políticas e ações que abordem a violência contra criança e o adolescente devem ser baseados na intersetorialidade. É necessária uma integração com a atenção jurídica, especialmente com as promotorias públicas, delegacias especializadas, varas da justiça, conselhos tutelares ou mesmo instituições ligadas às universidades que prestam serviço de advocacia; articulação com instituições de assistência social voltadas para o acompanhamento e adoção de crianças abrigadas ou para a inserção das crianças em famílias acolhedoras e guardiãs; programas sociais de geração de renda, tais como o Bolsa Família, Bolsa Escola ou Primeiro Emprego, para apoiar as famílias vítimas de violência e em situação de vulnerabilidade social, permitindo assim a formação de uma rede que permita a resolutividade desse fenômeno complexo e multifatorial, assim como a mobilização e atuação conjunta no sentido de fazer cumprir as políticas públicas.

3.5 O ATENDIMENTO DE SAÚDE NO HOSPITAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Pires e Miyazaki (2005) afirmam que o grande avanço em relação à violência contra crianças e adolescentes no âmbito da saúde ocorreu a partir de 1961, quando Henry Kempe descreveu a Síndrome da Criança Espancada, reconhecida pela Academia Americana de Pediatria. Esta síndrome ocorria em crianças de baixa idade, com graves ferimentos em épocas diversas, e explicações discordantes ou inadequadas fornecidas pelos pais, sendo o diagnóstico baseado em aspectos clínicos e radiológicos. Após os anos 60, a área da saúde, no Brasil, começou a preocupar-se com a violência contra crianças e adolescentes, passando a tratá-la como um problema de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), embora o tema violência contra criança esteja assumindo maior visibilidade na sociedade, ainda se observa o despreparo dos profissionais que lidam com essa problemática. Ao dimensionar essa questão, sinaliza que em pesquisa realizada em diversas regiões brasileiras, mais de 30% dos profissionais limitavam-se ao atendimento dos aspectos físicos, e apenas encaminhavam as vítimas para outras instâncias.

Saliba e outros (2007) apontam que os reflexos da violência podem, também, ser percebidos no âmbito dos serviços de saúde pelos custos que representam e pela complexidade do atendimento que demandam. Mas os profissionais da área tendem a subestimar a importância do fenômeno, voltando suas atenções apenas às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias. Porém, além das lesões físicas, quando não leva à morte, a violência deixa sequelas no aspecto psicológico e comportamental que podem comprometer de forma permanente o desenvolvimento das crianças.

A falta de atenção dos profissionais de saúde para com o tema da violência tem sido demonstrada em diversos estudos. Mesmo nas emergências dos hospitais, onde a violência tem visibilidade, ela pode passar despercebida, pois o enfoque é dado aos problemas do momento, o olhar e a escuta dos profissionais são voltados ao problema clínico ou ao trauma (RÜCKERT et al, 2008).

Nesse aspecto, Cardoso, Santana e Ferriani (2006) apontam que os serviços de saúde recebem diariamente casos que envolvem vítimas de violência, porém, muitas vezes, o profissional não consegue identificá-los, ou, quando o faz, não encontra uma rede de apoio

que garanta o atendimento especializado necessário. Na prática, a falta de conhecimento científico para reconhecer os sinais de violência, a ausência de um atendimento integral à criança e as questões éticas que envolvem os casos de violência intrafamiliar, numa sociedade em que se considera privativo o espaço doméstico, ou simplesmente, à decisão de não se envolver com os casos, são entraves que dificultam a ação dos profissionais de saúde.

Repetidas vezes, os profissionais de saúde são os primeiros a se depararem com o atendimento de episódios de violência. O real motivo da busca do atendimento, muitas vezes, não é declarado, ficando mascarado por outros problemas e sintomas que não se configuram, isoladamente, em elementos para um diagnóstico. Por isso, é fundamental o olhar atento e crítico da equipe de saúde frente aos problemas identificados – seja de ordem física, sexual ou emocional – procurando sua correlação com o relato da possível vítima, dos familiares ou pessoas de sua convivência sobre o ocorrido (SILVA; SILVA, 2003; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006b, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) destaca a importância da atuação dos profissionais de saúde nos casos de violência contra a criança, destacando-os como atores estrategicamente relevantes nas ações de atendimento, defesa e interrupção do ciclo da violência. Entretanto, Silva e Silva (2003) salientam que os profissionais que lidam com essa problemática devem estar fundamentados para estes tipos de agravos e tenham perspectiva do que é possível fazer no campo da assistência à saúde, desde a atenção básica até os serviços de emergência.

Silva e Silva (2003) complementam que as ações devem ser integradas, equânimes, universais, de caráter transdisciplinar, descentralizado, intersetorial e respeitando os direitos da criança. Assim, a equipe de saúde deve estar sensibilizada para o tema, adquirir conhecimento e refletir sobre os mitos e preconceitos, para prestar um atendimento integral em saúde, sem julgamento, com a criança como centro das ações.

Cecílio e Merhy (2003) afirmam que a atenção integral de um paciente no hospital é o esforço de uma abordagem completa, holística, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde¹ que por certo período da vida, precise de cuidados hospitalares. Essa abordagem implica na garantia do consumo de tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para a

¹ **Necessidades de saúde:** São aquelas construídas socialmente pelos indivíduos e coletivos, são as necessidades singulares que perpassa muitas a queixa principal do usuário. Muitas vezes podem ser manifestadas de forma objetiva como um problema de saúde que necessitam de uma intervenção imediata ou não, são os desejos, as aflições, as sensações, os sofrimentos que chegam aos serviços de saúde (CECCIM, 2005).

pessoa hospitalizada. Assim, tecnologia e humanização seriam combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.

Os autores ainda referem que o cuidado no hospital, em particular, é, por sua natureza, multidisciplinar, pois depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, e é imprescindível que haja colaboração entre os vários trabalhadores para que o cuidado aconteça como somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais (uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes) que se inserem num processo dialético de complementação, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital.

Silva e Silva (2003) afirmam que para ocorrer assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência, os profissionais envolvidos devem estar preparados para desenvolver, na prática, as seguintes ações: **suspeitar/diagnosticar, investigar, assistir, tratar, proteger, acolher, documentar, notificar, orientar, apoiar/acompanhar e encaminhar**. Desse modo, o atendimento não se conformará como uma atitude fragmentada e reducionista, ao considerar apenas o sistema biológico do indivíduo, que supostamente está produzindo o sofrimento, mas como um cuidado que perpassa a compreensão do conjunto das necessidades que ele apresenta, sensibilizado pelas questões das condições de vida, que muitas vezes vai além da atenção individual e curativa - a partir da perspectiva da saúde coletiva.

As autoras afirmam que a suspeita de violência contra a criança e o adolescente geralmente surge na anamnese e no exame físico. Por isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) alerta que é fundamental o olhar atento e crítico da equipe de saúde frente aos problemas identificados, seja de ordem física, sexual ou emocional, procurando a sua correlação com o relato da possível vítima, dos familiares ou pessoas de sua convivência sobre o ocorrido.

O profissional deve focar a atenção não apenas no conjunto das partes ou num recorte de ações ou doenças, mas no indivíduo e na família, permitindo uma visão integral do ser humano. A valorização dos aspectos cotidianos da vida do paciente, ao invés de se centrarem as práticas apenas na lesão apresentada, permitirá a compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar, social e cultural. É necessário o reconhecimento da importância do diálogo, permitindo que as diversas vozes dos atores envolvidos se façam ouvir, através de práticas intersubjetivas — profissionais de saúde relacionando-se com sujeitos, não com objetos.

No que diz respeito ao diagnóstico, frequentemente, a criança ou o adolescente maltratado não apresenta sinais evidentes, ou apresenta sinais que podem ser confundidos com outras patologias. A capacidade de diagnóstico da equipe de saúde está em identificar múltiplas evidências menores, que podem estar relacionadas à privação emocional, nutricional, negligência e abuso. A criança ou o adolescente é, muitas vezes, levado para atendimento por história de falhas no desenvolvimento, desnutrição, obesidade, hipersensibilidade, personalidade reprimida, problemas de escolaridade ou outros sinais de negligência, violência psicológica ou física. O diagnóstico, ao lado do apoio comunitário e de programas de prevenção da violência podem evitar, inclusive, os ferimentos secundários por maus-tratos que são causas significativas de morte entre crianças e adolescentes (BRASIL, 2002).

Segundo Santoro Júnior (2002), diagnosticar casos de violência está longe de ser uma tarefa simples, inclusive para profissionais de saúde capacitados para tanto. Muitas são as dúvidas, quando se suspeita de um caso de violência. A inexistência de um método semiológico que possa ser um identificador preciso faz com que, para a avaliação da violência, tenha que se utilizar de indicadores com especificidade variável (entre eles, alguns são de baixa especificidade e outros apresentam especificidade moderada ou alta). É extremamente importante que todos os profissionais da equipe de saúde reúnam os dados e evidências observados, de acordo com suas competências, para a construção de uma história precisa sobre o evento.

A investigação deve ser feita de forma minuciosa e cuidadosa, devendo-se evitar julgamento de valor, o que pode prejudicar a interação com a vítima e também com o acompanhante ou família. O acompanhante não deve se sentir coagido, mas deve perceber que todas as informações são valiosas para o tratamento. É importante que o profissional não assuma postura policial e tenha clareza da dificuldade em formular um diagnóstico, devendo sistematizar a investigação e otimizar as oportunidades de aquisição de informações, através da contribuição de todos os profissionais envolvidos no caso, para que se evite um maior constrangimento para a criança e o adolescente, já tão vitimizados (SILVA; SILVA, 2003).

A investigação como parte de um cuidado integral às vítimas de violência exige dos profissionais da equipe de saúde uma postura acolhedora. Desta maneira, acreditamos que o acolhimento poderá fortalecer o vínculo e desencadear a humanização no atendimento. Merhy e Onocko (1997, p. 77) reforçam o significado do acolhimento em serviços de saúde como sendo

[...] aquele espaço intercessor trabalhador / usuário que se abre para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários.

No estudo do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde – Jorge Carelli (CLAVES), Assis (1994a) afirma que embora crianças e adolescentes vítimas de violências reajam de forma particular, não existindo somente um tipo de comportamento que possa confirmar o abuso, observam-se comportamentos que indicam pistas que podem levar à suspeita do problema, descritas no quadro 1.

Quadro 1: Pistas para identificação dos vários tipos de violência contra crianças e adolescentes.

INDICADORES FÍSICOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	COMPORTAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA
ABUSO FÍSICO		
Presença de lesões físicas como queimaduras, hematomas, feridas e fraturas, que não se adequam à causa alegada. Ocultação de lesões antigas e não explicadas.	Muito agressivo ou apático; hiperativo ou depressivo; temeroso; tendências autodestrutivas e ao isolamento; baixa autoestima; tristeza; medo dos pais; alega agressão dos pais; relato de causas pouco viáveis às lesões; fugas de casa; problema de aprendizado; faltas frequentes na escola.	Oculta as lesões da criança justificando-as de forma não convincente ou contraditória; descreve a criança como má ou desobediente; abusa de álcool ou drogas; possui expectativas irreais acerca da criança; defende uma disciplina severa; tem antecedentes de maus-tratos na família.
ABUSO SEXUAL		
Infecção urinária; dor ou inchaço nas áreas genitais ou anais; lesões e sangramento; secreções vaginais ou penianas; doenças sexualmente transmissíveis; dificuldade de caminhar; baixo controle dos esfíncteres; enfermidades psicossomáticas.	Comportamento sexual inadequado para a idade; não confia em adultos; fugas de casa; regressão a estado de desenvolvimento anterior; brincadeiras sexuais agressivas; vergonha excessiva e alegações de abuso; ideias e tentativa de suicídio; autoflagelação.	Oculta frequentemente o abuso; é muito possessiva, negando à criança contatos sociais normais; acusa a criança de promiscuidade, sedução sexual e de ter atividade sexual fora de casa; crê que o contato sexual é forma de amor familiar; alega outro agressor para proteger membro da família.
ABUSO PSICOLÓGICO		
Problema de saúde como obesidade, afecções da pele, distúrbios do sono e dificuldades na fala; comportamentos infantis; enurese noturna.	Comportamentos extremos de timidez ou agressividade, destrutividade e auto-destrutividade; problemas do sono; isolamento; baixo conceito de si próprio; abatimento profundo; tristeza; ideia e tentativa de suicídio; insegurança.	Tem expectativas irreais sobre a criança; rejeita; aterroriza; ignora; exige em demasia; corrompe; isola; descreve a criança como má, diferente das demais.

NEGLIGÊNCIA		
Padrão de crescimento deficiente; fadiga constante e pouca atenção; problemas físicos e necessidades não atendidas, vestimenta inadequada ao clima.	Comportamentos extremos de hiper ou hipo-atividade; contínuas faltas ou atrasos à escola ou ao médico; comportamentos infantis ou depressivos.	É apática e passiva, não se importando muito com a situação da criança; tem baixa autoestima e severo desleixo com higiene; é despreocupada em resolver as necessidades de atenção da criança.

Fonte: ASSIS, 1994a.

Ao tratarem do impacto da violência sobre as crianças, Augustyn e Zuckerman (2005) afirmam que tanto a violência experimentada como a testemunhada causam danos profundos sobre a saúde e o desenvolvimento nas diversas fases da vida. Esses autores explicam que as lesões físicas suspeitas de violência geralmente são inexplicáveis ou implausíveis, sendo, muitas vezes incompatível com a história contada ou com o nível de desenvolvimento. E apontam entre as manifestações clínicas mais comuns do abuso físico: as equimoses, que se encontram geralmente em áreas com menos probabilidade de serem causadas por acidentes, como por exemplo, na região glútea, genital, dorsal e dorso das mãos, e podem sugerir o uso do objeto utilizado para provocar a agressão; alopecia, representada por fios quebrados em vários comprimentos, que ocorre geralmente quando os cabelos são puxados de forma agressiva; lesões intra-abdominais por impacto e traumatismo craniano.

A assistência/tratamento, de acordo com as autoras citadas, devem ser multidisciplinares, com ação potencializada de cada profissional, que deve ser constantemente capacitado para atuação nesses casos. Deve levar em consideração o apoio, a orientação e o acompanhamento, visando à melhoria da qualidade de vida. Também é importante a documentação em prontuário e a realização de reuniões rotineiras com a equipe para a discussão dos casos, tendo em vista a proteção da criança e do adolescente.

Nos casos de abuso sexual, a conduta terapêutica medicamentosa segue as normas padronizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), faz-se necessária a adoção de medidas específicas nas primeiras 72 horas, como a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e prevenção da gravidez indesejada ou forçada nas adolescentes.

Entre essas ações, Saliba e outros (2007) consideram a notificação um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência e ainda permite o conhecimento da dinâmica deste evento. Entretanto, aponta a necessidade da conscientização da sua importância, a quebra de ideias pré-concebidas e o treinamento correto

para diagnosticar situações de violência como condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar essa realidade, seja qual for a sua área de atuação.

Por conseguinte entendemos que o atendimento integral às crianças e adolescentes vítimas de violência deverá ocorrer, através de um processo de desenvolvimento de ações e serviços da equipe de saúde, que não apenas produzam consultas, atendimentos e procedimentos, mas, sobretudo que se constitua numa prática cuidadora, com criação de laços de compromissos, balizados por um agir interdisciplinar e de responsabilização e postura acolhedora dos profissionais de saúde na interação com as vítimas e a capacidade de gerar vínculo e autonomia, através de respostas possíveis às necessidades de saúde destes, levando-se assim à resolubilidade.

A construção de uma intervenção mais resolutiva implica numa abordagem mais integral dos problemas de maneira interdisciplinar que possa dar respostas às várias dimensões dos problemas apresentados decorrentes da violência sofrida, muito para além das ações individuais.

Neste estudo acreditamos que o atendimento integral pelos profissionais que formam a equipe de saúde do hospital, está implicado com a capacidade em assegurar a atenção em direção ao cuidado² integral, através de respostas efetivas ao conjunto de necessidades de saúde das crianças e adolescentes, seja por meio de ações diretas da equipe de saúde a partir de uma atuação interdisciplinar, seja em relação à capacidade de propor alianças, tendo em vista a transversalidade e a intersetorialidade, como afirmam Cecílio e Merhy (2003, p.199):

a integralidade do cuidado de que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o “sistema”. Não há integralidade radical sem a postura de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de integralidade focalizada quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um. [...] Porém, a linha de cuidado pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde. O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

Do ponto de vista da Saúde Pública, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) afirma que a grande meta é a promoção de uma sociedade saudável. Importa abordar essa questão focalizando o olhar sobre as vítimas e objetivando a prestação de atendimento adequado, alívio do sofrimento e o pensar nos modos de prevenir as ocorrências.

² [...] a organização da gestão setorial e das práticas assistenciais que responda por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento de doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da vida (CECCIM, 2005, p.1).

3.6 PREVENÇÃO E CONTROLE DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Muitos dos profissionais de saúde ainda tem uma visão limitada e voltada apenas para o indivíduo no que se refere a problemática da violência, restringindo-se apenas ao tratamento dos danos físicos ou encaminhamentos para apoio psicológico. De acordo com Assis (1999), somente a partir da década de 1960, e exclusivamente para os acidentes, que a saúde pública começou a trabalhar com a consideração de fatores ambientais, além daqueles inerentes aos indivíduos.

A prevenção da violência, segundo essa autora, está sendo incorporada paulatinamente, principalmente por profissionais ligados à pesquisa e elaboração de políticas públicas, tendo em vista o alcance da saúde integral da criança e do adolescente. Assim, considera a finalidade de cada estratégia preventiva:

- Prevenção primária: visa atuar sobre os fatores que contribuem e são agentes da violência, antes que ela surja. Assim, necessita-se intervir na sociedade de forma intersetorial mediante campanhas de esclarecimento, que desencadeiem mudanças educacionais, legais e sociais, o que terá grande impacto na saúde coletiva.
- Prevenção secundária: dirige-se a identificar e ser capaz de prever o risco de abuso das crianças e adolescentes. Os serviços de saúde, principalmente os ambulatoriais e de emergência, são extremamente relevantes nesse nível, assim como as redes de apoio comunitárias.
- Prevenção terciária: engloba a intervenção, controle e tratamento dos casos conhecidos, na tentativa de reduzir efeitos e sequelas e prevenir a cronificação da violência. Abrange ações de reintegração, reabilitação física, psicológica, social e ocupacional da criança e do adolescente.

As principais medidas de prevenção em muitos países apontam para mudanças no nível familiar, no ambiente comunitário, na escola, na mídia, na segurança pública, nas instituições de assistência às vítimas, nas práticas e políticas sociais e nos serviços de saúde. Neste último, é necessário investir em treinamento dos profissionais, através da modificação dos currículos, para que sejam capazes de intervir em situações complexas que envolvam mais do que problemas físicos; melhoria das condições de atendimento, com ênfase no trabalho multiprofissional e intersetorial, garantindo que a vítima não se perderá na rede de assistência; além da identificação precoce de crianças e adolescentes sob risco (ASSIS, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (Krug et al, 2002, p.15) explica que existem obstáculos que explicam porque não há mais ações para prevenir a violência. O principal obstáculo é simplesmente a ausência de conhecimento, principalmente daqueles em posições decisórias. Além disso, a ideia de que a violência é um problema de saúde pública é nova e contraria a crença de que a violência é um problema criminal.

Para muitas autoridades, uma sociedade sem violência é inatingível; um nível "aceitável" de violência, especialmente nas ruas onde mora o povo, parece muito mais realista. Paradoxalmente, para outros, o inverso é verdadeiro: como muito da violência fica escondida, distante ou esporádica, a paz e a segurança lhes parece o estado predominante.

A segunda questão relaciona-se com a possibilidade de execução das políticas destinadas a enfrentar o problema, como já discutimos anteriormente. Somente uma parcela das autoridades tem percebido a evidência de que muitas formas de violência podem ser prevenidas, a maioria acha que as únicas abordagens que funcionam são as tradicionais do sistema de justiça criminal.

O terceiro problema apresentado no Relatório Mundial da OMS (Krug et al, 2002) é a determinação, representada pela coragem política para tentar implementar novas abordagens em áreas como controle e segurança pública. A violência é uma questão extremamente emocional, e muitos países relutam em tomar iniciativas que desafiam atitudes e práticas há muito estabelecidas.

Todos esses problemas determinam um papel forte a ser desempenhado pelas autoridades da saúde pública, instituições acadêmicas, organizações não governamentais e organizações internacionais na missão de ajudar os governos a aumentar seu conhecimento e sua confiança em intervenções exequíveis. Esse papel deve visar à defesa e apoio, usando a educação e a informação com base científica, assim como a elaboração de parcerias e consultorias para ajudar a desenvolver políticas e planos ou executar intervenções.

Porém tão importante quanto prevenir a violência, é construir territórios de paz. A cultura da paz foi definida pela ONU em 1999, como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, e pode ser uma estratégia política para a transformação da realidade social (BRASIL, 2009b).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa utilizou a abordagem qualitativa devido às características subjetivas do objeto de estudo, vez que o atendimento às vítimas de violência nos serviços de atenção à saúde representa processos socialmente construídos que envolvem atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos e, portanto, sua compreensão não pode ser reduzida a aspectos quantitativos.

Richardson e Peres (1999) afirmam que a forma como se pretende analisar um problema é que de fato define a metodologia adequada e que a pesquisa qualitativa é a forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social, pois é a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos sujeitos, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos.

Para Minayo (1999), essa abordagem é entendida como capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Haguette (1992) já afirmava que a metodologia qualitativa fornece uma compreensão profunda de fenômenos sociais, em termos de sua origem e razão de ser, apoiada no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social face a configuração das estruturas da sociedade.

Concordando com os autores, acreditamos que a abordagem adotada permitiu o alcance dos objetivos propostos, uma vez que o fenômeno analisado é dinâmico e se dá nas relações com o contexto no qual está inserido, o que o torna singular. Também, por este tipo de abordagem permitir flexibilidade na coleta de dados, com a inclusão de novas informações no decorrer de seu percurso. Neste sentido Minayo (1999, p.101) afirma que,

[...] a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores mais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação.

4.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo foi realizado em dois hospitais públicos situados na cidade de Feira de Santana – Ba, que prestam atendimento de saúde a crianças e adolescentes, sendo um hospital geral do Estado e outro hospital municipal específico para o atendimento de crianças. Como estudaremos o processo de atendimento, seguiremos o fluxo percorrido nos hospitais pela criança ou adolescente vítima de maus tratos, abordando os espaços da emergência e unidades de internação.

Feira de Santana situa-se a 107 km de sua capital da Bahia, Salvador, à qual se liga através da BR-324 e é a segunda cidade mais populosa do estado e a maior do interior nordestino, com população geral de 527.625 habitantes, sendo 94.737 na faixa de 0 a 9 anos e 108.116 na faixa de 10 a 19 anos (IBGE, 2000). Sua população estimada em 2008 era de 584.497 habitantes (IBGE, 2008). Possui um importante e diversificado setor de comércio e serviços, além de indústrias de transformação e várias instituições de ensino superior, destacando-se a Universidade Estadual de Feira de Santana. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é baixo, funcionando como elemento que promove a exploração do trabalho infantil e a exposição/vulnerabilidade das crianças para os maus-tratos.

A cidade encontra-se num dos principais entroncamentos de rodovias do Nordeste brasileiro, onde ocorre o encontro das BR 101,116 e 324, funcionando como ponto de passagem para o tráfego que vem do Sul e do Centro Oeste e se dirige para Salvador e outras importantes cidades nordestinas (cinco rodovias, estaduais e federais). Em vista disso, é considerado município de risco para a exploração sexual de crianças e adolescentes, o que levou, em 2003, a implantação no município da comissão municipal do Programa de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, contando com a participação de instâncias de atendimento, direitos e responsabilização, sob a coordenação da Secretaria Nacional de Direitos Humanos e Secretarias de Desenvolvimento Social, tendo como parceiros os Conselhos Tutelares, Centro do Programa Sentinela e diferentes segmentos sociais (saúde, educação, justiça, trabalho, ação social, universidades, ONGs e outros).

A cidade originou-se de uma fazenda da paróquia de São José das Itaporocas. A Fazenda recebia o nome de Santana dos Olhos D'água e ali passava a estrada das boiadas, com o gado que deveria ser vendido em Salvador, Cachoeira e Santo Amaro. Os donos daquela fazenda eram portugueses católicos fervorosos e construíram uma capela em louvor a

Nossa Senhora Santana e São Domingos (PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA, 2009). É provável que essa origem portuguesa imprima uma influência também no modo de tratar as crianças ao longo da história e na atualidade.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2010), atualmente Feira de Santana possui 486 estabelecimentos de saúde, entre os quais 22 hospitais, correspondendo a seis hospitais gerais e 16 hospitais especializados. Entre os hospitais gerais, três são de natureza privada, uma cooperativa, uma entidade beneficente sem fins lucrativos e uma unidade pública com administração direta da saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Secretaria Municipal da Saúde). Os hospitais especializados correspondem, na sua maioria, a empresas privadas, apenas três são unidades públicas, sendo que um destes é específico para o atendimento de crianças.

Para realização deste estudo, foram selecionados como lócus da pesquisa, os dois hospitais que se constituem unidades públicas, que estão sob administração direta da saúde (MS, SES E SMS), que prestam atendimento a crianças e adolescentes através do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um hospital geral, o Hospital Geral Clériston Andrade, e um hospital especializado, o Hospital da Criança Dr José Eluacy Lins.

O Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) situa-se na Avenida Eduardo Fróes da Mota, S/N, no bairro 35 BI, em Feira de Santana. É uma unidade pública da esfera administrativa estadual, com nível de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, com gestão dupla municipal e estadual e o fluxo da clientela é por atendimento da demanda espontânea e referenciada. Além disso, o HGCA constitui-se em uma unidade auxiliar de ensino. Foi inaugurado em 1986, sendo o hospital geral de referência para Feira de Santana e municípios vizinhos. No que se refere ao atendimento às crianças e adolescentes, tem uma equipe formada por médicos, enfermagem, serviço social, mas não conta com serviço de psicologia específico para esta faixa etária. Quanto à questão operacional, o hospital presta atendimento de urgência e emergência, cirurgia e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de unidade de internação pediátrica e brinquedoteca. Em outubro de 2010, todo o setor pediátrico do hospital foi transferido para o recém-inaugurado Hospital Estadual da Criança, que se situa vizinho ao HGCA.

O Hospital da Criança Dr José Eluacy Lins situa-se na Rua Porto Seguro, S/N, no bairro Jardim Cruzeiro, em Feira de Santana. É um hospital especializado da esfera administrativa municipal, com nível de atenção ambulatorial de alta complexidade e hospitalar de média complexidade, com gestão municipal e o fluxo da clientela é por atendimento da demanda espontânea e referenciada. Foi inaugurado em 2006, pela Secretaria

Municipal de Saúde de Feira de Santana, com 68 leitos de internação. Construído pelo Município em parceria com o Estado. O hospital atende crianças de Feira de Santana e de mais 126 municípios pactuados e, muitas vezes, até de municípios não pactuados. Desde a inauguração, o hospital tem uma equipe formada por psicólogos, serviço social, enfermagem, com funcionamento 24h, além da brinquedoteca com projeto de psicopedagogos, estagiários da Secretaria de Educação, que desenvolvem atividades pedagógicas com crianças, quando são hospitalizadas e precisam parar de frequentar as escolas. Quanto à questão operacional, o hospital não presta atendimento de urgência ou emergência e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nestes casos, são encaminhadas para outras unidades, a exemplo do Hospital Geral Clériston Andrade. Em contrapartida, oferece várias especialidades médicas, como cardiologia, gastroenterologia, endocrinologia, pneumologia, urologia e ortopedia. Também são feitas cirurgias de pequena e média complexidade. Os pacientes são encaminhados pelas unidades básicas de atendimento, sendo que os médicos que trabalham no hospital é que definem se o caso é de internamento ou não.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo constituíram-se por profissionais de saúde dos hospitais, que participam do atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência, entre eles: médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos de enfermagem, incluídos no seguinte critério: já tenham prestado atendimento naquele hospital a criança ou adolescente em situação de violência.

Não foi delimitado, previamente, o número de sujeitos que participariam do estudo, pois, de acordo com Minayo (1999, p.43), “a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. A amostragem boa é aquela que permite abranger a totalidade do problema investigado”, possibilitando uma visão mais ampla do mesmo. Desse modo entendido, o número de sujeitos foi definido a partir do desvelamento do fenômeno que se deu a partir do conteúdo apresentado nas entrevistas. A medida que os conteúdos foram se repetindo, entendemos que a realidade do fenômeno revelava-se.

Assim, o estudo processou-se com 20 sujeitos, os quais estão caracterizados sucintamente no quadro a seguir, por ordem alfabética, de acordo com a categoria profissional.

Quadro 2. Caracterização do sujeitos do estudo. Feira de Santana, BA, 2011.

Nº	PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO	INSTITUIÇÃO	IDADE	SEXO	TEMPO DE SERVIÇO
1.	Assistente Social	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	28 a	Feminino	4 anos
2.	Assistente Social	Hospital Geral Clériston Andrade	30 a	Feminino	1 ano
3.	Assistente Social	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	31 a	Feminino	4 anos
4.	Assistente Social	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	28 a	Feminino	4 anos
5.	Enfermeira	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	27 a	Feminino	1 ano
6.	Enfermeira	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	32 a	Feminino	4 anos
7.	Enfermeira	Hospital Geral Clériston Andrade	48 a	Feminino	6 anos
8.	Enfermeira	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	33 a	Feminino	3 meses
9.	Enfermeira	Hospital Geral Clériston Andrade	38 a	Feminino	7 anos
10.	Enfermeira	Hospital Geral Clériston Andrade	28 a	Feminino	3 anos
11.	Médica	Hospital Geral Clériston Andrade	48 a	Feminino	20 anos
12.	Médica	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	31 a	Feminino	04 meses
13.	Médica	Hospital Geral Clériston Andrade	40 a	Feminino	04 anos
14.	Médico	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	33 a	Masculino	4 anos
15.	Psicóloga	Hospital Geral Clériston Andrade	48 a	Feminino	10 anos
16.	Psicóloga	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	29 a	Feminino	4 anos
17.	Técnica de Enfermagem	Hospital Geral Clériston Andrade	22 a	Feminino	2 anos
18.	Técnica de Enfermagem	Hospital Geral Clériston Andrade	25 a	Feminino	3 anos
19.	Técnica de Enfermagem	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	40 a	Feminino	4 anos
20.	Técnica de Enfermagem	Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins	39 a	Feminino	4 anos

Entre os sujeitos, 11 atuam no Hospital da Criança Dr José Eduacy Lins e 09 no Hospital Geral Clériston Andrade. Quanto a profissão/ocupação do entrevistado, 04 são médicos, 06 enfermeiras, 04 assistentes sociais, 02 psicólogos e 04 técnicos de enfermagem. A maioria absoluta dos sujeitos é do sexo feminino (19), sendo apenas 01 entrevistado do sexo masculino. A faixa etária definiu-se entre 22 a 48 anos, e o tempo de serviço no Hospital variou entre meses (3 e 4) a 20 anos de atuação, estando uma grande parte na faixa de 04 anos (9), uma com 07 anos, outra com 10 e apenas uma com 20 anos de exercício profissional.

Para garantir o anonimato dos sujeitos, utilizaremos números de acordo com a ordem de realização das entrevistas (Ent.1, Ent. 2, por exemplo), para identificar os entrevistados nos trechos citados das entrevistas, essa ordem é diferente da apresentada no quadro acima.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para realização deste estudo foram utilizados dados de natureza primária e secundária. Os primeiros foram coletados através de **entrevistas** com os profissionais de saúde, sendo essa técnica definida por Haguete (1992, p. 86) como “um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. É realizada por iniciativa do entrevistador e destina-se a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, na qual o entrevistador questiona sobre pontos oportunos com vistas a este objetivo.

Consideramos também, o que diversos autores (HAGUETE, 1992; LÜDKE, ANDRÉ, 1986; BARROS, LEHFELD, 1990; GOLDENBERG, 2000) alertam sobre as vantagens e os limites na utilização desta técnica. Entre as vantagens, considera-se que as pessoas têm maior paciência e motivação para falar do que para escrever; a entrevista admite uma maior flexibilidade para garantir a resposta desejada, pois permite captação imediata e corrente da informação; pode-se observar o que diz o entrevistado e como diz, verificando as possíveis contradições e explorando elementos subjacentes à verbalização; e permite uma maior profundidade e revelação de informação sobre assuntos complexos.

Entre os limites para o uso desta técnica, os autores apontam que o entrevistador pode afetar o entrevistado, por esta razão, Lüdke e André (1986, p.33) salientam a importância de “atentar para o caráter de interação que permeia a entrevista”, pois se cria uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde, assim, a personalidade e as atitudes do pesquisador também interferem no tipo de respostas que ele consegue dos entrevistados; pode-se perder a objetividade, devido à liberdade que a técnica permite; exige mais tempo, atenção e disponibilidade do pesquisador, ficando na dependência do pesquisado, além dos erros de condução produzidos pela situação psicológica da entrevista. Neste sentido, Goldenberg (2000, p.85) afirma que um dos principais problemas das entrevistas é detectar o grau de veracidade dos depoimentos, pois “lidamos com o que o indivíduo deseja revelar, o que deseja ocultar e a imagem que quer projetar de si mesmo e de outros”.

Na tentativa de minimizar os limites e explorar as vantagens desta técnica, utilizamos a entrevista do **tipo semiestruturada**, considerada por Triviños (1987, p. 146) como:

aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias que interessam à pesquisa, e que em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do

informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) elaborado pela pesquisadora, que contém questões norteadoras, com pontos a ser explorados, todavia, permitindo que o entrevistado amplie o foco das questões e informe o que julgar importante. As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um gravador de voz portátil, após autorização do sujeito para utilização do mesmo, em local e horário previamente estabelecido de acordo com a sua disponibilidade, o que permitiu o sigilo, anonimato e privacidade. Para Triviños (1987), a duração da entrevista é flexível, pois depende das circunstâncias e do teor do assunto estudado. O tempo médio das gravações variou entre 10 e 30 minutos por entrevista.

Os dados de natureza secundária corresponderam aos dados da literatura, documentos das unidades de atendimento, protocolos do serviço, entre outros, que porventura puderam ser disponibilizados para fins da pesquisa. Estes dados foram coletados pela técnica de análise documental, que segundo Richardson e Peres (1999) consiste em uma série de operações que objetivam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas. De acordo com Lüdke e André (1986, p. 38), “a análise documental pode se constituir em uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”.

Entre os documentos utilizados, destacamos o Manual instrutivo de preenchimento da Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (BRASIL, 2008) – documento para fins de vigilância e atenção integral à vítima de violência. Além disso, utilizamos documentos da história dos hospitais, assim como manuais e protocolos existentes a nível nacional para subsidiar a discussão e análise dos dados.

4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados através do método de Análise de Conteúdo, buscando compreender a fala dos entrevistados que contemple o conteúdo pertinente ao estudo. Bardin (1977, p. 42) define esse método como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

Rodrigues e Leopardi (1999) afirmam que este método oferece flexibilidade de execução capaz de favorecer diferentes abordagens na essência de seus conteúdos. Desta forma, salientam que a análise de conteúdo propõe-se tornar os elementos ocultos da linguagem humana, evidentes e admissíveis para a comprovação lógica, além de organizar e descobrir o significado original dos seus elementos manifestos. Segundo Minayo (1999), este método vai além do que está sendo comunicado, dando suporte para um maior aprofundamento nas informações fornecidas pelos entrevistados para assim o entrevistador alcançar o objetivo formulado.

A análise de conteúdo abrangeu três etapas, assinaladas por Bardin (1977): pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial.

Na primeira etapa, o material coletado e gravado foi organizado e transcrito, o que permitiu uma leitura geral das questões colocadas, assim como uma definição de trechos significativos ao objeto de estudo.

Na segunda etapa, os trechos escolhidos foram submetidos a um estudo orientado pela fundamentação teórica, no intuito de possibilitar a codificação, classificação e categorização dos dados. A palavra categoria, de acordo com Minayo (1999), refere-se a um conjunto que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Assim, a categorização dos dados significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de conceito capaz de abrangê-los.

Na terceira fase os dados foram aprofundados, na busca de desvendar o conteúdo latente que eles possuíam, para tanto, levamos em conta a fundamentação teórica, o problema e os objetivos do estudo.

Desta forma, emergiram dos depoimentos 04 categorias de análise, sendo elas:

Categoria 01 – A violência é um fenômeno multicausal que gera danos ao desenvolvimento da criança e do adolescente a partir da violação da integridade física, psicológica, social e sexual, nos espaços intra e extrafamiliar - Identifica conceitos e informações sobre violência, utilizados pela equipe multiprofissional que atende crianças e adolescentes vítimas de violência.

Categoria 02 - A violência contra a criança e o adolescente deixa marcas e prejuízos individuais e coletivos – Traz uma compreensão sobre as repercussões da violência na saúde da criança e do adolescente, de acordo com a equipe multiprofissional que atende crianças e adolescentes vítimas de violência.

Categoria 03 - O atendimento da criança e do adolescente vítimas de violência em hospitais públicos de Feira de Santana – BA – Apresenta uma descrição das ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência.

Categoria 04 – Entraves e estratégias para o atendimento em hospitais públicos de crianças e adolescentes vítimas de violência – Trata da compreensão das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência e aborda estratégias que podem ser implementadas na tentativa de facilitar esse atendimento.

Os resultados foram interpretados considerando-se o contexto do fenômeno em estudo, as condições dos indivíduos, dos hospitais e da estrutura de rede da cidade, as políticas locais e nacionais, assim como as teorias que iluminam o tema, construindo uma reflexão que contempla a fala dos pesquisados, os pontos de vista dos estudiosos sobre o tema e da pesquisadora.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Em atendimento aos princípios éticos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, conforme regulamentação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A coleta de dados somente foi iniciada após aprovação do referido CEP, sob protocolo nº 055/2010, CAAE 0054.0.059.000-10 (Anexo A).

O projeto foi encaminhado juntamente com ofício solicitando autorização para coleta de dados para o setor de Educação permanente das instituições para conhecimento prévio dos diretores e profissionais da instituição. As duas instituições autorizaram a coleta de dados, através de Ofícios emitidos após apreciação do projeto.

A entrevista se processou após autorização voluntária dos sujeitos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) elaborado pela pesquisadora e também aprovado pelo CEP da UEFS, o qual foi preparado em duas vias, ambas assinadas pelo pesquisado e pesquisadora, ficando cada uma delas sob a guarda dos mesmos.

Os dados coletados tiveram exclusivamente finalidade científica, portanto foi solicitado no TCLE autorização dos sujeitos para que sejam divulgados/publicados em seminários, congressos e revistas, sob a forma de artigos científicos, livros e outros.

O material da gravação será arquivado no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde – NIEVS localizado no módulo MT65 da UEFS por cinco anos e após esse período, destruído.

5 ATENDIMENTO HOSPITALAR ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM FEIRA DE SANTANA-BA

5.1 A VIOLÊNCIA É UM FENÔMENO MULTICAUSAL QUE GERA DANOS AO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE A PARTIR DA VIOLAÇÃO DA INTEGRIDADE FÍSICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL E SEXUAL, NOS ESPAÇOS INTRA E EXTRAFAMILIAR

O entendimento de determinado fenômeno, nos diversos contextos, e considerando as múltiplas interpretações das áreas de conhecimento, a nosso ver, está ligado diretamente às distintas situações e vivências as quais os sujeitos são expostos. São estas, que se caracterizam como determinantes na construção dos significados e conceitos apreendidos ou apropriados pelo indivíduo ou por determinado grupo.

A construção de significados é baseada na forma como o indivíduo interpreta a sua realidade (percepção) e não somente como ela se apresenta. A percepção, ato ou efeito de perceber, é uma das funções impostas ao cérebro com intenção de fornecer significados e estímulos sensoriais, a partir de experiências vividas anteriormente. A partir dela, o indivíduo é capaz de adquirir, organizar, interpretar e atribuir significados às coisas do seu ambiente imediato, ou seja, que façam parte da realidade daquela pessoa. A percepção pode alterar-se à medida que o indivíduo adquire novas informações (PIMENTEL, 1998).

No que tange à temática da violência, é consenso entre os estudiosos que este é um fenômeno que se caracteriza por ser complexo, multifatorial, manifestar-se de formas diferentes, ocorrer em diversos contextos e admitir múltiplos significados (MINAYO, 2002; SILVA; SILVA, 2003; CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005; SILVA; SILVA, 2005 ADED et al, 2006; ALGERI, SOUZA, 2006). Deste modo, concordamos com Camargo (2000) ao afirmar que a violência pode ser observada sob várias situações e explicitada sob diferentes enfoques, o que dificulta a sua compreensão como um todo.

Algeri e Souza (2006) também convergem nesta questão, quando alegam que a dificuldade de compreensão da temática se dá por esta ser subjetiva, polissêmica e controversa. Este aspecto também é abordado por Silva e Silva (2005) como a primeira dificuldade para se elaborar um conceito definitivo da violência, pois este varia de acordo com o grupo social ou território, quanto ao grau de tolerância com as suas manifestações, pela

forma como se expressa em diversos níveis e padrões econômicos de cada sociedade e de cada indivíduo.

No nosso estudo, não buscamos chegar a uma definição única ou incontroversa da violência, entretanto analisamos as acepções e informações que emergiram das falas dos profissionais de saúde que participam do atendimento hospitalar à criança e ao adolescente vítimas de violência.

Ao conceituar a violência, os profissionais de saúde convergem no sentido de que esta se caracteriza como uma **violação**, ou seja, um ato, ação ou atitude que infringe, transgride ou ofende o outro. Estes significados podem ser observados nos trechos destacados nas falas dos entrevistados das diversas categorias profissionais, como podemos observar nos trechos abaixo das falas de técnicas de enfermagem, médica e psicóloga.

Violência é qualquer ato, atitude que aconteça no sentido de infringir os limites do outro (Ent. 13).

É tudo que viola o direito de ir e vir. É violar a intimidade de alguém. É mexer. É destruir a intimidade de alguém (Ent. 16).

Qualquer tipo de violação é uma violência (Ent. 17).

Violência é qualquer coisa que ultrapassa a individualidade da pessoa (Ent. 20).

O termo violação também é utilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), para afirmar que a violência e suas consequências negativas sobre a saúde são primeiramente uma **violação** dos direitos humanos, atingindo todas as classes sociais, raças, credo, etnia, sexo e idade. O que é ratificado por Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) ao afirmarem que, mesmo com expressões variadas em diferentes contextos, a violência é considerada mundialmente como **violação** de direitos. Silva e Silva (2005) também citam a **violação** da humanidade como consequência maior da violência manifesta como o exercício de dominação de um ser sobre o outro.

No entanto, para que a violência se expresse como violação de direitos, é necessário que ocorra a interação entre dois atores fundamentais – o agredido e o agressor. Silva e Silva (2005, p. 16) explicam que apenas no caso do suicida, o mesmo ator cumpre os dois papéis e salienta que o agressor nem sempre é representado apenas por um indivíduo, mas também por “um grupo ou por práticas institucionais inspiradas por um conjunto de regras que limitam a

autonomia e o exercício dos direitos humanos de um indivíduo ou um coletivo”. Essa interação que resulta em violência é evidenciada por Michaud:

há violência quando, numa situação de interação, um ou vários autores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses ou em suas participações simbólicas e culturais. (MICHAUD, 2001 *apud* SILVA; SILVA, 2005, p.15).

Conforme vimos anteriormente, nas várias áreas de saber há tentativas de conceituar a violência, sendo que o aspecto conector mais evidente entre os conceitos é a agressão através do uso da força física ou do poder para atingir o objetivo do agressor. O termo **agressão** também foi utilizado pelos sujeitos do estudo para conceituar a violência e está evidenciado na fala de técnicas de enfermagem, enfermeiras, assistentes sociais e médicos. A agressão pode ser explicada como sendo uma ação que produz um dano, tanto físico quanto psicológico, à pessoa ou à propriedade (BIAGGIO, 1998 *apud* CARDOSO, SANTANA, FERRIANI, 2006).

É uma agressão a pessoa (ENT. 3).

Violência é todo tipo de agressão (ENT. 6).

Violência é qualquer tipo de agressão ou negligência. Seja a criança, seja ao adolescente, seja ao idoso ou qualquer pessoa (ENT. 12).

É um efeito, uma ação, de agredir (ENT. 14).

Violência é uma agressão à integridade psicológica ou física de uma pessoa (ENT. 19).

Em estudo anterior realizado por Cardoso, Santana e Ferriani (2006) no mesmo Hospital Geral Clériston Andrade, em Feira de Santana – Bahia, no ano de 2002, apenas com enfermeiras que atuavam no atendimento às crianças e adolescentes admitidos na emergência ou internados na pediatria ou clínica médica, ao conceituar a violência, a maioria dos entrevistados também recorrem ao termo agressão em suas considerações.

Ao abordarmos anteriormente a variedade conceitual da violência, observamos que a agressão associa-se, principalmente, ao emprego da força física que resulta em dano para a

outra pessoa e é o termo que está mais próximo da etimologia da palavra violência, que vem do latim *violentia*, que está associado ao emprego da força física cujo exercício contra alguma coisa ou contra alguém torna o caráter violento (MICHAUD, 1989). Nas falas dos entrevistados do estudo destacam-se o uso da força como gerador e o dano como resultante da violência.

Violência seriam todos aqueles agravos à saúde que sejam gerados por uma força externa (ENT. 7).

Violência é um ato brusco (ENT. 16).

Violência é, um comportamento que gera um dano pra outra pessoa. É uma ação de uma pessoa contra outra, ou contra um objeto que vai causar algum dano nele (ENT. 14).

O uso intencional da força física ou do poder citado pelos sujeitos e definido pela técnica de enfermagem (Ent. 16) como um *ato brusco*, também está presente no conceito de violência empregado pela Organização Mundial de Saúde (DAHLBERG; KRUG, 2007, p. 1165):

Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Considerando a intenção como aquilo que se objetiva fazer ou o que se deseja alcançar, julgamos que a violência está diretamente ligada à intencionalidade do agressor em atingir seu objetivo final de gerar danos ao outro, que se encontra em situação inferior de força física ou de poder, em relação a este.

A intencionalidade do ato violento, de acordo com Dahlberg e Krug (2007), é um aspecto complexo da definição da violência. As autoras referem que a violência não é determinada somente pela intenção de usar força em determinado ato, mas pela intenção de causar dano. Neste sentido, é importante distinguir que embora a origem da palavra esteja ligada à força física, a violência ultrapassa ao dano físico, abrangendo o emocional, moral e

espiritual, e que não se limita apenas às agressões ao corpo em suas várias dimensões, mas também atinge o social e outras dimensões do ser.

Esses prejuízos físicos, psicológicos, morais e espirituais também foram expressos nas falas dos entrevistados quando afirmam que a violência gera danos, machuca, fere, magoa, discrimina, desampara, abandona, ameaça, tortura e mata.

Violência é tudo que fere a dignidade física, emocional e moral da criança. Seja violência sexual, violência física, agressão, ou até mesmo uma violência moral, psicológica, que é aquela que interfere em todo emocional da criança (ENT. 1).

Violência é tudo aquilo que causa um dano físico ou moral numa pessoa (ENT. 2).

É algo que atinge o ser e o machuca de alguma forma, seja ela física, seja ela em forma de tortura psicológica (ENT. 4).

Violência é um “bloqueio”, é uma tortura psicológica e física, que deixa marca, ou marcas, no psicológico das pessoas (ENT. 11).

Seja dos limites físicos, os limites psicológicos, que causem sofrimento ou algum dano nesses aspectos físicos, morais ou psicológicos (ENT. 13).

Machucando, ferindo, magoando, discriminando (ENT. 20).

Algeri e Souza (2006) explicam que as diferentes formas de violência podem ser explicadas se compreendermos que todas elas se configuram como um ato de excesso, distinto qualitativamente, verificado no exercício da relação de poder presente nas relações sociais. Desta forma, forçar e coagir estabelece um dano que se produz em outro indivíduo ou grupo social, seja pertencente a uma classe ou categoria social, a um gênero ou uma etnia, a um grupo étnico ou cultural distinto. Assim, a violência contemporânea é caracterizada pelos autores como força, coerção e dano, em relação ao outro, enquanto um ato de excesso presente nas relações de poder tanto nas estratégias de dominação do poder soberano quanto nas redes de micropoder entre os grupos sociais.

No nosso estudo, embora não haja unanimidade na formulação de um conceito, observamos que os entrevistados relacionam a violência com os principais aspectos levantados pelos estudiosos e que há adequação nas suas acepções, mesmo diante da ausência de um treinamento especial para a temática, na sua formação ou mesmo por parte da instituição. Assim sendo, consideramos que o conceito de Chauí (1999 *apud* Silva; Silva, 2005, p.15) ao ser comparado com as falas dos sujeitos é aquele que melhor se aproxima da realidade plural que circunscreve a violência.

A violência tem uma expressão multifacetada: seria tudo que se vale da força para ir contra a natureza de um agente social; todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); todo ato de transgressão contra o que uma sociedade define como justo e como um direito. Consequentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e intimidação, pelo medo e o terror.

Todavia, este conceito não encerra a discussão sobre a violência, e sobre isso, assentimos com Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) quando afirmam que não há como progredir no estudo deste fenômeno sem tomá-lo como objeto complexo e sensível, quer seja pela pluralidade dos seus significados, pela representatividade que traz de uma experiência humana imoderada na anulação de sujeito, ou ainda pela exposição de espaços e momentos de grande intimidade e privacidade de cada indivíduo e define as diversas modalidades de sujeitos como vimos anteriormente.

Assim sendo, as variadas disciplinas que buscam conceituar o tema devem estabelecer uma relação de dependência recíproca e não de competição, no sentido de explicá-la através da aproximação das realidades que descrevem de forma peculiar e sob o ângulo de visão que procuram esclarecer, combinando metodologia e ética nos estudos científicos.

Os conceitos apresentados nas falas dos sujeitos vêm atrelados à natureza ou tipos das agressões, explicitando que os atos violentos podem ser *físicos, sexuais, psicológicos*, ou por *negligência* ou *privação*. Neste sentido, os sujeitos do estudo evidenciaram paralelamente o aspecto físico da violência e a violência psicológica. A violência sexual e a negligência também apareceram em seguida nas falas, porém em uma menor intensidade.

Nas falas das técnicas de enfermagem, enfermeira e assistente social, relacionadas abaixo se observa o aparecimento em conjunto das violências física e psicológica:

Violência não seria só física, moral também (ENT. 3).

Tudo que afeta fisicamente, quanto psicologicamente um ser humano que de certa forma é agredido (ENT. 9).

Existem vários tipos, a violência psíquica, física, Na questão emocional... (ENT. 15).

Seja emocional, psicológica, física... (ENT. 17).

Esses depoimentos demonstram um avanço na compreensão da violência, quando comparados ao resultado do estudo de Cardoso, Santana e Ferriani (2006), no qual, a violência física aparece como a mais evidente, seguida da psicológica e negligência. Desta forma, entendemos que para os sujeitos do presente estudo, a violência não se restringe apenas ao aspecto físico, ou visível, mas também àquilo que, muitas vezes, pode não ser evidente ao olhar, mas causa danos ao indivíduo.

Essa constatação é relevante não apenas pela ampliação da compreensão dos profissionais, mas também pelo que já foi evidenciado no estudo de Gomes e outros (2002) sobre a atitude dos profissionais frente à abordagem da violência cometida contra a criança e o adolescente, se encontrar intimamente relacionada com a visibilidade ou não que o problema assume no seu cotidiano. Os autores afirmam que os conceitos de violência e as ideias associadas contribuem para se entender os possíveis encaminhamentos que esses profissionais dão a tais casos quando identificáveis, e que a efetivação de um atendimento depende da possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos casos atendidos.

No estudo de Braz e Cardoso (2000), para a equipe médica entrevistada, a violência também possui várias graduações e tipologias, porém, resumidamente, assenta-se sobre o explícito, que seriam os maus tratos infligidos ao corpo, e o sutil, relacionado aos agravos ao desenvolvimento psíquico e à cidadania. Nos estudos de Assis e Avanci (2006) as falas sobre violência psicológica se mostraram frequentes durante as entrevistas individuais que foram feitas com diversos alunos, sendo difícil separá-las da agressão física.

Cardoso, Santana e Ferriani (2006) atribuem que possivelmente o maior reconhecimento do abuso físico como tipo de violência deve-se à maior visibilidade dos sinais apresentados na vítima, a sua maior divulgação pela mídia e por ser o mais sofrido e temido pela sociedade em geral.

O aparecimento destes dois tipos de violência em todas as falas dos sujeitos, pode ser explicado por Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) ao afirmarem que uma grande superposição das violências tem sido encontrada. Assim, é possível que a pessoa que sofre uma violência física também esteja sofrendo uma violência psicológica, principalmente quando a vítima sente-se coagida para não revelar a violência que sofre.

O **abuso físico** é definido por vários autores como todo ato violento em que há intencionalidade no uso da força física, que objetiva ferir, lesar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes no corpo e, muitas vezes, provocando a morte. Pode ser praticado por pais, responsáveis, familiares ou por outras pessoas, causando dano

físico real ou possibilidade de um dano. Essa é a forma de violência mais frequentemente identificada pelos serviços de atendimento à saúde (KRUG et al., 2002; BRASIL, 2006b).

O **abuso psicológico** constitui-se “toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto” (BRASIL, 2006b, p.25).

Ainda em 1999, Assis afirmava que o abuso psicológico era pouco reconhecido como violência, tendo apenas recentemente se tornado um tema isolado para a pesquisa e serviços de proteção à criança e ao adolescente. No nosso estudo este tipo também aparece nas falas consolidando-se como um tipo já reconhecido pelos profissionais, não apenas pela denominação, mas também pelas suas formas de expressão como ameaça, coação/coerção, abuso moral e agressão verbal, o que pode ser observado nos depoimentos abaixo:

Porque as pessoas pensam que a agressão, a violência é apenas a parte física, mas a parte de coação é muito grande. (ENT. 5).

Violência não é, digamos assim, somente a parte física. As pessoas sofrem violência tanto moral, como também verbal (ENT. 8).

Toda violência ela é psicológica (ENT. 11).

Não é somente uma agressão física, violência também é agressão psicológica, é a coerção (ENT. 12).

Ameaça também é uma violência (ENT. 19).

O reconhecimento da violência psicológica nas falas dos sujeitos merece consideração, pois sinaliza que os profissionais podem estar mais atentos ou informados sobre a temática. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2001) salienta que a violência psicológica apesar de estar, muitas vezes, embutida nos demais tipos de violência, ela possui um caráter sutil e, pela falta de evidências imediatas, torna-se difícil a sua identificação, podendo causar danos graves ao desenvolvimento biopsicossocial da criança.

Cardoso, Santana e Ferriani (2006) argumentam que a violência, por ser geralmente reconhecida por atos como, assassinatos, brigas, entre outros, restringe sua compreensão para a ação que provoca a morte ou um dano visível. No entanto, a violência nem sempre está ligada a atos criminosos como assaltos e homicídios. Ela pode estar implícita, de modo sutil, sem que, conscientemente, se dê conta da sua existência, pois pode haver violência no uso de uma palavra, num gesto e mesmo na indiferença.

Os entrevistados enfatizam a agressão verbal como uma forma de expressão da violência psicológica que pode não só ofender, mas torturar psicologicamente, ou seja, causar um suplício ou um tormento violento a pessoa que é agredida, conforme referem os profissionais a seguir:

São torturas que não seriam nem físicas, mas torturas, realmente, de palavras que agridem... (ENT. 5).

E pode ser feita de várias formas, da maneira com que você fala com a pessoa, uma palavra que ofende... (ENT. 6).

A agressão verbal é apenas uma das formas de expressão da violência psicológica e, de acordo com Avanci e outros (2009,) é caracterizada pelo uso de meios simbólicos ou verbais que ferem ou agridem a criança ou adolescente, causando danos. Porém, Camargo (2000) destaca que a violência psicológica pode ser apresentada por diversas outras formas, que incluem: rejeitar, isolar, aterrorizar, ignorar, corromper, criar expectativas irreais ou extremadas.

Todas essas manifestações do abuso psicológico causam danos, que são salientados por Assis (1999, p. 58), quando afirma que “o abuso psicológico refere-se à interferência negativa do adulto sobre a criança e sua competência social, conformando um padrão de comportamento destrutivo”. Parafraseando a autora, o agressor, que geralmente é um adulto, causa na criança isolamento das experiências comuns à idade e meio social, impedindo-a de fazer amigos ou fazendo-a crer que está só no mundo; não estimula seu crescimento emocional e intelectual; causa terror por meio de agressões verbais, estabelecendo um clima de medo e levando-a a crer que o mundo é hostil; não reconhece seu valor e a legitimidade de suas necessidades; corrompe-a, ao induzi-la à prostituição, ao crime ou ao uso de drogas; exigindo-a extremamente ou criando expectativas irreais sobre a criança/adolescente, de forma tal que cause danos profundos na sua estruturação mental.

Como vimos anteriormente, o **abuso sexual**, outro tipo de violência, segundo a definição adotada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2001,p.12) refere-se a “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente”. A intencionalidade se configura ao estimular a vítima sexualmente ou utilizar-se dela para obter satisfação sexual. Varia desde atos em que não existe contato sexual (voyeurismo,

exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contato sexual sem ou com penetração, e também inclui a exploração sexual visando a lucros como prostituição e pornografia.

Para muitas pessoas, a violência sexual é o mais marcante dos abusos contra a criança e o adolescente, pois os submete à práticas incomuns para sua sua faixa etária, promovendo danos profundos a estes seres. Os sujeitos do estudo também abordam a violência sexual como um dos tipos de violência contra a criança e o adolescente, embora não haja uma descrição mais detalhada. Vejamos:

é qualquer tipo de agressão seja ela física, moral ou sexual (ENT. 4).

O próprio abuso, as práticas sexuais aliciadoras e tal... (ENT. 10).

A violência, pra mim vai desde a violência psicológica, até violência física. Passando por uma gama de etapas: a violência sexual, a violência física e a violência psicológica (ENT. 18).

A médica, no depoimento acima, refere-se à violência como sendo um conjunto de etapas e como se o abuso sexual, inevitavelmente, viesse a ocorrer nesse processo. Sobre essa afirmação, defendemos que, em havendo o abuso sexual, fatalmente há o abuso físico, mas não necessariamente o contrário.

A **negligência**, por sua vez, refere-se às omissões ou falhas dos pais ou de outros responsáveis pela criança ou adolescente, em proporcionar as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social em uma ou mais das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras; sendo o abandono a forma extrema de negligência (SILVA, 2002; KRUG et al., 2002; BRASIL, 2006b).

A definição da negligência como uma violência contra a criança se justifica no aspecto de sua dependência para o suprimento de necessidades básicas de sobrevivência. Se o adulto não lhe fornece os recursos indispensáveis para a manutenção da vida, ela não tem como acioná-los e sucumbe.

Na pesquisa, os entrevistados exemplificam esse tipo de violência ao citarem a falta de cuidado com a higiene, com os medicamentos que a criança deve receber, assim como o suporte necessário para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis:

a gente observa os maus tratos, a falta de cuidado, a alimentação, a falta da higiene e todo suporte. Negligência, a gente observa muito isso aqui (ENT. 1).

Não simplesmente maus tratos físicos. Maus tratos psicológicos tem a coisa de negligência mesmo, na criança que devia tomar a medicação e não toma, e por aí vai... (ENT. 7).

O abuso, negligência, violência física ou psicológica. E tem o sentido bem amplo que, as vezes, não é violência física... mas o efeito é tão danoso, ou até mais, quando é uma violência psicológica da negligência, do desamparo, do abandono (ENT. 10).

É necessário enfatizar que a negligência além de ser uma violência perpetrada contra a criança ou o adolescente, também pode abrir caminhos para outros tipos de violência, pois quando as crianças não são protegidas por seus responsáveis, ficam mais suscetíveis à livre interferência de outros agressores que se aproveitam do descuido para aproximarem-se.

Além de definir as violências de acordo com a natureza das agressões, segundo Camargo (2000), podemos ainda focá-la sob o seu *locus de atuação*, podendo encontrá-la dentro e fora do lar. A violência doméstica, aquela que ocorre no ambiente domiciliar, que pode ser praticada por um membro da família (intrafamiliar) ou não (extrafamiliar), também é reconhecida pelos sujeitos do estudo.

Aqui a gente já teve alguns casos de violência doméstica (ENT.7).

Porque, na maioria das vezes ocorre dentro do lar mesmo... Espancamento. Abuso sexual. (ENT. 18).

Saliba e outros (2007) apontam que dentro do lar, as crianças e adolescentes são vítimas principalmente dos pais, mães, irmãos, parentes, ou seja, pessoas que têm responsabilidade legal e moral de protegê-las e orientá-las. Infelizmente, muitas crianças experimentam o dissabor das agressões no ambiente que deveria oferecer proteção e cuidado. Um ponto importante neste tipo de violência refere-se ao uso da punição física como um instrumento utilizado com frequência na educação dos filhos na sociedade contemporânea. Os pais tendem a defender essa forma de disciplina que pode favorecer a banalização e tornar crônica a violência doméstica física contra crianças e adolescentes.

No que corresponde à violência que ocorre fora do lar, de acordo com Camargo (2000), em nossos dias, a escola tem sido palco das mais escabrosas cenas de violência. Esse tema, embora recente nos estudos, também foi abordado pelos sujeitos da nossa pesquisa e

direciona o olhar para a violência entre pares, que pode ser resultante de uma sociedade que tem a violência culturalmente construída.

E agora tem a violência escolar. Tem esse menor de treze anos, que chegou aqui a semana passada, foi agredido com soqueira, que é uma espécie de arma que eles usam entre os dedos e deu de soqueira. O menino chegou aqui com o rosto muito edemaciado. Houve fratura de nariz. Esse menino foi pra cirurgia. Três colegas. A violência na escola (ENT. 18).

A violência entre pares ou *bullying*, segundo Trautmann (2008) é uma realidade nas escolas há muito tempo e é considerada, muitas vezes, como um processo normal dentro de uma cultura de silêncio que acaba contribuindo para a sua perpetuação. O autor define o *bullying* como um comportamento agressivo que implica aspectos de desequilíbrio de poder, exercido pela intimidação dos mais fracos, não escolhidos aleatoriamente, com a intenção premeditada de causar danos, e que se repete ao longo do tempo.

O autor afirma que o *bullying* pode ser direto, físico ou verbal, ou até mesmo através de gestos. Pode ser indireto ou relacional (dano à uma relação social), mediante a exclusão social ou rumores que possam intimidar a vítima. Recentemente surgiu o *cyberbullying*, que se refere ao assédio moral através da Internet, usando blogs, correio eletrônico, chat e celulares, para enviar mensagens intimidatórias ou insultantes.

Consideramos a violência escolar extremamente preocupante, principalmente quando se refere àquela praticada entre adolescentes, pois estes, como característica própria da fase de vida que atravessam, procuram se identificar com grupos que se assemelham no seu modo de agir, afastando-se daquilo ensinado pelos pais. Dessa forma, se um indivíduo age violentamente nesta fase, pode levar outros do grupo a agirem da mesma forma, propiciando um aumento da delinquência e a reprodução da violência em diversos contextos.

Além dos conceitos e tipos de violência, também foi evidenciado nas falas dos sujeitos fatores que estes consideravam como **desencadeantes ou determinantes da violência**: momentos de fúria, a falta de paciência, estrutura familiar inadequada, drogas e pobreza.

Neste sentido, as falas convergem, como discutimos anteriormente, para o modelo ecológico de explicação das “raízes da violência” proposto pela OMS (2002), que considera a violência como resultante da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. E considera que a compreensão desses fatores é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência.

O momento de fúria e falta de paciência citados pelos médicos, nos depoimentos abaixo se relacionam aos fatores biológicos e os da história pessoal que o indivíduo traz para o seu comportamento. A impulsividade, o abuso de substância química e história passada de agressão e abuso são considerados no primeiro nível desse modelo. Este nível focaliza as características do indivíduo que aumentam a probabilidade de ele ser vítima ou agressor, conforme explicam os entrevistados, a seguir:

apesar de ter agredido, ela gosta. Foi num momento de fúria, ou sei lá o quê, que acabou gerando a agressão (ENT. 7).

Crianças que depois vão se entregar ao uso de drogas, à prostituição (ENT. 18).

[...] ou drogas na família, ou pobreza mesmo, entendeu? E não tem mais paciência com a criança, não tem... (ENT. 19).

Neste nível, a baixa escolaridade, também, é citada como um dos fatores que aumentam a probabilidade do indivíduo ser vítima ou agressor. No entanto, há controvérsias, pois a escolaridade não se configura como elemento definidor para a condição de agressor. Assim, consideramos que o baixo nível educacional, citado pela OMS (2002), esteja referindo-se à falta de acesso a informação, a educação e aos direitos básicos fundamentais, o que já se configura como violência estrutural.

No estudo de Cardoso, Santana e Ferriani (2006), parte considerável de depoentes também citou como origem da violência a história de vida de cada indivíduo, relacionando-a as experiências de maus-tratos na infância e adolescência.

O aspecto relacional é o segundo nível do modelo ecológico, e explora como as relações sociais próximas com companheiros, parceiros íntimos e membros da família, aumentam o risco de vitimização ou agressão violenta. A interação cotidiana em domicílio comum com um agressor pode aumentar a oportunidade de ataques violentos. Como os indivíduos estão ligados numa relação contínua, é provável, nestes casos, que a vítima seja atacada repetidamente (KRUG et al, 2002):

um irmão cuidando do outro. E, normalmente, eles se envolvem muito com os vizinhos, com amigos dentro de casa, sai pra brincar. Foge mesmo do controle (ENT. 15).

Os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais, como escolas, locais de trabalho e bairros, representam o terceiro nível do modelo ecológico que procura

identificar as características dos cenários, associados ao fato de serem vítimas ou agressores. Um alto nível de mobilidade residencial, heterogeneidade e alta densidade populacional são exemplos dessas características, as quais têm sido associadas à violência. Do mesmo modo, comunidades envolvidas com tráfico de drogas, alto nível de desemprego ou isolamento social generalizado têm mais probabilidade de viver experiências violentas. As oportunidades para que a violência ocorra são maiores em áreas de pobreza ou deterioração física, ou onde há escasso apoio institucional. Embora a pobreza não seja condição para a prática da violência. Os profissionais deste estudo, principalmente médicos e assistentes sociais, também citam esses aspectos nas entrevistas.

Porque geralmente, não é cem por cento, mas na maioria das vezes acontece numa classe média baixa (ENT. 2).

Normalmente a classe mais baixa, que tem o nível socioeconômico mais baixo. São “milhões” de filhos. Todo mundo precisa trabalhar e deixa com o vizinho, deixa um irmão cuidando do outro. E, normalmente, eles se envolvem muito com os vizinhos, com amigos dentro de casa, sai pra brincar. Foge mesmo do controle (ENT. 15).

Muitas vezes é porque a pessoa já tem uma falta de estrutura familiar (ENT. 19).

Nos estudos de Cardoso, Santana e Ferriani (2006), todos os entrevistados apontaram a fome, a miséria, o desemprego e as más condições socioeconômicas como causas da violência. Avanci e outros (2009) também afirmam que, paralelamente aos conflitos familiares, características sociodemográficas, como baixa escolaridade materna, pouca idade dos pais, baixo nível socioeconômico familiar, presença de muitas crianças na mesma casa, ser do sexo masculino, pertencer a grupos raciais/étnicos minoritários e vivenciar as dificuldades da vida nos centros urbanos são fatores relacionados a altos níveis de exposição à violência infantil. Algumas dessas relações são pouco claras, mas aspectos socioculturais, formas de organização familiar, estilo de cuidado dos pais, disciplina e supervisão familiar estão entre as explicações mais aceitas e que atravessam as questões apresentadas.

Roseno (2008) concorda com os autores quando afirma que a nossa sociedade é historicamente constituída sobre relações violentas e que vivemos num dos países em que o capitalismo é mais predatório e desigual no mundo, em condições de superexploração e terrível iniquidade. As relações de injustiça social destroem os laços comunitários e solidários, produzindo sujeitos cada vez menos vinculados uns aos outros, responsáveis por si e pelo mundo. O autor afirma que a violência emerge desse cenário como natural.

Porém, é importante salientar que a pobreza embora seja uma causa estrutural, não é a única explicação para a violência no Brasil. Neste sentido, Cardoso, Santana e Ferriani (2006)

alertam que no caso específico das crianças e adolescentes, é importante considerar que, apesar de a maioria dos casos notificados de maus-tratos ser oriunda das classes populares, eles estão presentes em todas as classes sociais, sendo reflexo, principalmente, da violência estrutural e cultural. Isso também é expresso na fala do entrevistado a seguir:

Tanto faz menino ou menina, não importa o meio social, não importa a família, não importa (ENT. 16).

O quarto nível do modelo ecológico, proposto pela OMS (2002), examina os fatores mais significativos da sociedade que influenciam as taxas de violência. Aqueles que criam um clima aceitável para a violência, diminuem a inibição contra ela e criam e sustentam divisões entre os segmentos da sociedade ou tensões entre grupos diferentes. Estão também incluídas aqui, as políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais que mantêm altos níveis de desigualdade econômica ou social entre grupos.

Embora este nível não tenha sido relatado nas falas dos sujeitos deste estudo, consideramos ser este muito importante na explicação da violência, e nele está inserida a violência das políticas sociais, que deixam milhares de crianças e adolescentes fora dos bancos escolares, privando-as de um desenvolvimento físico e mental adequado, motivado pela falta de alimentação, que as forçam a trabalhar precocemente para lutar pela sobrevivência (CAMARGO, 2000).

Assentimos com Gomes e outros (2002) quando expõem que a reflexão sobre os conceitos dos diferentes tipos de maus-tratos e as ideias a eles associadas contribuem para se entender os possíveis encaminhamentos que esses profissionais dão a tais casos quando identificáveis. No nosso estudo, compreendemos que o modo como os profissionais apreendem e configuram a violência reflete na forma como estes percebem as suas repercussões na saúde das crianças e adolescentes e no atendimento prestado às vítimas da violência.

Conforme ficou evidenciado nos depoimentos dos sujeitos desse estudo, definir o fenômeno da violência significou falar do que consiste, dos seus tipos e natureza e adentrar, inevitavelmente, no discurso de suas consequências para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, quase como um desabafo da equipe multiprofissional de saúde, que atende a essas vítimas.

5.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE DEIXA MARCAS E PREJUÍZOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS

A violência é um fenômeno que sempre deixa marcas. Os eventos desencadeados no ato violento têm repercussões não apenas no indivíduo, atingido o corpo através de lesões ou provocando sintomas psicológicos ou psicossomáticos, mas também irrompem prejuízos coletivos. Desta forma, não é apenas o indivíduo que é lesado ao ser violentado, as repercussões e a reprodução dessa violência, retroalimentam o ciclo da violência, podendo causar transtornos sociais que atingem famílias, comunidades e toda a sociedade.

Algeri e outros (2007) esclarecem que a vivência de situações adversas desencadeia nos indivíduos diferentes respostas, que podem ser adaptativas, ou seja, que permitem ao organismo adaptar-se ou conformar-se, ou aquelas que podem expor a riscos ainda maiores. Ou autores salientam que é o grau de vulnerabilidade dos sujeitos que determinará o seu comportamento perante esses eventos.

No concernente à violência, crianças e adolescentes são mais vulneráveis às consequências deletérias para o seu desenvolvimento físico, neurológico, intelectual e emocional, causadas pela vitimização. Diversos estudos (BRASIL, 2002, 2006b, 2009a; SILVA; SILVA, 2003; CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005; CARDOSO, SANTANA, FERRIANI, 2006) concordam que as consequências das relações e dos atos violentos ou das omissões, mesmo quando não são fatais, geram danos à saúde, pois causam traumas, sequelas e incapacidades temporárias ou permanentes, provocam sofrimentos físico e emocional frequentemente associados e levam à necessidade de atendimento médico, aumentando os gastos com a saúde.

A violência tem repercussões na vida das crianças e adolescentes, pois afeta diretamente o rendimento escolar, a adaptação social, provocam alterações da saúde física e mental e geram a possibilidade de desenvolvimento de distúrbios comportamentais que podem ser refletidos durante toda a vida do indivíduo agredido (ADED et al., 2006; SILVA; SILVA, 2003).

No nosso estudo, os profissionais que atendem crianças e adolescentes nos hospitais, concordam que a violência sempre deixa marcas, sejam físicas, psicológicas, ou desordens comportamentais e sociais que afetam o indivíduo, mas que também vão além dele, repercutindo em toda sociedade, gerando reprodução da violência e retroalimentação do ciclo que ela constrói. Nesse aspecto. Consideramos que há uma compreensão alargada no grupo a

respeito do fenômeno da violência no que consiste em perceber as consequências da violência para além da singularidade do indivíduo.

As **alterações na saúde mental**, descritas como **marcas e transtornos psicológicos** são as primeiras a serem apontadas pelos sujeitos do estudo. O medo, os traumas e os distúrbios emocionais e psicológicos são citados como as principais repercussões no psicológico das vítimas, podendo determinar uma estruturação psíquica marcada por distúrbios emocionais, conforme expõem a seguir:

principalmente, tem o dano psicológico (ENT.2).

Mais a parte emocional, principalmente na criança (ENT. 5).

Você ser sujeito à uma violência sempre deixa marcas, não só físicas, como, especialmente, marcas psicológicas, emocionais. A criança vítima de um acidente automobilístico fica um bom tempo com medo de andar de carro. Foi vítima de um assalto, então vai ter medo de sair de casa... (ENT. 7).

Eu acho que interfere muito, muito mesmo... interfere deixando marcas psicológicas que podem determinar toda uma estruturação psíquica e subjetiva do sujeito a partir de uma vivência dessa, especialmente na infância e adolescência (ENT. 10).

Causa vários distúrbios. Dentre eles o distúrbio emocional. O emocional está presente em todas as fases da vida do ser humano. E não tem idade para você sofrer este tipo de distúrbio. Então, é muito ruim na vida do ser humano (ENT. 11).

Na saúde, eu acho que traz traumas (ENT. 18).

Silva e Silva (2003) classificam os efeitos da violência na saúde biopsicossocial da criança e do adolescente como efeitos a curto e a longo prazo. Entre aqueles que aparecem a curto prazo: atitudes de choque e incredulidade; sentimentos de vergonha, culpa, ansiedade, medo, raiva, isolamento, desamparo, comportamentos confusos e de extrema agitação, pesadelos, terror noturno e alterações do hábito alimentar. Os efeitos a médio e longo prazos podem ser observados nos comportamentos autodestrutivos, ansiedade, sentimentos de isolamento e estigmatização, baixa autoestima, dificuldade em acreditar em outras pessoas, tendência à futura revitimização, comportamento sexual desajustado e uso de álcool e outras drogas.

Algeri (2005) aponta para o fato de que experiências traumáticas influenciam decisivamente as conexões neuronais do cérebro infantil e no equilíbrio dos neurotransmissores, causando mudanças capazes de aumentar, de modo significativo, a vulnerabilidade a transtornos psíquicos em fases posteriores da vida. Os entrevistados

sinalizam que a violência resulta em consequências desastrosas na constituição psíquica dos sujeitos agredidos e podem levar a traumas para toda a vida:

as pessoas que vão estudar o desenvolvimento infantil e do adolescente sabem do quanto isso deixa marcas e trás consequências desastrosas para a constituição psíquica do sujeito (ENT. 10).

Traumas para o resto da vida. Traumas psicológicos que a gente vê bem. A violência de várias formas... violência doméstica, violência verbal, violência de palmadas. Então, pra mim, a palavra que se encaixa no que é que repercute é o trauma para várias áreas da sua vida pessoal... Na escola... em qualquer lugar que ela for, no meio social, ela já é diferente (ENT. 14).

O estudo de Avanci e outros (2009) investiga a associação entre o comportamento retraído ou depressivo de crianças escolares e a presença/ausência de violências vividas em casa, na escola e na comunidade. Os resultados indicam que as diferentes vitimizações por violência tendem a estar mais próximas do comportamento de retraimento/depressão a nível clínico e limítrofe.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) também aponta que a violência na infância e na adolescência promovem consequências relacionadas a problemas de saúde mental e problemas sociais como: a ansiedade, os transtornos depressivos, as alucinações, baixo desempenho na escola, nas tarefas de casa, alterações de memória e comportamento agressivo.

Algeri (2005) já havia estudado essa repercussão, afirmando que o efeito do abuso infantil internamente, pode aparecer como depressão, ansiedade, pensamentos suicidas ou estresse pós-traumático, pode também se expressar externamente como agressão, impulsividade, delinquência, hiperatividade ou abuso de substâncias. Também aponta o distúrbio de personalidade limítrofe (*borderline personality disorder*) como uma condição psiquiátrica fortemente associada a maus tratos na infância.

Eu acho que não tem aspectos positivos não, são só negativos mesmo, no psicológico dessa criança (ENT. 1).

Até pode causar depressão, suicídio num caso mais extremo. Mas ocorre (ENT. 19).

É consensual o entendimento sobre os danos das situações violentas à vida de crianças e adolescentes. Avanci e outros (2009) afirmam que eles podem iniciar na gestação e passar por todo o curso do desenvolvimento. Entre os sinais apresentados por crianças que crescem num ambiente violento, os autores enumeram a pouca confiança no ambiente em que vivem, dificuldade para expressar-se, baixa autoestima, percepção de que tem poucos amigos e pouca ambição. Crescer nutrindo raiva e tensão pode desembocar no desenvolvimento de comportamentos agressivos e/ou defensivos, manifestando-se em retraimento e depressão, com o que concordam os entrevistados.

[...] Ela é uma pessoa altamente inibida, tímida. Geralmente ela não expressa seus sentimentos, então, muito raramente eles crescem. São crianças que realmente nos alertam em determinados internamentos aqui (ENT. 5).

Aquela criança retraída, tímida, sem iniciativas, pessimista. E isso, tanto a física, como a verbal, a sexual, qualquer tipo de violência, podem estar trazendo esses transtornos psíquicos no futuro dessas crianças (ENT. 8).

Todo o tipo de repressão, de inibições, dificuldade de falar sobre relacionamento afetivo, e sexual (ENT. 10).

São crianças que são tímidas (ENT. 12).

A criança fica desanimada, desestimulada. Acha que não é capaz (ENT. 17).

Para uma criança que já apresenta características emocionais instáveis, como é o caso da depressão, permanecer em um ambiente violento pode ser ainda mais danoso, pois o ambiente pode submetê-la a mais vitimizações. Neste contexto, as experiências de violência podem ganhar magnitude, engendrando culpa, vergonha, tristeza e retraimento, e formando a existência de uma “constelação depressiva”, difícil de ser rompida e que alimenta a condição de vítima e da depressão (AVANCI et al, 2009).

Para uma criança se refazer de uma violência é muito mais difícil, porque ele carrega isso para vida toda, se o psicológico não for trabalhado de uma forma correta... (ENT. 2).

Causa não só problemas físicos, muitas vezes, mas mais ainda problemas, traumas e problemas pra vida toda. Seja de que idade for. (ENT. 3)

Discriminação mesmo é um tipo de violência. Tem crianças que são discriminadas na escola pelos colegas, tem crianças que são discriminadas em casa pelos pais, pelos familiares também, tem crianças que são discriminadas por vizinhos, por

amigos. Então, isso também prejudica a criança, prejudica muito, porque acaba com a autoestima da criança (ENT. 17).

Aded e outros (2006) afirmam que vários transtornos psiquiátricos têm sido relacionados a eventos traumáticos sofridos na infância, com níveis de gravidade variáveis com o tipo de abuso, sua duração e o grau de relacionamento da vítima com o agressor. Os autores citam os estudos de Craine (1988) e Zavaschi (2002) que apontam os traumas de infância como responsáveis por cerca de 50% das psicopatologias encontradas nos adultos. Também revelam que o comprometimento da saúde mental e a futura adaptação social das vítimas variarão de indivíduo para indivíduo, conforme o tipo de violência sofrida e a capacidade de reação diante de fatos geradores de estresse. Além disso, fugas de casa, uso de álcool e drogas, ideias suicidas e homicidas, tentativas repetidas de suicídio, automutilação também têm sido descritos nos estudos apresentados pelos autores.

O potencial de impacto destas situações numa fase da vida em que as emoções ainda estão se desenvolvendo e consolidando é enorme. É desastroso para crianças e adolescentes lidarem com experiências carregadas de tamanha carga emocional, ameaçando a sua integridade física ou de quem ama. Mas, além da depressão, a violência pode incitar o desenvolvimento de outros problemas de comportamentos muito danosos, a exemplo da ansiedade e do comportamento disruptivo, ou destrutivo. Esses quadros psicopatológicos são ainda mais complexos de serem tratados e de regredirem (AVANCI et al, 2009).

No que se refere a autoestima citada pelo entrevistado 17, os estudos de Assis e Avanci (2006), mostram que os relacionamentos familiares estão frequentemente permeados pela agressão verbal, sendo que 69,5% dos jovens de elevada autoestima e 83,5% dos de baixa autoestima disseram que suas mães, no último ano, os xingaram, insultaram, negaram-se a conversar; afastaram-se, disseram coisas para irritá-los e ameaçaram jogar coisas, destruir, bater ou chutar objetos sobre eles. A mesma informação, em relação ao pai, apresentou percentuais um pouco mais baixos, 64,9% e 74,3%, respectivamente, talvez por causa do maior distanciamento da figura paterna. A baixa autoestima é muito prejudicial nesta fase da vida, pois fazem com que as vítimas não acreditem em si e, muitas vezes, sintam-se merecedores da violência sofrida.

Todavia, além dos distúrbios psicológicos/psiquiátricos apresentados, os profissionais vão adiante ao citarem aspectos relacionados à possibilidade de as crianças e adolescentes vitimados pela violência desenvolverem **distúrbios comportamentais e sociabilização diminuída**, os quais afetam as diversas fases da vida.

E não deixa de ser uma violência para o resto da vida. Que repercute no amadurecimento, no relacionamento interpessoal e consigo próprio (ENT. 15).

Acho que frustra todos. São frustrados todos os sonhos. Acho que inibe tudo. Inibe tudo que aquela pessoa gostaria de ter. Vai se amedrontar. Vai se amedrontar de tudo e de todos, e aí, assim, vai ser uma pessoa retraída, uma criança retraída. Vai, assim, interromper a melhor fase da vida dela (ENT. 16).

[...] Pelo fato da agressão, vai ter medo, vai deixar de ser criança, uma boa parte da infância vai perder... E o trauma que vai carregar pra o resto da vida (ENT. 17).

E até na vida adulta, às vezes, se torna uma pessoa problemática (ENT. 19).

Ele tem uma visão modificada da vida, que normalmente ele não teria. Ele passa a ter medos, receios, talvez seja uma criança ou um adulto com mais dificuldade de se colocar, se projetar na vida... (ENT. 20).

Os depoimentos destacados apontam para os efeitos da violência no comportamento das crianças e adolescentes. Segundo Algeri (2005) e Algeri e Souza (2006), o efeito do abuso infantil pode manifestar-se de várias formas, em qualquer idade e as experiências boas ou más refletem-se de alguma forma na personalidade adulta.

Assis e outros (2009) compartilham a ideia de que para a criança e o adolescente, tanto o testemunho de situações violentas quanto a vitimização real podem afetar sua emoção e afeto, seu comportamento e a percepção do mundo que vive, podendo desestruturar alicerces básicos para o desenvolvimento mais saudável, com repercussões prováveis até na vida adulta.

Outrossim, os autores ainda acreditam que o ciclo da violência contra crianças e adolescentes está vinculado diretamente ao relacionamento afetivo entre pais e filhos, e muitas crianças não encontram motivos no seu próprio ambiente familiar para crer que são importantes, pelo contrário, sentem-se ameaçadas, negligenciadas, abandonadas, sendo constantemente submetidas à violência. As crianças que vivem nesses ambientes violentos tendem a acreditar que essa é a única forma de socialização, contribuindo para a manutenção da “multigeracionalidade” da violência, pois reproduzem no seu comportamento social o aprendizado inadequado de que apenas com violência há resolução de conflitos (ALGERI, SOUZA, 2006).

Os profissionais entrevistados mencionam a falta do preparo de base e de família como um fator importante na reprodução dos distúrbios comportamentais nos outros relacionamentos sociais da criança: escola, profissão e relacionamento interpessoal.

Repercute também na vida social da criança [...]. São crianças que não têm muitas amizades (ENT. 12)

Influencia na vida como um todo. Se não tiver um preparo de base, de família ou de acompanhamento, tem uma repercussão grande. Porque aí acaba interferindo em outros fatores. Aí vem a vida de ensino, de estudo, de profissão, de relacionamento homem e mulher. Interfere em tudo (ENT. 15).

Que seja espancamento, que seja tortura psicológica, eu acho que isso vai repercutir tanto no nível de sua relação familiar afetiva, de vínculo afetivo, seja com seus familiares, seja com os demais colegas, vizinhos com quem ela tenha contato. Porque isso, de alguma forma, ela pode “tá” reproduzindo... Pode ser algo que penetre e que ela comece a reproduzir esse comportamento com as pessoas que ela passe a conviver. (ENT. 4)

Além dos variados aspectos comportamentais que afetam as diversas fases da vida, os entrevistados enfatizam àqueles causados, especificamente, pela violência sexual contra crianças e adolescentes: a falta de confiança, a dificuldade de manter relacionamentos e o medo de se entregar a outra pessoa.

E a sexual, as causas é que ela vai se tornar um adulto que não vai ter confiança em ninguém, não vai querer nenhum tipo de relacionamento ou, então, vai ser difícil ela conseguir manter algum tipo de relacionamento com alguém (ENT. 17).

Relação sexual, por exemplo, uma das coisas que muda totalmente. Porque a criança tem aquele trauma e, muitas vezes, pode modificar no próprio jeito dele se entregar a outra pessoa. (ENT. 20)

Assis (1994a) sugere indicadores do comportamento da criança e do adolescente que fornecem pistas merecedoras de consideração na identificação de vítimas da violência sexual: comportamento sexual inadequado para a idade; não confia em adultos; fugas de casa; regressão a estado de desenvolvimento anterior; brincadeiras sexuais agressivas; vergonha excessiva e alegações de abuso; ideias e tentativas de suicídio e autoflagelação.

De acordo com a Associação Brasileira de apoio à infância e Adolescência (ABRAPIA, 2002), o abuso sexual fornece à criança e ao adolescente, informações errôneas sobre relacionamentos entre adultos e crianças, pois é uma relação baseada em um poder e conhecimento desiguais. Ao crescer e interpretar o ocorrido, percebem que seu amor e sua confiança foram traídos e as consequências podem ser difíceis, pois raramente conseguem voltar a confiar em alguém e isso pode gerar problemas graves em seus relacionamentos sociais e sexuais na vida adulta.

As consequências causadas pelo abuso sexual são inúmeras podendo revelar-se como: a criança e o adolescente sentem culpa e vergonha; sentem-se más, sujas e de pouco valor; perdem a confiança em outras pessoas; sofrem com o medo constante de sofrer novo abuso; fazem somatizações frequentes, ou seja, transferem para o plano físico os fenômenos de natureza psicológica; desenvolvem depressão e podem ter na vida adulta dificuldades de relacionamento social e de conquistas profissionais, além de impotência sexual e frigidez (ABRAPIA, 2002). Essas consequências, muitas vezes, não são suportadas pelo indivíduo, o que pode levar ao aprofundamento dos níveis de depressão e ao suicídio, como já discutido quando tratamos de alterações psicológicas.

Neste contexto, Algeri (2005) alerta que geralmente é bastante comum à criança ou adolescente que sofre a violência, acreditar ser a responsável, a causadora de seu próprio sofrimento por ter sido desobediente, má ou sedutora. Muitas vezes pode considerar que não possui nada de bom dentro de si, nada para dar, e por essa razão é maltratada ou negligenciada. Essa crença da criança de que é a culpada, costuma ser reforçada pelo próprio agressor, que justifica o ato violento através da culpabilização da vítima, reforçando as situações complexas que envolvem a violência, permeadas de relações de poder.

Diversos estudos (ADED et al, 2006; BRASIL, 2006a, 2009a; ALGERI, 2005; ASSIS et al, 2009) também salientam as marcas produzidas pela violência no **rendimento escolar**, refletidas no baixo aprendizado, na interação com os colegas e dificuldade no desenvolvimento cognitivo. Os profissionais de saúde envolvidos no estudo também observam essas repercussões nas crianças e adolescentes atendidos.

Eu acho que a violência pode causar uma série de transtornos, de complicações no nível de aprendizado. A criança pode apresentar dificuldade no aprendizado, se é uma criança que é reprimida, se é uma criança que sofre algum tipo de violência (ENT. 4).

Ela tem retardos. Dificuldade de desenvoltura. Assimilação de coisas muito fáceis de ser expostas, ela não assimila aquilo, ela tem um retardo muito grande na aprendizagem (ENT. 5).

Não tem desenvolvimento pedagógico grande, sempre tem um déficit, é uma queixa geral de pais, professores. Não conseguem interagir com outras crianças, assim, brincar, falar... (ENT. 12).

A sociabilização diminuída que pode repercutir em várias coisas na vida dele: baixo rendimento escolar, dificuldade de se integrar com a sociedade. Principalmente baixo rendimento escolar (ENT. 19).

No que se refere ao desempenho escolar, Aded e outros (2006) citam o medo, perda de interesse pelos estudos e brincadeiras, dificuldades de se ajustar, isolamento social, déficit de linguagem e aprendizagem, distúrbios de conduta, baixa autoestima como aspectos relacionados às consequências da violência. Ainda enfatizam que em crianças entre 3 e 10 anos de idade, a dificuldade em fixar memórias relativas ao abuso pode estar presente.

Assis e outros (2009) afirmam que a vivência de graves situações violentas em casa, na escola e na comunidade pode gerar um sentimento de desesperança e insegurança muito grande, impactando a vida e a saúde das pessoas. Embora, nas crianças e adolescentes, o conhecimento das consequências da violência em sua saúde seja, ainda, muito incipiente, mas pode estar relacionado ao absenteísmo e abandono da escola, ao baixo rendimento na aprendizagem, à ideação suicida e mesmo a comportamentos violentos.

Embora sejam raros os estudos que relacionam diretamente a violência e as estruturas cerebrais de crianças e adolescentes, Algeri (2005) traz em seu estudo que se o abuso ocorrer durante o período formativo crítico em que o cérebro da criança está sendo fisicamente esculpido pela experiência, o impacto do extremo estresse pode deixar uma marca indelével em sua estrutura e função. Tais abusos podem induzir a uma série de efeitos moleculares e neurobiológicos, que **alteram de modo irreversível o desenvolvimento**. Os sujeitos do estudo também citam aspectos ligados ao desenvolvimento e a diminuição do desenvolvimento neurológico das crianças e adolescentes abusados.

O desenvolvimento da criança, quando ela é vítima de violência, seja qual violência for, não vai ser o mesmo (ENT. 1).

Mentalmente ele pode ter uma diminuição do desenvolvimento neurológico (ENT. 20).

Nesse aspecto, é importante salientar que crianças e adolescentes estão numa fase da vida em que as funções cognitivas, funcionais e relacionais estão se formando e, neste momento qualquer alteração que interfira de forma negativa pode trazer prejuízos às fases subsequentes deste ser humano.

Porém não são apenas as marcas emocionais e comportamentais que afetam às crianças e adolescentes violentadas. As marcas físicas também são apontadas pelos entrevistados como resultantes da violência. Os danos causados ao corpo, como as lesões (hematomas, arranhões, marcas causadas por objetos), assim como os prejuízos ocasionados

nas disfunções dos sistemas corporais, muitas vezes causadas por reações psicossomáticas são evidenciados nos depoimentos dos sujeitos.

Uma violência sexual pode desencadear problemas, doenças sexualmente transmissíveis que a gente vê que tem por aí, que, as vezes, quando não são tomadas devidamente as medidas profiláticas... (ENT. 4).

Repercute também no físico... se queixam muito de quadro de diarreia, de inapetência, de anorexia (ENT. 12).

O apetite diminui. Ele pode ter transtornos em alguns aparelhos. No caso, pode urinar menos ou mais, prender ou urinar na cama fora da faixa etária, vômitos. Pode ter um quadro clínico compatível com um desequilíbrio emocional, ou mesmo um quadro social (ENT. 19).

Além dos sinais clínicos como diarreia, inapetência, anorexia e transtornos de alguns aparelhos, os entrevistados também citam as doenças sexualmente transmissíveis e o desequilíbrio emocional que podem se desenvolver em curto prazo ou em momentos futuros. Neste sentido, os depoimentos convergem para o que já foi alertado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), de que a exposição precoce da violência na infância está relacionada com o desenvolvimento de enfermidades em etapas posteriores da vida, como as doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, aborto espontâneo, assim como o comportamento violento e as tentativas de suicídio.

Aded e outros (2006) relacionam as alterações físicas que devem despertar a atenção de pais, responsáveis, professores, médicos e outros profissionais de saúde: hemorragias vaginais e/ou retais, dores ao urinar ou evacuar, infecções genitais, vômitos e dores de cabeça sem explicação médica.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) também aponta algumas destas alterações citadas pelos entrevistados como passíveis de investigação e documentação quando encontradas: transtornos na pele, mucosas e tegumento, como contusões e abrasões, principalmente na face, lábios, nádegas, braços e dorso, lesões que reproduzem a forma do objeto agressor (fivelas, cintos, dedos, mordedura); equimoses e hematomas no tronco, dorso e nádegas, indicando datas diferentes da agressão; transtornos musculoesqueléticos; transtornos viscerais e geniturinários.

Os problemas de saúde relacionados aos aspectos físicos que podem ser desencadeados pela violência vão além de marcas físicas, doenças momentâneas ou futuras, eles podem resultar em repercussões graves ou até mesmo levar a morte. Neste estudo, estas

repercussões são citadas por uma assistente social e uma médica e ficam evidenciadas nos depoimentos abaixo:

Podem desencadear problemas de saúde grave, inclusive levar até a morte (ENT. 4).

Porque, muitas vezes, a gente está tratando com lesões graves, traumatismo craniano... (ENT. 18).

De acordo com Assis (1994b) já era preocupante o agravamento da mortalidade por causas violentas entre crianças e adolescentes brasileiros, ainda mais quando se sabe que estes casos representavam apenas o ápice de uma pirâmide em que a base é formada pelos casos não fatais, os quais estão em sua maioria encobertos.

Em 2009, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) apontou que de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, a mortalidade da população jovem brasileira é marcada pelas causas externas, como as agressões, homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, afogamentos, envenenamentos e outras. As agressões (52,9%), seguidas pelos acidentes de transporte (25,9%) e afogamentos (9,0%), são as principais causas de óbito na faixa etária de 10 a 19 anos. Esse perfil se repete nos adolescentes de 15 a 19 anos, no qual 58,7% dos óbitos foram por agressões.

Todavia não são apenas as marcas individuais nas crianças e adolescentes vitimizados que representam os malefícios causados pela violência. As **marcas coletivas** como a reprodução da violência na família e na sociedade são prejuízos de grande magnitude. Os profissionais do estudo apontam esses danos como potencializadores da geração da violência, destruindo a sociedade.

A criança vai crescer uma criança agressiva, uma criança que vai “tá” futuramente reproduzindo essa violência na sociedade (ENT. 1).

A violência pode reproduzir-se em violência para outras pessoas (ENT. 4).

[...] porque a violência vai gerar violência (ENT. 8).

É um ato brusco que destrói e que mata o nosso eu, a vida da nossa família e, enfim, a sociedade (ENT. 16).

A reprodução da violência no futuro para outras pessoas e a destruição da família e da sociedade pelos atos violentos não são apenas hipóteses citadas pelos entrevistados, alguns autores (SALIBA et al, 2007) já enfatizaram que a agressão na infância e adolescência pode acarretar problemas que, muito provavelmente, terão impacto por toda a vida da vítima, levando-a a repetir o comportamento violento. Essa retroalimentação do ciclo da violência geralmente ocorre porque nas mentes destes jovens fica imbricado que há somente essa forma para a resolução de conflitos.

Aded e outros (2006) utilizam estudos internacionais e nacionais para apontar que jovens delinquentes mantidos em instituições penais frequentemente provêm de cenários familiares caracterizados por abuso, negligência e outras experiências traumatizantes. Além disso, acrescentam que abuso sexual na infância é considerado um fator de risco independente para um comportamento delinvente, com maior prevalência entre os abusadores sexuais reincidentes.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) afirma essa questão quando alerta para o fato de que a violência pode provocar mais suscetibilidade a problemas sociais, emocionais e cognitivos durante toda a vida e apresentar comportamentos prejudiciais para a saúde, como o abuso de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas, além da iniciação precoce à atividade sexual.

Diante dos depoimentos dos sujeitos e baseados nos diversos autores e estudos apresentados reafirmamos que as repercussões causadas pela violência não afetam apenas o físico e o emocional das pessoas individualmente, mas são refletidas no seu convívio social e na forma como a violência é reproduzida na sociedade. Deste modo, entendemos que a fala do entrevistado 13 relaciona e resume as marcas deixadas pela violência na saúde dos indivíduos, ao compreender a saúde de uma forma ampliada e determinada por diversos fatores sociais, culturais e comunitários.

Entendendo saúde de uma forma mais ampla, não só como a presença ou a ausência de doença, de alguma patologia, e que esteja relacionada a todos esses aspectos. Do novo conceito de saúde, eu acho que as repercussões são multifatoriais, são variadas. E aí a gente pode falar nessas repercussões psicológicas, do sofrimento psíquico mesmo, a gente pode falar das repercussões físicas, das repercussões relacionais do sujeito, a desconfiança em se relacionar com o outro, das repercussões, por exemplo, para sexualidade, para o estudo, da possibilidade de conviver socialmente... Então, eu enxergo repercussões em várias esferas na vida do sujeito (ENT. 13).

5.3 O ATENDIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE FEIRA DE SANTANA - BA

Como já exploramos anteriormente, a violência é um fenômeno complexo e multifatorial, o que já sinaliza para o fato de que o atendimento à criança e ao adolescente vítimas da violência demanda ações e práticas que muitas vezes não são comuns no cotidiano dos profissionais de saúde ao tratar de outras patologias no hospital. Neste sentido, a violência exige um atendimento pautado no cuidado integral do ser humano, e não apenas, como propõe o modelo biomédico, para responder às lesões ou doenças causadas por este fenômeno de forma unilateral. Os hospitais, os serviços de saúde e a equipe multiprofissional devem estar organizados para compreender de forma ampliada as necessidades desse grupo específico que demanda um atendimento diferenciado.

Concordamos com Algeri e outros (2008) quando afirmam que o hospital configura-se como um centro de referência para o atendimento da criança e do adolescente vítimas de violência, pois geralmente é para o hospital que são encaminhadas as lesões mais graves geradas pela violência, além disso, ele também se torna um lugar privilegiado de observação, proteção, confirmação ou de informação de presunções a partir do momento em que deixa à vista de outras pessoas as relações familiares construídas em lares violentos.

Nosso estudo busca analisar como ocorre esse atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violências em hospitais de Feira de Santana. Para essa análise, no entanto, tomamos como base o que Silva e Silva (2003) referem como uma assistência integral. Assim, de acordo com as autoras, os profissionais envolvidos devem estar preparados para desenvolver, na prática: **a suspeita/diagnóstico, investigação, assistência e tratamento, proteção, acolhimento, documentação, notificação, orientação, apoio/acompanhamento e encaminhamento.**

Para Cecílio e Merhy (2003), essa assistência integral a um paciente no hospital é o esforço de uma abordagem completa, holística, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período da vida, precise de cuidados hospitalares. Como já vimos, essa abordagem implica na garantia do consumo de tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada. Assim, tecnologia e humanização seriam combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.

Convergemos com estes autores ainda, quando referem que o cuidado no hospital em particular, é, por sua natureza, multidisciplinar, pois depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, e é imprescindível que haja colaboração entre os vários trabalhadores para que o cuidado aconteça como somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais (uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes) que se inserem num processo dialético de complementação, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital.

O cuidado precisa ser sentido, vivido e, para que isso ocorra, é necessário que ele seja absorvido e faça parte do cotidiano dos profissionais de saúde. O cuidado humano é baseado no respeito à dignidade, na sensibilidade e na ajuda. Assim, ele deve constituir-se num imperativo moral, da atitude ética, em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros, pautados em um compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo, ajudando a construir uma sociedade com base em princípios morais (WALDOW, 2005).

A compreensão de cuidado proposta para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, converge para a concepção apresentada por Ayres (2004), a partir de uma compreensão ampliada, que não se refere, apenas, ao conjunto de recursos e medidas terapêuticas, tampouco aos procedimentos auxiliares que possibilitam efetivar a aplicação destas, mas o cuidado entendido como um constructo filosófico, a partir de uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos objetivando o alívio de um sofrimento ou a aquisição de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente direcionados a essa finalidade.

Todos os profissionais entrevistados neste estudo declaram a inexistência de um guia, protocolo ou treinamento nas instituições para o atendimento às vítimas de violência. Desta forma, analisamos as falas dos sujeitos a partir das ações que estes relatam desenvolver no atendimento às vítimas e o que consideram importante neste atendimento, mesmo acontecendo de forma empírica, como relata abaixo o entrevistado 12.

Não existe guia, nem protocolo. Não existe nenhum treinamento. Na verdade o que a gente faz é empírico (ENT. 12).

A **suspeita** da ocorrência da violência geralmente é a primeira ação que desencadeia as próximas no atendimento das vítimas. Gomes e outros (2002) afirmam que a efetivação de um

atendimento depende da possibilidade de ser capaz de se identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos.

Os profissionais de saúde participantes do estudo afirmam em seus depoimentos que as suspeitas de que as crianças ou adolescentes estão sendo vítimas de violência surgem, principalmente, através da história colhida na anamnese, que, muitas vezes, é permeada de informações incompatíveis com o quadro apresentado pela criança. Vejamos:

porque tem caso que é obvio. Você confirma, o médico coloca isso, prescreve isso, faz um relatório dizendo que realmente houve um estupro. E há casos que não. A família relata que não. Teve uma mesma que relatou que a criança caiu em cima de um bloco. E aí teve essa ferida na vagina. Coincidentemente, uma outra vizinha, no dia seguinte, chegou com uma criança com o mesmo histórico, mas com uma outra história, de que, tipo assim, um boi tinha pegado, tinha arrastado e ela se bateu num toco. Então, assim, vizinhas, muito próximas, machucou justamente a área genital... (ENT. 4).

Até quando a gente colhe a história você percebe que há algum grau de negligência do acompanhante, do cuidador. Habitualmente, é quando é feita essa suspeita (ENT. 7).

Criança de dois meses com o úmero fraturado, bracinho fraturado. Entendeu? Sem história de queda, nada. Não sabe como foi. Sempre há uma distorção na anamnese, se a gente for pesquisar direitinho, há sempre uma distorção de informações. Não bate com o que a gente "tá" vendo (ENT. 18).

A gente, às vezes, não tem, assim, uma dimensão exata do que aconteceu. Mas pode ser dita na história, e aí a gente vai investigar (ENT.20).

Silva e Silva (2003) confirmam o que é evidenciado nas falas dos entrevistados, ao afirmarem que a suspeita de violência contra a criança e o adolescente geralmente surge na anamnese e no exame físico. Nesse aspecto, afirmamos que a anamnese e o exame físico são atividades essenciais, do ponto de vista semiológico, para o atendimento de todo profissional de saúde. Através de uma entrevista bem feita e realizada com objetivo de colher o máximo de informações relativas ao agravo apresentado, correlacionando com o que é apresentado no exame físico e com o olhar direcionado também para o não dito, mas manifesto, o profissional pode obter informações que não apenas facilitarão o desfecho do caso, como também pode colaborar para a atuação conjunta dos outros profissionais.

Augustyn e Zuckerman (2005) explicam que as lesões físicas suspeitas de violência geralmente são inexplicáveis ou implausíveis, sendo, muitas vezes incompatível com a

história contada ou com o nível de desenvolvimento. Como observamos nos depoimentos acima da assistente social e dos médicos entrevistados, muitos dos sinais e sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes são inespecíficos e são explicados por informações distorcidas, o que nos alerta para a necessidade de atentar para a contextualização de cada situação que se apresenta de forma individual e buscando esclarecer as possíveis causas.

Entretanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) alerta que é fundamental o olhar atento e crítico da equipe de saúde frente aos problemas identificados, seja de ordem física, sexual ou emocional, procurando a sua correlação com o relato da possível vítima, dos familiares ou pessoas de sua convivência sobre o ocorrido. Desta forma, o profissional deve focar a atenção não apenas no conjunto das partes ou num recorte de ações ou doenças, mas no indivíduo e na família, permitindo uma visão integral do ser humano.

Neste sentido, concordamos com Santoro Júnior (2002) quando afirma que a valorização dos aspectos cotidianos da vida do paciente, ao invés de se centrarem as práticas apenas na lesão apresentada, permitirá a compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar, social e cultural. É extremamente importante que todos os profissionais da equipe de saúde reúnam os dados e evidências observados, de acordo com suas competências, para a construção de uma história precisa sobre o evento.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) alerta que na entrevista com a família, os dados podem divergir dos achados clínicos e não fazer sentido com a história relatada. Por outro lado, Gomes e outros (2002) atentam para o fato de que ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliado que o profissional consegue imprimir em seu atendimento.

Ainda no que se refere à suspeita no atendimento dessas crianças e adolescentes, a repetição de ocorrências pode se constituir como um sinal importante de que a criança e o adolescente pode estar sendo negligenciada ou abusada. Conforme o seguinte depoimento desta médica:

essa criança já vinha sendo atendida no hospital. Cada dia era uma coisa. Um dia era um braço quebrado, outro dia era uma queimadura e, por fim, peguei essa criança com esse traumatismo craniano... E ela estava indo e vindo, indo e vindo. Quer dizer, a coisa não para por aí. Não parou por aí. Porque ela teve no hospital, já tinha tido umas três vezes no hospital (ENT. 18).

Este depoimento alerta para a importância da observação constante e do seguimento do caso pelos profissionais. A percepção de repetição dos casos no ambiente hospitalar, no qual os profissionais trabalham em regime de plantões dependerá muito da comunicação eficaz da equipe e do senso de responsabilidade que o profissional que atende crianças e adolescentes devem ter, no sentido de preservação da vida.

Diante de uma suspeita de violência, o Ministério da Saúde (2001) afirma que é imprescindível questionar se a lesão está de acordo com o que está sendo relatado e se realmente pode ter ocorrido da forma relatada; se a relação temporal está correta; se poderia ter sido provocada por violência intencional; se a postura da família está adequada com a gravidade do ocorrido; se houve retardo na busca de auxílio; se existem dados contraditórios na história da lesão; e se existe história anterior semelhante. Desta forma, o profissional amplia seu olhar não apenas para o tratamento da lesão, mas para o que pode estar por trás dela.

O **diagnóstico** de violência não é uma tarefa fácil, e muitas vezes ele não é concluído por falta de informações suficientes, ou por excesso de cuidado do profissional em não cometer uma injustiça. A identificação de marcas/lesões físicas é apontada pelos profissionais, principalmente por médicos e enfermeiras que participaram do estudo, como um auxílio no desfecho do caso, facilitando o diagnóstico, sendo que esses dados são alcançados através do exame físico:

chegam crianças desnutridas, bastante emagrecidas, debilitadas (ENT. 1).

A gente suspeitou da violência e depois confirmou, pelo quadro físico que a criança estava (ENT. 3).

Como... queimadura, uma criança com marcas de cigarro... (ENT. 7).

Fratura de braço, fratura de outros membros, muita coisa que a gente pega... Há poucos dias nós atendemos aqui uma criança com hematoma no olho que mais parecia um murro, mas não houve investigação. – Eu deduzi que aquilo não se tratava de uma simples queda. Até porque o olho é mais profundo. Não foi uma queda comum, aquilo ali foi um soco, foi um murro (ENT. 18).

No caso de criança que precisa estar com um cuidado mais, assim, próximo, e o menino você vê que tem repetidas lesões, ou, então, uma lesão mais grave, que se fosse uma mãe mais atenta, mais presente... (ENT. 19).

Primeiro, eu examino. Vou ver quais são as lesões, se tem lesões, se é uma coisa velada, entendeu? Se eu posso ver e comprovar alguma forma de violência, escoriações, traumas, feridas, queimaduras (ENT. 20).

Esta observação de sinais físicos, apontados principalmente por médicos e enfermeiras do estudo está ligada ao exame físico, o qual é realizado geralmente por estes profissionais. As psicólogas e assistentes sociais não fazem menção a estes sinais, em geral, por não terem a prática de realizarem o exame físico nos pacientes internados no hospital.

No estudo de Braz e Cardoso (2000), realizado com profissionais de saúde, em sua maioria pediatras, de maneira consensual, todos os entrevistados apontam fraturas múltiplas, traumatismo craniano e marcas difusas de queimaduras, justificadas pelos pais enquanto fruto de acidentes, como indícios de maus tratos.

Augustyn e Zuckerman (2005), também referem que as manifestações clínicas mais comuns do abuso físico são as equimoses, que se encontram geralmente em áreas com menos probabilidade de serem causadas por acidentes, como por exemplo, na região glútea, genital, dorsal e dorso das mãos, e podem sugerir o uso do objeto utilizado para provocar a agressão; alopecia, representada por fios quebrados em vários comprimentos, que ocorre geralmente quando os cabelos são puxados de forma agressiva; lesões intra-abdominais por impacto e traumatismo craniano.

Porém é importante destacar que na criança ou o adolescente maltratado nem sempre esses sinais são evidentes, e podem ser confundidos com outras patologias. Por isso, mesmo diante de tais evidências, o procedimento habitual é, por força da formação, requisitar uma série de exames complementares. Assim, não são valorizados de imediato, como evidências de agressões ou maus tratos. É somente após ser afastada exaustivamente a hipótese orgânica, mesmo diante de suspeitas compartilhadas por toda a equipe, que se volta para a violência (BRAZ, CARDOSO, 2000).

O diagnóstico de violência contra a criança ou o adolescente, muitas vezes, pode ser confundido com outras patologias orgânicas, por isso é extremamente importante que todos os profissionais da equipe de saúde reúnam os dados e evidências observados, de acordo com suas competências, para a construção de uma história precisa sobre o evento (BRASIL, 2001).

Braz e Cardoso (2000) também chamam atenção no seu estudo para o temor do profissional em cometer injustiça, pois os entrevistados dizem que em certas ocasiões, quando a criança é internada em função de uma doença orgânica e apresenta lesões corporais indicadoras de maus tratos, é bastante difícil firmar o diagnóstico de violência. Diante do exposto, o autor levanta a hipótese de esse temor corresponder a um mecanismo de defesa: a negação pela formação médica que privilegia uma etiologia orgânica patogênica das lesões. Então, ocorreria uma tendência a negar que as afecções não correlatas à doença de base e classicamente relacionadas a violência, pudessem ser consequências desta.

Entretanto, alguns entrevistados revelam experiências em que a violência se manifesta claramente durante o exame clínico, como pode ser observado no depoimento abaixo de uma médica:

Quando eu fui examiná-la, eu pedi que ela deitasse, ela ficou em posição anal. O ânus dela deveria ter uns quatro centímetros de abertura. Quer dizer, além de queimar a genitália dela, essa criança ainda era seviciada (ENT. 18).

Os profissionais também citam que são observadas ocorrências clínicas que parecem não ter relação direta e também apresentam a dificuldade de identificar violências que não apresentam sinais clínicos, como podemos observar nos depoimentos.

As vezes, clinicamente ela não tem nada. Eu tive um caso, ontem, assim. A criança não tinha nada, mas se queixava de precordialgia, se pensou em milhões de coisas. E, realmente, eu até suspeitei e, eu até comentei, eu disse, provavelmente é uma criança que tá sofrendo uma violência, não acho que nem é nem física, foi psicológica mesmo (ENT. 12).

E, às vezes, a violência não pode nem ser vista porque é uma coisa bastante discreta como, por exemplo, tocar na região vaginal da criança com o dedo (ENT. 20)

Nesta questão, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) afirma que é frequente, a criança ou o adolescente maltratado não apresentar sinais de ter sido espancado, mas traz consigo múltiplas evidências menores, que podem estar relacionadas à privação emocional, nutricional, negligência e abuso. A criança ou o adolescente é, muitas vezes, levado para atendimento por história de falhas no desenvolvimento, desnutrição, obesidade, hipersensibilidade, personalidade reprimida, problemas de escolaridade ou outros sinais de negligência.

Os sinais ou marcas psicológicas e emocionais, já discutidas anteriormente, também podem contribuir na identificação da ocorrência de violência. Através das falas dos entrevistados, observamos que muitos deles já conseguem identificar esses sinais através da expressão da criança e de suas atitudes durante o atendimento.

De repente uma criança mais introspectiva, mais calada, que a gente se direciona a ela e ela não tem um contato com a gente, ela não responde. Nós temos o serviço de brinquedoteca e geralmente essas crianças não vão. Ficam mais quietas. É mais essa questão psicológica que a gente observa. E a questão física... Você vê a higiene que não está adequada. Você percebe essa questão da nutrição também. É mais nesse sentido (ENT.1).

Esse sentimento de solidão, da expressão da criança, a face da criança de sofrimento, de dor, entendeu? De não poder expressar, o medo de falar. Então, que muitas crianças que veem, não de uns meses, mas crianças de três, quatro anos, você vê na fisionomia da criança o sentimento de dor (ENT. 5).

Porque a gente percebe nitidamente faces de depressão. A criança chora o tempo todo, a criança não fala, a criança não se queixa. A criança só faz chorar. É um lamento, o choro da criança deprimida. O choro da criança vítima de violência é diferente (ENT. 18).

As lesões que são feitas e, assim, a parte psicológica da criança, certo? Assim, às vezes, o retraimento dela, o choro e com pouca coisa, com pouco exame, entendeu? Chama atenção isso aí, principalmente, as lesões, quando existem, e os traumas. (ENT. 20).

Os sinais comportamentais apresentados pela criança durante o período de internação são exemplificados pela falta de interação com outras crianças, restrição a brincadeiras, depressão, medo e retraimento diante do profissional.

Ela não consegue pegar uma boneca, não consegue se inteirar com outras crianças. Então, isso já é pra gente um fator. Impossível a criança não gostar de brincar. Uma criança não gostar de um pirulito, de um doce. Entendeu? A gente tem várias festas durante a semana, os estagiários fazem aquelas reuniões e elas não participam. Elas não participam de nada. Então, isso me chama a atenção. Porque criança é alegria. Você vê uma criança introvertida, sem sorrir, alguma coisa errada “tá” aí. E ela não expressa a toa, a dor física ela não expressa. Você não expressa uma dor física. Ela não “tá” sentindo uma dor física. É a dor da alma. (ENT. 5)

A gente percebe que são crianças deprimidas, são crianças com medo, são crianças que entram com a cabecinha baixa (ENT. 18).

Nesse aspecto, os profissionais do estudo demonstram capacidade de observação de sinais muitas vezes não visíveis quando o atendimento é pautado apenas no problema físico apresentado pela criança. Estar atento para o universo que a criança e o adolescente internado circunscrevem em torno de si, é fundamental para a percepção daquilo que não se mostra ao primeiro olhar, mas que pode surgir no decorrer do internamento.

Assim, reforçamos o que Cardoso, Santana e Ferriani (2006) sugerem como imprescindível para que a identificação do caso aconteça: que o profissional tenha

conhecimento dos sinais e esteja atento, sempre, para suspeitar dessa possibilidade, quando ela não for declarada.

Deslandes (1994, apud GOMES et al, 2002), afirma que a identificação dos casos de violência que chegam aos serviços públicos de saúde é uma realidade possível, desde que fornecidas aos profissionais condições instrumentais e esclarecidas suas responsabilidades com essas crianças e adolescentes. Aliado a isso, acrescentamos e reafirmamos o papel do profissional em ampliar o seu olhar diante da criança e adolescente atendidos, esforçando-se para pensar no que pode estar encoberto, como se coloca o médico no depoimento abaixo.

E a gente percebe que, na realidade, não se faz diagnóstico porque não se pensa.
(ENT. 7)

Diante dessa questão, retomamos ao estudo do CLAVES (ASSIS,1994a) que afirma que embora crianças e adolescentes vítimas de violências reajam de forma particular, não existindo somente um tipo de comportamento que possa confirmar o abuso, observam-se comportamentos que indicam pistas que podem levar à suspeita do problema, que foram descritas anteriormente no quadro 1. Este quadro apresenta os indicadores físicos, comportamentais e características da família específicas para o abuso físico, sexual, psicológico e negligência, podem ser de grande valia para o profissional na identificação destes tipos de violência contra a criança e o adolescente.

Todavia, compreendemos que é real a afirmação de Santoro Júnior (2002), que diagnosticar casos de violência está longe de ser uma tarefa simples, inclusive para profissionais de saúde capacitados para tanto. Muitas são as dúvidas quando se suspeita de um caso de violência. A inexistência de um método semiológico que possa ser um identificador preciso faz com que se tenha que utilizar de indicadores com especificidade variável.

Assim, é urgente a necessidade de se estabelecer métodos específicos para o diagnóstico de violência, pois ao lado do apoio comunitário e de programas de prevenção da violência, o diagnóstico preciso pode evitar, inclusive, os ferimentos secundários por maus-tratos que são causas significativas de morte entre crianças e adolescentes (BRASIL, 2002).

A **investigação** é a ação do atendimento que deve permear todo o cuidado prestado à criança ou o adolescente. Deve ser feita de forma minuciosa e cuidadosa, evitando-se julgamento de valor, o que pode prejudicar a interação com a vítima e também com o

acompanhante ou família. Os entrevistados do nosso estudo convergem no sentido de que a investigação sempre começa com o acionamento do Serviço Social.

Quando se tem um paciente com suspeita de violência, violência qualquer que seja essa, habitualmente, faz-se a suspeita e a gente encaminha para o serviço social fazer a investigação (ENT. 7).

Quando descobre um caso de violência, a enfermeira aciona o serviço social para que essa mãe seja acompanhada (ENT. 9).

Então, a gente entra em contato com o Serviço Social, informa dessa suspeita, ou de fato da ocorrência de uma situação de violência e a gente informa ao Conselho Tutelar (ENT. 13).

O Serviço Social atua, como? Investigação da família. Aborda a família, procura investigar todo o contexto por trás que existe. Se eles têm ciência, se eles imaginam quem foi, quem não foi, se eles estão escondendo. Na maioria das vezes é alguém muito próximo dentro do leito da família (ENT. 15).

Essa constatação também foi encontrada no estudo de Cardoso, Santana e Ferriani (2006), no qual de acordo com todos os entrevistados, os casos de suspeita ou comprovação de maus-tratos atendidos no hospital eram encaminhados ao Serviço Social da instituição estudada.

Braz e Cardoso (2000) descrevem que o primeiro caminho para a investigação e verificação é sempre o da discussão entre a equipe. A este se segue a ação propriamente dita, quase sempre compreendendo várias conversas com os acompanhantes da criança; pedidos de ajuda à equipe de saúde mental ou ao serviço social; comunicação à direção do hospital; tentativa de encaminhamento a alguma organização não governamental e em casos considerados mais graves - os realmente confirmados - à autoridade judiciária competente.

O Serviço Social configura-se no estudo como ator importante no desenvolvimento das próximas ações no atendimento, principalmente no acionamento e encaminhamento do caso para o Conselho Tutelar.

Então, deve levar ao conhecimento do Serviço Social pra que o Serviço Social acione o Conselho Tutelar, e o Conselho Tutelar ir até essa casa pra que isso não se repita... as vezes, a gente, mesmo que não tenha lesões, a gente sempre procura internar a criança, manter dentro do hospital, num ambiente seguro e aciona o Serviço Social pra que, a partir dali, acione o Conselho Tutelar (ENT. 18).

Quem levou foi um vizinho. A gente suturou e tal e avisaram ao Conselho Tutelar. Acho que todo serviço tem a obrigação de denunciar, apurar. (ENT. 19).

Investigando e comprovando ou tendo uma suspeita forte, eu procuro acionar o Serviço Social para acionar o Conselho Tutelar. E daí, eles tomarem as providências cabíveis (ENT. 20).

Além de acionar o Serviço Social e este contatar o conselho Tutelar, os profissionais informam que durante a investigação, também se aproximam da criança e da família com o objetivo de colher informações sobre o caso.

Primeiro a gente tenta contato com essa família vítima da agressão. Tenta ver o que a gente consegue de informação... A gente faz na anamnese social. Que a gente faz uma anamnese e dentro das perguntas a gente vai tentando colher mais dados sobre a família, sobre o local que mora (ENT. 2).

E “tá” colhendo todos os dados, procurando fazer entrevista com a família, procurando “tá” buscando, fazendo a entrevista, buscando para ver realmente aquela situação se é verdadeira (ENT. 8).

A gente tenta abordar, conversar, puxar um assunto, coletar algum dado. A gente conversa com o médico, às vezes a gente nota: olha uma criança... Teve uma criança lá, essa criança ela chegou parecendo que tinha uma cintada, tinham dado uma surra de cinto nas costas dela. Então, a gente relatou: olha, ela chegou aqui na hora mesmo, da anamnese do enfermeiro. Eu percebi, comuniquei ao médico, o médico tentou coletar dados (ENT. 12).

De acordo com os depoimentos apresentados, observamos que os profissionais do estudo consideram relevante a aproximação com a família e o contexto da violência, e não apenas com o indivíduo violentado. Neste sentido, os profissionais demonstram que criam oportunidades para a aquisição de informações a cerca da história real da criança ou do adolescente.

Nesta aproximação, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) alerta para posturas a serem terminantemente evitadas: perguntar diretamente se um dos pais foi responsável pelo ocorrido; insistir em confrontar dados contraditórios ou aferir registros; confrontar os pais com descrições trazidas pela criança ou adolescente, especialmente nos casos de abuso, pois isso trai a confiança da vítima, que se sente ameaçada pelo agressor; demonstrar seus sentimentos em relação à situação, como desaprovação, raiva, indignação; e também não assumir postura de policial ou detetive, o que pode distanciar a vítima e a família do profissional, impedindo com que este obtenha novas informações.

Neste sentido, concordamos com Silva e Silva (2003) quando reforçam que o acompanhante não deve se sentir coagido, mas deve perceber que todas as informações são

valiosas para o tratamento. Quando o profissional não assume postura policial e tem clareza da dificuldade em formular um diagnóstico, ele sintetiza a investigação e otimiza as oportunidades de aquisição de informações, através da contribuição de todos os profissionais envolvidos no caso, para que se evite um maior constrangimento para a criança e o adolescente, já tão vitimados.

Porque a gente não pode julgar à primeira impressão do que a gente vê. A gente se aproxima dessa mãe, se aproxima dessa criança para ver e tentar entender o que realmente está acontecendo (ENT.1).

Muitos profissionais abordaram uma realidade grave, que ainda não é discutida em outros estudos. Refere-se à violência praticada pelos acompanhantes e que é revelada dentro da própria instituição. O comportamento violento muitas vezes desenvolvido no ambiente doméstico é repetido normalmente pelos acompanhantes no hospital, devendo os profissionais estar atentos para o que a equipe, acompanhantes e outras pessoas verbalizam sobre as crianças.

Às vezes, aqui, já chegou casos de a gente não detectar no primeiro momento, o médico avaliar, passar dois, três dias e depois a gente perceber, com o convívio da criança e da mãe aqui, a gente passou a perceber a questão de as vezes a mãe violentando. Às vezes a mãe deixando de dar comida, que isso também é uma violência. A vizinha do lado, a acompanhante, chamava e falava: “A mãe de Fulano de Tal não tá dando comida, bate, deixa ele com fome.” Então, daí é que a gente começou a perceber, então a gente já dá uma atenção maior. Começa a investigar mais. Começa a pedir para as técnicas de enfermagem colaborarem, tem que ficar prestando atenção, porque elas ficam muito perto (ENT. 14).

Já teve casos de a mãe bater, de a gente tá fazendo algum procedimento referente aos cuidados e ela perder a paciência e bater na criança. De mães que vem o alimento... a dieta, e não dá, às vezes elas que se alimentam da dieta do filho. Em outros casos jogarem fora. Semana passada mesmo, segundo informações das mães... uma mãe tentou asfixiar a filha (ENT. 9).

Tinha uma mãe que qualquer coisa ela batia na criança... Eu entrei na enfermaria, acho que umas duas vezes, ela batendo, de sandália e tudo (ENT. 6).

A investigação como parte de um cuidado integral às vítimas de violência exige dos profissionais da equipe de saúde que esta seja pautada em uma postura acolhedora. Desta maneira, acreditamos que o **acolhimento** e a atitude de **proteção** à criança e ao adolescente

poderão fortalecer o vínculo, desencadear a humanização no atendimento e promover o encorajamento da confiança da vítima no profissional. Os profissionais consideram essas duas ações como importantes no atendimento, não restringindo o cuidado da criança ou do adolescente apenas à situação de violência que este foi submetida.

As crianças, as vezes, não querem falar sobre aquilo, ou já cansaram, porque já passaram pelo DPT, já fizeram aqueles exames de corpo e delito. Aqui também no hospital, já foi examinada pelos médicos. Teve uma criancinha, a última vez que eu peguei um caso de suspeita de violência sexual, que ela disse assim: “eu quero falar de qualquer coisa, menos daquilo”. E foi falar das bonequinhas, dos brinquedinhos, dos coleguinhas. Ensinando-nos que a criança não é só a violência que sofreu (ENT.10).

No primeiro momento, fica todo mundo chocado, mas a gente procura dar carinho, confortar da melhor forma possível. Chegar, assim, sempre com cuidado com a criança. Porque muitas vezes a criança fica envergonhada. Então, ela não quer que você fale o que aconteceu. Ela vai aceitar o carinho, assim, mais retraída, mas vai aceitar o carinho. Presta cuidado, damos assistência e com alguns dias aqui ela começa a confiar, começa a se dá um pouquinho (ENT. 17).

Tenta passar segurança, tenta passar firmeza nas palavras, tenta conversar, se a gente vê que a criança não quer conversa a gente tenta pelo menos uma brincadeira, pra vê se ela se descontraí, pra vê se ela sai desse momento de medo. Porque tudo que vai se aproximar dela ela acha que vai ser a mesma pessoa que cometeu o ato, o ato de violência. Eu acho que a gente tenta deixar confortável, o mais confortável possível, tenta ajudar (ENT. 16).

Mais uma vez neste estudo, o cuidado aparece de acordo com a perspectiva de Ayres (2004, p. 85), quando este menciona que o momento assistencial deve fugir de uma objetivação “dessubjetivadora”, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo “objeto de intervenção” que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. O autor salienta, e concordamos desta forma, que, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela; pode ser estabelecida a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar suas fendas. Nesse sentido, o cuidar exige um tipo de saber que se distingue da hegemonia da técnica e da ciência.

No depoimento do entrevistado 17, chama-nos à atenção o que a técnica de enfermagem coloca sobre a criança não querer falar sobre o que aconteceu, abordando que o profissional deve respeitar este momento e tentar criar um vínculo de confiança, a partir do respeito. Neste sentido, Silva e Silva (2003) afirmam que o cuidado à criança e ao adolescente vítimas de violência deve ser baseado nos princípios de humanização do atendimento e da integralidade das ações, em que a equipe multiprofissional deve viabilizar

uma atenção adequada e eficaz, mas principalmente, ética e segura, garantido sigilo e proteção, sem aumentar o dano sofrido, respeitando o tempo, o ritmo e a decisão da pessoa.

Algeri e Souza (2006), ao tratar sobre essa questão em relação aos profissionais de enfermagem, salientam que é importante que o profissional, através de sua conduta, faça com que o hospital seja um ambiente menos hostil, menos agressivo e mais acolhedor. Para isso, o enfermeiro deve, em suas ações de cuidado, incluir aspectos lúdicos que vão ao encontro do mundo infantil, buscando minimizar a dor e o sofrimento causados pela violência. No nosso estudo, como não tratamos de uma categoria profissional específica, consideramos que essas ações de cuidado devem ser desenvolvidas por toda equipe multiprofissional envolvida no atendimento da criança e do adolescente vítimas de violência.

O acolhimento e proteção, por sua vez, também devem ser baseados na **orientação, apoio e acompanhamento** das vítimas e dos acompanhantes, que muitas vezes, são os agressores. Essas atitudes podem ser demonstradas através de conversas, escuta da vítima e da família, e orientação quanto ao novo posicionamento. Vejamos o que pensam os entrevistados:

então, a gente tenta as vezes conversar, quando a gente vê que a gente não conseguiu solucionar... (ENT. 6).

A gente tenta dá o maior apoio à criança que está sendo violentada. E, também, assim, ficar mais alerta em relação à mãe e tentar, também, dá um apoio à mãe, orientar que não é dessa forma, que ela tem que agir certo, de outra maneira, que isso não é correto. Então, a gente tenta orientar e acompanhar o máximo possível para ver o comportamento dela em relação ao filho (ENT. 9).

É necessário também uma escuta e um acompanhamento para todas as pessoas que estão envolvidas nessa situação (ENT. 10).

Então, tenta ter, na verdade, esse cuidado maior e estar sempre orientando a família (ENT. 4).

Algeri e outros (2007) indicam e também entendemos deste modo, que o hospital pode se configurar como um espaço de suporte, a partir da constituição de novos modelos de integração entre seus profissionais e a família. Deste modo, estas instituições acabam criando outra representação na vida das crianças e das famílias envolvidas em situações de risco social.

A partir da convivência dos pais, muitas vezes, agressores, com a criança hospitalizada por violência, oportuniza-se conhecer e interagir com a equipe, abrindo espaços para

construção de uma relação de ajuda que busca, a cada instante, a conscientização da importância de uma nova forma de se relacionar com a criança, estabelecendo, portanto, um viver saudável e a oportunidade para romper-se o ciclo da violência multigeracional (ALGERI, SOUZA, 2006).

A **assistência e o tratamento** das crianças e adolescentes violentados deve visar o acompanhamento integral durante a internação, a articulação entre a equipe e a avaliação psicológica. A cura das lesões físicas decorrentes da violência não deve ser o único objetivo pretendido pela equipe, embora seja uma ação importante, é necessário tratar também as outras feridas causadas no emocional das vítimas. Neste ponto, os entrevistados salientam a importância do psicólogo para o acompanhamento e criação de vínculo com a criança ou adolescente violentado:

E [a criança] está na época de formação. É importantíssimo a gente ter esse cuidado. Até porque o correto seria cada criança que foi vítima, especialmente de violência doméstica, não seria simplesmente atendido e a gente mandar para casa. Teria que ter todo um trabalho com ajuda de psicólogos pra tentar entender o que isso gerou à criança, o quê que ele pensa a respeito disso, para reconduzi-lo novamente a sociedade (ENT. 7).

É chamado o psicólogo, porque é preciso fazer o acompanhamento com o psicólogo, para conversar com a criança e com a mãe, pra ouvir os dois lados para vê o que é que está causando este tipo de coisa (ENT. 9).

E a parte da assistência mesmo, as pessoas tentam, na medida do possível, trabalhar com a criança, dá uma especial atenção, ficar atenta, porque se foi violência física, ficar atenta, já que quem vai ficar acompanhando é o pai e a mãe, e supondo-se que essa violência aconteceu em casa, as pessoas ficam também atentas. Eventualmente me chamam para tentar fazer uma avaliação e criar algum vínculo com essa criança para que ela possa trabalhar essa vivência (ENT. 10).

É feito tudo que é necessário para o quadro clínico. Aborda a psicologia dentro do hospital, é quem vai tá acompanhando esse paciente (ENT. 15).

Porém, é apontado por um dos profissionais, que muitas vezes a passagem pelo hospital ocorre de forma rápida e não é possível iniciar um acompanhamento com o psicólogo, o que torna mais evidente a necessidade de uma rede de proteção para dar continuidade ao acompanhamento dessa criança quando sair do ambiente hospitalar.

Muitas vezes, essa internação aqui no hospital é muito rápida. Então, a gente não tem condições de, por exemplo, já iniciar um acompanhamento psicológico (ENT. 13).

O **registro** no prontuário de todo atendimento prestado e também dos encaminhamentos feitos é de suma importância, pois permite comunicação entre a equipe sem revitimizar a criança com tantas perguntas. Quando o profissional suspeita, deve registrar os indícios verificados no prontuário do paciente (DOMINGUEZ, 2008).

Até a própria pediatra, ela relata, ela já faz um registro no prontuário, pra fazer haver essa investigação (ENT. 5).

Por mais que o plantão seja passado verbalmente, tem que ter alguma coisa documentada pra registrar o fato, pra que não seja uma coisa só falada, seja escrita (ENT. 12).

Ao fazer o devido registro do caso suspeito ou confirmado de violência no prontuário do paciente, o profissional abre mais uma porta de comunicação com outros da equipe que não estejam presentes naquele momento, reforçando o cuidado especial que deve ser dispensado à vítima. Além disso, o prontuário, por ser um instrumento também com fins legais deve conter toda a história do paciente para casos em que haja necessidade da devida apuração do fato.

Entretanto, além de registrar, é de suma importância **notificar** aos órgãos competentes a ocorrência da violência contra a criança ou o adolescente. Os profissionais do estudo, em sua maioria, consideram a necessidade desta ação no atendimento.

Porque a gente sabe que violência é algo grave, é algo que está aí no nosso dia a dia. Se a gente não notificar, se a gente não tomar providência, como é que a gente vai tentar reverter essa realidade se a gente não tem conhecimento do que é essa realidade. Qual é o quadro que eu tenho. Porque se eu não sei o que é que eu tenho, eu não posso tentar resolver (ENT. 4)

Eu sei que, ainda que seja suspeita, é nossa obrigação como profissional de saúde comunicar o conselho, acionar o conselho. E, muitas vezes, as pessoas vêm dos interiores e também, igualmente, se aciona os conselhos municipais das referidas cidades de origem. E, essa parte aí é a parte legal, digamos. (ENT. 10).

Porque se você não foi contra, não notificou, você foi cúmplice do ato (ENT. 12).

Neste ponto, de acordo com os depoimentos apresentados, os profissionais consideram a notificação importante, pois permite o conhecimento da realidade da violência contra a criança e o adolescente, e com isso, pode permitir a reversão deste quadro. O entrevistado 10 demonstra consciência de que é obrigação do profissional de saúde notificar, e o entrevistado

12 vai mais longe, colocando o profissional que não notifica na posição de cúmplice do ato, ou seja, através do seu silêncio, colabora ou participa do ato violento.

Pode-se definir notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente como a informação emitida por qualquer órgão ou pessoa, para o conselho tutelar, com finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente vítimas de violência. A notificação inicia um processo que visa interromper atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor (ALGERI et al, 2007).

Saliba e outros (2007) chamam atenção para o fato de que os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

O ato de notificar deve ser uma tarefa realizada por todo e qualquer profissional, todavia nos hospitais deste estudo, segundo os profissionais entrevistados, a notificação é feita pelo Assistente Social ou pelo Psicólogo e confirmado pelos mesmos.

Geralmente a notificação quem faz é o Serviço Social (ENT. 3).

[...] a gente notifica pro Juizado, que é o juizado da Vara da Infância e da Juventude e para o Conselho Tutelar. E aí a gente solicita que esses órgãos acompanhem a criança durante todo o período de hospitalização [...] No caso suspeito, a gente age da mesma forma. Não deixa nunca de notificar para os órgãos competentes. A gente notifica da mesma forma e solicita acompanhamento (ENT. 15).

Roseno (2008) afirma que notificar é sem dúvida o primeiro passo para a redução da violência, pois sem isso, a situação da violência não será alterada. O profissional de saúde muitas vezes é o primeiro a ter contato com a vítima de violência e nele pode estar toda a diferença entre a continuidade daquela relação ou sua superação. Portanto existe uma questão ética de extrema responsabilidade.

Embora a responsabilidade do profissional de saúde frente à violência possa ser discutida sob dois aspectos principais, o jurídico e o da consciência moral, Saliba e outros (2007) destacam, por sua vez, as obrigações legais e éticas a que estão expostos.

Desta forma, os autores citam o artigo 66 do Decreto-lei 3.688 de 1941, que reconhece como contravenção penal, a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho. O não cumprimento acarreta pena

pecuniária, que é uma multa em dinheiro incidente sobre o patrimônio do infrator. Assim, o profissional de saúde deverá comunicar crime cometido contra qualquer pessoa, independentemente de idade ou gênero da vítima (SALIBA et al, 2007).

Além disso, cuidado institucional e profissional é um direito que a criança e o adolescente têm. Para o profissional, prover a assistência e notificar são deveres previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dispostos nos artigos 13 e 245 (BRASIL, 1990).

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1990).

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: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 1990).

Como obrigação ética, os códigos de ética médica, odontológica, de enfermagem e psicologia foram avaliados por Saliba e outros (2007), para verificar como é tratada a questão. Nenhum desses documentos apresenta a expressão violência, explicitamente. Porém, alguns artigos fazem referência à obrigação que estes profissionais têm de zelar pela saúde, dignidade e integridade humana. Assim, as normas específicas de cada profissão preveem, mesmo que implicitamente, a necessidade que os trabalhadores da área de saúde têm de denunciar as situações de violência aos órgãos competentes.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde publicou, no Diário Oficial da União, a Portaria nº 1968, de 25 de outubro de 2001, que estabelece a obrigatoriedade da Notificação Compulsória para os profissionais dos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), criando a Ficha de Notificação Compulsória de Maus-Tratos Contra Criança e Adolescente – a ficha VIVA (ANDRADE, 2005).

Em 2009, ocorreu um treinamento em Feira de Santana – Bahia, com o objetivo de capacitar os profissionais para o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Ficha VIVA) e a partir de então ocorreria a implantação da mesma nos hospitais públicos do município. Porém, dois anos depois, o que constatamos durante este estudo é que, infelizmente, essa notificação através da ficha VIVA ainda não é uma realidade nos hospitais estudados, visto que apenas

uma assistente social fez referência a essa possibilidade como instrumento para notificação dos casos de violência.

E aí a gente já leva a ficha VIVA pra está notificando esse caso e encaminhando aos órgãos competentes (ENT. 2).

Concordamos com Gonçalves, Ferreira (2002) e Saliba et al (2007) quando afirmam que a notificação é um poderoso instrumento de política pública, pois ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência e ainda permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência. Desta forma, o ato de notificar é um elemento crucial na ação contra a violência, na ação política global e no entendimento do fenômeno.

Contudo, muita controvérsia permeia ainda o tema, sem perspectivas de solução imediata. É fato que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação.

Neste sentido, é muito importante que os profissionais tenham uma **atuação interdisciplinar** nos casos de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, até mesmo para conhecer todos os mecanismos de proteção que podem indicar para estas vítimas. A comunicação da equipe é apontada pelos sujeitos do estudo como fundamental para conseguir resolutividade no caso:

a gente tenta se aproximar dessa mãe, desse responsável, para tentar ver o que foi que aconteceu. Junto com a psicologia para tentar intervir, aciona o serviço social, também. Se for o caso, o conselho tutelar é acionado. A equipe multiprofissional, a gente tenta atuar, se aproximar dessa família para ver o que realmente está acontecendo (ENT.1).

A partir do momento que a gente faz essa detecção, antes mesmo do Serviço Social, logo de imediato a gente comunica a equipe, ao próprio técnico... Geralmente eles já percebem também, com o olhar, já. E ao pediatra ou residente a gente já dá uma sinalização. Enquanto isso a gente avisa à administração (ENT. 5).

A gente precisa ter um funcionamento da equipe muito efetivo para essa identificação. Porque muitas vezes é uma informação que chega, por exemplo, ao

setor de enfermagem, mas que não chega diretamente ao setor de psicologia. A gente precisa ter uma coesão para trocar essas informações, para estar analisando, para conversar com a mãe, para avaliar junto à criança se existe, de fato, algum indício que indique isso (ENT. 10).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2001), afirma que todo o processo de atendimento, que vai do diagnóstico à notificação e à tomada de decisões sobre como proteger a vítima e atuar junto ao agressor, é uma construção coletiva de todos os que acreditam na possibilidade de modificar o quadro cultural e social da violência contra a criança e o adolescente.

Desta forma, é imprescindível que haja um trabalho em equipe multidisciplinar, pois um diagnóstico precoce da situação permite a elaboração de planos de cuidados adequados. A participação do grupo e a supervisão são fundamentais, já que, além de proporcionar a experimentação da superação dos limites da formação e da experiência profissional, também propiciam um espaço onde são compartilhadas as impressões, as ansiedades, os avanços e as frustrações de cada profissional (ALGERI, SOUZA, 2006).

Todos os profissionais, independente da área em que atuem passam a ser responsáveis em minorar as sequelas de crianças e adolescentes que estão em situação de violência, sendo dever de todos criar condições adequadas para que elas tenham o direito inalienável à vida.

Mas não basta apenas ser interdisciplinar e multiprofissional, o trabalho na área da violência contra a criança e o adolescente requer intervenção intersetorial através de um conjunto de instituições atuando de modo articulado. Nesse sentido, a notificação coloca para fora dos limites do serviço de saúde, o problema ali detectado e convoca parcerias cuja ação tem-se mostrado imprescindível na área (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

A intersetorialidade no atendimento dependerá do **encaminhamento**, que se refere ao acionamento do Conselho Tutelar, Polícia e outros órgãos competentes para também acompanharem o caso. Geralmente para que a ação ocorra de forma resolutiva é necessário o conhecimento da rede de proteção existente. Os profissionais mais uma vez atribuem essa ação ao serviço social. Assim como no estudo de Gomes e outros (2002), em termos de encaminhamento exterior, o que mais se configura é o ato de notificar aos Conselhos Tutelares:

nós fazemos o comunicado para o Serviço Social, e o Serviço Social vai fazer o preenchimento desse formulário. Elas que encaminham para o Conselho Tutelar e os outros órgãos (ENT. 5).

A gente tem, assim, a ficha de encaminhamento social que a gente faz relatando a suspeita, a gente nunca confirma. Faz relatando a suspeita e aí eles que vão fazer a averiguação. Porque, não cabe, assim, à gente, enquanto assistente social, dentro do hospital, “tá” averiguando isso pra confirmar. Isso aí é com o Conselho Tutelar (ENT. 2).

Geralmente, também, quem faz esses encaminhamentos é o pessoal do Conselho, a gente trabalha muito com isso: encaminhar pra eles para eles encaminharam para os órgãos que eles acham que devem inserir essa criança ou “tá” participando de uma atividade (ENT. 14).

O Conselho Tutelar vai lá, investiga pessoalmente, pra que se dê um fim nisso. (ENT.18)

No estudo de Cocco e outros (2010), os serviços de referência mais mencionados pelos profissionais do estudo, também, foi o Conselho Tutelar. O autor afirma que isso também está de acordo com a pesquisa desenvolvida nas cinco capitais brasileiras, e em quase todas, os serviços de saúde também encaminham as crianças vítimas de violência para o Conselho Tutelar, para a Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA) ou para programas de assistência social.

O conselho tutelar deve apurar a denúncia e encaminhá-la aos órgãos competentes para que o direito infringido seja restabelecido. Assim, ele se configura como um aliado nas ações de discussão e encaminhamento de vítimas de violência e suas famílias, pois esse órgão complementa as ações dos profissionais de saúde e desta forma contribui significativamente para a proteção da criança e do adolescente (MACHADO, 2006; COCCO et al, 2010).

Além do Conselho Tutelar, o Juizado de Menores também é citado nas falas dos sujeitos, porém aparece em menor intensidade:

Quando acontece uma suspeita de violência aqui dentro do hospital, nós procuramos averiguar a situação e encaminhar ao Conselho Tutelar, Juizado, aos órgãos competentes pra lidar com a situação (ENT. 2).

Deve ser acolhido como qualquer outro paciente, observado esses sinais de violência, a gente deve “tá” entrado em contato com os órgãos responsáveis, tipo, Conselho Tutelar e outros que agora, assim, eu não estou lembrada... Ah, Juizado de Menores (ENT. 8).

É o Serviço Social quem faz, geralmente, o relatório completo, a gente passa para o Conselho Tutelar via fax, ou liga, se não tiver fax eles mesmos vem buscar ou a gente manda e passa pro Juizado de Menores. Todos os relatórios e todos os casos de suspeita ou confirmação, nós fazemos esses relatórios e mandamos para os dois órgãos. Tanto para o Conselho Tutelar e tanto pro Juizado (ENT. 14).

Alguns profissionais de saúde entrevistados não citam os órgãos, mas referem a importância de encaminhamento para a rede e órgãos pertinentes ao atendimento das crianças e adolescentes vítimas de violência.

Eu, particularmente, tento ver o encaminhamento pra rede. (ENT. 4).

Vai recorrer aos órgãos pertinentes pra estar procedendo com a investigação. Então, esse órgão, provavelmente, vai ter condição de investigar, de avaliar se procede ou não procede a denúncia (ENT. 10).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) apresenta como indispensável o trabalho conjunto com as Coordenadorias da Infância e da Juventude, Conselhos Tutelares e outros órgãos de proteção para que se possa determinar, com maior profundidade, a dinâmica do caso de violência, seu diagnóstico e prognóstico.

No estudo de Cocco e outros (2010), evidencia-se também que os médicos, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem mencionam que, além do reconhecimento e atendimento das lesões físicas e emocionais, eles têm a preocupação e obrigação de comunicar as ocorrências aos órgãos de proteção à criança, como o Conselho Tutelar, a Promotoria Pública e o Juizado da Infância e Adolescência.

Os profissionais que atuam no ambiente hospitalar, na emergência ou na unidade de internação, ao comunicar as ocorrências ao Conselho Tutelar estão complementando um dos componentes da estratégia de cuidado. Esta ação deve ser integrada à de outros órgãos públicos e da sociedade incumbidos da proteção legal e civil à criança e ao adolescente, para que o problema da violência possa ser combatido. Caso contrário, a criança é atendida, o problema clínico é resolvido no âmbito hospitalar e ela voltará para o ambiente que gerou o atendimento (COCCO et al, 2010).

O profissional de saúde precisa ter conhecimento científico sobre a violência, para cumprir com sua responsabilidade em relação ao atendimento. Além disso, deve exercer o seu compromisso legal e moral, enquanto cidadão/profissional, comunicando oficialmente aos órgãos pertinentes os casos suspeitos de violência contra as crianças ou adolescentes. (ALGERI, SOUZA, 2006).

Porém, para que o atendimento às vítimas atinjam o objetivo de sanar ou reduzir a violência na sociedade, é necessário que todos da equipe visem o **cuidado integral**, não apenas ver a criança e o adolescente nos aspectos físicos, mental e social; mas também ver a

situação como um todo, que a violência atinge não apenas a vítima, mas a família, os profissionais e todos que estão próximos a ela, como refere a assistente social a seguir:

A gente faz o acompanhamento da criança enquanto internada e da mãe ou do acompanhante (ENT. 2).

Neste sentido, concordamos com Cardoso, Santana, Ferriani (2006) quando afirmam que o atendimento deve envolver, além da vítima, a família e recursos da comunidade a fim de evitar recidivas. Os profissionais que atuam no serviço de saúde têm como dever diagnosticar e atender os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência, além de encaminhá-los e acompanhá-los objetivando um atendimento integrado.

Apesar de não existir qualquer protocolo de atendimento nos hospitais do estudo, observa-se que muitos dos profissionais têm ciência das ações que devem ser desenvolvidas, porém elas não ocorrem de forma articulada e unânime em todo atendimento, se restringindo muitas vezes, a ação pontual de um profissional que age motivado pela sensibilização ética ou moral.

Embora, o nosso objetivo não seja comparar as ações desenvolvidas pelas categorias profissionais individualmente, e sim as ações da equipe multiprofissional como um todo, a seguir, descrevemos as ações mais comuns evidenciadas pelos entrevistados de acordo com sua categoria profissional.

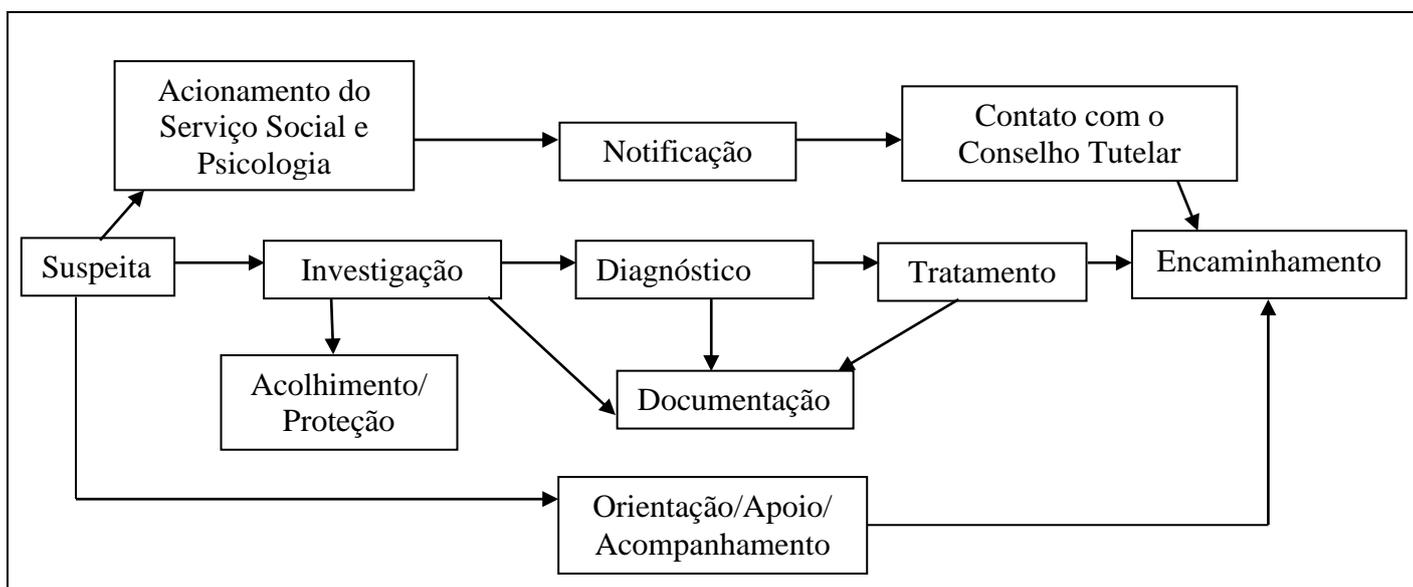
Quadro 3. Ações mais comuns no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, descritas por cada categoria profissional.

Assistente Social	Enfermeiro	Médico	Psicólogo	Técnico de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita; • Investigação; • Encaminhamento ao Conselho Tutelar e ao Juizado; • Acompanhamento durante a internação; • Anamnese Social; • Notificação; • Comunicação com a equipe; • Encaminhamento para a rede. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita; • Investigação; • Identificação de sinais físicos e psicológicos; • Comunicação ao Serviço Social; • Acionamento do Conselho Tutelar; • Comunicação com a equipe; • Registro no Prontuário; • Acolhimento; • Orientação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita; • Investigação; • Identificação de sinais físicos e psicológicos; • Diagnóstico; • Comunicação ao Serviço Social; • Acionamento da Polícia; • Tratamento das lesões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação; • Acionamento do Conselho Tutelar; • Trabalho em conjunto com o Serviço Social; • Avaliação psicológica; • Acompanhamento familiar; • Notificação • Encaminhamento para a rede. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar; • Orientar; • Investigação; • Informar ao Serviço Social; • Acolher; • Confortar.

De acordo com o quadro 2, observamos que a suspeita da violência geralmente é realizada nos hospitais do estudo por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, enquanto a investigação é uma ação citada por todas as categorias entrevistadas. O acionamento do Serviço Social está presente em todas as categorias, porém o encaminhamento para o Conselho Tutelar é citado como realizado pelos enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. O diagnóstico, propriamente dito, e o tratamento das lesões são citados apenas pela categoria médica, o que pode estar relacionado ao fato de estes serem responsáveis por essas ações no hospital; o mesmo ocorre com a avaliação psicológica que é citada apenas pelos psicólogos do estudo.

A partir do que foi verbalizado pelos profissionais que realizam o atendimento de saúde às crianças e adolescentes vítimas de violência, nos hospitais do estudo, é possível construir um fluxograma das ações desenvolvidas por eles:

Fluxograma 1 - Ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde dos hospitais, no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência.



No próximo capítulo, apresentaremos e discutiremos os entraves citados pelos sujeitos do estudo, que se configuram como as dificuldades para a ocorrência de um atendimento integral, contínuo e resolutivo para as crianças e adolescentes vítimas da violência. Assim como, descreveremos as estratégias apontadas por estes profissionais como sugestões para a melhoria nesse atendimento.

5.4 ENTRAVES E ESTRATÉGIAS PARA O ATENDIMENTO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Cuidar da criança e do adolescente com problemas de saúde não é uma tarefa fácil. Requer uma sensibilidade maior para entender situações nem sempre evidentes, além de uma complexidade de fatores envolvidos no adoecimento. Assim, verificamos que a atuação dos profissionais não pode restringir-se apenas aos aspectos biomédicos, mas faz-se necessário pensar além deles, em qualquer situação.

Quando tratamos de crianças e adolescentes em processo de adoecimento pela vitimização por violência, essa dificuldade aumenta. É necessário que haja por parte dos profissionais de saúde e de toda estrutura envolvida, o entendimento de que, além da doença, é necessário o olhar voltado para a pessoa e seu contexto, e também que se responsabilizem tanto pelo tratamento da lesão e a reabilitação quanto pela prevenção e a proteção individual e coletiva. Assim, é preciso compreender de forma ampliada o processo em que a criança e o adolescente estão envolvidos e o sofrimento destes a fim de realizar ações que visem intervir nas diversas dimensões relacionadas ao sofrimento e ao adoecimento. Enfim, um atendimento comprometido com o cuidado e com a produção de saúde e de vida.

Diversos estudos (ONU, 2006; ALGERI et al, 2007; COCCO et al, 2010) apontam as dificuldades para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência: o medo das vítimas em denunciar; o silêncio dos pais, principalmente se a violência for cometida por um cônjuge ou outro familiar; o estigma associado a denúncias de violência, além da não disponibilidade de mecanismos seguros ou confiáveis para denúncia.

Na prática, existem entraves que dificultam a ação dos profissionais de saúde, como a falta de conhecimento científico apropriado para reconhecer os sinais de maus-tratos, as dificuldades para um atendimento integral à criança e ainda questões éticas que envolvem os casos de violência intrafamiliar, numa sociedade em que se considera privativo o espaço doméstico. (CARDOSO, SANTANA, FERRIANI, 2006).

Essa realidade não se restringe apenas aos campos já pesquisados, mas a muitos dos serviços de saúde no Brasil e no mundo. Algeri e outros (2007) salientam que apesar da legislação progressista, do compromisso público e do engajamento do setor saúde, muitos têm sido os desafios encontrados por seus profissionais e serviços para a consolidação efetiva de ações de prevenção e acompanhamento das vítimas de violência.

Os estudos mostram que o cuidado prestado nas instituições está aquém do desejado e neles se constata que, apesar da preocupação dos autores em registrar que os profissionais pesquisados entendem que a abordagem do cuidado deve ser ancorada na interdisciplinaridade e na relevância da notificação para fins epidemiológicos e de estudo e para prover proteção e reabilitação, muitas vezes, esses profissionais não agem desse modo (COCCO et al, 2010).

No nosso estudo, os profissionais classificam os principais entraves para o atendimento hospitalar às crianças e adolescentes vítimas de violência, a partir de sua prática e de acordo com o contexto que estão inseridos. Assim, discutiremos as dificuldades apresentadas, agrupando-as em: aquelas que estão relacionados às vítimas, às famílias, aos profissionais, à estrutura e à rede de apoio.

No que diz respeito às dificuldades relacionadas às vítimas, o **medo** é citado como principal entrave na confirmação ou identificação do caso de violência.

Aquele medo de até olhar pra você, medo de levantar a cabeça e olhar (ENT. 16).

Os profissionais relacionam este medo da criança ou do adolescente à **proximidade da vítima com o agressor**, ou até mesmo à **dependência emocional e financeira deste**. Assim, muitas vezes, a criança e o adolescente não denunciam o agressor pelo medo de voltar para casa, reencontrá-lo e sofrer danos ainda maiores, ou até mesmo o medo de que seu pai ou sua mãe sejam presos e ela não tenha mais o suporte que recebe destes, conforme referem estes depoentes:

em se pensando em violência doméstica, ou próxima ao seu domicílio, é o próprio medo da criança. Porque, assim, você vai voltar para esse mesmo lugar. Eu não vou denunciar - na cabeça da criança é assim: eu não vou falar que a minha mãe me bate porque quando eu sair do hospital eu vou voltar para o mesmo lugar [...] no caso da criança e da mulher eles são dependentes, geralmente, do agressor. Dependentes financeiramente, dependentes emocionalmente daquele que o agride. Então, é complicado você chegar e “- Ah, ele me bate!”. Sim, e depois, você vai pra onde? Você vai voltar pro mesmo lugar onde você estava. Esse é um dos principais fatores que fazem com que a gente acabe diagnosticando pouco, e mesmo aqueles que são submetidos a violência, não falam (ENT. 7).

Então, às vezes o pai está te agredindo, você quer até denunciar, mas tem medo, porque é seu pai e você vai voltar pra casa. E aí? É seu pai! Eu não vou querer ver meu pai preso por mais que ele me agrida (ENT. 7).

Porque os maiores causadores disso estão bem próximos... é a nossa família. É pai, é padrasto, é um primo, é um tio, são pessoas bem próximas. Eu acho que é isso aí que dificulta a identificação. Porque a pessoa que é violentada, precisa muito de ajuda... (ENT. 16)

Elas têm medo de represálias, de dizer o que aconteceu em casa realmente e depois aquilo retornar ao lar e retornar a mesma violência da qual ela foi vítima [...] É muito difícil uma criança revelar para o profissional o que foi a realidade dos fatos. Às vezes, entra em contradição e aí solta – Foi minha mãe, foi meu pai. Ai, depois, volta com outra historinha – Não, foi meu coleguinha. Entra em contradição. Ela nunca acusa diretamente o causador das lesões, seja física, seja psicológica, seja sexual. Porque tem o medo. Ela sabe que aquilo não vai dá em nada... Que vai voltar pra casa. Vai voltar pro mesmo ambiente e morar com as mesmas pessoas e que aquilo vai se repetir (ENT. 18).

Estudos (ALGERI, SOUZA, 2006; ALGERI et al, 2007) demonstram que a família propiciadora de violência, determina para a criança ou adolescente, uma situação de desproteção e vulnerabilidade. Desse modo, é importante analisar o fenômeno em sua complexidade social, política, econômica e cultural, e a conexão entre todos esses aspectos na gênese da violência. O relacionamento interpessoal, quando se configura um padrão abusivo de interação entre pais e filhos, geralmente, foi construído historicamente por indivíduos que revelam as marcas de sua história pessoal no contexto social, econômico, político e cultural em que se inserem.

Ferreira e outros (1999) também alertam para o fato de que a proximidade com o agressor eleva o risco de reincidência, e a negação da violência implica todo o núcleo familiar, muitas vezes conivente. Desta forma, é necessário um trabalho de grande sensibilidade para estabelecer vínculos com a pessoa que leva a criança ao atendimento, para que seja possível intervir e transformar essa realidade.

Associado a isto, **a culpa e a vergonha** da criança contribuem para que ela silencie sobre o abuso sofrido, assim como a culpa e a vergonha, também estão na base da relutância dos profissionais de reconhecer e relatar os abusos. As ações para o estabelecimento de vínculos são instrumentos fundamentais para o processo de conhecimento e visibilidade desse problema nos municípios, estados e país, colaborando com trabalhos de pesquisa e, conseqüentemente, proporcionando melhoria na qualidade dos programas de intervenção (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2009).

Em relação às dificuldades relacionadas às famílias, o **silêncio dos pais** também é, muitas vezes, decorrente dessa questão, porque a família aparece em muitos casos como a causadora ou como a acobertadora da violência. Nas falas dos entrevistados do estudo ficam claras situações vivenciadas que demonstram **a família como causadora da violência**.

Comecei a investigar a mãe e percebi que era ela a causadora daquilo tudo (ENT. 18).

Já peguei, também, uma criança que a avó colocava um ferro na genitália, queimava a genitália da criança com ferro. Caso de estupro, de pai estuprar uma criança enquanto a mãe lavava roupa na zona rural. Ele mesmo levou a criança para o hospital. Só que essa, dentro do centro obstétrico, ela revelou que foi o pai. A mãe dela estava lavando a roupa no quintal e, enquanto isso, ele aliciava a criança. O próprio pai... (ENT. 18).

A mãe, assim, larga em casa e vai pra uma festa e tal... Também já atendi um menino que a mãe quebrou um vidro de perfume na cabeça dele (ENT. 19).

A família é um meio dificultante. Porque eles tentam esconder, principalmente, que a gente sabe que a maioria dos casos de abusos sexuais ocorre na própria família. Então, a gente vê uma dificuldade da família em esclarecer (ENT. 20).

Parece que ela tinha sido mandada repetir. A mesma criança. Eu cai, eu cai. E dava pra ver que não era uma queda, porque era muito circular e protuso. Então, a gente viu que era um soco que tinha sido dado. E foi perguntar a mãe, a mãe sem querer dizer. A avó disse que não era, que ela caiu. Então, como ela caiu... Como é que bate no chão e de repente aparece um hematoma desse tamanho no olho? Então, a família as vezes dificulta porque ela é a causadora do quadro e encobre (ENT. 20).

Também fica bastante evidente o acobertamento dessa violência pela família, principalmente quando a violência é causada por alguém próximo ou pertencente a mesma família. Assim, atuam mais como cúmplices pelo silêncio do que como agentes da denúncia.

A gente não tem como confirmar. A equipe aborda a família, tenta ver como é o relacionamento em casa, se a criança brinca, se tem alguém estranho dentro de casa. Mas, assim, é uma coisa que depende se a família vai verbalizar ou não (ENT. 12).

A gente vê de uma forma muito repetitiva, e isso é algo que me chama a atenção, o movimento, muitas vezes, da mãe, da acompanhante, da responsável, muitas vezes, de negar se o abusador é alguém da família (ENT. 13).

Porque quando é padrasto ou pai, a mãe quando gosta do companheiro ela nunca diz que é ele (ENT. 16).

Às vezes a criança quer até falar. Mas tem algumas que quando estão sozinhas com a psicóloga fala. Porque “tá” longe da mãe. Que a psicóloga ouve junto com a mãe e separada. Aí muitas até confiam e falam alguma coisa (ENT. 17).

Mas se for, digamos, o pai, a mãe que leva, muitas vezes eles tentam acobertar, mas fica falando que caiu de escada, caiu de cama. A gente nunca sabe. Às vezes fica difícil a gente dizer se é verdade, ou às vezes, é negligência mesmo (ENT. 19).

Entretanto, é importante considerar as causas de acobertamento pela família. No que se refere à mãe, muitos entrevistados trazem à tona a realidade que muitos estudos (BRASIL, 2006b; 2009a) já confirmam, ela também é vítima na maior parte das vezes.

Talvez seja até a própria situação do familiar, que ele não vai querer se expor e dizer que violentou a criança, eu entendo assim. Então, assim, ele pode está omitindo muitas informações, e isso dificulta. Que ele vai omitir! Que ele não vai dizer “- Eu violentei!”. Muitos vão omitir. A gente tem que “tá” pesquisando realmente, buscando, até encontrar. Eu acho que a maior dificuldade é essa (ENT. 8).

A própria mãe quando traz a criança ela já sofre violência. Então, ela não vai falar pra gente: Ah eu sou espancada, eu, sei lá, o meu marido todo dia me humilha. Eles não falam. Então, assim, a gente tenta investigar... (ENT. 12).

E aí, entrar mesmo nessa perspectiva de compreender essa pessoa como alguém também que tem um sofrimento. Não nessa perspectiva de vilão e vítima. Mas de pessoas que estão relacionadas numa situação de violência (ENT. 13) .

E muitas vezes o acompanhante, que muitas vezes é a mãe, não permite que ela fale. Porque também tem algo a esconder, alguma coisa assim. Ai ela não quer que fale (ENT. 17).

Como uma segunda causa de acobertamento, observamos nas entrevistas que muitos profissionais revelam que, em alguns casos, é difícil para um membro da família acreditar que a violência está ocorrendo por um dos familiares. A descrença de que a situação é real pode levar a omissão em muitos casos, fazendo com que a criança ou o adolescente fique exposto por mais tempo a essa situação, conforme relatam a psicóloga e a assistente social a seguir:

é que, muitas vezes, essa acompanhante, ou a mãe, não acredita nisso, ou se faz omissa diante da situação (ENT. 13).

Como ela disse que nunca imaginou que o marido pudesse agredir, assim, abusar mesmo, violentar sexualmente as três filhas dela. Então, assim, é um choque pra gente. Que ela me falou bem assim: “tá vendo assistente social, a gente convive com uma pessoa e a gente não sabe quem é” (ENT. 14).

Assentimos com Algeri (2005) quando afirma que a violência nas relações familiares inscreve-se no mundo das relações de poder, no qual todos têm sua parcela de responsabilidade, pois pensar em violência intrafamiliar remete a análise de que, anterior a

ela, ou com ela, o Estado é omissivo nas questões de proteção e assistência às famílias para que estas tenham as condições necessárias de zelar pelos direitos fundamentais das crianças.

Assim, a violência precisa ser enfocada por diversos ângulos, pois, dependendo do paradigma usado para compreender a razão pela qual esse fenômeno acontece no cotidiano de cada um, é que se estabelecerá uma adequada intervenção. No entanto, isso não deve justificar o silêncio devido ao pacto familiar, que causa atraso nos cuidados e subnotificação da violência contra crianças e adolescentes (ALGERI, SOUZA, 2006).

O problema chega aos serviços de saúde em diferentes situações e momentos, principalmente quando o evento da agressão provocou repercussões graves. Esse quadro é, no entanto, precedido de situações menos agudas, difíceis de diagnosticar e, principalmente, que acobertam seu caráter sistemático e constante. Exemplo disso são as demandas dos pais em relação aos filhos, quando inapropriadas à idade e ao seu nível de desenvolvimento neuropsicossocial (BRASIL, 2001).

Os profissionais do estudo também relatam que embora haja essa dificuldade, em muitos casos, a experiência no atendimento com as mesmas características faz com que eles já percebam o que está acontecendo, aquilo que está encoberto pelos familiares e acompanhantes das vítimas, como explicam:

a criança chegou mês passado vítima de uma queda, em que a queda com a fratura da perna não tinha nada a ver com as palavras da mãe. Quando a mãe se ausentou, com uns dois ou três dias, e veio outra pessoa, a criança já começava a ter uma evolução, ela já começava a ter um contato com outras crianças, ela já falava, já se expressava. E aí a gente, aproveitando essa oportunidade, foi ver o relato. Ela foi presa na própria casa e teve uma fratura de perna. A própria criança revelou, entendeu? Então, ela fica com medo da mãe, mas, a partir do momento que a mãe sai, ela já consegue se expressar (ENT. 5)

Geralmente, os pais ficam nervosos, eles não querem sair da sala, eles intimidam a criança com o olhar, com falsos carinhos. Eu já sei perceber... Vinte e tantos anos de profissão. Eu percebo... Eles ficam sempre de junto dos filhos com medo de deixar a sós. Quando a gente pede que eles se retirem, a criança, geralmente, entra em pânico. Chora. Ela não tem coragem de dizer o que acontece (ENT. 18)

A criança ou o adolescente que sofre um episódio de violência tem maior risco de vivenciar um subsequente ou simultâneo episódio violento, no mesmo ou em outro ambiente, o que é denominado pelos estudiosos como “revitimização” ou “ciclo da violência”, tornando mais difícil o rompimento dessas vivências. A família ocupa posição estratégica, podendo

algumas de suas características expor a criança a mais episódios violentos (AVANCI et al, 2009, p. 384).

Assim, Roseno (2008) afirma que o silêncio, por medo, insegurança ou convivência, deixa o caminho aberto para um degrau a mais na escada da violência. Quando a família se torna um componente do complexo gerador de violência, por algum motivo, de origem externa ou interna, pode haver um desequilíbrio no fornecimento de condições adequadas para o bem estar da criança e do adolescente, e, o desenvolvimento desses indivíduos estará comprometido. Porém, se os pais forem considerados semeadores de conceitos, valores, hábitos e costumes, a base familiar será compreendida como um fator que pode interferir no controle da violência. (CARDOSO, SANTANA, FERRIANI, 2006).

Entretanto, além de causar ou encobrir a violência, os autores ainda referem que **famílias podem estar despreparadas por falta de informação** ou por incapacidade de compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos e tornam-se violentas por tradição. (ALGERI, SOUZA, 2006; ALGERI et al, 2007). Os profissionais do estudo também citam esse despreparo das famílias para lidar com a violência como um aspecto que dificulta o atendimento às crianças e adolescentes.

Então, assim, os pais não são preparados para lidar com a violência, a criança não tem um preparo, não tem uma pessoa para orientar. Então, para ele lidar com essa questão tem que ser ele mesmo pra acabar absorvendo isso tudo (ENT.2).

Então, acho que isso ainda é um pouco, pouco mesmo, batido. De que não tem muito essa atenção [...] O que chama mais minha atenção é o leito familiar, porque eu fico imaginando o que é que se passou ali por trás até chegar o ponto de acontecer isso com a criança (ENT. 15).

Para Algeri e Souza (2006), a violência que ocorre silenciosamente dentro das famílias e na sociedade, como se fosse um fenômeno banal, é ainda um assunto cercado de mitos e tabus. A falta de informação e, muitas vezes, a falta de apoio para discussão de assuntos que estão no cotidiano dessas famílias tornam o ambiente doméstico como um meio gerador de tensões, que, muitas vezes, são resolvidas pela violência.

O Ministério da Saúde situa a família como o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos; quem primeiro transmite os valores, usos e costumes que irão formar a personalidade e a bagagem emocional das pessoas. A sua dinâmica e organização são baseadas na distribuição dos afetos, criando, no espaço doméstico, um complexo dinamismo

de competições. Essas disputas são orientadas pelas diferenças de poder entre os sexos e, no contexto afetivo, motivadas pela conquista de espaços que garantam o amor, o reconhecimento e a proteção, necessidades básicas da condição humana. Trata-se, dessa forma de disputas que estimulam sentimentos ambíguos de amor/ódio, aliança/competição, proteção/domínio entre seus membros. Famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a se tornar violentas (BRASIL, 2001).

Strey e Azambuja, (2004) consideram que a pedagogia da violência tem sido utilizada como uma popular e comum maneira de manter o controle sobre as crianças e que é ampla a disseminação dos castigos físicos como forma de educar crianças em todas as sociedades e em todos os tempos também.

Assim, consideramos necessário romper com a ideia de **naturalização da agressão física**, isto é, como um instrumento legítimo que a família, culturalmente, possui para disciplinar a criança. (CARDOSO, SANTANA, FERRIANI, 2006). Esta naturalização da agressão física foi também levantada pelos sujeitos do estudo. As mães descritas nas situações dos trechos destacados consideram esta forma de agressão um meio de disciplinar ou de ensinar a criança o que consideram certo.

A gente conversando com ela [a mãe]: “ - Ah, todo mundo foi criado assim e não vai ser esse que não vai ser criado assim. Se eu não bater agora, na rua, vão bater até matar. Então, é melhor bater porque cresce já sabendo o que é a vida.” (ENT. 6).

Às vezes “tá” chorando porque tá estressado, “tá, num ambiente hospitalar, às vezes, “tá” tomando medicação, fica estressado. Mas elas acham que não. Que o menino tem que “tá” sempre aceitando tudo, ou, então, que na base do tapa, na base do beliscão vai resolver. Sendo que não resolve. Acaba piorando, estressando mais ainda aquela criança (ENT. 16).

Neste sentido, aquiescemos com Avanci e outros (2009) ao considerarem a atmosfera familiar afetiva como sendo uma das questões que mais incrementam a vida saudável de uma criança, podendo inclusive protegê-la de problemas frequentes e inerentes ao seu dia-a-dia. Porém quando o uso da violência é visto de forma natural, as crianças e adolescentes também apreendem que a resolução de conflitos deve ser feita dessa forma.

Também neste estudo, encontramos que o uso da violência, visto como forma de educar, é geralmente aceito por nossa sociedade. Gonçalves e Ferreira (2002), afirmam que outra situação enfrentada no dia a dia do atendimento refere-se àquela em que, embora sejam visíveis os prejuízos causados à criança, a família não se considera violenta, e recusa qualquer

forma de intervenção ou auxílio. Esses casos exigem ação de médio e longo prazo, e muitas vezes, a medida aplicada pelos Conselhos Tutelares tem sido o acompanhamento. Desta forma, os Conselhos são o suporte para o trabalho de conscientizar a família sobre os benefícios gerados por uma alteração nos seus códigos de comunicação.

Dentro dessa perspectiva de naturalização da violência, o próprio abuso sexual tem sido justificado pela visão que muitas vezes se tem do menor como propriedade do adulto. As crianças e os adolescentes tornam-se vítimas indefesas, que sofrem a dor causada não só pela violência ou pelo trauma sexual como também pelas consequências da insegurança dentro de suas próprias casas e pelas sequelas psicológicas que desenvolvem (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2009).

Neste contexto, Deslandes, Assis e Santos (2005) retratam a infância como uma fase da vida extremamente delicada e importante, que requer investimentos afetivos e de suporte social. Os cuidados que as crianças recebem da família, de outros grupos sociais e de instituições influenciarão sobremaneira sua possibilidade de sobrevivência e de qualidade de vida. Além disso, servirão também como um espelho de valores no qual ela vai se mirando e formando suas ideias sobre si e sobre o mundo.

Os entrevistados citam em seus depoimentos que as crianças podem apresentar revolta e indignação pelo tratamento que recebem e, que ao invés de educar os pais acabam produzindo uma atitude contrária nos filhos.

a criança se revolta com aquilo. E cresce uma criança agressiva, criança violenta, às vezes, provoca briga na rua, na escola. E a família acaba tendo mais problemas para depois conseguir tirar isso da criança e poder dar uma educação de qualidade. Acho que a violência, ela não ajuda em nada na criação das crianças. Às vezes acaba até criando algum problema, porque a criança se revolta, cresce uma criança revoltada com os pais e a família por essa questão (ENT. 6).

Na adolescência, a violência pode ser ainda mais prejudicial, pois o indivíduo encontra-se em plena fase de desenvolvimento. Essa fase é marcada geralmente por variações e mudanças psicossociais e afetivas, de conduta e de comportamento. Como o adolescente ainda não tem completamente desenvolvido o seu poder de autodefesa e de administração de suas dificuldades, necessita que profissionais das diversas áreas o estejam subsidiando, dando acesso aos recursos disponíveis para lidar com o fenômeno da violência (SOUZA, 2007).

Um dos médicos entrevistados atenta para a violência que ocorre nesta fase da vida, e alega que nos adolescentes, esse fenômeno é muitas vezes relevado não apenas por profissionais de saúde, mas também pela polícia.

Acho que em adolescentes as pessoas relevam mais algumas coisas. E muitas vezes é uma idade até pior para os efeitos depois. É que o adolescente já percebe mais, a falta de carinho dos pais e tal. Ou um comportamento que não era esperado de uma pessoa que tem que cuidar dele, da família dele. Acaba refletindo depois, no comportamento. Na agressividade que ele tem com o resto da sociedade a qualquer momento, e fica, talvez, na defensiva. Eu acho que até os profissionais ou a polícia relevam... E aí fica por isso. Porque acham que adolescente pode ser espancado. Enquanto não quebra um osso, fica nessa (ENT. 19).

No que diz respeito aos adolescentes, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) enfatiza que é fundamental que os pais respeitem esse momento em que este vive as várias transformações no corpo, no humor, nos sentimentos, na forma de se enxergar e de ver o mundo e todas as dúvidas que se acumulam, além de ter que lidar com o aumento das suas responsabilidades. Assim, é importante criar um clima de confiança, no qual seja possível ouvir a opinião um do outro, ainda que divergentes, sem agressões, ofensas, desrespeito ou desvalorização, além de criar espaços de diálogos com os filhos para compreender melhor esse momento tão importante na vida deles.

Entretanto, não são apenas as dificuldades relacionadas às vítimas e às famílias que se configuram como entraves para o atendimento, mas também àquelas relacionadas aos profissionais. A “**lei do silêncio**” citada por um dos entrevistados, muitas vezes, impera nos atendimentos, deixando o problema para ser resolvido por outras instâncias e submetendo, muitas vezes, às crianças e adolescentes à revitimização, conforme explica o depoimento a seguir:

muitas vezes, é como eu lhe disse, ocorre a lei do silêncio. Atendeu, prescreveu ali, curou, quer dizer entre aspas, curou a lesão, mas não curou a causa principal. Porque aquilo vai se repetir e, talvez, passe até pra uma coisa pior (ENT. 18).

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a denúncia obrigatória dos casos de violência por parte do profissional que os atenda, resultando em pena de multa de três a vinte salários referência, aplicando-se o dobro no caso de reincidência se o médico, professor ou

responsável por estabelecimentos de saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente (BRASIL, 1990).

Estamos de acordo com Braz e Cardoso (2000) de que a responsabilidade do profissional frente à violência, como já discutida, deve estar ligada aos valores éticos da sociedade na qual se vive e da qual se pensa criticamente a partir do desenvolvimento e história de vida apresentados. Este é o fator que marca as diferenças no agir e pensar de cada indivíduo.

Mas isso precisava de uma participação maior dos profissionais, porque uma andorinha só não faz verão. Alguns pensam como eu. Porque se eu pegar um caso desse, eu denuncio. Porque se não, eu vou estar sendo conivente com a agressão. Eu vou coparticipar daquilo. Porque se fosse um filho meu, eu não iria permitir que uma babá, ou alguém fizesse. Porque com o filho dos outros eu vou permitir que uma criança indefesa fique a mercê? (ENT. 18).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (ONU, 2006) relata a importância da ação decisiva do profissional frente à realidade diária da violência contra a criança e adolescente, a fim de promover a proteção e o desenvolvimento integral do ser humano que é cuidado.

A prática dos profissionais de saúde deve estar pautada no rompimento do silêncio e da acomodação que envolve a problemática da violência, buscando entender as contradições das relações de poder constitutivas de uma ordem social hierárquica e desigual, na qual se mesclam relações de gênero, classe, raça, idade, entre outras (ALGERI, 2005).

É também importante salientar que o silêncio contribui para a ocorrência de novos casos. E o silêncio dos profissionais, muitas vezes, é demonstrado pela falta de notificação dos casos que atendem, como é observado no caso dos profissionais entrevistados.

A gente faz só a notificação. Não são todos os profissionais que fazem. Eles encaminham pra gente e pra psicologia (ENT. 2).

Só quando chega ao conhecimento do Serviço Social é que, realmente, a gente faz a notificação, encaminha pro Conselho e para a Vigilância Epidemiológica. Normalmente, a equipe aqui, ela não tem isso como uma rotina. E o entendimento de que é uma ação de todo e qualquer profissional de saúde e não só do assistente social. Infelizmente, a gente não vê uma parceria da equipe para a notificação (ENT. 4).

Eu não sei como é feita essa notificação. Mas é o Serviço Social quem notifica, que chama a polícia. É ele que toma as iniciativas. A minha função, assim, dentro da unidade hospitalar é notificar verbalmente. É dizer ou mandar uma CI por escrito contando o caso, informando a própria equipe toda: médico, fisioterapeuta, tudo. A minha função como enfermeira é essa, é a notificação verbal e a comunicação. Essa parte de acionamento do Conselho Tutelar, de Polícia fica a cargo do Serviço Social (ENT. 12).

O silêncio leva à subnotificação da violência que é uma realidade no Brasil, apesar das determinações legais contidas no ECA. Todavia, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (SALIBA et al, 2007).

Os profissionais que atuam de forma cotidiana nos serviços de saúde, notificando casos e atendendo as famílias, se deparam com consideráveis problemas e empecilhos, principalmente, pela dificuldade de articulação com os serviços de proteção e com os próprios conselhos tutelares. Infelizmente, mesmo com uma lei tão avançada como o ECA, as redes de atenção às vítimas ainda são precárias ou inexistentes, levando a que o primeiro e o último passos de um processo de atendimento se reduzam ao tratamento das lesões e à denúncia, quando esta acontece (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

Para além da descrença quanto à resolubilidade dos casos por parte dos conselhos, a notificação, por vezes, não é feita por conta do medo de sofrer represálias (GOMES et al, 2002). Esse medo é citado pelo entrevistado 18 como presente na classe médica.

É o silêncio. O silêncio dos próprios profissionais que atendem... Talvez, medo de represália dos pais. As vezes a gente está lidando com pessoas perigosas. A classe médica é uma classe que fica com medo de denunciar e depois sofrer represália. Aí prefere tratar ali o problema no nível de emergência e deixar pra lá. Deixar o caso pra polícia, mas até que a polícia venha a descobrir, a saber... geralmente a denúncia parte dos vizinhos, e não dos hospitais. O silêncio dificulta muito. Se todos pensassem assim, dessa forma: Eu devo tomar uma providência, eu devo ajudar essa criança a sair desse quadro... (ENT. 18).

Porém além do medo e dos mecanismos de proteção incipientes, o silêncio pode ser causado pela **falta de preparo dos profissionais** que causam dificuldades para identificar e confirmar a violência, principalmente na ausência de sinais clínicos. A falta de treinamento, de guias, protocolos, normas técnicas e rotinas para a orientação dos profissionais de saúde, já

alegado por Silva e Silva (2003) constituem uma realidade e muitos profissionais enfrentam cotidianamente dúvidas quanto a maneira mais correta de agir, realidade vivenciada pelos profissionais entrevistados.

A gente não é treinada para isso, a gente não é... Ninguém estudou, ninguém foi orientado a como se portar, como abordar essa família. Na verdade, a gente é... Nós somos treinados pra fazer o nosso papel como enfermeiros, como a parte de enfermagem, como técnicos. Então, a parte clinica da coisa (ENT. 12).

A gente, às vezes, não tem competência pra “tá” investigando, “tá” supondo algumas coisas... (ENT. 19).

A identificação da violência nos serviços de saúde ainda é permeada por muitas incertezas. A temática ainda não está inserida na maioria dos currículos de muitos profissionais, logo, eles não têm acesso a informações básicas que permitam diagnosticar e intervir de forma resolutiva (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Saliba e outros (2007) reforçam que a maioria das disciplinas dos cursos de saúde não contempla em seus currículos e programas de educação continuada a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo na saúde das vítimas. O despreparo do profissional em lidar com as vítimas se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos.

Por essa razão, concordamos com Algeri e outros (2007) quando ratificam que não são raras as situações em que encontramos profissionais desinformados e despreparados para trabalharem com a complexidade da violência, repetem tarefas automáticas e acabam reproduzindo a violência sob guarda institucional. Os autores ainda salientam que muitos profissionais desconhecem as políticas públicas implantadas no país, não identificam precocemente situações de violência e sentem-se impotentes para atuar de forma efetiva na detecção, tratamento e prevenção da violência intrafamiliar contra a criança.

As universidades, enquanto campos de formação, precisam inserir essa problemática que tem sido causa de alta mortalidade e morbidade na formação educacional oferecida, porém deve-se preocupar em mais do que ditar o que deve ser feito, como uma receita pronta, mas possibilitar a formação de consciências individuais e grupais nos sujeitos, que ofereçam embasamento e segurança para estes serem capazes de agir quando for necessário (ALGERI, 2005).

Todavia, não compete somente à estrutura de ensino fornecer todas as respostas às questões que se apresentam, pois cada situação apresenta-se como particular e individualizada, além de envolver a questão ética de resguardo e divulgação, justamente para preservar os sujeitos, visando possibilitar uma educação/reeducação, que não deixe danos ainda maiores e sequelas ainda mais profundas naqueles envolvidos (ALGERI, 2005). A situação de violência não pode ser compreendida fora de seu contexto particular e é necessária atualização constante, através de grupos de discussão que permitam que os profissionais sanem possíveis dúvidas particulares às situações atendidas. Às instituições hospitalares cabe fornecer esses subsídios aos seus profissionais.

Cocco e outros (2010) afirmam que as equipes que trabalham nos serviços de emergência precisam estar ativamente envolvidas com o processo de suspeição, detecção e notificação para que as casuísticas dos serviços possam ser avaliadas com legitimidade. O serviço em que estes profissionais estão inseridos necessita de investimentos no preparo técnico e científico desses trabalhadores, no sentido de aperfeiçoar conhecimentos e habilidades, o que pode contribuir para o melhor atendimento das vítimas de violência.

Cardoso, Santana e Ferriani (2006) questionam até que ponto procede a responsabilização prevista pelo ECA, indistintamente, para os profissionais de saúde que não denunciam a violência, já que essa atitude depende diretamente, das informações de que dispõem sobre o tema, considerando a falta de preparo dos mesmos. Essa questão diz respeito à corresponsabilidade institucional no sentido de promover a atualização dos profissionais para questões emergentes de saúde.

Algeri (2005) ressalta que não é raro enfermeiros e outros profissionais da área da saúde terem dificuldades para identificar e/ou cuidar da questão acerca da violência familiar. Essas dificuldades levam os profissionais a apresentarem sentimentos de negação, raiva, projeção, ansiedade e de muita impotência, que surgem diante destas situações, os quais parecem estar relacionados ao âmbito de defesa do próprio ser humano, como uma maneira de amenizar seu próprio sofrimento.

Todavia, Algeri e Souza (2006) afirmam que os profissionais precisam se confrontar e lidar com seus próprios sentimentos e emoções acerca do tema de violência, trazendo à tona conflitos éticos e morais, que precisam ser explorados ao longo de sua formação, através das disciplinas envolvendo o assunto, e no ambiente profissional, por meio da educação continuada.

Somente um dos profissionais citou que tinha acesso a um Guia de Preenchimento da Ficha VIVA, fornecido pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

Tem um guia aí que eu dei uma olhada. Me parece que antes de eu chegar o pessoal tinha vindo aqui, da Secretária, da vigilância. Existe um guia de orientação de como preencher a ficha viva, ele fica aqui no Serviço Social numa pasta e existem os formulários da ficha VIVA. Esse guiazinho dá o passo a passo da questão do que deve ser preenchido, do que não deve ser preenchido, dessa questão da abordagem (ENT. 4).

O preparo e treinamento dos profissionais são de suma importância para um atendimento de qualidade às crianças e adolescentes vítimas de violência no hospital. Entretanto, Ciuffo (2008) destaca que o papel dos profissionais de saúde nas situações de violência contra a criança deve estar pautado não apenas nesses conhecimentos técnicos e científicos, mas também na sensibilidade para lidar com cada caso, para que seja consistente e resolutivo. A **sensibilidade do profissional** também é citada pelos entrevistados como ponto importante no atendimento de vítimas de violência, incluindo que a falta desta pode causar distância e perda de informações importantes para o cuidado.

Cada um tem sua forma de agir, cada um tem sua forma de se dedicar a sua assistência. As vezes, assim, para lidar com crianças é preciso profissionais mais abertos, mais comprometidos, mais brincalhões, mais extrovertidos. E, as vezes, infelizmente, assim, não é em toda parte. Tem pessoas que são muito fechadas, entendeu? Tem que ter uma forma de lidar, de interagir com elas de uma forma que você não acabe causando uma distância, tentar ter um diálogo entre a mãe e a criança para que gere uma finalidade (ENT. 9).

A parte de enfermagem e médicos eles são muito mais técnicos. O social e o psicológico agem já com a outra parte. Que é o mexer, que é o investigar, que é você saber interpretar as palavras do outro lado com atenção. Então, você tem um senso crítico para a fala dos familiares muito mais rápido e você entende de uma outra forma. Assim, não que o médico e que a enfermagem não deixem de ter, também, essa agilidade no atendimento, mas eles estão mais voltados pra um outro lado. E também vai muito, também, da sensibilidade do ser humano. Você também pode ser um médico, ter a parte técnica e ter uma sensibilidade que um assistente social que está no plantão naquele momento não tem (ENT. 15).

Muitas vezes, essa falta de sensibilidade pode causar a **dificuldade para estabelecer contato e formar vínculo** com a criança ou adolescente agredido. Outras vezes, os profissionais relatam que, por serem vítimas de ações violentas, muitas das crianças e adolescentes não querem falar sobre o assunto e isso dificulta a abordagem do tema, conforme os seguintes depoimentos.

Eu acho que dificulta mais no contato inicial com a criança... Do profissional com a criança, porque quando a criança é vítima de violência ela tem receio quando nós chegamos perto dela. Ela não sabe o que é que “tá” esperando. Então, assim, esse primeiro contato, essa primeira formação do vínculo dessa relação, é mais complicada. Aí quando se forma esse vínculo, aí vai facilitando. Mas o início, o contato inicial, é o mais complicado com essa criança (ENT. 1).

Porque ela já vem com aquele negócio na cabeça, porque a mãe não vai instruir, ah, você vai pro hospital porque você “tá” dodói. Não! Chega, ah, porque você sofreu isso, porque fulano lhe violentou, eu vou lhe levar pro médico depois vou pra delegacia. Então, pra criança essas informações todas é muito complicado. Assim, para elas entenderem que a gente, enquanto assistente social, não “tá” aqui pra julgar, pra elas adquirirem uma confiança na gente, é difícil (ENT. 2).

O estigma e preconceito dos profissionais infelizmente ainda constituem uma realidade presente nos nossos dias. Comentários da equipe sobre o caso, olhares diferenciados para a criança causam estranhamento entre a equipe e a vítima e dificultam a criação de vínculo e a capacidade de obter informações tanto da vítima quanto do acompanhante, como se observa a seguir.

Nós trabalhamos numa equipe multidisciplinar, mas tem profissionais que tem um grau de instrução menor. Então, assim, o pessoal da higienização, da recepção, quando chega um caso suspeito de violência e que essa notícia “vaza” pro hospital, eles já olham a criança com outros olhos, entram na enfermaria e fazem pequenos comentários. Então, assim, isso dificulta o nosso trabalho com o paciente e com a acompanhante (ENT. 2)

Os preconceitos. O que é que pode acontecer se eu disser realmente para um profissional de saúde que a minha filha foi abusada ou que o pai abusou? Então, há esse preconceito... o que é que vão pensar dela? O que é que vão pensar de mim? Então, isso dificulta até pra equipe que está entrando em contato com essas informações (ENT. 13).

Muitos dos entraves relacionados aos profissionais são explicados pelos sujeitos do estudo pela **falta do trabalho em equipe**. A atuação desarticulada dos profissionais faz com que cada um espere pelo outro, ou que cada um exerça seu papel individualmente, causando prejuízos para a saúde dos indivíduos e gerando novos entraves no atendimento.

A gente não tem trabalho em equipe. Eu acho que quando você tem uma equipe bem articulada, e quando eu falo de articulação eu falo de respeito mútuo, de discussão. Eu acho que a gente já começa num processo falho por aí. Você não tem uma equipe articulada, integrada, onde são parceiros nesse processo. Eu acho que o processo é muito isolado aqui dentro. Por isso toda essa dificuldade. É tudo muito estanque. E

aí eu fico empurrando, pensando que é problema do médico, que é o problema da assistente social, que é do enfermeiro, quando na verdade o problema é de todos nós (ENT. 4).

Cocco e outros (2010) afirmam que pelo fato de o setor saúde trabalhar, rotineiramente, somente agravos em que se conhecem claramente causas e efeitos, que não é o caso da violência, estabelece-se como desafio para a equipe multiprofissional esse trabalho conjunto, pois o profissional, além de observar e suspeitar, deve ser capaz de caracterizar o caso e optar por intervir, tarefas nem sempre conhecidas e claras.

Assim, os autores referem-se à educação permanente como imprescindível para permitir que os profissionais das instituições hospitalares possam pensar coletivamente o processo de trabalho, refletir sobre sua prática e proceder uma realimentação teórica, que certamente, repercutirá na qualidade da assistência. Esta proposta deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Além dessas questões, a falta de funcionamento da equipe, ocasiona **a informação fracionada**. Esse fracionamento, que podemos caracterizar, também, como ruídos na comunicação, faz com que muitos casos passem despercebidos pelo serviço de saúde, o qual acaba atuando como cúmplice da violência por permitir a continuidade do evento, sem intervir para a sua minimização, conforme o depoimento a seguir:

eu acho que o processo ainda é falho dentro da instituição. Eu acredito que há casos que tenham passado pelo hospital e a gente não tenha tomado conhecimento. Normalmente, o profissional atende e libera pra casa. Às vezes, não faz nenhum encaminhamento devido. Ou encaminha, como a gente já viu, direto para o exame de corpo e delito. E aí, quando a gente procurou, já foi pra lá e você fica sem maiores informações e esclarecimento do que realmente aconteceu, até para você notificar. Então, eu acho que a comunicação ainda é um processo muito falho dentro do hospital, então, nem todos os casos de violência contra criança e adolescente chegam ao nosso conhecimento e os que chegam ao nosso conhecimento, a gente faz a nossa parte (ENT. 4).

A falta de um funcionamento interdisciplinar da equipe. Isso também que acaba dificultando um pouco essa assistência. Alguém acaba compreendendo que aquela informação chegou, mas não deve ser dividida com o resto da equipe (ENT. 13).

Ainda, no que se refere ao trabalho em equipe, os profissionais alegam a importância do psicólogo na equipe, pois uma das instituições do estudo **não contava com psicólogo voltado para pediatria** e isso dificulta muito o trabalho com as crianças.

Mas isso é eventualmente, porque não tem psicóloga na pediatria, então não é um atendimento, uma assistência sistemática que esteja disponível para as crianças aqui no hospital, não. É muito difícil num trabalho, assim, pontual, “tipo” eu ir lá uma vez ou duas. É muito difícil a gente fazer um trabalho mesmo efetivo de elaboração da vivência pelas crianças, ou de poder trabalhar com esses pais também, se a violência foi causada por um dos dois. Poder realizar um trabalho, propriamente, de mudança de posição, de uma reflexão sobre sua prática. A gente faz encaminhamentos (ENT. 10).

A parte psicológica se nós não temos suporte, como é que a gente vai dá suporte? Eu acho que antes de ter psicólogo, eu sempre falei, antes de ter psicólogo pra a criança, pra mãe, tem que ter um psicólogo pra equipe. Pra dar um suporte. Porque a gente ficar com uma criança violentada, uma criança grave, repercute também na própria atuação nossa (ENT. 12).

No estudo de Cocco e outros (2010), observa-se também que entre as estratégias referidas pelos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem está o apoio psicológico, entendido como acolher, dar afeto e estabelecer vínculo, aspectos inerentes ao cuidado que visam ajudar as criança ou adolescentes vítimas de violência a se sentirem seguros no ambiente hospitalar durante o atendimento e minimizar os traumas da violência. Porém, neste estudo, não se faz menção ao acompanhamento psicológico por um profissional da área, o qual certamente poderia lançar mão de estratégias de cuidado apropriadas e de recursos teórico-metodológicos de abordagem no enfrentamento do problema.

Profissionais das diversas áreas da saúde são importantíssimos para o atendimento, pois cada um, através dos conhecimentos específicos e daqueles formados coletivamente, poderá intervir de forma eficaz, propiciando melhoria do atendimento prestado à criança e ao adolescente. Nos casos de violência, é nítida a importância da presença do psicólogo e do assistente social na equipe de atendimento não somente de forma pontual, mas de forma contínua, de forma que ofereça suporte não apenas para a vítima, mas também para a equipe, que sofre no processo de atender as vítimas.

Diante dessa questão, o profissional de saúde é tomado por sentimentos de impotência e de fragilidade diante do problema. A sensação de que não fez nada, o desgaste da equipe, a angústia, a incapacidade de dar respostas frente a não resolutividade do caso são sentimentos frequentes vivenciados pelos profissionais que atuam no atendimento hospitalar às vítimas de violência, conforme os relatos a seguir:

a criança ficou muito tempo aqui, aí a gente acabou se apegando à criança. Aí o Conselho Tutelar, inclusive, quando recebeu alta, veio buscar e levou pra casa e a

gente achou que tava tudo resolvido. Depois a gente ficou muito sentido quando soube que veio a óbito por conta da mesma violência que a gente já tinha denunciado. A gente ficou até indignado (ENT. 3).

A criança tem alta e o que acontece do lado de fora a gente não sabe. Então, eu acho, que quando a gente não consegue ajudar, a gente fica com uma ideia meio de culpa. Que a criança vai sair e vão fazer de novo. Ela vai ser vítima de estupro de novo, ela vai ser negligenciada de novo, não vão alimentar ela do jeito que deveria. Então, o que fica pra mim do contexto inteiro, é a sensação de que o circuito não se completou, eu não consegui ajudar efetivamente a criança. O que me marca mais é essa sensação de que eu não fiz nada [pausa]. Eu não consegui fazer nada... (ENT. 12).

O problema é que, muitas vezes, a gente pensa: a gente presta esses cuidados todinhos aqui, assistente social, psicóloga e a criança volta pra casa e volta para o problema novamente. Então, a gente fica imaginando: será que a gente vai rever essa criança novamente aqui com o mesmo problema? A gente imagina que pudesse ter uma solução para aquilo. Mas é um caso que acontece muitas vezes, todos os dias. Então, a dificuldade é essa. Que a gente só pode dar a assistência, não pode ajudar na solução do problema (ENT. 17).

Braz e Cardoso (2000), referem em seu estudo que, tendo ou não encaminhado o caso, o sentimento final, invariavelmente, é o de frustração ou impotência. De forma geral se reivindica do poder público, policial e/ou judiciário, a solução para o problema. O sentimento que fica é o da impotência. Os profissionais assistem clinicamente a criança ou o adolescente, e, na maioria das vezes, são obrigados a dar-lhes alta e entregá-los de volta aos responsáveis, ignorando o que o futuro trará. Essas experiências são marcantes para os profissionais e eles as lembram com detalhes, mesmo quando aconteceram no passado distante. Acabam por se sentir como corresponsáveis por não poderem agir fora do âmbito de seu ofício, mesmo porque não encontram respaldos. A consciência moral provoca uma tensão perceptível em todos os entrevistados, acompanhada de angústia, indignação, revolta e culpa.

Camargo (2000) afirma que trabalhar com pessoas vitimizadas pode nos tocar profundamente e originar sentimentos como negação, raiva, desconforto, projeção ou ansiedade avassaladora. Estar em contato com crianças e adolescentes violentados, pode nos causar sentimentos de forte angústia, muitas vezes, canalizados ostensivamente aos familiares envolvidos, que tendem a negar o problema visando diminuir sua própria ansiedade. A sensação de impotência e imobilismo talvez sejam os parceiros mais frequentes dos profissionais que atuam diretamente com crianças e adolescentes vitimizados e, que tem dificultado até mesmo a denúncia dos casos identificados aos órgãos competentes. Os profissionais, algumas vezes, veem o problema como sem solução.

Desde oitenta e poucos que eu “tô” na profissão. Desde oitenta e seis. E nós já estamos em dois mil e dez, e a coisa não parou por ai não. A gente sempre “tá” atendendo criança vítima de violência (ENT. 18).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) afirma que o contato com situações de sofrimento e risco, a insegurança e os questionamentos que desperta, bem como a impotência em obter soluções imediatas, exigem um tempo de auto dedicação para proteção e alívio de tensões. Por este motivo, é preciso criar oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação que proporcionem um respaldo à equipe, como estratégias para expor e trabalhar seus sentimentos e reações.

Por outro lado, uma identificação e um encaminhamento adequado dos casos podem ser perpassados por aspectos emocionais que comprometem uma melhor atuação do profissional frente ao problema em questão. No sentido de minimizar esses aspectos, Gomes e outros (2002) sugerem que os serviços poderiam criar redes de apoio e/ou equipes interdisciplinares para dar suporte ou subsídios às ações dos profissionais.

Embora os profissionais salientem que o atendimento seja cheio de dificuldades, como pode ser observado no depoimento abaixo, algumas vezes, eles se destacam como facilitadores e agentes de mudança para esse atendimento. A importância dessa questão encontra-se na compreensão de que é através do reconhecimento de cada um no processo, que poderemos caminhar rumo a um atendimento que vise a melhoria da qualidade de vida de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, como se observa no depoimento da enfermeira a seguir:

eu acho que tenha dificuldades. Facilidades? Não! As facilidades somos nós no dia-a-dia que acabamos dando aquele jeitinho, vamos abordar a família, a gente conversa entre si numa passagem de plantão, “– Olha, fica de olho se não vai dar um tapa na criança, se não vai falar alguma coisa que a criança fez” (ENT. 12).

Entretanto, ainda no contexto das dificuldades, também são apresentados os **problemas estruturais** relacionados aos serviços de saúde. A grande demanda dos serviços de emergência e que reflete em toda rede hospitalar, associada ao dimensionamento inadequado do pessoal e a insuficiência na estrutura física são realidades apontadas pelos profissionais que participaram deste estudo.

Existem, eu diria várias dificuldades. Por exemplo, o nosso dimensionamento de pessoal não é suficiente para a gente dar uma assistência de qualidade, para dar uma assistência bem melhor para nossas crianças. Então, nós dispomos de funcionários que vão fazer, as vezes, apenas os serviços de rotina. Entendeu? Mas não tem como parar para ficar muito tempo conversando, orientando as mães, dando uma assistência melhor à criança. E isso interfere muito. A falta de estrutura física, falta de equipamentos e materiais, que a gente depara com muita falta aqui, hoje. É a própria improvisação (ENT. 11).

Eu acho que o que dificulta, primeiro, é aquela coisa multi causal. O excesso de pacientes, eu digo numa emergência, quando chega uma criança que a gente acha que foi vítima de violência, ou a própria demanda, muitas vezes, faz com que você não perceba. Tá ali na sua frente aquela criança, volta e meia volta com um quadro de diarreia, ela volta com um quadro de IRA e você acha assim: “Ah, não, provavelmente é porque tá frio”. Muitas vezes são crianças que, por castigo físico, como eu já conheci, são largadas, sei lá, uma hora do lado de fora da casa de castigo. Então, eu acho que a demanda que é muito grande atrapalha essa visualização da gente, essa percepção (ENT. 12).

Talvez a demanda grande, que, talvez, o Estado tenha dificuldade de poder dar o correto encaminhamento às crianças (ENT. 19).

Quanto a esta problemática, Cocco e outros (2010) apontam que pesquisas realizadas com o objetivo de identificar as condutas adotadas por profissionais de saúde durante o atendimento em unidades de pediatria e em serviços de emergência a crianças hospitalizadas e vítimas de violência, atendidas em serviços de emergência, revelam que as condições de estrutura física e de recursos humanos e materiais interferem nos cuidados realizados. Além disso, a rotina dos serviços de emergência pode dificultar a detecção de casos. Porém, a falta de estrutura dos serviços de saúde não pode servir como desculpa para a não ocorrência de um atendimento de qualidade, como podemos observar no depoimento do entrevistado 4.

Eu não sei. Eu acho que a gente não pode justificar – Ah, eu sou muito atarefada, e sou uma só pra tudo – Eu acho que a gente não tem que “tá” justificando essas questões. Eu acho que a gente tem que “tá” tentando, pelo menos priorizar. (ENT. 4).

Diante de tantas dificuldades já apresentadas, é notório, também, a realidade da **falta de mecanismos seguros** para as vítimas e para os profissionais no atendimento da violência. Esse fato chama a atenção para a necessidade de propor uma forma sistematizada de atuar

diante dos maus-tratos nas instituições de atendimento. (CARDOSO, SANTANA, FERRIANI, 2006).

De acordo com Gonçalves e Ferreira (2002), contamos com uma rede de serviços aquém do necessário, com a escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos, e com a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar.

Os casos que envolvem vítimas de violência são recebidos rotineiramente nos serviços de saúde, porém, muitas vezes, o profissional não consegue identificá-los, ou, quando o faz, não encontra uma rede de apoio que garanta o atendimento especializado e necessário (CARDOSO, SANTANA, FERRIANI, 2006). Mas existem outros problemas que perpassam o atendimento:

a lentidão. A morosidade, mesmo, do sistema. E, às vezes, a dificuldade de se marcar um exame de corpo e delito. Porque o órgão estava em greve, ou algumas questões que acabam se perdendo por conta dessa dificuldade do sistema. Da burocratização disso (ENT. 13).

Recentemente, teve outro caso de uma criança que esteve com a gente, internada durante dois anos, não são dois dias, uma criança neuropata, e que a própria mãe assumiu para o Serviço Social que quis matar a filha dentro do hospital. E aí? O que foi alegado foi que ela tava, ela tem distúrbio psiquiátrico. Aí proíbe a mãe de entrar, e essa família? Será que essa família também não era agredida? Que suporte essa família tem? Nenhum (ENT. 12).

Os entraves referentes ao Conselho Tutelar também são uma realidade encontrada pelos profissionais no atendimento em hospitais públicos de Feira de Santana. Os entrevistados relatam a burocracia, falta de reciprocidade, atuação reduzida no ambiente hospitalar e a falta de profissionais e de estrutura nos conselhos, como pode ser observado nos depoimentos que seguem.

Entrar em contato, trabalhar junto com o Conselho Tutelar, que muitas vezes é muita burocracia, a gente não vê, muitas vezes, reciprocidade deles não (ENT. 3)

Conselho Tutelar, eu vi que eles não atuam, assim, eu não vi a atuação. Eles podem atuar do lado de fora, mas, assim, dentro do hospital eu acho que eles ficam bem receosos (ENT. 12).

O Serviço Social, em geral, fica insistindo para falar com o Conselho Tutelar. Mas, algumas vezes, alguns locais, o Conselho Tutelar fica, -“ah, porque hoje não tem ninguém aqui” - Fica protelando. Você não sabe a hora que alguém vai lá. Você fica ali com aquela bomba no seu plantão. Tem aquela família que a mãe quer ir embora

e fica aquela situação chata. Eles deveriam ter pressa de ir lá fazer alguma coisa (ENT. 19).

Todavia, os Conselhos Tutelares, também, sofrem com problemas estruturais que dificultam a sua atuação. Apesar de serem os órgãos designados pelo ECA para receber as comunicações de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes, eles não estão implementados em todos os municípios brasileiros, e mesmo onde estão instalados, funcionam, muitas vezes, em condições adversas como a falta de infraestrutura, a precariedade de serviços de retaguarda para executar as medidas aplicadas, a formação heterogênea dos conselheiros e a grande demanda de serviços que estes órgãos enfrentam (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Assim, os autores afirmam que o investimento maior do trabalho dos Conselhos se dá sobre os casos de maior gravidade, o que é compreensível. Porém, essa atuação incipiente por falta de estrutura, muitas vezes, leva o profissional a desacreditar do trabalho dos Conselhos e a achar que a notificação não “leva a nada”.

No estudo de Gomes e outros (2002), os autores refletem que as ações de encaminhamento aos Conselhos Tutelares são perpassadas pela descrença quanto à obtenção de uma efetiva resolução dos problemas. Há uma expectativa por parte dos profissionais em ter retorno das notificações aos conselhos.

A competência dos conselhos para resolver esses problemas também é questionada. De acordo com Machado (2006), muitos conselhos não têm infraestrutura adequada e alguns conselheiros não estão devidamente capacitados para a função.

Porém, é importante salientar que em uma das entrevistas, a assistente social informa que não encontra dificuldades referentes ao Conselho Tutelar e que sempre encontra resposta deste órgão ao acioná-lo. Embora não seja o citado pela maior parte dos entrevistados, esse depoimento demonstra que mesmo não estando tão bem estruturado, o Conselho pode atuar ativamente como um facilitador no atendimento e encaminhamento das crianças e adolescentes vítimas de violência.

Pelo menos, até o momento, a gente nunca teve empecilho nenhum. Sempre tem um bom diálogo, sempre consegue encaminhar de fato, para os locais da rede, aos quais deve ser encaminhada. O Conselho sempre responde. Eles vêm aqui, fazem visita no hospital quando a criança está internada, ou sempre no dia da alta, porque tem casos que o Conselho vem pegar (ENT. 14).

Esse **funcionamento incipiente da rede de proteção**, não apenas dos conselhos, mas também pela insuficiência de programas e projetos de proteção às crianças e adolescentes vitimizados, fazem com que quando a criança tem alta, não haja seguimento do caso, favorecendo que no pós-alta a criança retorne muitas vezes para o ambiente violento sofrendo revitimização.

A gente tenta fazer isso aqui dentro da melhor forma possível, mas a gente não sabe lá fora, como é que “tá” a rede funcionando, de forma integrada ou não, Conselho, Sentinela, CRADIS. Se eles se comunicam, porque a gente trabalha num hospital de emergência, às vezes a gente vê tudo isso, a gente orienta, encaminha pra um sentinela, pra um CRADIS. Dá toda uma orientação. Mas ela sai daqui do hospital. Então, a gente não sabe até que ponto esse acompanhamento, de fato, acontece lá fora. A rede, como é que ela está funcionando, porque a gente não tem um retorno também de como é que fica isso. Então, assim, eu acho que às vezes, num hospital de emergência a questão é muito pontual. Você esgota suas possibilidades lá dentro e sai daqui, e as vezes você não sabe o desfecho dessa situação e as consequências que essa criança vai ter (ENT. 4).

É, assim, uma situação constrangedora, porque a gente tá aqui em todo momento para tentar ajudar, pra cuidar, com todo amor, com todo o carinho e saber que a própria mãe maltrata. É horrível, mesmo, ver essa situação. Principalmente pra quem é mãe e sabe. A gente fica, assim, totalmente arrasada, arrasada mesmo, com a situação. E fica imaginando se a gente presencia isso aqui, imagina em casa o que é que eles não fazem (ENT. 9).

A nossa grande preocupação é a pós-alta, que você não sabe como é que é essa mãe... Porque a mãe que tenta fazer isso, ela deve ter transtornos psicológicos e precisa de um acompanhamento psicológico, psiquiátrico, talvez, não sei. São coisas que fogem ao nosso alcance (ENT. 11).

A criança teve alta, saiu com a mãe e ponto, e a história se encerrou. Não teve retorno (ENT. 12).

Porém, mais importante do que enumerar os problemas e as dificuldades, é sugerir estratégias para o atendimento adequado de qualidade. Assim, os profissionais enumeram **estratégias facilitadoras**, que a seu ver, ao serem implementadas, poderiam trazer melhorias tanto para a equipe que atende, quanto para crianças, adolescentes, famílias e toda rede envolvida na problemática da violência.

A primeira estratégia apresentada seria a **participação e envolvimento maior dos profissionais no atendimento**, formando uma rede de solidariedade e responsabilidade mútua com as crianças e adolescentes atendidos, de acordo com a seguinte sugestão:

se toda a equipe junta dissesse: isso foi um ato de violência. Vamos denunciar. Vamos ver a causa. Quem foi o autor, ou a autora. Vamos dar uma parada nisso para que outros casos não se repitam. Pra que essa criança não fique a vida inteira nessa situação de vítima. Porque o autor, na maioria das vezes, ele quer a sua presa ali, de junto dele, o tempo todo e repete... Eu acho que falta solidariedade, humanidade. Entendeu? Eu acho que falta isso. Que se fosse com um parente nosso, a gente ia correr para a polícia, ia fazer e acontecer. Então, o silêncio ainda é a pior arma contra a violência (ENT. 18).

Algeri e Souza (2006) entendem que o que se tem a fazer para enfrentar a problemática da violência contra crianças e adolescentes é ter atitude e dar o primeiro passo, o início que desafie a negação do problema e implique na definição de prioridades e no estabelecimento de processos de proteção imediatos para a criança/adolescente.

Porém concordamos com os autores (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, COUTO, 2006; ROSENO, 2008) que afirmam que não basta, para o controle da violência, apenas apelos aos sentidos de responsabilidade ética e social dos indivíduos. Trata-se, antes, da redefinição desses sentidos, do ponto de vista moral e legal.

Uma segunda estratégia é necessária para permitir esse maior envolvimento dos profissionais. É necessário que haja **treinamento constante para as equipes que atuam diretamente com crianças e adolescentes**, para que estes possam desenvolver o hábito de suspeitar e identificar casos de violência que surgem entre os diversos agravos à saúde atendidos no hospital.

[...] um treinamento para descobrir exatamente quando é um caso de abuso, separar quando é, quando não é. Ter mais informações para saber como lidar com a família, para descobrir isso. A forma de lidar com o próprio paciente na hora do exame. Ser o mais discreto possível. Ter uma visão mais geral da situação. Eu acho que essa forma ajudaria o conjunto dos setores ter uma visão mais abrangente do problema (ENT. 20).

Roseno (2008) afirma que a primeira coisa a fazer é buscar capacitação para todos os profissionais. É necessário formar profissionais para o cuidado com compromisso legal e ético. É necessário que este olhar seja cultivado desde a faculdade e que seja pauta constante nas atualizações e formações na rede.

A inserção curricular do assunto prepararia o profissional para o diagnóstico desse grave problema de saúde coletiva, apresentando-se, assim, como fator relevante na intervenção precoce dos cuidados e prevenção desse fenômeno. Além disso, propiciaria

capacitação para os profissionais enfrentarem o fenômeno da violência com ‘outros olhos’, adotando uma abordagem holística, não focando seu cuidado exclusivamente nas consequências físicas provocadas pelo ato violento contra a criança ou o adolescente (ALGERI, SOUZA, 2006).

Em vista disso, Cocco e outros (2010) propõem programas de capacitação no sentido de subsidiar estratégias que permitam uma intervenção interdisciplinar em que haja coparticipação, integração e discussão das situações vivenciadas, com uma reorganização do serviço e, talvez, a implantação de protocolos com proposta para atuar em casos de violência. Além disso, buscar elementos de compreensão para a discussão de práticas de cuidado nos serviços que considerem esses agravos como real problema de saúde pública, de responsabilidade dos cidadãos, dos profissionais da área da Saúde e dos serviços, e firmem o compromisso de assistir com resolutividade e parceria dentro e fora dos serviços de saúde.

Para isso, Algeri e Souza (2006) sugerem o aprofundamento e a ampliação das discussões envolvendo a questão violência, a fim de que os profissionais utilizem o conhecimento científico para enfrentarem com urgência o desafio de detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir as situações de violência contra crianças e adolescentes. E nessa perspectiva, Cardoso, Santana e Ferriani (2006) acrescentam que o desconhecimento e a omissão se constituem terreno fértil para a manutenção dos episódios de maus-tratos, além de expor a criança vitimizada a mais um tipo de violência: a negligência profissional.

Para solucionar esse entrave, dentre outras ações, Gomes e outros (2002) alertam sobre a necessidade dos profissionais, cuja formação se centra no modelo biomédico, refletirem sobre alternativas para suprir as lacunas de formação no sentido de se lidar com a complexidade da violência. Nessa perspectiva, a **elaboração de protocolos de atendimento** é de fundamental importância. No momento em que o serviço cria um protocolo de atendimento, o profissional se sente protegido e respaldado para atuar e realizar os cuidados cabíveis, como pode ser observado no depoimento do entrevistado 19.

Se tivesse um fluxograma por escrito, alguma coisa, assim, comprovada, referente aos atendimentos, que a gente pudesse, na hora, argumentar que eu estou seguindo essas regras aqui e é assim que tem que ser, a gente não pode seguir fora das regras. Aí não ficaria: - ah, porque essa médica tá fazendo, é fulano e cicrano – Não. Tá nas ordens que a gente tem que seguir. Eu acho que isso ajudaria bastante, entendeu? Como se fosse um protocolo em cada serviço relacionado a casos de violência. Até para poder, mesmo que não venha a punir, mas levar para o Conselho Tutelar, levar para um atendimento psicológico daquela família, visitas familiares assim... Constranger um pouco aquele pai ou mesmo apurar. Ter um fluxograma, acho que ajudaria (ENT. 19).

Cardoso, Santana e Ferriani (2006) sugerem a criação de um protocolo de atendimento que contemple os diversos momentos do processo, desde a suspeita do caso, seu tratamento, acompanhamento e prevenção de recidivas, até a avaliação final e ressaltam a importância de ser elaborado pelos profissionais envolvidos. Manuais e protocolos criados por profissionais que não estão em contato direto com a vítima, leva a um distanciamento de ações práticas, pois não vai estar voltado para a realidade particular de cada serviço de saúde.

Gomes e outros salientam que tal elaboração tanto pode ser entendida como resultado de um amadurecimento de uma equipe capacitada, como pode servir de ponto de partida para essa capacitação.

Dentro desse protocolo que contenha o fluxograma do atendimento, também é necessário criar mecanismos para a notificação. Uma sugestão de Roseno (2008) é a criação das comissões de notificação nos serviços de saúde como um mecanismo adequado para encaminhar a notificação e estabelecer a cultura do cuidado com o tema da violência, que passa a ser percebido com maior atenção. Com as comissões articuladas diretamente com a direção do hospital, os serviços de garantia de direitos e à vigilância epidemiológica, a criança e o adolescente vitimizados não ficam a mercê, apenas, de um profissional.

Cocco e outros (2010) acreditam que trabalhar numa perspectiva abrangente requer mudanças nas estruturas, nos ambientes e nas rotinas de trabalho que, quando adotadas nas instituições, possam levar a uma organização da rede hospitalar que atenda às necessidades de saúde das pessoas.

Porém, não basta apenas construir um protocolo e estabelecer um fluxo de atendimento, é imprescindível assegurar e abrir caminho para outras intervenções: a criança ou o adolescente deve receber o atendimento psicossocial necessário para superar a situação de violência sofrida (ROSENO, 2008). Diante dessa questão, outra estratégia apontada pelos sujeitos do estudo é o fortalecimento do trabalho em equipe e a **presença do psicólogo de forma integral na equipe:**

eu penso que é fundamental uma psicóloga na equipe. Uma psicóloga lotada no setor que possa, efetivamente, fazer visitas ao leito, acompanhamento propriamente e não atendimentos ocasionais e pontuais, tipo, “apaga incêndio”. Para que se faça um trabalho ai com essa família. E, inclusive, com a equipe (ENT. 10).

[...] mas eu acho que precisaria: 1) ter um psicólogo realmente pra resguardar essa família dizendo: olha a gente não vai contar o que a senhora contar aqui. (ENT. 12).

Entretanto, além de estruturar o atendimento intra-hospitalar, os mecanismos de responsabilização e proteção têm que ser acionados. Ou a rede atua como rede ou dificilmente a criança terá condições de restaurar sua dignidade (ROSENO, 2008). Em vista disso, os profissionais sugerem que haja uma **maior interação com os órgãos responsáveis pela garantia dos direitos da criança e do adolescente**, formando uma verdadeira rede de apoio, possibilitando respostas para as vítimas, para a equipe e para as famílias, conforme sinaliza o entrevistado seguinte:

o Serviço Social tem que ter uma ligação maior com o Conselho Tutelar para quem viesse procurar isso aqui (ENT. 12).

Concordamos com Cardoso, Santana e Ferriani (2006) que para ocorrer um atendimento integral é indispensável uma rede de apoio envolvendo a instituição, o Conselho Tutelar, profissionais como médicos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros, que forneça subsídios concretos e confiáveis que permitam a prevenção, o combate efetivo e o tratamento adequado da vítima de violência.

Porém, entendemos que a rede vai muito além disso. Para estabelecer ações em rede é inevitável a articulação de atendimento integrado que envolva o sistema de educação, saúde, segurança, Conselho Tutelar, Poder Judiciário e Ministério Público. É consenso, hoje, que qualquer ação para superar a violência necessita das organizações da sociedade civil e comunitária que lutam por direitos e cidadania e seja pautada na intersetorialidade, interdisciplinaridade, com participação multiprofissional, visando a integralidade do indivíduo, das ações e das políticas (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2009).

Mas é necessário **informar mais e desmistificar a temática da violência** como algo distante de nós, o que pode ser confirmado no depoimento do entrevistado, a seguir:

e o que facilitaria o atendimento, eu acho que é o oposto disso. De que essa família, por exemplo, possa ser mais informada a respeito dessas questões. Talvez pensar mesmo em políticas de saúde que informem as pessoas da possibilidade da ocorrência disso pra desmistificar um pouquinho essa visão de vilão, de vítima. De que, se alguém foi abusada, não vai ter mais vida. O que é que pode acontecer a partir disso? De que essas informações sejam mais discutidas em outras instituições, em escolas, na igreja. Acho que isso seria bem importante. Essa desmistificação também da equipe de saúde, essa possibilidade de coesão, de funcionar de forma interdisciplinar. E um funcionamento mais ágil do sistema. Sem tanta burocracia (ENT. 13).

Para tanto, ratifica-se a afirmação de Algeri e Souza (2006), de que a compreensão do fenômeno não deve focalizar, apenas, o par agressor-agredido, mas todo o sistema social que reitera a violência, ao passo que se reconhece que não simplesmente o meio familiar, mas também o ambiente comunitário, as relações sociais na escola, a cultura educacional praticada na sociedade, a história de vida dos pais e as condições econômicas e sociais dos sujeitos compartilham para a ocorrência da violência.

O Ministério da Saúde reforça que é preciso dar visibilidade ao problema, desconstruindo o conceito de que a violência é algo que faz parte da natureza, reforçando o conceito de que a violência é cultural e por isso pode ser eliminada da nossa sociedade. Isto envolve formadores de opinião, os profissionais dos meios de comunicação, os legisladores, os gestores públicos e demais promotores e executores de políticas públicas, os profissionais de saúde, de educação, as universidades e tantas outras instituições e organizações, buscando criar uma consciência do conteúdo das políticas e informações dirigidas à comunidade e da necessidade de mudanças. Assentimos com Roseno (2008) quando afirma:

aprendemos a ser violentos desde cedo e sempre. Não aprendemos uma cultura de direitos. O problema não está simplesmente em mudar o mundo adulto, mas mudar as relações intergeracionais de maneira particular e as relações interpessoais de maneira geral. Claro que isso somente poderá ser feito num processo de alteração social muito profundo, pois hoje nossas relações são mediadas por um poder emanado de identidades muito bem estabelecidas, de homem branco, adulto, rico, heterossexual, urbano. Identidades colocadas a serviço da manutenção de uma ordem perversa de consumo e exploração das coisas, da natureza, dos corpos e das pessoas, de tudo. Precisamos de uma revolução que nos permita outros olhares: plurais, diversos, cuidadosos e responsáveis. Olhares que superem a ordem do consumo dos outros e que estabeleçam relações que se impliquem com os outros, que nos vinculem. Aí sim, quem sabe, poderemos ter uma infância como lugar do aprendizado deste cuidado consigo e com o outro (ROSENO, 2008, p. 11).

Por fim, entendemos que o ciclo da violência precisa deixar de ser retroalimentado. Deslandes, Assis e Santos (2005) afirmam que a experiência de vida de crianças de estratos mais pobres ilustra como se pode começar a sofrer violência desde o nascimento ou mesmo antes dele. O direito ao acesso e à utilização de um atendimento de pré-natal de qualidade e a referência de um serviço público para dar a luz, condições mínimas para garantir um parto seguro, ainda não são uma realidade para todos.

A proteção às crianças vítimas de qualquer violência é uma das **responsabilidades do Estado**. É dever legal e moral do Estado fazer uso de todas as ferramentas disponíveis para

punir as práticas de violência contra as crianças e os adolescentes (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2009). Porém, ainda que as leis sejam avançadas, apresentando programas, projetos e ações, para entender a forma de intervir nesta realidade existem dificuldades sociais, culturais, econômicas, presentes tanto na estruturação do aparelho técnico do Estado como na participação da sociedade civil organizada. Há necessidade, portanto, de maior integração entre os órgãos afins, para que a aplicação da lei seja cumprida e aprimorada na sua totalidade.

Machado (2006) afirma que uma lei, por melhor que seja, não é sinônimo de direitos garantidos, e o Brasil é campeão mundial em leis avançadas de proteção infanto-juvenil em muitas regiões, no entanto, desrespeitadas. A lei, de fato, estabelece a necessidade de cuidar; mas cumpri-la cabe ao poder público e à sociedade.

Todas as importantes estratégias que mencionamos, sugeridas pelos profissionais envolvidos nesse estudo, requerem esforço conjunto e a mobilização de organizações e de indivíduos que buscam construir uma sociedade com justiça social e que respeite os direitos de crianças e adolescentes.

Quadro 4: Síntese dos entraves e estratégias apresentados pelos profissionais de saúde para o atendimento em hospitais públicos de crianças e adolescentes vítimas de violência

Entraves	Estratégias
<p>Relacionados às vítimas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medo da vítima em denunciar; ▪ Proximidade da vítima com o agressor; ▪ Dependência emocional e financeira do agressor; ▪ Culpa e vergonha. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participação e envolvimento maior dos profissionais no atendimento – rede de proteção e solidariedade;
<p>Relacionados às famílias</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Silêncio dos pais ▪ Família causa ou acoberta a violência; ▪ Despreparo para lidar com a violência por falta de informação; ▪ Naturalização da agressão física como forma de educar. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Treinamento constante para as equipes que atuam diretamente com crianças e adolescentes;
<p>Relacionados aos profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Silêncio dos profissionais; ▪ Insensibilidade dos profissionais; ▪ Dificuldade para estabelecer contato e formar vínculo com a criança ou adolescente agredido; ▪ Estigma e preconceito; ▪ Falta do trabalho em equipe; ▪ Ausência de suporte psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elaboração de protocolos de atendimento; ○ Presença do psicólogo de forma integral na equipe;
<p>Relacionados aos serviços de saúde e de proteção</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grande demanda dos serviços de emergência hospitalar; ▪ Dimensionamento inadequado do pessoal; ▪ Insuficiência na estrutura física; ▪ Falta de mecanismos seguros para as vítimas e profissionais; ▪ Funcionamento incipiente da rede de proteção. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maior interação com os órgãos responsáveis pela garantia dos direitos da criança e do adolescente; ○ Informação e desmitificação da violência.

O País registra avanços nas leis, nas normas, nas diretrizes, mas, para que essas leis não fiquem restritas ao papel, para que se tornem realidade, é necessária pressão popular e internacional, vontade política, conscientização e mobilização social. E precisa contar com o engajamento dos profissionais e técnicos que atuam como servidores públicos ou como membros de outros tipos de organização (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

Concordamos com os diversos autores (CAMARGO, 2000; ALGERI, SOUZA, 2006; AVANCI et al, 2009), que para enfrentar a violência, não basta apenas criar estratégias que têm a vítima como único foco de proteção e apoio. As políticas públicas devem incluir a família e abordar a conjuntura da vida infantil, com o foco na intervenção dos problemas de saúde mental, da condição de vitimização de crianças e adolescentes, com vistas a interromper as revitimizações, assim como as suas consequências. A abordagem na comunidade e na escola, e também na mídia, visam um impacto maior, visto que o desafio se configura em apoiar as famílias a lidar com a violência, capacitando-as para serem consistentes, protejam e incrementem a autoestima de seus filhos, orientando-os a lidar com os problemas.

O Ministério da Saúde (2002) sugere um modelo de atuação em rede que envolve a sociedade, a comunidade local, a família e o indivíduo. A sociedade deve atuar na mudança das crenças, tabus e valores culturais envolvendo os papéis de gênero, geracionais, relações de poder na família; afirmar novas concepções e novos modelos de poder; incentivar estratégias e atitudes de respeito e justiça na resolução de conflitos; incentivar o respeito e a legitimação de interesses divergentes como parte do processo democrático; incentivar o reconhecimento e a tolerância frente às diferenças.

A comunidade local, juntamente com as instituições e organizações que a formam devem buscar a deslegitimação institucional/social da violência; promover modelos que visem uma cultura de paz; promover meios e estratégias que favoreçam a desvitimização; valorizar o papel ativo da comunidade na resolução de conflitos; promover o empoderamento dos setores vulneráveis e a democratização das relações; estabelecer metas e valores coletivos a serem alcançados para a reversão da violência; buscar a adoção e respeito à legislação internacional de direitos humanos; e promover o acesso a serviços adequados e apoio institucional às famílias e pessoas vulneráveis à situação de violência; assim como, garantir o cuidados para os agressores e perpetradores e real reparação às vítimas (BRASIL, 2001).

A família e o indivíduo atuam neste modelo na promoção de novos padrões que favoreçam a quebra do ciclo violento; assim como no desenvolvimento de habilidades para a resolução de conflitos; estímulo de atitudes de flexibilidade e responsabilidade nas relações

afetivas e familiares; promoção da autoestima e empoderamento das famílias e indivíduos vulneráveis; e promoção da socialização e o intercâmbio (BRASIL, 2001).

Assim, na nossa compreensão, para que essas estratégias reflitam na melhoria do atendimento dos profissionais de saúde à criança e o adolescente vítimas de violência, é necessário que haja ação. E esta ação não pode ser pontual e estática, pelo contrário, deve dinamizar os espaços coletivos, promover articulação e comunicação e envolver, num esforço conjunto, o indivíduo que sofre, a família, a comunidade a qual pertence e toda a sociedade, na busca de formar uma rede de proteção contra a violência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo nos permitiu a ratificação de que o setor saúde constitui-se um espaço privilegiado para onde convergem crianças e adolescentes vítimas da violência. As altas taxas de mortalidade e morbidade, o reconhecimento dos próprios profissionais da saúde e das diversas áreas de conhecimento, assim como os gastos hospitalares, não deixam dúvidas de que a violência não só representa um problema de saúde pública grave, como também exige uma atuação eficiente de uma rede de proteção que vise o atendimento integral e resolutivo.

O olhar do profissional de saúde neste estudo permite focalizar aspectos importantes no atendimento hospitalar sob um ponto de vista dos sujeitos que vivenciam as dificuldades dos hospitais públicos. É claro, no entanto, que ao considerar um fenômeno complexo, multifatorial, que abrange tantos significados culturais e sociais não podemos acreditar que o assunto se encerra com a visão apenas dos profissionais.

Os termos violação e agressão são utilizados pelos profissionais para conceituar a violência. Sendo que estes ainda a classificam de acordo com a natureza das agressões em: física, sexual, psicológica, e negligência ou privação. Além disso, os sujeitos demonstram entendimento sobre a violência doméstica e a violência escolar, e relacionam fatores desencadeantes ou propiciadores para que a violência ocorra na sociedade.

A equipe de saúde entrevistada foi categórica ao afirmar que a violência repercute de forma dramática na saúde e em todos os aspectos da vida de crianças e adolescentes. Referem alterações físicas, psicológicas e comportamentais são relevantes e merecem destaque no atendimento dessas vítimas. Porém, reforçam que as repercussões coletivas, incluem famílias e sociedade como um todo, e são uma realidade que precisa ser enfrentada e ser alvo de políticas públicas eficazes.

Ao descrever e analisar o atendimento em hospitais públicos de Feira de Santana às crianças e adolescentes não podemos deixar de reconhecer que se trata de uma realidade local, baseada num determinado contexto e delimitado num espaço temporal em que se realizou a pesquisa. Não buscamos generalizar os resultados, pois entendemos que a realidade é construída em cada local e depende dos múltiplos determinantes históricos, sociais e culturais para se apresentarem como são. Porém, entendemos que muitos serviços compartilham as mesmas dificuldades apresentadas pelos profissionais do estudo.

Analisar o atendimento tendo em vista o princípio da integralidade preconizado por Silva e Silva (2003), foi uma escolha das autoras, tendo em vista que o manual oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) contemplavam apenas ações da atenção básica voltadas para a violência intrafamiliar. Fato este que já nos chama atenção para a necessidade de instrumentos oficiais que contemplem a problemática da violência sob diversos ângulos e níveis de complexidade de atendimento e vítimas específicas.

A tentativa de compreender as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento hospitalar às crianças e adolescentes vítimas de violência nos permitiu visualizar que essas dificuldades não são restritas a eles, mas, parte delas, refere-se àquelas enfrentadas também pelas vítimas: como o medo de falar sobre a violência, de sofrer punição ou de comprometer alguém da própria família, a proximidade da vítima com o agressor, de quem muitas vezes é dependente emocional e financeiramente. Por outro lado, há aquelas relacionadas, especialmente, às famílias como, o silêncio devido ao pacto familiar, que muitas vezes acoberta o agressor por ser um membro da família, como também o despreparo destas famílias por falta de informação ou por considerarem natural a agressão física; há ainda àquelas referentes aos próprios profissionais: o silêncio, a falta de preparo, o medo de sofrer represálias, a falta de sensibilidade para lidar com as vítimas, estabelecer contato e criar vínculos, o estigma e preconceito, a falta de trabalho em equipe causando fracasso da informação e equipes com falta de profissionais qualificados para o atendimento. Ainda encontramos as dificuldades estruturais nesse atendimento referentes a ausência de protocolos, aos serviços e aos órgãos de proteção de direitos, que revelam a falta de mecanismos seguros e o funcionamento incipiente da rede de proteção.

Ao comparar essas dificuldades com outros estudos realizados nacionalmente e internacionalmente, podemos admitir que esses entraves não estão presentes apenas na realidade local dos hospitais que constituem campo desta investigação, mas podem ser vistos nos diversos serviços de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência. Esse levantamento é importante, pois direciona o nosso olhar para os problemas que devem ser resolvidos para que o atendimento às vítimas não seja fragmentado e as exponham à revitimização.

As estratégias abordadas pelos profissionais acabam configurando-se como ações e atitudes na direção de romper com os entraves, e que podem ser implementadas na tentativa de facilitar o atendimento. Os próprios profissionais alegam que precisam participar e envolverem-se mais com os casos na busca de alcançar a resolutividade dos mesmos; também abordam a necessidade de treinamento constante para as equipes sobre a temática da

violência, assim como a elaboração de protocolos de atendimento que assegurem ao profissional um fluxo de atenção à criança e ao adolescente vitimizado. Também consideram que os profissionais devem trabalhar em equipe e veem como indispensável a presença do psicólogo de forma integral na equipe para assegurar apoio psicológico às vítimas. Uma maior interação com os órgãos responsáveis pela garantia dos direitos da criança e do adolescente, assim como a ampliação da informação e a desmistificação da temática da violência, também, são vistas como muito importantes como estratégias para o atendimento de qualidade. Por fim, acentua-se a responsabilidade do Estado através da criação de leis e da formulação de políticas públicas e programas que assegurem que estas sejam cumpridas.

Assim, entendemos que não será apenas o setor saúde ou qualquer outro que, isoladamente, irá resolver a questão da violência na infância e adolescência, mas o esforço conjunto de sociedade, comunidade, família e indivíduo através de políticas de segurança pública, saúde e educação, a reestruturação de aspectos básicos relacionados às relações sociais e familiares, os quais constituem elementos indispensáveis à existência de um estado pleno de direito.

Concordamos e reafirmamos a importância da interdisciplinaridade no conhecimento, da intersetorialidade nas ações, e de equipes multiprofissionais nas intervenções. E, acrescentamos que pela especificidade e complexidade na abordagem da violência, torna-se imprescindível o compartilhamento na busca de novos conhecimentos, assim como a formulação de políticas e programas assistenciais para avaliação, diagnóstico e tratamento da violência, a fim de que todo o profissional da saúde possa exercer, através de suas atividades específicas, a função de proteger a criança, sempre.

Por fim, parafraseamos Gonçalves e Ferreira (2002) ao afirmarem que é necessário e urgente que as noções legais sejam esclarecidas, explicitando o que se compreende por maus-tratos e quais as situações que devem ser notificadas; as leis sejam discutidas e acompanhadas através da discussão dos diversos manuais de orientação existentes no país acerca da questão da violência contra a criança e o adolescente; a concepção de suspeita seja, também, esclarecida; e a atuação dos Conselhos Tutelares seja discutida, a fim de melhor capacitar tecnicamente as equipes, disponibilizar recursos para suas ações e integrá-las aos demais serviços envolvidos no atendimento às vítimas de violência.

Assim sendo, esperamos que os resultados deste estudo possam contribuir com a discussão sobre o atendimento de saúde oferecido às crianças e adolescentes vítimas de violência, assim como na elaboração de políticas públicas e programas locais que fortaleçam a rede de proteção no nosso município, no nosso estado e no nosso país. Esperamos que ao

retornar às instituições, os resultados possam motivar um maior envolvimento dos profissionais e a criação de protocolos de atendimento, assim como a um maior aprofundamento da temática pelos profissionais, que a nosso ver, são importantes agentes de transformação para um atendimento resolutivo que proteja os direitos da criança e do adolescente.

REFERÊNCIAS

ABAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins fontes, 1998.

ABRAPIA. Associação Brasileira de Proteção à infância e adolescência. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes**. 3 ed. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes & Associados, 2002.

ADED, Naura L. O.; DALCIN, Bruno L. G. S.; MORAES, Talvane M.; CAVALCANTI, Maria T. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 33, n.4, p. 204-213, 2006.

ALGERI, Simone. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), dez; v.26, n.3, p. 308-15, 2005

ALGERI, Simone et al. Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro. **Rev HCPA**, v. 27, n.2, 2007.

ALGERI, Simone; SOUZA, Luccas Melo de. Violência contra crianças e adolescentes: Um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, jul-ago; v.14, n. 4, 2006.

ASSIS, Simone Gonçalves de. **Crescer sem violência**. Um desafio para educadores. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994a.

_____. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10 (supl. 1), p. 126-134, 1994b.

_____. O percurso da violência na história ocidental: infância e saúde. **Horizontes**, Universidade São Francisco, Bragança Paulista, v. 17, p. 11-77, 1999.

ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes. Abuso Psicológico e Desenvolvimento Infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: MS, 2006.

AUGUSTYN, Marilyn; ZUCKERMAN, Barry. Impacto da violência sobre as crianças. In: BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, H. B. **Tratado de Pediatria**. [trad. VARGA, V. R. S.; GOMES, N.; LINS, E. S.]. Rio de Janeiro, Elsevier, 2005.

AVANCI, Joviana et al. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.383-394, 2009.

AYRES, J. R. C. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.8, n.14, p. 73-91, 2004.

BARBOSA, Graça Lorena Carneiro. **Maus tratos contra crianças e adolescentes em Feira de Santana, 2006**. (Monografia) Universidade Estadual de Feira de Santana, Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde, Curso de Enfermagem. Feira de Santana, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 LDA, 1977.

BARROS, Aidil de Jesus Paes de; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. 13.ed. Petrópolis: RJ: Vozes, 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça (MJ). **Código Penal Brasileiro**. Decreto-Lei nº 2.848 de 07.12.1940 alterado pela Lei nº 9.777 em 26/12/98. Brasília (DF): MJ, 1998.

_____. Ministério da Justiça (MJ). **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei no. 8069 de 13 de julho de 1990. Brasília (DF): MJ, 1990.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**: fundamentos e orientações para profissionais de saúde. Brasília, DF: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**: prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, DF: MS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente - Vol. I**. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – DAPS. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD. Brasília, DF, MS, 1993.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Política nacional de promoção da saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: MS, 1996.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde (MS). **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF): MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: MS, 2006b.

BRAZ, M.; CARDOSO, M.H.C.A. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 91-97, jan. 2000.

BUDÓ, M. L. D. et al. Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da estratégia de saúde da família: uma perspectiva cultural. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; v.16, n.3, p. 511-9.

CAMARGO, Climene Laura de. Violência contra crianças e adolescentes. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 13, Número especial, Parte I, p. 167-170, 2000.

CAMARGO, Climene Laura de; ALVES, Eloina Santana; QUIRINO, Marinalva Dias. Violência contra crianças e adolescentes negros: uma abordagem histórica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.14, n. 4, p. 608-15, out-dez, 2005.

CARDOSO, Emanuela da Silva; SANTANA, Judith Sena da Silva; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. Criança e adolescente vítimas de maus-tratos: informações dos enfermeiros de um hospital público. **Rev. Enferm UERJ**, v.14, n.4, p. 524-530, 2006.

CECCIM, R.B. **Linha do Cuidado**. Texto elaborado para fins didáticos para a Unidade de Produção Pedagógica (UPP) Linha do Cuidado, Integrante do Curso de Especialização e Residência Integrada em Saúde Coletiva, do Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS), da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Aula dos dias 11 e 12/11/2005. Aracaju, SE. P 1-12, 2005. (Digitado)

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A Integralidade do cuidado com eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

CIUFFO, Lia Leão. **Assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual**. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 30 de março de 2010.

COCCO, Marta et al. Violência contra crianças e adolescentes: estratégias de cuidado adotadas por profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 2, p. 292-300. Abr/Jun; 2010.

CUNHA, Janice M., ASSIS, Simone G., PACHECO, Sandra T. A. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. **Rev Bras Enferm**, jul-ago; v. 58, n.4, p. 462-465,2005.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11 (sup.), p.1163-1178, 2007.

DESLANDES, Suely F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, Suely F.; ASSIS, Simone Gonçalves de; SANTOS, Nilton César dos. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: MS, 2005.

DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu. Atuação dos Serviços de Saúde: Dois Modelos Como Inspiração. In: BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: MS, 2006.

DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA. Porto: Porto Editora, 2004, p. 400.

DOMINGUEZ, Bruno. Violência contra a criança e o adolescente: denunciar é um dever. **Radis**, v. 70, p. 8 – 11, jun., 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula (Coord.). **Fundamentos e Políticas Contra Exploração e Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF: Ministério da Justiça / CECRIA, 1997.

FERREIRA, A. L.; GONÇALVES, H. S.; MARQUES, M. J. V.; MORAES, S. R. S. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p. 123-130, 1999.

FERREIRA, Ana Lúcia. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público**. (Tese Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

FORTES, Leandro. Pedofilia mapeada. **Carta Capital**: São Paulo, v. 14, n. 503, p. 32-33, jul. 2008.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências sociais**. 4.ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOMES, R., et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p. 275-283, 2002.

GONÇALVES, Hebe Signorini.; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.315-319, jan-fev, 2002.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 3. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 1992.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados da amostra do censo demográfico 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 15 julho de 2009.

_____. **Estimativas da população para 1º de julho de 2008**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/estimativa.shtm>. Acesso em: 15 julho de 2009.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Violência contra crianças e adolescentes.** Ocorrências registradas na delegacia de proteção à criança e ao adolescente – DPCA: 2004-2007. Vitória: Editora, 2009.

KRUG, E. G. et al., eds. World report on violence and health. Genebra, World Health Organization, 2002.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Kátia. Conselhos tutelares e de direitos: em defesa da criança e do adolescente. **Radis**, n. 44, p. 8 – 11, 2006.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MICHAUD, Yves. **A Violência.** São Paulo: Ática, 1989.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11(Sup), p. 1259-1267, 2007.

_____. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Violência faz mal à saúde.** Brasília: MS, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

_____. 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.

_____. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

NISKIER, Rachel. O orçamento-criança vem sendo dilapidado. **Radis**, n. 44, p.12, abr., 2006.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Assembléia Geral das Nações Unidas**. Relatório do especialista independente para o Estudo das Nações Unidas sobre a Violência Contra Crianças. 23 de agosto de 2006.

PIMENTEL, I. Noções de Psicologia aplicadas à educação. 11. ed. Melhoramentos, 1978.

PIRES, Ana L.D.; MIYAZAKI, Maria C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v.12, n.1, p.42-9, jan-mar, 2005.

PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA. Disponível em: www.feiradesantana.ba.gov.br. Acesso em: ago, 2009.

RICHARDSON, Roberto Jarry; PERES, Jose Augusto de Souza. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. **O método de análise de conteúdo**: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

ROSENO, Renato. Notificar é o primeiro passo. **Radis**, v. 70, p. 10 – 11, jun., 2008.

RÜCKERT, Taís Regina et al. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. **Cienc Cuid Saude**, abr/jun; v.7, n.2, p. 180-186, 2008.

SANTORO JÚNIOR, Mário. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. **Pediatr Mod**, v.6, n.38, p. 279-83, 2002.

SALIBA, Orlando et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n.3, p.472-7, 2007.

SANCHEZ, Raquel Niskier; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: MS, 2006.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L.; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev Saúde Pública**, v. 40 (N Esp), p.112-20 2006.

SILVA, Helena Oliveira da; SILVA, Jailson de Souza e. **Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil.** São Paulo: Global: Brasília: Unicef, 2005.

SILVA, Lygia Maria Pereira da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife: EDUPE, 2002.

SILVA, Maria Carmelita Maia; SILVA, Lygia Maria Pereira da. **Guia de assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente em situação de violência:** abordagem multidisciplinar. Recife: EDUPE, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência:** orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. 2.ed, Rio de Janeiro, 2001.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. **Atenção ao adolescente vítima de violência:** participação de gestores municipais de saúde. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, 2007.

STREY, Marlene Neves; AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de; JAEGER, Fernanda Pies (org.). **Violência, gênero e políticas públicas.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TRAUTMANN, Alberto. Maltrato entre pares o “bullying”.Una visión actual. **Rev Chil Pediatr;** v. 79, n.1, p. 13-20, 2008.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987.

VENDRUSCOLO, Telma Sanchez; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; SILVA, Marta Angélica Iossi. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica. **Rev Latino-am Enfermagem,** set-out; n.15(especial), 2007.

WALDOW, V.R. Cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petropolis: Vozes; 2005.

WIEVIORKA, Michel. Violência hoje. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.11(Sup.), p. 1147-1153, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rights of the child.** General Assembly; United Nations. 29 aug. 2006. Disponível em: <http://www.violencestudy.org/IMG/pdf/English.pdf>.

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semi-estruturada



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
 TÍTULO DO ESTUDO: **ATENDIMENTO HOSPITALAR ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM FEIRA DE SANTANA-BA.**

Entrevista (nº)	Início (hora)	Término (hora)	Data

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Profissão:

Telefone:

Sexo:

Tempo de serviço no hospital:

2. QUESTÕES NORTEADORAS

1. Qual o seu entendimento sobre violência?
2. Quais as repercussões da violência na saúde da criança e do adolescente?
3. O que você e a equipe fazem quando atendem uma criança ou adolescente com suspeita de violência?
4. Fale sobre sua experiência nos casos de violência que atendeu.
5. O que interfere (dificuldades/facilidades) no seu atendimento à criança ou adolescente vítima de violência?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 TÍTULO: **ATENDIMENTO HOSPITALAR ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM FEIRA DE SANTANA-BA.**

Na Universidade Estadual de Feira de Santana será desenvolvida uma pesquisa que tem como objetivo analisar o atendimento hospitalar às crianças e adolescentes vítimas de violência na cidade de Feira de Santana - BA. Nós, Judith Sena da Silva Santana, professora do Departamento de Saúde, doutora em Enfermagem e orientadora da pesquisa e Rebeca Pinheiro de Santana, enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, nesta mesma instituição, somos as responsáveis por este estudo e estamos convidando você a participar do mesmo, de modo que, se concordar, deverá responder algumas perguntas sobre a sua experiência como profissional no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Vamos lhe perguntar sobre violência e suas repercussões na saúde das crianças e adolescentes, sobre o atendimento e as dificuldades encontradas. Os resultados desta pesquisa poderão favorecer a implementação de ações de treinamento para profissionais que desejarem, incluindo o manejo e a orientação familiar para a prevenção de novos casos de violência, facilitando uma maior compreensão sobre a importância de oferecer um cuidado integral à criança e ao adolescente vítimas de maus-tratos. Além disso, essa pesquisa visa contribuir com a produção científica sobre essa temática e ampliar os estudos neste campo. Se você aceitar participar desta pesquisa não terá qualquer gasto financeiro, também asseguraremos o anonimato nas informações, tendo um local reservado exclusivamente para a conversa entre a pesquisadora e a (o) pesquisado (a), livre da escuta e observação das demais pessoas, garantindo o sigilo e confidencialidade da conversa durante e após a entrevista. Os possíveis riscos desta pesquisa poderão estar relacionados a questões relativas a dificuldades de relação entre a pesquisadora e o sujeito participante do estudo, assim como em relação a questões a serem respondidas na entrevista. Caso se sinta incomodado (a) com alguma pergunta, não precisa responder, assim como deve ficar a vontade para desistir de participar a qualquer momento da entrevista, sem nenhum problema. Caso você e /ou nós venhamos a notar alguma possibilidade de risco à sua saúde no decorrer da pesquisa a suspenderemos imediatamente. Acrescentamos que os resultados obtidos apenas serão utilizados para fins científicos como congressos, simpósios, seminários e publicação em periódicos, revistas científicas, livros e artigos. Com o seu consentimento, sua entrevista será gravada e você poderá solicitar a escuta e ficar à vontade para retirar ou acrescentar as informações que achar necessário. O material da gravação será arquivado no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde – NIEVS localizado no módulo MT65 da UEFS por cinco anos e após esse período, destruído. Diante disso, se você concordar em participar desta pesquisa deverá assinar este termo, ficando com uma cópia do mesmo. No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (75) 3224 8167, no Módulo Teórico MT65 da UEFS.

Feira de Santana-BA, _____ de _____ de 2010.

 Profª Drª Judith Sena da Silva Santana
 (Orientadora-pesquisadora responsável)

 Rebeca Pinheiro de Santana
 (Mestranda- pesquisadora colaboradora)

ANEXO A – Aprovação do CEP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 14 de maio de 2010
Of. CEP-UEFS nº 104/2010

Senhor(a) Pesquisador(a): Prof^ª. Dra. Judith Sena da Silva Santana

Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado **“Atendimento Hospitalar às crianças e Adolescentes Vítimas de Violência em Feira de Santana - Ba”**, registrado neste CEP sob **Protocolo N.º 055/2010, CAAE 0054.0.059.000-10**, foi apreciado pelos membros do CEP-UEFS e satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, (vide parecer anexo) podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(14/05/2011)** este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria da Glória Sampaio Gomes
Vice-Coordenadora do CEP-UEFS