



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

MESTRADO PSICOLOGIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

YARA APARECIDA MARTINI KLIPPEL

**PROCESSO DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA INTEGRADA DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO À CRIANÇA VÍTIMA DE
VIOLÊNCIA**

CURITIBA

2013

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
MESTRADO PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

YARA APARECIDA MARTINI KLIPPEL

PROCESSO DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA INTEGRADA DE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE NO ATENDIMENTO À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária
Linha de Pesquisa: Psicologia Social Comunitária

Orientadora: Profa Dra Denise de Camargo

CURITIBA

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

A Ficha catalográfica, disponível na biblioteca.

Ficha catalográfica, disponível na biblioteca biblioteca@utp.br

Catálogo da publicação

Biblioteca Sidney Lima Santos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

KLIPPEL, Y. A. M.

Processo de intervenção para a prática integrada de profissionais de saúde no atendimento à criança vítima de violência.

Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Tuiuti do Paraná.

Área de concentração: Psicologia Social Comunitária

Orientadora: Profa Dra Denise de Camargo

Palavras Chave: criança, violência, profissionais de saúde, protocolo de atendimento.

Nome: Yara Aparecida Martini Klippel

Título: Processo de intervenção para a prática integrada de profissionais de saúde no atendimento à criança vítima de violência

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Aprovado (a) em: / /

Banca examinadora

Professora Doutora Maria Sara de Lima Dias

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura _____

Professora Doutora Araci Asinelli da Luz

Instituição: Universidade Federal do Paraná

Assinatura _____

Professora Orientadora Doutora Denise de Camargo

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura _____

Dedicatória

Às duas pessoas, Renato e Rafaela, alicerces do meu viver.

Se não fossem vocês ...

*Nós pedimos com insistência
Não digam nunca: Isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia.
Numa época em que reina a confusão.
Em que corre o sangue,
Em que se ordena a desordem,
Em que o arbitrário tem força de lei,
Em que a humanidade se desumaniza,
Não digam nunca: Isso é natural!*

Bertolt Brecht

Agradecimentos

A Deus, que quando prostrada diante das dificuldades Sua mão que me ergueu e Seu ombro amigo me encorajou.

Aos meus pais Antonio e Marcília (in memorium), pois sem a dedicação, amor, ensinamentos que me dispensaram no decorrer de suas vidas, não estaria galgando mais este degrau.

Ao meu esposo Renato Klippel pelo incentivo e compreensão durante as minhas muitas ausências, enquanto tentava dar conta desta dissertação.

À minha filha Rafaela, que apesar de sua pouca idade e sem muito entender também, esteve ao meu lado me dando forças e sendo um anjo de luz em meu caminho.

À minha Orientadora Professora Doutora Denise de Camargo pelo carinho, atenção, contribuição pessoal e profissional, que sem dúvida significaram em mudanças, e mudar é preciso...

Aos professores do Curso de Mestrado em Psicologia, meu muito obrigada pelos ensinamentos tão preciosos a minha formação.

À Coordenação do Mestrado em Psicologia, Professora Paula Gomide.

Às Acadêmicas Aurea Pioli e Adriana Siman, do Curso de Psicologia, da Faculdade Sant'Ana, que com muita seriedade e responsabilidade, foram minhas colaboradoras durante todo o processo de intervenção no hospital.

À Acadêmica Julieli Castanho Silva, do Curso de Psicologia, da Faculdade Sant'Ana, pela mobilização dos profissionais para as entrevistas e organização dos encontros, isso me facilitou o trabalho.

Aos Acadêmicos Fábio, Carina, Katya, Mayara, Fabianne, M^a Lúcia, Denise, M^a Leila, Fernanda, Lorena, Flávia, Fabíola, Talita, do Curso de Psicologia, da Faculdade Sant'Ana, pelo árduo trabalho de transcrição das entrevistas.

Aos Profissionais de Saúde, atores desse trabalho de intervenção. Com vocês aprendi muito e pude presenciar momentos difíceis na rotina de trabalho na área hospitalar.

Aos colegas do Mestrado em Psicologia pelos momentos de descontração que juntos vivemos.

Ao meu amigo Maurício Wisniewski pela colaboração e incentivo para que eu prosseguisse nos estudos.

Ao Doutor Renato Van Wilpe Bach que possibilitou a minha entrada no hospital, o qual possui interesse por essa área de estudo.

Aos membros componentes da Banca Examinadora, Professoras Doutoras Araci Asinelli da Luz e Maria Sara de Lima Dias que muito contribuíram com as suas arguições.

Às crianças vítimas de violência que tenham coragem de denunciar a pessoa que, em algum momento, lhes causou sofrimento. Que vocês desfrutem dos momentos da infância, sendo verdadeiramente crianças, brincando, aprendendo e sendo felizes.

PROCESSO DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA INTEGRADA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Resumo

Esta dissertação apresenta uma discussão sobre as ações dos profissionais de saúde quando do momento de atendimento às crianças vítimas de violência. A pesquisa teve como objetivo *problematizar com os profissionais de saúde suas atuações frente à criança vítima de violência*. Para tanto, escolheu-se um Hospital Infantil de média complexidade localizado no município de Ponta Grossa/ PR. Esse tipo de pesquisa favoreceu a formação de um grupo de discussão sobre o atendimento de crianças vítimas de violência, bem como a problematização de situações em que os profissionais de saúde foram levados a refletirem, em um processo de ação-reflexão-ação-reflexão, as relações de cunho ideológico, psicológico e cultural que interferem nas práticas de atendimento de cada um dos sujeitos desta pesquisa. Optou-se pela metodologia da pesquisa-ação por entender que a intervenção psicossocial se dá junto à equipe local, uma vez que são os profissionais os mais interessados em construir coletivamente novas formas de abordar este fenômeno. Usou-se a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados com a finalidade de conhecer a forma de atuação dos profissionais de saúde em relação à violência contra a criança. Após esse levantamento propôs-se a esses profissionais seis encontros para discutir-se sobre as ações intervencionistas realizadas durante os seus expedientes de trabalho quando se deparam com situações de violência contra a criança. Essa metodologia favoreceu a compreensão a respeito do que os profissionais dizem sobre o que fazem com o que eles realmente fazem e como fazem. Por entender que a violência contra a criança se configura na atualidade como problema de saúde pública, dada a sua abrangência e suas várias modalidades, o conteúdo trabalhado nos encontros agrupou as concepções acerca da violência e formas de atuação. Como resultados esta pesquisa apresenta: a) os profissionais de saúde do hospital reconheceram a dificuldade em desempenhar um bom trabalho com as crianças vítimas de violência; b) há a necessidade de capacitação dos profissionais para melhor atender essa clientela; c) não há um protocolo de atendimento às crianças vítimas de violência; d) há falta de profissionais suficientes para atender a demanda; e) há a necessidade de uma estrutura mais adequada dentro do hospital para que se possa atender as crianças vítimas de violência da melhor forma possível; f) urge uma organização dos serviços e a inclusão de um fluxograma com o intuito de padronizar os procedimentos, bem como o próprio trabalho em equipe. O suporte teórico para a compreensão do objeto está assentado em autores e nas leis que tratam da criança como sujeito de direitos, bem como naqueles que apresentam a psicologia comunitária no que tange ao fortalecimento dos profissionais de saúde para o estabelecimento de uma prática integrada. Espera-se que com esta intervenção possa-se contribuir para a melhoria da prática dos profissionais de saúde no atendimento às crianças vítimas de violência.

Palavras-chave: criança, violência, profissionais de saúde, protocolo de atendimento.

THE INTERVENTION PROCESS TO THE INTEGRATED PRACTICE BY HEALTH PROFESSIONALS ON THE ASSISTANCE OF CHILDREN VICTIMS OF VIOLENCE

Abstract

The main purpose of this present dissertation is to discuss about the actions of the health professionals when they assist young children victims of violence. This research has the purpose of clarifying the problems in between health professionals and young children victims of violence. Therefore, it was chosen a Children's Hospital, a medium complexity hospital located in Ponta Grossa, Southern Brazil. This type of research started a discussion group about the assistance of young children victims of violence and about the problematic situations faced by the health professionals in a process of *action-reflection-action-reflection*, considering the ideological, psychological and cultural relation practice that interferes in the attendance practice by these professionals. It was chosen for this work the *action-research methodology*, because we understand that the psychosocial intervention belongs to a local team, who is the most interested part in building new ways to understand this event. It was used a semi-structured survey as a tool to collect all the data information in order to understand the phenomenon. After this survey, it was scheduled six meetings to discuss the over-interventionist actions performed by the health professionals during their work hours when they faced themselves with children victims of violence complex experiences. This methodology contributed to comprehend the reality inside these professionals daily life, about what's the real problem and the difficulty behind their daily life. Having the violence against young children as a real problem, a public health problem, it was found some great answers inside these group studies. We have as a result of this research, these following topics: a) recognition of a higher difficulty in dealing with the young children victims of violence by the health professionals involved; b) the necessity of professional trainings to develop more skills to do a better work; c) the necessity of an assistance protocol to these young children; d) the lack of high qualified professionals to solve the demand; e) the necessity of a better and modern structure inside the hospital that can assist to this higher demand; f) a better service in terms of organization and an inclusion of a flowchart to standardize the procedures and teamwork. The theoretical support to understand this present dissertation is based in authors and laws who treat every child as a subject of rights, respecting the human rights, and the authors who respect the communitarian psychology regarding the strengthening of the health professionals to establish an integrated practice. It is expected a great contribution by this intervention, in showing new possibilities to improve the practice skills by the health professionals to a better assistance of all children victims of violence.

Keywords: children victims of violence, health professionals, protocol of assistance.

LISTA DE SIGLAS

AF	AMBULATÓRIO DA FAMÍLIA
CAS	CENTRO DE ATENDIMENTO A SAÚDE
CID	CÓDIGO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS
CLT	CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS
CMDCA	CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO
CREMESP	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO
CNRVV	CENTRO DE REFERÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
IPPMG	INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA
LDB	LEI DAS DIRETRIZES E BASE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
OSC	ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL
OPS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PAIR	PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRADAS E REFERENCIAIS
PNBEM	PLANO NACIONAL PARA O BEM ESTAR DO MENOR
RPICA	REDE DE PROTEÇÃO INTEGRAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SIPANI	SOCIEDADE INTERNACIONAL DE PREVENÇÃO AO ABUSO E
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UFRJ	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNICEF	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURA 1	Estruturação da Rede Intrasetorial e Intersetorial.....	32
FIGURA 2	Circuito das redes de proteção.....	34
FIGURA 3	Tipos e natureza das principais violências que atingem crianças e adolescentes.....	45
QUADRO 1	Caracterização do grupo de participantes da entrevista.....	73
QUADRO 2	Demonstrativo da sequência das entrevistas e a descrição dos participantes.....	74
QUADRO 3	Demonstrativo dos encontros realizados na pesquisa.....	76

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 A Criança versus infância.....	19
2.2 As legislações referentes à criança.....	22
2.3 As redes de proteção à criança.....	29
2.4 Situando a violência no mundo da criança.....	34
2.5 Violência contra a criança.....	42
2.6 Atuação do profissional de saúde no atendimento à criança vítima de violência.....	51
2.7 Psicologia Comunitária.....	60
3 METODOLOGIA.....	64
3.1 Delineando a metodologia.....	65
3.2 Local da pesquisa.....	66
3.3 Autorização.....	67
3.4 Os participantes.....	68
3.5 As entrevistas.....	69
3.6 Os encontros.....	75
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	76
4.1 As entrevistas.....	76
4.1.1 O entendimento que os profissionais de saúde têm sobre violência.....	76
4.1.2 As formas de atendimento dadas pelos profissionais de saúde à criança vítima de violência.....	83
4.1.3 O protocolo de atendimento à criança vítima de violência.....	86
4.1.4 Os principais agressores dos casos de violência.....	88
4.1.5 Os profissionais não denunciam os casos de violência aos órgãos competentes.....	90
4.1.6 Os profissionais não se consideram capacitados para lidar com a violência contra as crianças.....	95
4.2 Os encontros.....	99
4.2.1 Primeiro Encontro.....	99
4.2.1.1 Necessidade de padronizar o atendimento à criança vítima de violência.....	99
4.2.1.2 Os profissionais se julgam despreparados para o trato com a criança vítima de violência.....	106
4.2.2 Segundo Encontro.....	107
4.2.2.1 O cotidiano das ações no atendimento à violência contra criança.....	107
4.2.2.2 A importância de abraçar a causa.....	110
4.2.3 Terceiro Encontro.....	112
4.2.3.1 Dramatização dos casos de violência e trabalho preventivo junto às ações contra violência.....	112
4.2.3.1.1 A importância do trabalho preventivo com a família, com o agressor e com a criança.....	112
4.2.3.1.2 O descompromisso do Estado: o jeitinho brasileiro de se resolver as coisas.....	116
4.2.3.1.3 A dramatização de um caso de violência contra crianças.....	117

4.2.3.1.4 Recepção da família e da criança.....	118
4.2.3.1.5 Equipe de enfermagem.....	119
4.2.3.1.6 Médico.....	120
4.2.3.1.7 Assistente Social.....	121
4.2.3.1.8 Psicóloga.....	122
4.2.4 Quarto Encontro.....	126
4.2.4.1 Ações Intervencionistas dos Profissionais de Saúde.....	127
4.2.5 Quinto Encontro.....	134
4.2.5.1 Construção do Protocolo de Atendimento (Fluxograma).....	134
4.2.6 Sexto Encontro.....	136
4.2.6.1 Apresentação do Protocolo de Atendimento (Fluxograma)	136
4.2.7 Avaliação dos encontros.....	140
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
6 REFERÊNCIAS.....	150
7 APÊNDICES	165
8 ANEXOS.....	177

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta uma discussão sobre as ações dos profissionais de saúde quando do momento de atendimento às crianças vítimas de violência. Trata-se de uma pesquisa-ação que teve como objetivo *problematizar com os profissionais de saúde suas atuações frente à criança vítima de violência*. Para tanto, escolheu-se um Hospital Infantil de média complexidade localizado no município de Ponta Grossa/ PR, sendo este um hospital de referência no atendimento à criança vítima de violência. Esse tipo de pesquisa favoreceu a formação de um grupo de discussão sobre o atendimento de crianças vítimas de violência, bem como a problematização de situações em que os profissionais de saúde foram levados a refletirem, em um processo de ação-reflexão-ação-reflexão, as relações de cunho ideológico, psicológico e cultural que interferem nas práticas de atendimento de cada um dos sujeitos desta pesquisa. Essa metodologia nos ajudou a compreender o que os profissionais dizem a respeito do que fazem e como realmente fazem. O suporte teórico para a compreensão do objeto está assentado em autores e nas leis que tratam da criança como um sujeito de direitos, bem como naqueles que apresentam a psicologia comunitária como uma aliada às pesquisas que intentam intervir nos fenômenos sociais para alterá-los, visto que cumpre seu papel de ciência comprometida com a sociedade. Espera-se que com esta intervenção possa-se contribuir para a melhoria da prática dos profissionais de saúde no atendimento às crianças vítimas de violência.

A violência contra a criança é tema de profunda reflexão tanto pelos profissionais de saúde, quanto da assistência social e da segurança pública, sendo, portanto, um problema social de grande repercussão em uma comunidade.

Entende-se que a criança agredida necessita de cuidados especiais tanto clínicos quanto afetivos para que possa ser reintegrada em seus lares, com possibilidades de viver e encarar o problema com dignidade.

Nessa preocupação, muitos estudiosos como Phebo (1996), Azevedo & Guerra (1998), Faleiros (2000), Guerra (2011), Azevedo (2005) e profissionais que trabalham com a saúde, com o bem estar e com a educação veem expressando suas preocupações com o crescimento da violência contra a criança e o adolescente.

De acordo com Faleiros (2000), a Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (SIPANI) tem divulgado ano a ano um índice muito alto de crianças vítimas de Violência Doméstica por dia no Brasil. Segundo o autor os registros desses maus tratos são diversos, sendo que 29,1% de meninos e meninas são vítimas de violência física; 16,3% de violência psicológica; 28,9% de violência sexual cometida por um membro da própria família, geralmente, o pai ou o padrasto da vítima e, 25,7% sofreram de algum tipo de negligência. Os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF/2009) salientam que 80% das agressões físicas contra crianças são causadas por parentes próximos e, que de hora em hora, morre uma criança queimada, torturada ou espancada pelos próprios pais. Conforme Faleiros (2000), a violência contra crianças se configura em um sério problema de ordem social, cultural e político que precisa ser encarado com seriedade e responsabilidade no Brasil.

Embora existam leis que protegem e asseguram direitos à vida e à saúde dessa população, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ainda hoje, muitos profissionais da saúde, da educação e a sociedade civil, que por omissão, deixam de cumprir a lei, e em decorrência disso, a criança permanece vulnerável a eventos violentos. (Phebo, 1996).

Do ponto de vista da área da saúde, a violência contra a criança desafia saberes

hegemônicos no campo da saúde, pois não se pode atribuir uma doença específica mesmo que cause dor, sofrimento e em alguns casos até a morte. Deslandes (1999) situa esta violência em um estado doentio da pessoa que não tem origem em ação invasiva de microorganismo, não advém de nenhuma desordem orgânica, ou seja, aparentemente não apresenta nada que exija saberes da atuação médica e da pesquisa biológica.

Essa falsa aparência é denunciada por vários autores, podendo-se citar como exemplo, Lima (2006), Algeri & Souza (2006) quando apontam que por muito tempo considerou-se a violência como um caso a ser tratado pela saúde somente quando havia lesões e traumas visíveis – casos gravíssimos que eram imperativos cuidados médicos, negligenciando-se em grande monta aquela violência que não deixava marcas visíveis, mas que traziam consequências gravíssimas para a saúde física e mental do paciente, como por exemplo, a violência psicológica e em alguns casos a sexual.

Convencionou-se designar no Código Internacional das Doenças (CID), as consequências da violência como uma doença de “causas externas”, talvez por isto, persistir uma expressiva dificuldade de promoção do tratamento adequado às crianças que sofrem violência que não deixa traços visíveis. Muitos autores, incluindo entre eles Mello Jorge (1979) e Minayo (1994) entendem que há uma imprecisão da categoria da violência como doença de “causa externa”, pois esta rubrica abarca uma extensão de eventos como, por exemplo: todo tipo de acidentes, lesões autoprovocadas, agressões, complicações médica e cirúrgica e outras mais que levam à conclusão de que a violência, pelo CID enquadra-se como evento acidental, mas na realidade é um fator de muito maior gravidade na área de saúde.

Várias são as pesquisas que confirmam esta gravidade como é o caso dos trabalhos realizados na Organização Pan-Americana de Saúde (OPS, 1994) quando foi constatado que simplesmente tratar das lesões e dos traumas causados pela violência

não é suficiente para realmente devolver a saúde ao paciente que sofreu violência.

Pesquisas de Deslandes (1999) situam a violência em uma perspectiva que articula as tecnociências com as ciências humanas e a filosofia, integrando as dimensões coletivas e individuais, as objetivas e simbólicas, as quantitativas e as qualitativas. Nesse patamar a violência passa a exigir no campo da saúde a intervenção de uma equipe multidisciplinar e de vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais.

A intervenção multidisciplinar desejada para as vítimas da violência é apontada pela literatura, como exemplo a de Souza & Assis & Alzuguir (2011); Morales (2001), Gonçalves & Ferreira & Marques (1999), entre outros como aquela que terá como resultado final a melhoria do bem-estar psicossocial dessas vítimas. Para tanto, a intervenção psicossocial tem necessidade de ser planejada, articulada e elaborada mediante discussões e reflexões de toda a equipe multidisciplinar para que, a troca de observações coletadas na vivência com as vítimas sirvam de complemento umas as outras e os resultados sejam positivamente significativos.

Ressalta-se que a proposta de intervenção psicossocial é propiciar à criança, bem como às suas famílias, a diminuição dos riscos e das armadilhas trazidos pela vivência da violência, favorecendo o resgate daquilo que é bom e saudável. Portanto, visa combater e amenizar as consequências trágicas geradas pela violência, pois os malefícios advindos dela têm raízes profundas na desordem social que fica camuflada sob problemas apontados como desconhecidos e, por isso mesmo, não são combatidos.

O entorno das causas, consequências, método de ação de cada profissional esteve sob a aplicação e conhecimentos teóricos e empíricos da intervenção psicossocial, seguindo etapas sequenciais que permitiram um trabalho multidisciplinar que estabeleceu adequadamente as estratégias que foram usadas para alcançar os

objetivos traçados nesta pesquisa, tanto geral que foi problematizar com os profissionais de saúde suas atuações frente à criança vítima de violência, quanto os específicos, tais como discutir sobre as ações intervencionistas realizadas pelos profissionais de saúde durante o expediente de trabalho quando são deparados com situações de violência contra a criança; os conceitos de violência que trazem com eles em suas práticas; as formas de atuação desenvolvida pelos profissionais em questão; as ações intervencionistas realizadas frente os casos de violência contra a criança.

O enfoque do trabalho orientou-se pelos princípios da Psicologia Comunitária no sentido de fortalecimento dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento da criança e seus familiares. Compreende-se que o aumento de autonomia e a constituição do sentimento de autodeterminação passam, necessariamente, pela participação dos profissionais na organização do seu trabalho. Assim, mais do que obter resultados imediatos tem-se a preocupação com o processo de participação e implicação das pessoas que serão os responsáveis pelo trabalho.

Dessa forma, a presente dissertação está dividida em 4 capítulos, sendo o capítulo 1, cujos elementos - introdução ao tema, objetivos, justificativa e metodologia - são resumidamente apresentados. No capítulo 2, a teoria é iniciada com o referencial sobre a criança versus a infância, as legislações referentes à infância, a violência no mundo da criança, a atuação do profissional de saúde no atendimento à criança vítima de violência e a psicologia comunitária. No capítulo 3, apresenta-se a metodologia do trabalho: a forma de coleta de dados e o tratamento que tais dados receberam na análise (transcrição das entrevistas, categorização dos dados, etc.). No capítulo 4, apresenta-se a análise dos dados obtidos em confronto com a teoria. Para finalizar apresentam-se as considerações finais relacionadas aos objetivos propostos na pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Criança versus infância

A palavra criança é designada ao ser humano de pouca idade, isto é um sujeito em pleno desenvolvimento. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente / ECA (1990), o estado de criança compreende a faixa etária ente 0 a 12 anos incompletos, mas que deve ser vista como um sujeito de direitos. Nesse sentido, é que, nesta dissertação, sem perder essa perspectiva, toma-se como referencia de criança o apregoadado pelo ECA.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que o ser humano se desenvolve dentro de contextos sociais caracterizados pela busca de uma causa final e pela força motriz dos acontecimentos históricos que acontecem no desenvolvimento econômico da sociedade, nas transformações dos modos de produção e de troca, na consequente divisão social em classes distintas e na luta entre elas.

De acordo com Ariès (1978), o conceito de infância, no decorrer dos anos, se transformou em um gerúndio contínuo. Esse autor desvela este conceito a partir de estudos e classificações das características físicas e culturais e, especialmente, como a criança é compreendida em cada período. Ariès trabalha com as relações sociais, históricas e culturais a partir de registros históricos e iconográficos. Arroyo (1994), afirma que buscar o significado da infância não é uma categoria estática, mas em constante construção. Para ele não se deve falar de “infância”, mas de “infâncias”. É importante investigar os diversos tipos de infância, como por exemplo, a infância rural que é diferente da urbana, e sobre essas diferenças é que se deve mapear cuidadosamente a que tipo de *infans* se está tratando.

Pereira & Jobim & Souza (1998, p.27) afirmam que cada momento histórico constrói simultaneamente suas questões e os modos pelos quais busca resolvê-la. A partir da dialética do esclarecimento, Adorno & Horkheime, (1986) explicam a evolução do conceito ocidental de criança por meio da tensão mito/razão, em que o mito congrega a fantasia, o medo, a circularidade temporal e outras características da chamada menoridade, ao passo que a razão se coloca como sinônimo de maioridade.

De acordo com Ariès (1978), por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância. É provável que nesta época não houvesse lugar para a infância nesse mundo, o que explica o total desprezo pelas questões relacionadas à criança. Até o fim do século XIII, as crianças eram consideradas homens de tamanho reduzido. Sobre este momento, Arroyo (1994), devido à natureza de sua abordagem não faz uma longa consideração a esse período, mas afirma que durante muitos séculos a infância e a criança estiveram à margem da família, e a criança só era considerada sujeito quando chegava à idade da razão.

Todavia, Pereira & Jobim & Souza (1998, p. 29) aludem à visão iluminista que em seu projeto de livrar os homens da ignorância ou do “não saber” e torná-los senhores do mundo, por via razão, trouxe uma preocupação com a criança e sua formação, pois a mesma era considerada tábula rasa. Todavia a ilustração não contemplava a criança um ser diferenciado, capaz de interagir com sua época, ou mesmo, para citar Heidegger, de compreender a si mesmo através do existir (*existenziell*), mais um vir-a-ser, um ser em potencial e não em realidade, o adulto de amanhã e não o ser de hoje. Nesse momento, portanto, a infância é compreendida como uma fase efêmera, passageira e transitória que precisa ser apressada. (Pereira & Jobim & Souza, 1998, p.29).

No século XVI, as crianças começam a vestir-se como adultas. Ariès (1978) explica que a criança estava misturada com os adultos e, portanto, vestia-se como tal. A

partir desse ponto é que o sentimento de infância é demonstrado. A criança está inserida na sociedade não pelo que ela é, mas pelo que representa à sociedade. Falta a compreensão de que a criança possui características próprias. Pilloto (1998, p.14), com perspicácia, salienta que essa visão foi generalizada mais pela forma de pensar da sociedade do que propriamente pelo que a criança representava no contexto histórico-cultural. Pelas entrelinhas do texto, fica claro que se trata de uma crítica a *Äufklaerung* (Iluminismo). Pereira & Jobim & Souza (1998, p.30), afirmam que foi sob o signo da razão que se estruturou a chamada vida moderna.

Para compreensão do sentimento de infância Kramer (1998, p.30) busca entendimento em pesquisas referentes às políticas educacionais e assistenciais até 1980. A referida autora enfatiza que esse conceito de infância foi historicamente construído pela sociedade. Para Pereira & Jobim & Souza (1998, p.30), o modo como nos relacionamos com a infância revelam as formas de controle da história. Arroyo (1994) enfatiza que o conceito de infância no Brasil perpassa por diversos contextos, dentro do controle da história e dos direitos. Afirma que a construção da infância, historicamente, depende muito da construção de outros sujeitos.

Arroyo (1994) trata desse momento histórico muito triste, a criança não possuía direitos e, entre eles, estava o direito à vida. Nessa época a mortalidade infantil era grande, chegava a 50 por cento. As que sobreviviam eram inseridas no mundo dos adultos. Isso fazia com que a criança deixasse de viver o período da infância, onde ela poderia brincar e desenvolver a imaginação, muito importante para se transformar em um adolescente e ou adulto criativo, capaz de resolver com facilidade os obstáculos que encontraria pelos caminhos.

A descaracterização do sentimento da infância no Brasil, tanto na sua forma de expressão como no fato de o adulto vê-la como simples extensão de si mesmo, pode ser

justificada na forma de o adulto tolher a criança de viver esse período tão importante e significativo ao seu desenvolvimento biopsicossocial. (Pillotto, 1998, p.15). Kramer (1998) explica que essa mentalidade se deve pelas descobertas científicas e pelas e correntes do moderno movimento da infância – o paparico e a criança tratada como ser incompleto e imperfeito.

A superação da mortalidade infantil no século XX se deu devido às novas técnicas e tecnologias, permitindo o prolongamento da vida e a permanência da criança no mundo. A partir desse momento a criança passa a ser vista pelo Estado como um sujeito, ainda em desenvolvimento, e, portanto, deve viver como tal. (Arroyo, 1994). Kramer (1998) concorda com Arroyo, destacando que a criança deve ser compreendida numa concepção infantil e outra na significação social da família. Para ela, criança tem idade entre zero a doze anos incompletos e é, portanto, esse o período que corresponde à infância, período em que a criança deve ser vista como um ser que precisa frequentar uma escola, ser cuidado e preparado para o futuro. (Kramer, 1998, p.16).

Vygotsky (1991) apresenta a criança como um ser único que possui características próprias e que vê o mundo, de forma bem diferente do adulto. O processo de elaboração do pensamento infantil se desenvolve a partir de significações de como o real se apresenta para ela e de como a mesma aprende. Destaca-se, sobretudo, a brincadeira como elemento necessário à criança para que se estabeleça um vínculo entre o imaginário e o real.

2.2 As legislações referentes à criança

A Constituição Federal (1988), em seu artigo 226, parágrafo oitavo, afirma que: *“O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um de seus membros, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”*.

Darlan (1998, p. 91) afirma que "uma criança é credora de direitos, cuidados, respeito, carinho, dedicação, prioridade. Quando esses direitos são respeitados, a criança cresce sadia e se torna um cidadão, que corresponderá ao que dele se espera para um sadio convívio social". Sendo assim, torna-se necessário defender o direito constitucional de que crianças e adolescentes têm de estar salvas de toda forma de violência, crueldade e opressão para que tenham uma vida digna, enquanto pessoas em situação peculiar de desenvolvimento e enquanto seres humanos.

Integrada em um ambiente sociocultural, afirma Pillotto (1998, p. 22), a criança sofre rápidas transformações, pois o meio cultural é o grande mediador na aprendizagem e no desenvolvimento humano. Para Pillotto (1998), a criança é um indivíduo com direitos e deveres que precisa ser respeitada e valorizada em cada movimento que realiza na conquista de sua autonomia, no desenvolvimento de seu espírito crítico e criativo, na construção de seu pensamento, no estímulo à ação cooperativa, responsável e solidária.

Com a revolução industrial do pós-guerra, com o movimento feminista, e movimentos sociais femininos em busca dos direitos da mulher, as crianças começaram, principalmente no Brasil, a serem consideradas de modo embrionário na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) de 1934. Em seu artigo 389 instituía que as fábricas que possuíssem mais de trinta mulheres acima de dezesesseis (16) anos deveriam ter um espaço reservado para que essas operárias amamentassem seus filhos. Em 1961, embora a política trabalhista mantivesse os pressupostos da CLT de 1934, a Lei das Diretrizes e Base (LDB) /4024, não fazia qualquer referência a Educação Infantil. Uma década

depois, a Lei 5692/71 da LDB fez uma citação efêmera sobre a Educação Infantil, mas não vislumbrava a criança como um ser social, capaz de interagir e produzir cultura. A criança até então possuía certos direitos em função dos de sua mãe, em vez de obtê-los como dado natural ou “ser de direito”. Isto facilmente se observa quando consideramos que essas crianças, que eram criadas dentro do contexto das indústrias dos grandes centros urbanos, eram precocemente inseridas nas mesmas fábricas de seus pais, sendo ultrajadas, espancadas e sofrendo graves acidentes.

O ECA (1990) apregoa que a criança é um sujeito de direitos, todavia foi a partir da LDB de 96/9394 que a criança teve esse direito garantido na educação escolar, muito embora a Educação Infantil não fosse obrigatória, e o Estado não se responsabilizasse pelas vagas nas instituições. É dentro desse contexto que devemos analisar a inserção da criança na Educação Infantil.

Já Saeta (2006) entende que por volta de 1980 o Brasil começou a mobilizar-se para que a criança fosse envolvida por uma rede de proteção, que culminou com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que inovou ao trazer medidas de proteção e as medidas socioeducativas. O Código de Menores de 1979 e o Plano Nacional para o Bem Estar do Menor (PNBEM) foram revogados a partir da entrada em vigor da nova Constituição Federal, em 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em julho de 1990. Inaugurou-se desse modo, ao menos formalmente, o estado de direito para a infância e adolescência no Brasil, com a indicação clara da relação entre direitos e deveres.

O ECA, lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990, está embasado na doutrina da proteção integral, afirmada pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, e transformada em lei no Brasil. No livro II do ECA intitulado Parte Especial, observa-se, na análise dos artigos, uma preocupação nítida, em romper com a doutrina

da situação irregular e estabelecer uma política de atendimento, para crianças e adolescentes em circunstâncias especialmente difíceis, calcada na afirmação de direitos e não na suspensão dos mesmos (Brasil, 1990).

Diante desse cenário, podemos inferir que o Estatuto da Criança e do Adolescente, embora tardio (1990), é uma legislação de grande valor, contemplando políticas públicas de atenção integral à criança e/ou adolescente.

A violência e o abandono contra crianças até bem pouco tempo ficavam restritos apenas ao campo legal e aos serviços sociais. Mesmo que centenas de crianças passassem todos os anos pelos serviços sociais, não havia uma consciência pública sobre elas como sujeitos de direitos, tais como ter um registro de nascimento, garantia de acesso a serviços de saúde e educação. Somente nas décadas de 1960 e 1970 começou a despontar no Brasil uma consciência maior sobre a violência cometida contra a criança. A maioria dos países discutia o tema como um problema de saúde pública que trazia graves consequências ao desenvolvimento de crianças, no entanto, no Brasil, as crianças continuavam tendo seus direitos usurpados.

Em 1989, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas assinou a Convenção sobre os Direitos da Criança — um marco na legislação internacional sobre os direitos humanos. O documento defende o direito à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária da criança e do adolescente.

No Brasil, essa concepção de criança como cidadãos sujeitos de direitos é homologada como lei em julho de 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O ECA dispõe sobre a proteção integral da criança, ou seja, estabelece o que a criança, o adolescente, os pais ou responsáveis, a comunidade, as instituições e o Estado

podem ou não, devem ou não fazer. Estabelece as penalidades destinadas a coibir ações ou omissões praticadas contra crianças e adolescentes.

No entanto, os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, que devem traçar as políticas públicas em prol da criança e do adolescente em âmbitos municipal, estadual e federal, e os Conselhos Tutelares, órgãos estabelecidos pelo ECA, ainda não estão em pleno funcionamento, o que acarreta sérias dificuldades para a garantia do exercício dos direitos explicitados no Estatuto.

A consciência da necessidade de proteção integral da criança teve início na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e na Declaração Universal dos Direitos da Criança, de 1959, esta última composta de dez princípios que condensam os principais cuidados e garantem a indispensável proteção que as crianças necessitam e merecem. Contudo, foi só em 1989, em Genebra, com a Convenção sobre os Direitos das Crianças, carta magna para as crianças de todo o mundo e adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), que passaram a existir leis internacionais voltadas para a criança. (Brasil, 1990).

A Convenção sobre os Direitos da Criança é um dos instrumentos de direitos humanos mais aceitos na história universal, foi ratificada por 191 países. Somente os Estados Unidos e a Somália não a assinaram. Essa Convenção apregoa que *“Os Estados partes adotarão todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, abuso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual, enquanto a criança estiver sob a custódia dos pais, do representante legal ou de qualquer pessoa responsável por ela”*. (Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, 1989, *apud* Brasil, 1990).

Esse movimento internacional somou-se, no Brasil, ao movimento nacional pelos direitos da criança e do adolescente, sendo enfatizado na aprovação do artigo 227 da Constituição Federal de 1988: *“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”*.

O ECA determina como competência municipal a formulação e implementação da política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente, assim como a coordenação e execução direta das políticas e programas em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil, e reforça em seu artigo 5: *“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais”*.

Em seu artigo 13, o ECA indica a responsabilidade dos profissionais que trabalham com crianças e adolescentes: *“Os casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica contra crianças e adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade sem prejuízo de outras providências legais”*. Institui, portanto, o Conselho Tutelar como órgão da sociedade civil, permanente e autônomo, responsável pela fiscalização do cumprimento do ECA no cotidiano da cidade e o Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CMDCA) como fórum de discussão sobre a formulação de políticas de atendimento à infância e à juventude.

A intenção de se dedicar à causa da violência contra crianças e adolescentes ao ratificar a declaração e a agenda de ações para o Enfrentamento da Violência e Exploração Sexual contra Crianças/Adolescentes e o Combate ao Trabalho Infantil, somente em 1996, é reforçada no Brasil. Tal situação desencadeou em 2000, a criação de programas de atendimento e de prevenção nessas áreas e a elaboração do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes.

Nessa luta o Brasil, pode contar com um dos documentos mais avançados e completos – o ECA –, o qual propõe o envolvimento de toda a sociedade no sentido de desenvolver estratégias, meios e métodos que enfrentem a violência contra crianças e adolescentes, ao mesmo tempo que preconiza a intervenção e a elaboração de programas e campanhas dirigidas a toda a população para prevenir a ocorrência de novos casos. O ECA trata da ampliação do campo da cidadania, da defesa dos interesses públicos e da institucionalização dos conselhos, do discurso de defesa dos direitos para uma prática efetiva de proteção e promoção da cidadania, contribuindo para uma nova formatação das políticas sociais e de assistência social e revelando a concepção da organização da sociedade civil (OSC) como um centro de irradiação na comunidade. Reconhece a visão da organização da sociedade civil ou organização não-governamental (ONG) como entidade social que depende da família, de colaboradores, da comunidade e do Estado.

O Art. 245 do ECA apregoa que é dever do profissional – médico, professor ou responsável por estabelecimento de saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche – dar atenção à saúde e comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

Como se pode perceber o Estatuto da Criança e do Adolescente aponta alguns responsáveis específicos pela notificação dos maus tratos, que assim são listados devido a sua atuação perante a sociedade e seu dever profissional de assegurar o tratamento digno a criança e ao adolescente.

Assim, notificar as autoridades tidas como competentes – Conselho Tutelar, Ministério Público, Poder Judiciário e Polícia – é exercício de cidadania, sendo incumbido a todos esse dever, que decorre da proteção integral, fundamento que embasa todo o ECA.

2.3 As redes de proteção à criança

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê a implantação e implementação de Redes de Proteção Integral da Criança e do Adolescente (RPICA). Essas Redes são políticas afirmativas construídas e alicerçadas em objetivos comuns e trabalho em parceria com o Estado, a sociedade em geral, bem como a participação a família.

A rede de serviços é entendida como a atuação articulada entre diversas instituições, organizações e grupos que já realizam ou possam realizar ações voltadas para a erradicação de um problema. No caso do enfrentamento à violência, visa ao combate à violência, à melhoria na qualidade do atendimento e ao desenvolvimento de estratégias de prevenção. Com base em um trabalho coletivo que deve otimizar as competências dos participantes, estabelecer fluxos e dinamizar ações que vão possibilitar a orientação sobre o tema e o encaminhamento das vítimas aos serviços, a rede deve ser democrática e informativa, caso contrário ela se desfaz. (Oliveira, 2001).

O conhecimento da rede de apoio social de sua comunidade, bem como aprender a buscar ajuda é muito importante tanto à família quanto à criança em situações de violência.

Reconhece-se hoje como prioridade social a busca da coesão social como uma ação coordenada, sob responsabilidade do Estado e da sociedade, e a necessidade de aproximar lei e realidade, de defender as conquistas legais já promulgadas. Dentro desse contexto social, o Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV) vem defendendo, como um de seus objetivos prioritários, a doutrina de proteção integral à criança e ao adolescente e a formação de uma rede de proteção aos que estejam em situação de violência. (Oliveira, 2001).

Com a Rede espera-se obter sucesso nos nossos projetos de atenção à criança. Ela é um conjunto de entidades e secretarias que fornece importantes informações e uma melhor articulação para encaminhamentos e ações. Essas Redes de Proteção a Crianças e Adolescentes em situação de violência vêm sendo articuladas na comunidade, bem como na sede do CNRVV, em fóruns de debates bimestrais de enfrentamento à violência, para os quais o CNRVV aciona toda a sua rede de parceiros.

A rede visa sensibilizar os atores envolvidos — pais ou responsáveis, profissionais e mesmo as crianças e os adolescentes — a se beneficiarem de informações e poderem atuar ou ajudar os envolvidos a tomar decisões nas diferentes etapas da prevenção: identificação e reconhecimento dos sinais de risco, notificação, acompanhamento transdisciplinar da criança, do adolescente e da família, incluindo, se possível, o agressor e fornecendo apoio legal. (Oliveira, 2001).

De acordo com Brasil (2010, p. 82-83), a estruturação da atenção integral à criança, ao adolescente e suas famílias em rede é um passo importante para assegurar o cuidado e a proteção social desse público. Não se trata de um novo serviço, mas uma

concepção de trabalho que requer a articulação intrasetorial e intersetorial de forma complementar, que visa integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local.

O processo de estruturação dessa rede no município deve considerar as características dos serviços ofertados no território e as especificidades das políticas sociais (saúde, educação assistência entre outras).

Nesse sentido, a partir do setor de saúde, propõem-se alguns passos essenciais para a materialização da rede de cuidados e proteção social (intra ou inter), cujos passos não necessariamente seguem uma hierarquia, podendo acontecer de forma concomitante. Conforme a figura abaixo:

Figura 1 - Estruturação da Rede Intrasetorial e Intersetorial – Passo a Passo

Passos	Estruturação da Rede Intrasetorial e Intersetorial – Passo a Passo
Diagnóstico da situação	1. Mapear todos os serviços governamentais e não governamentais que atuam no cuidado integral, na promoção de direitos, defesa e proteção social de crianças e adolescentes no território, inclusive serviços de atendimento ao agressor, bem como os serviços regionalizados, quando for o caso.
	2. Identificar no município os serviços que se constituem como “porta de entrada” para atenção integral a criança, adolescentes e suas famílias em situação de violência;
	3. Caracterizar os serviços/instituições que promovem a atenção integral à criança, ao adolescente e suas famílias em situação de violência, (composição da equipe multiprofissional; existência de protocolos e fluxos de atendimento articulação rede (intra e intersetorial), tipo de atendimento prestado; endereço, telefones, e-mail, horário de atendimento, entre outros).
Mobilização social e Advocacy	4. Pactuar com os gestores locais (distritais, municipais e estaduais) que compõem a rede de cuidado e proteção social de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência.
	5. Formalizar em atos normativos (leis, decretos, portarias, planos de ação, protocolo de intenção, carta compromisso e outros) .
	6. Construir alianças estratégicas com Conselhos Tutelares, de Direitos, associações comunitárias; meios de comunicação; Ministério Público, Segurança Pública; poderes Legislativo e Judiciário, dentre outros.
Capacitação permanente e formação continuada	7. Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde dos três níveis de atenção em linha de cuidado, nas dimensões do acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação e seguimento do caso para a rede.

	8. Articular com os serviços de proteção e defesa de crianças e adolescentes para a inclusão de conteúdo da atenção integral à saúde na formação continuada para profissionais e gestores.
Planejamento e gestão	9. Instituir grupo de gestão colegiada da Rede de cuidado e proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, para articular, mobilizar, planejar, acompanhar e avaliar as ações da Rede.
	10. Planejar as ações de atenção integral à saúde da criança em situação de violência em linha de cuidado, a partir do serviço, para o percurso interno e externo
	11. Elaborar protocolos de acolhimento e atendimento humanizados (abordando os aspectos técnicos e éticos) para o serviço de saúde e para da rede complementar, definindo corresponsabilidades, áreas de abrangência, fluxos do atendimento, normativas específicas, podendo ser utilizados ou adaptados os protocolos existentes.
	12. Adotar estratégias de acompanhamento e apoio técnico e psicossocial às equipes de saúde que atendem crianças e adolescentes envolvidos em situações de violência e estimular que a rede complementar também siga essas estratégias.
	13. Implantar/implementar o sistema Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).
	14. Divulgar para sociedade os serviços com endereço completo e os horários de atendimento às crianças e adolescente em situação de violência.

Fonte: Brasil (2010, p. 82-83).

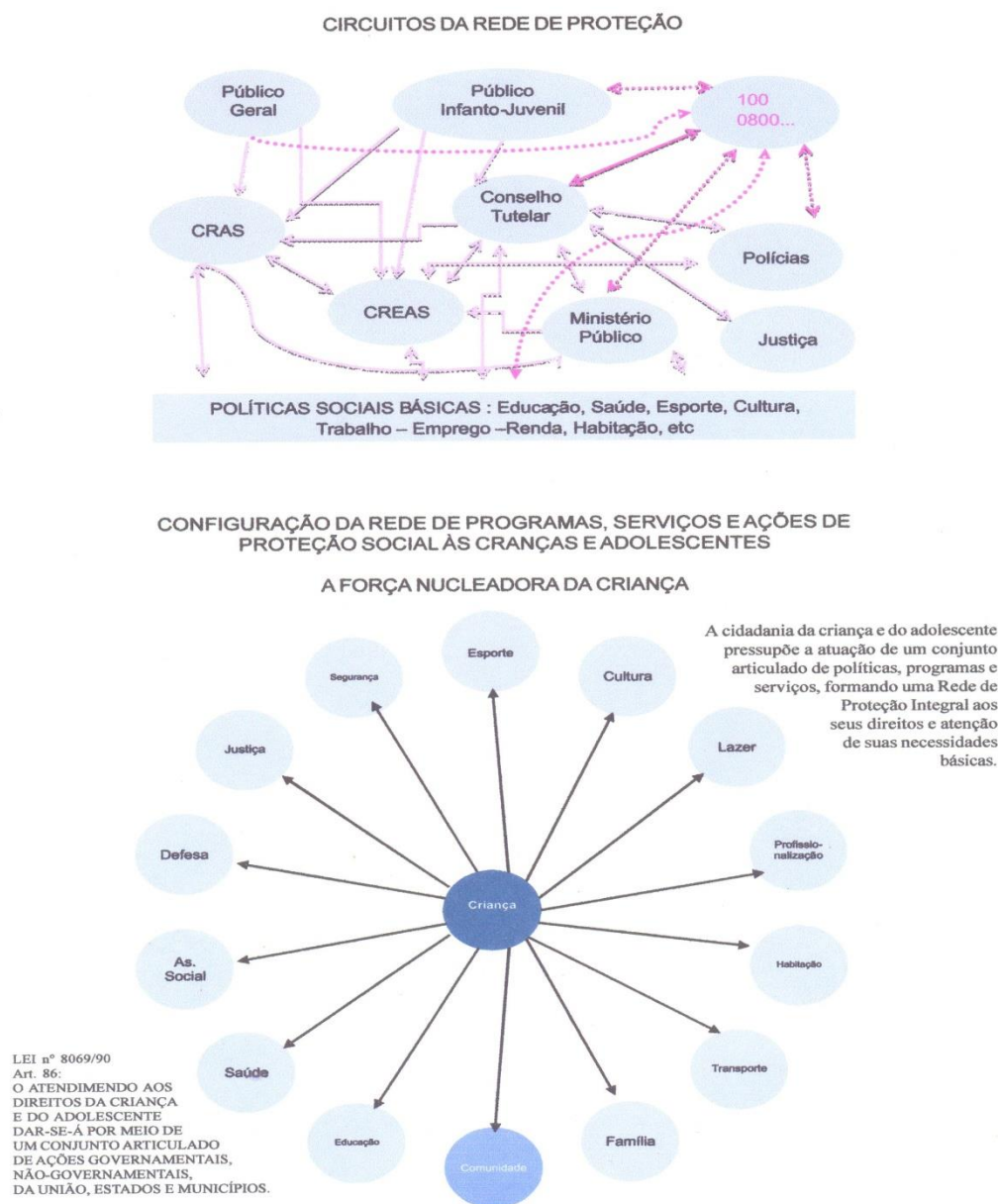
Trabalhar em Rede é, antes de tudo, reconhecer que todos os indivíduos e organizações são dotados de recursos, de capacidades, de possibilidades e que, também, são possuidoras de fragilidades, de carências e de limitações.

De acordo com Ippolito (2004, p. 84), o trabalho em rede é o mais indicado nos casos de violência, pois “a rede potencializa a atuação mais abrangente e multidisciplinar de um conjunto de atores de diversas instituições, que tem o mesmo foco temático na consecução da política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente”.

A seguir apresenta-se um esquema (figura 2) retirado do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no

Território Brasileiro (PAIR), de autoria de Antonio José Angelo Motti e Thais Dumê Faria.

Figura 2: Circuitos da Rede de Proteção



Fonte: Motti, A. J. A.; Faria, T. D. (2011). Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR).

Assim, por meio da integração das instituições envolvidas com situações de violência contra a criança, a rede permite, conforme Ippolito (2004), compartilhar

conhecimentos, informações, experiências, possibilitando aumentar a amplitude das ações. Destaca ainda, que ações isoladas não são suficientes na prevenção da violência, na responsabilização do agressor, no atendimento da criança ou adolescente e sua família, sendo necessária à articulação em rede dos serviços existentes.

2.4 Situando a violência no mundo da criança

A violência tem sido classificada como um fenômeno social e apresenta-se para a sociedade nas mais variadas formas. Pessoas, grupos, instituições de alguma maneira praticam violência entre seus pares de formas diferenciadas, mas que classificam como ato violento sempre que alguém sai prejudicado.

Nesse sentido, a Proposta Preliminar de Prevenção e Assistência à Violência realizada pelo Ministério da Saúde (Brasília, 1997) alerta que existe no seio da sociedade uma violência estrutural, que tem seus fundamentos no contexto socioeconômico; nas desigualdades, nas apropriações e expropriações das classes e dos grupos sociais.

Acontece uma violência cultural que se expressa a partir da violência estrutural, transcendendo a vivência social e manifestando-se nas relações de dominação raciais, étnicas, dos grupos etários e familiares. É uma violência delinquente que se manifesta como crime e por isto deve ser articulada, para ser entendida (Minayo & Assis, 1993).

Em sentido abrangente a violência traduz-se como qualidade do agressivo, do bruto; do constrangimento físico ou moral, ou ainda como toda forma de sujeição antijurídica que predispõe a vítima ao sofrimento físico, psíquico ou moral. Trata-se de um fenômeno que remonta à pré-história e é inerente à condição sociológica de todos os povos, desde a antiguidade até o Século XXI.

Em termos literários, a violência é definida como:

ação violenta, o ato ou efeito de violentar. Constrangimento físico ou moral exercido sobre a vontade de alguém para obrigá-lo a consentir ou a submeter-se à vontade de outrem. Qualquer força material ou moral empregada contra a vontade ou a liberdade de uma pessoa; coação. Emprego da força para superar a resistência de uma pessoa ou coisa (Larousse, 1998, p. 5.960).

Pela extensão desse conceito, entende-se que a violência pode assumir o aspecto das diferentes formas de valores: sociais, culturais, econômicos, políticos e morais da sociedade. Assim, compreende-se a violência levando-se em consideração estas condições e não somente pelos episódios de violência física explícita.

A violência segundo Chauí (1984), é entendida como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e de opressão. É a desigualdade de relação entre superior e inferior. É uma ação que trata o ser humano não como sujeito, mas como coisa. É uma agressão que aniquila o indivíduo, paralisando-o e impedindo-o de reagir, pressupondo grande desigualdade de forças em uma situação de conflito, podendo causar a destruição ou o aniquilamento da vítima.

Por esse poder de impotência dado à vítima da violência, entende-se que o ato violento como um fenômeno originado pela diferença de valores sociais, culturais, econômicos, políticos e morais, que se contrapõe à norma legal ou moral vigente na sociedade, já que causa dano a outrem e desencadeia uma realidade de dimensões potencializadas em acordo com o que se está presente na vida social da vítima –

podendo ser de maior ou menor potencial conforme os fatores sociais e econômicos presentes nos costumes e tradições da comunidade (Chauí, 1984).

Chauí (1984) afirma que é fácil situar as raízes da violência nas relações sociais, mas que é muito difícil determinar suas causas. Existem correntes que a sustentam como resultante de necessidades biológicas, outras que a explica a partir dos próprios indivíduos, outras que a reconhecem como um fenômeno de causalidade apenas social provocada ora por ruptura da ordem, ora pela vingança dos oprimidos, ora pela fraqueza do Estado. De acordo com Arendt (1994, p.17), o sentimento causador da violência é o ódio, oriundo de uma revolta interna quando há desrespeito e humilhação, tendo, muitas vezes como consequência a prática da violência.

Segundo Arendt (1994, p. 32), tanto no estado de poder quanto no de ódio a violência sobressai-se, destacando que estes dois estados fazem parte de manifestações das reações humanas que são completamente distintas, já que o poder visa ao bem estar do ego, e o ódio é uma simples manifestação resultante de qualquer sentimento. Para a mencionada autora, o desrespeito é uma das principais causas da violência.

Arendt (1994), ainda defende que as manifestações de violência multiplicam-se tanto quanto os atores nelas envolvidos. O destaque é que a violência está presente na sociedade em geral, motivadas e/ou incentivadas por inúmeras causas, seja, pela miséria, exclusão, corrupção, desemprego, concentração de renda e poder, autoritarismo, desigualdade, ou ainda por quaisquer outras maleficências da sociedade.

Diante de diversas causas da violência sobressaem-se três modalidades que tem como principal manifestação o poder, são elas: estrutural, sistêmica e doméstica.

Segundo Chauí (1984), a estrutural, por ser uma forma de violência privilegiada, sua natureza encontra-se na estrutura das classes sociais, grupos ou nações econômicas ou politicamente dominantes que se aproveitam das leis ou instituições menos favorecidas

para tirar proveito de uma situação, mantendo-se em uma situação privilegiada. Nesse tipo de violência os agressores são os detentores de maior poder econômico, ou seja, as classes altas, e as vítimas são as classes menos favorecidas, revelando uma sociedade atingida pela desigualdade social e cultural.

Nesse tipo de violência, a classe menos favorecida vive sem a mínima condição de uma vida digna, em constante falta de assistência de saúde e educação, explorada pela mão de obra, cercada pela miséria e vivendo em seu cotidiano situações que revelam intensa carência de direitos humanos.

A modalidade de violência sistêmica, segundo Arendt (1994), caracteriza-se pelo poder político, tendo como principal característica o autoritarismo, ou seja, o sistema político age de forma abusiva e com excesso de poder. São inúmeros os tipos de violência sistêmica, e é onde o Estado tem se mostrado ineficiente para combater principalmente as práticas que ferem os direitos humanos da população.

Um exemplo de modalidade de violência sistêmica, apontado por Chauí (1984) é a violência policial, com característica dominante pelo uso ilegal e desproporcional da força física que deveria ser utilizada de forma legítima ao cumprimento de dever legal, contudo, em muitos casos aplicam sanções extremamente desnecessárias que ultrapassam a penalidade do agente. Caracteriza o abuso de poder, pois há aproveitamento de um cargo de elevação e de superioridade, em detrimento aos cidadãos, que estão associados à distribuição desigual do poder político na sociedade.

Para Chauí (1984), o fenômeno da violência apresenta uma dimensão estrutural, mas também tem uma dimensão cultural, ambas intimamente articuladas, exigindo-se mutuamente, advindo daí a violência doméstica.

A autora afirma que as relações que envolvem a violência doméstica, não podem ser concebidas exclusivamente de influência externa, dado que é uma violência presente

na sociedade que penetra no âmbito familiar afetando-o como um processo gerado no próprio interior da dinâmica da sociedade.

Na violência articula-se uma teia ampla de relações e por isto não pode ser vista de modo mecanicista e simplista. A problemática da violência doméstica só pode ser compreendida partindo-se de sua complexidade e multicausalidade, não ficando reduzida tão somente às questões relativas à desigualdade e exclusão social, criminalidade, crise do Estado e políticas públicas na área social.

Para D'Oliveira *et al* (2005), a violência é um modelo caracterizado principalmente por comportamento agressivo e de repressão incluindo ataques físicos, sexuais e psicológicos. Assim, são identificados como elementos da violência uma variedade de táticas, algumas com lesões físicas, executadas em episódios múltiplos, uma combinação de agressões físicas e morais, determinadas por atos que aterrorizaram e táticas de controle usadas pelo agressor que resultam em medo, abuso físico e psicológico para as vítimas; uso de coação abusando do poder de autoridade pelos menos favorecidos (no caso, a esposa por ser mulher e por vezes dependente economicamente, os filhos por serem crianças e não terem força física para se defenderem, os idosos pelo mesmo motivo) a fim de alcançar obediência da vítima e controle sobre ela.

Na análise de Signori (2006), o fenômeno da violência, especificamente em que a criança é a vítima, incide fundamentalmente sobre a vida e a saúde, com sérias e graves consequências para o seu pleno e integral desenvolvimento pessoal e para o exercício da cidadania e dos direitos humanos a ela inerentes. Consequências essas que têm o poder inclusive, de atingir também o desenvolvimento econômico e social do país.

A violência tem conquistado maior visibilidade na atualidade, fruto do envolvimento da sociedade civil e instituições públicas e privadas, que buscam desenvolver ações de combate a essas práticas violentas no interior do ambiente doméstico, considerando-as como uma das mais expressivas violações dos direitos humanos.

Piovesan (2002), quando fala sobre os direitos humanos em âmbito constitucional internacional indica que muitos são os fundamentos empregados na compreensão do fenômeno da violência, verificando que é o caráter instrumental da violência que ajuda a identificar o significado das práticas violentas, as quais transcendem o ato em si.

A autora afirma que a observação do relacionamento familiar permite compreender a violência na perspectiva do agressor quando os atos violentos buscam restaurar um "dano" sofrido por aquele que se julga credor de algo. Por exemplo, se o adulto se vê em uma situação de inferioridade, ele busca no ato violento contra a criança fazer emergir sua autoridade, não esquecendo que existe no mundo uma cultura arraigada à figura do homem como autoridade no seio da família.

Essa satisfação de poder que é atribuída não somente ao homem, mas a todo aquele que está em condições de exercê-lo perante um sujeito mais fraco (no caso a criança que não tem discernimento suficiente para saber defender-se contra qualquer adulto) contribui para que a humanidade contemporânea conviva com níveis cada vez maiores de criminalidade tecnicamente não violenta, que se torna insidiosa, porque não se sentem os seus efeitos nefastos, senão após a consumação das transgressões.

Na opinião de Hermann (2000), do ponto de vista da criminalidade, conquanto não se possa perceber a violência, no sentido de dano à pessoa, como também, no

sentido da transgressão às normas sociais, não se pode conceber formas eficazes de penalização que possam coibir a reincidência e/ou a prevenção.

No documento “Construindo a Igualdade de Gênero”¹ os trabalhos científicos ali expostos generalizam esta situação como um fenômeno de valores sociais, culturais, econômicos, políticos e morais de uma sociedade que aprova o comportamento deliberadamente agressivo e transgressor daquele que tem o poder no seio da família (exemplo, a mãe que negligencia os filhos só é penalizada se acontece um grave problema de saúde, o pai ou irmão ou tio que abusa da criança só é penalizado se houver denúncia ou se há causa de doença).

A penalização que seria o meio mais correto de coibir a violência somente acontece se infringe uma norma legal ou moral, mas para tanto é preciso denúncia, mas geralmente, a vítima, principalmente se for criança aceita passivamente ser agredida por motivos vários. São condições de vida e de convívio social que relatam uma realidade de injustiças, presente na vida de qualquer um, independente de classe social, podendo este fenômeno ser potencializado ou banalizado conforme os costumes e tradições da comunidade, pois variam de pessoa a pessoa.

Contudo, no trabalho de Azevedo (1993, p. 38), em expor sua Teoria Crítica da Violência Familiar Contra Crianças e Adolescentes, há um alerta de que deve ser reconhecido que toda violência é social, histórica e, portanto, capaz de ser controlada e erradicada, caso haja vontade política para tal.

A autora defende que a violência para ser combatida, entre outras providências, deve ser compreendida as origens que a caracterizam como “legitimação branca” no cotidiano da sociedade, verificando o porquê de não haver denúncia do “autoritarismo

¹ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres 1º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero – redações e trabalhos científicos monográficos vencedores. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006., p. 108-110

estruturante das relações macro e micro-sociais, seja o caráter ideológico da representação do brasileiro como um povo ‘cordial e pacífico’. (Azevedo, 1993, p.38). Esse mesmo autor (p. 39) defende que a violência é resultado “de uma interação entre fatores individuais (biológicos e psicológicos) e sociais (econômicos, políticos e culturais)”.

Em relação especificamente da violência contra a criança Azevedo (1993, p.45) considera que pela Teoria Crítica haverá “um desafio básico, alguns pressupostos, a aceitação de alguns critérios epistemológicos, que uma tal formulação teórica deverá satisfazer e uma opção metodológica”. Para tanto, haverá a necessidade de vencer alguns desafios básicos que envolvem uma política correta e cientificamente válida e alguns pressupostos que tem como exemplo o materialismo histórico.

Azevedo (1993) explica que o método para vencer tais desafios é o histórico-crítico que como etapa essencial a crítica ideológica que significa desmistificar as representações do fenômeno que fazem parte da cultura comum de uma dada sociedade e da cultura científica na área, ou seja, uma consciência instrumentalizada.

2.5 A Violência contra a criança

“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. (art. V, do Estatuto da Criança e do Adolescente)

Mesmo o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA), garantindo à criança ser considerada sujeito de direitos, como se pode observar no art. V, lei 8.069/90, ela ainda

vem sofrendo violência de natureza física sexual e psicológica, assim como negligência/abandono. Assim, por meio da violência a criança deixa de usufruir do seu direito à vida e à saúde de forma plena.

Pode-se entender a violência contra crianças como um fenômeno complexo que perpassa pelas causas socioeconômicas, histórico-culturais e ainda se encontra atrelado a pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade.

Como causas socioeconômicas podem-se destacar a má distribuição de renda, a migração, a pobreza, o acelerado processo de urbanização e a ineficácia das políticas sociais. Quanto aos aspectos histórico-culturais, percebe-se que a criança ainda é mantida como objeto de dominação dos adultos, merecedores de amor desvalorizado, contaminado pela ideia de fraqueza e inferioridade.

Esse entendimento da criança como objeto de dominação tem raízes históricas, pois de acordo com Zilberman (1982), antes de 1870, as crianças eram vistas como adultos e a infância não existia; trabalho infantil não era visto como exploração, mas como dever à sociedade e a Deus; além disso, eram julgadas como adultos nos crimes que cometiam.

No século IX, praticava-se o chamado infanticídio, não considerado como crime naquela época. Nessa mentalidade, as crianças que apresentassem algum tipo de deficiência, fossem elas físicas ou mentais, inclusive as bastardas eram jogadas nos precipícios sem que os agressores fossem punidos na forma da lei. Somente no século XIX, com 1ª Declaração dos Direitos da Criança, mais propriamente em 1924, é que a criança passou a ter direito à educação. (Krug *et al.*, 2002).

O tempo passou, muitas conquistas houveram, todavia as crianças ainda são as maiores vítimas da violência, seja intra ou extra familiar. Para a criança a família é o lugar que lhe dá segurança e proteção é nela que encontra refúgio sempre que se sente

ameaçada. Contudo, os noticiários têm divulgado uma quantidade expressiva de casos de violência praticada no contexto familiar. Essa forma de violência é extremamente dolorosa e geralmente deixa marcas profundas na criança, as quais prejudicam seu desenvolvimento biopsicossocial.

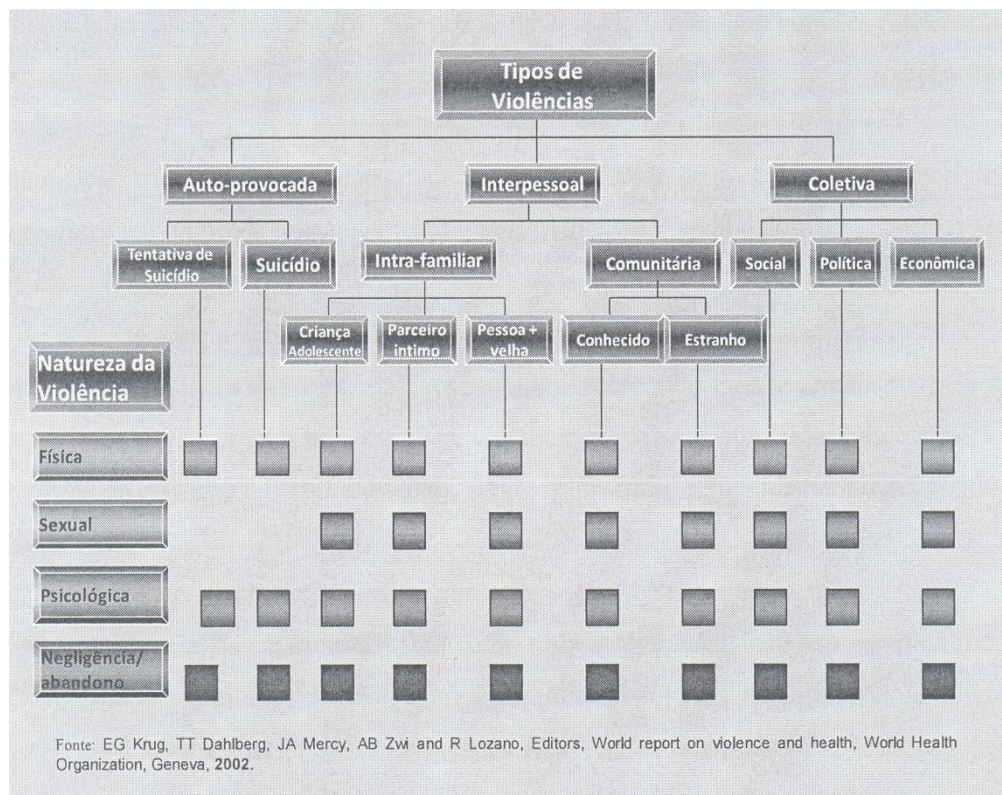
Conforme a Organização Mundial da Saúde:

Violência é o 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).

O Ministério da Saúde define como violência praticada contra crianças *“Quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas”* (Brasil, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (Krug *et al.*, 2002) apresenta os aspectos e as relações entre os diferentes tipos e natureza da violência. Há três grandes categorias de violência, as quais podem ser divididas em tipos de violência mais específicas: a violência praticada contra si mesmo (autoprovocada), a praticada por indivíduos ou grupos (interpessoal), e a praticada por organizações maiores (coletiva), como por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas. Esses tipos são relacionados a sua natureza física, sexual e psicológica, além da negligência/abandono, conforme o ilustrado pela Organização Mundial da Saúde, segue-se abaixo.

Figura 3 - Tipos e natureza das principais violências que atingem Crianças e Adolescentes



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2010, p. 26).

Compreende-se como *violência autoprovocada ou contra si mesmo*, conforme Krug *et al.* (2002), aquela que envolve o comportamento suicida e o suicídio propriamente dito. No tocante ao *comportamento suicida* pode-se afirmar que este inclui ideias de acabar com a vida e a automutilação – destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente – que pode ser grave (amputação dos próprios dedos), estereotipada (tal como bater a cabeça, morder-se ou arrancar os cabelos) ou superficial (cortar-se, arranhar-se ou introduzir agulhas na pele) (Krug *et al.*, 2002). Para esse pesquisador o *suicídio* caracteriza-se pelo desenvolvimento de um plano para cometer o ato, conseguir os meios de realizá-lo e concretizá-lo, dando fim à própria vida. Nos entendimentos de Krug *et al.* (2002), a *violência interpessoal* ocorre na interação entre as pessoas, que demonstram dificuldade de resolver conflitos por

meio da conversa, como também nas relações entre pais e filhos, homens e mulheres, irmãos, entre outras, nas quais estão caracterizadas as relações de poder (Minayo, 2009). É dividida em violência *intrafamiliar e comunitária*.

Por sua vez, a *violência intrafamiliar* ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais. É cometida mais contra crianças do que com adolescentes, em função de sua maior fragilidade física e emocional. Caracteriza-se pelas formas agressivas por parte da família no trato com a criança, o uso da violência é tido como possibilidade de solucionar os conflitos e como estratégia de educar. Nesse tipo de violência pode-se incluir a falta de cuidados básicos para com a criança em desenvolvimento.

Por *violência comunitária* destaca-se aquela praticada entre indivíduos sem laços de parentesco, conhecidos ou desconhecidos. Essa forma de violência caracteriza-se por atos de violência gratuitos, estupros, violência sexual e as cometidas em instituições públicas ou privadas, tais como: escolas, serviços de saúde, comunidades e condomínios, dentre outros.

Destaca-se ainda, conforme Krug *et al.* (2002), a *violência coletiva*, que para ele é aquela cometida por grandes grupos ou pelo Estado. É caracterizada por qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada, por exemplo, em origem racial/étnica e social, que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública.

Brasil (2004), Guerra (1998) e Faleiros (2000), salientam que há quatro tipos básicos de abuso ou violência contra crianças, são elas: violência física, violência psicológica, violência sexual, negligência.

A *Violência física* caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou

pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte (Brasil, 2004). Essa violência pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Para Guerra (1998) e Faleiros (2000), a violência física é aquela que ocorre quando um adulto machuca uma criança fisicamente, sem ter havido um acidente. Esse tipo de violência inclui comportamentos de agressão tais como: sacudir, dar palmadas, queimar, esquentar, chutar e sufocar.

O castigo corporal é considerado uma violência física e não deve ser usado como recurso pedagógico para impor limites às crianças e aos adolescentes. A recomendação fundamental é proteger e dar atenção a crianças e adolescentes diante de qualquer ato que possa prejudicar seu desenvolvimento, buscando sempre a orientação por meio do diálogo. Esse tipo de violência é o mais identificado pelos serviços de saúde.

Por *Violência psicológica* compreende-se toda ação que coloca em risco ou causa dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem (Brasil, 2004). Nas palavras de Guerra (1998) e Faleiros (2000), a violência emocional afeta profundamente a auto-estima da criança, submetendo-a a agressão verbal ou crueldade emocional por meio de situações de confinamento estrito, educação inadequada, disciplina exagerada, permissão consciente para ingerir álcool ou drogas e ridículo. Esse tipo de violência, muitas vezes, não é percebido, uma vez que não deixa marcas corporais, como a violência física. Uma espécie de violência em que a criança sofre humilhações, ameaças, ridicularização, entre outras formas de abuso, que afetam a sua auto-estima,

fazendo com que se sintam inferiores aos demais e tenham grande sentimento de culpa e mágoa. Essa violência pode trazer representações negativas de si mesmo, que acompanharão a criança por toda a sua vida, dificultando a formação de sua identidade.

Tem-se como princípio de que a *Violência sexual* é todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Abrange relações homo ou heterossexuais. Pode ocorrer em uma variedade de situações como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “voyeurismo” (obtenção de prazer sexual por meio da observação) (Brasil, 2004). É predominantemente doméstica, especialmente na infância. Os principais perpetradores são os companheiros das mães, e, em seguida, os pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança, num contexto de relações incestuosas.

Por Violência sexual, pode-se dizer que envolve contato sexual entre uma criança e um adulto ou pessoa significativamente mais velha e poderosa. As crianças, pelo seu estágio de desenvolvimento, não são capazes de entender o contato sexual ou resistir a ele, e podem ser psicológica ou socialmente dependentes do ofensor.

Guerra (1998) e Faleiros (2000) enfatizam que o abuso sexual abrange qualquer toque ou carícia imprópria, incluindo comportamentos como incesto, molestamento, estupro, contato oral-genital e carícia nos seios e genitais. Além do contato sexual, a violência pode incluir outros comportamentos abusivos como estimular verbalmente de

modo impróprio uma criança, fotografá-la de modo pornográfico ou mostrar-lhe esse tipo de fotos, expô-la à pornografia ou atividade sexual de adultos.

A violência entendida como *Negligência* ocorre pela falta de cuidados dos adultos (pais ou outros responsáveis pela criança, inclusive institucionais), perante as necessidades biopsicossociais da criança (Brasil, 2004). Nessa situação soma-se a privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à educação; o descuido com a higiene; a falta de estímulo, de proteção de condições climáticas (frio, calor), de condições para a frequência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual (Brasil, 2004). Dessa forma, considera-se o *abandono* como a forma mais grave de negligência.

Guerra (1998) e Faleiros (2000) entendem a violência por negligência, como sendo os maus tratos ou negligência à saúde, ao bem-estar ou à segurança de uma criança. Considera-se negligência física, emocional e educacional aquela cometida por meio de atos como: abandono, recusa em buscar tratamento para uma doença, supervisão inadequada, riscos à saúde dentro de casa, indiferença para com a necessidade que a criança tem de contato, elogio e estímulo intelectual, nutrição emocional inadequada, recusa em procurar escola para a criança e sonegação de alimentos.

Vale salientar que uma criança pode ser vitimada por mais de um tipo ou natureza de violência ao mesmo tempo, visto que elas se relacionam, como por exemplo, a violência física ocorre quase sempre junto com a psicológica; e uma criança que sofre violência sexual e psicológica em casa pode também ser envolvida em situação de exploração sexual o que, talvez, por falta de experiência, conhecimento e estrutura organizacional dificultam aos profissionais tipificarem tais violências.

Portanto, conhecer e saber identificar as formas de manifestação da violência que mais afetam as crianças é fundamental para oferecer cuidado e proteção social, especialmente na rede pública de saúde.

Desse entendimento, é que se procurou desenvolver uma pesquisa com o intuito de discutir com os profissionais de saúde suas atuações frente à criança vítima de violência e, assim, contribuir com eles no que se refere à forma de atendimento no momento em que se deparam com situações de violência contra crianças.

Na busca de pesquisas recentes sobre a problemática em estudo, encontrou-se diversos artigos, como o de Nunes & Sarti & Ohara (2011), fruto da tese de doutorado de Cristina Brandt Nunes, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP– São Paulo (SP), Brasil, em 2007. Nesse artigo as autoras buscaram compreender o modo como os profissionais de saúde abordam as situações envolvidas na violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. A pesquisa de natureza qualitativa, na modalidade de estudo de caso, foi realizada com 30 profissionais de saúde. Como resultados apresentam que os profissionais mostraram-se preocupados com a falta de resolução dos problemas. Revelaram que as medidas empreendidas priorizam a punição em lugar do atendimento e que a estrutura de trabalho não lhes permitia expor seus sentimentos e reações e com eles lidar. O modo de abordar as famílias que já vivenciaram violência pode configurar um ato violento para com estas. Para as autoras acima referenciadas, a maneira como é realizada a maioria das abordagens em casos de violência contra a criança e o adolescente reflete a falta de integração entre os profissionais e os diversos setores.

Outro artigo encontrado, nessa área, abordando a temática, foi o de Thomazine & Oliveira & Viera (2009), que objetivou identificar de que forma acontece o atendimento de enfermagem às crianças e aos adolescentes vítimas de violência

intrafamiliar nos serviços de pronto-atendimento de instituições de saúde conveniadas ao Sistema único de Saúde (SUS), no município de Cascavel-Paraná, no que diz respeito à identificação dos casos e as medidas de notificação. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, descritiva e exploratória, com enfermeiros, cujos dados foram obtidos por meio da entrevista semi-estruturada e analisados seguindo-se as regras para análise temática. Os resultados da pesquisa evidenciaram que os enfermeiros conseguiam identificar/suspeitar de violência intrafamiliar no atendimento de crianças/adolescentes vitimizados, porém, poucos realizaram a notificação, mesmo sendo um dever legal e ético. Para as autoras, faz-se necessário a implementação de um protocolo de atendimento, o qual defina claramente o papel de cada membro, instituição, órgão governamental, setores da sociedade civil e profissionais no atendimento e prevenção da violência, construindo-se uma rede hierarquizada, articulada e contínua de ações, além de capacitações continuadas da equipe e possíveis mudanças na rotina, estrutura e no ambiente de atendimento.

Outra contribuição científica na área é o artigo de Gonçalves e Ferreira (2002), cujo objetivo do trabalho foi discutir as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais, sugerindo possíveis soluções a serem aplicadas no caso brasileiro. A pesquisa concluiu que há necessidade de esclarecimento da noção legal de maus-tratos e da concepção de suspeita, de preparação de manuais técnicos de orientação, de melhoria da infra-estrutura de serviços e, de realização de outros estudos sobre as consequências do ato de notificar, especialmente sobre a concepção de justiça que a notificação transmite à família brasileira. Ressalta-se que essa pesquisa está fundamentada na experiência das autoras durante o trabalho desenvolvido por elas no Ambulatório da Família (AF) do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), da Universidade Federal do Rio Janeiro (UFRJ) – que em cinco anos de funcionamento

atendeu cerca de 420 crianças e adolescentes vítimas de violência. Essa experiência permitiu que discutissem no referido artigo, as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na notificação de casos de violência contra crianças e suas possibilidades de solução.

2.6 Atuação do profissional de saúde no atendimento à criança vítima de violência

A violência contra a criança além de ser extremamente prejudicial ao desenvolvimento da criança, levando a danos e consequências para a vida adulta, é também uma importante questão de saúde pública.

Reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (Who, 2002) como “causa externa” em quatro variedades na qualificação da violência doméstica, a violência contra a criança se identifica pelo abuso físico, sexual, emocional e negligência.

Conforme dados fornecidos por Andrade *et al* (2011), a violência física é a mais comumente registrada nos órgãos oficiais, sendo justificada esta maior incidência porque geralmente é decorrente de prática usual dos pais e responsáveis com a intenção de disciplinar seus filhos. Segundo Azevedo & Guerra (1995), mais de 50% dos casos registrados pelo Serviço de Advocacia da Criança e pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência os agressores são os pais biológicos, sendo a mãe a que mais pratica atos de violência contra a criança.

Com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foram intensificados os registros da violência contra a criança, pois por esse documento prevalece a criança como sujeito de direitos, devendo assim receber ampla proteção de todos os órgãos públicos, incluindo os vinculados à saúde.

Porém, mesmo após o advento do ECA, na área da saúde, o atendimento à criança vítima de violência continua sendo um impasse para a agenda da saúde pública. Mesmo transcorridas duas décadas, esse atendimento se constitui como desafio devido aos saberes hegemônicos no campo da saúde. Conforme Deslandes (1999), várias são as causas para este impasse, pois apesar de causar dor, lesões, sofrimento e morte, a violência não apresenta os tradicionais requisitos suficientes para qualificá-la como doença, justificando-se por motivos que podem ser destacados como os mais recorrentes:

- não tem origem em ação invasiva de microorganismos;
- não apresenta como causa nenhuma desordem orgânica existente no campo de saber da atuação médica e pesquisa biológica;
- não se restringe a traumas e lesões, que constituem conseqüências.

Na visão de Minayo (1994), esses fatores acentuam a imprecisão da categoria da violência como doença, inclusive até mesmo pelo Código Internacional de Doenças (CID), porque a rubrica “causas externas” situada pela Organização Mundial de Saúde - OMS (1996) abrange vários eventos, como por exemplo, acidentes, lesões autoprovocadas voluntariamente, agressões, intervenções legais e operações de guerra, efeitos tardios por lesões acidentais ou violentas, complicações de assistência médica e cirúrgica.

Assim, na opinião de Deslandes (1999), a violência contra a criança, do ponto de vista da assistência à saúde, passou a ser vista pelos profissionais de saúde, sob uma nova perspectiva do campo da saúde coletiva, reconhecida inclusive, como um problema que articula as tecnociências com as ciências humanas e filosofia, e integrando as dimensões coletivas e individuais, objetivas e simbólicas, quantitativas e qualitativas.

Sob esses pressupostos, Deslandes (1999, p. 2) afirma que a violência “é um problema que demanda a atuação interdisciplinar e dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais” o que significa uma articulação interna do campo da saúde com outros setores.

Minayo (1994, p. 14) sustenta esta constatação quando afirma que “a complexidade da experiência e do fenômeno da violência exige a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidade”.

Contudo, de forma generalizada, ainda não estão havendo providências efetivamente garantidoras desta articulação, as iniciativas ainda são incipientes, como revelam Gebara & Lourenço (2008) na divulgação de pesquisa que realizaram junto aos profissionais de saúde no ano de 2007 para conhecerem a crença desses profissionais sobre a violência doméstica contra crianças.

Os autores afirmam que a abordagem junto a estes profissionais revelou que a maioria afirmou nunca ter recebido nenhum tipo de capacitação para atender crianças vítimas de violência, alguns que afirmaram ter recebido esta capacitação foi por iniciativa própria, não havendo a interferência de alguma política de treinamento científico.

Esses relatos levam à conscientização dos profissionais de saúde a necessidade urgente da promoção de políticas efetivas, essencialmente àquelas que agem com maior precisão em cada município, que promovam o envolvimento e preparo de uma equipe multidisciplinar para saberem atuar adequadamente em uma conjuntura complexa e desafiante que é o atendimento à criança vítima de violência.

É importante que postos de saúde, centros de saúde, hospitais e profissionais de outros níveis e categorias que sejam necessários para dar apoio à criança no

momento em que é atendida formem um sistema integrado para identificar as condições de risco de cada criança vítima de violência, bem como estejam sempre questionando o conhecimento do problema, assim como preparar-se continuamente para obter capacidade de intervenção frente aos comportamentos observados.

A conclusão básica é de que os serviços de saúde são importantes aliados tanto nas prevenções quanto na minimização das consequências maléficas da violência contra a criança. Deslandes (1999) comenta que o setor de serviço que apresenta maior visibilidade é o de emergência, pois é considerado a “porta de entrada” no sistema público de saúde. Esse setor é um poderoso indicador da violência que ocorre no município, pois é para lá que são encaminhadas as vítimas de traumas ou de agressão.

Deslandes (1999, p. 3) comenta que é no setor de emergência que a vítima tem contato pela primeira vez com pessoas dispostas a ajudá-la, e por isto é neste setor que se torna importante implantar nos serviços de emergência “rotinas institucionais para desencadear o acompanhamento e a prevenção de reincidências”. É importante ressaltar que esta implantação pode enfrentar barreiras de diversos matizes, como por exemplo, a cultural, a legal que podem dificultar uma ação integral no âmbito da emergência.

Essas dificuldades são sentidas principalmente pelos profissionais de saúde que atendem a emergência, pois segundo Andrade *et al* (2011, p. 149), eles “desempenham um papel importante na identificação, tratamento e encaminhamento de casos de abuso e negligência e na denúncia de casos suspeitos de maus tratos para as autoridades apropriadas”.

Essa responsabilidade dos profissionais de saúde em relação à violência contra a criança tem contribuído para constatar a necessidade de educação continuada para estes profissionais que relacione o reconhecimento de sinais e sintomas de violência contra a criança.

De acordo com Andrade *et al* (2011, p. 150), há uma tendência generalizada para a existência, entre os profissionais de saúde:

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

Afora esses problemas, Andrade *et al* (2011), ainda mostram que estudos de outros autores, citando como exemplo Minayo (1994) apontam que “o efeito da violência sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo quando as pessoas envolvidas nos conflitos afetam os profissionais, pelas ameaças, pelos danos físicos e/ou psicológicos” (Andrade *et al*, 2011, p. 150). Tais apontamentos revelam a situação que frequentemente ocorre nos hospitais de emergência e até mesmo em postos ou centros de saúde.

Pesquisas realizadas por Gomes *et al* (2002), junto aos profissionais de saúde que atuam na rede pública revelaram que há uma expressiva predisposição a não acreditar que a sua interferência possa contribuir para a resolução dos casos que aparecem na emergência, pois consideram que lhes falta capacitação profissional direcionada ao tema, não há um planejamento de ações integradas e participação deles em ações públicas direcionadas para melhor abordagem do tema violência.

Há também o trabalho de pesquisa de Flaherru & Sege (2005), que apontam de forma generalizada que médicos não identificam e não diagnosticam casos de abuso de

criança. Essa omissão, segundo os autores caracteriza-se como um erro médico que resultam em continuidade do abuso ou da agressão.

Por causa dessa conclusão, os autores da referida pesquisa, recomendam a formação continuada com treinamento teórico e prático para os médicos e o encaminhamento adequado dos casos de violência contra a criança.

Além de detectar e dar o devido atendimento físico e psicológico para a criança vítima de violência é de igual importância a notificação pelos profissionais de saúde às autoridades competentes. Assim, a notificação precisa ser reconhecida como uma forma de ruptura da violência e de visibilidade ao problema. A notificação pode ser um caminho a ser utilizado na tentativa de romper com a violência, como uma forma de ajuda e proteção à criança e ao adolescente, bem como à família.

De acordo com o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) há obrigação de denunciar qualquer suspeita ou confirmação de violência doméstica contra a criança ou adolescente para as autoridades competentes, assim determinados:

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. (ECA, 1990).

No caso brasileiro, a autoridade competente é o Conselho Tutelar, sendo, portanto a este órgão que o médico assume a responsabilidade de comunicar, ainda que seja apenas por mera suspeita da agressão. No entanto, Deslandes (1994) afirma que existe na comunidade médica, certo grau de descrença na seriedade do Conselho Tutelar e dos programas de proteção e atendimento às crianças vítimas de violência, por isso as

estatísticas têm apontado um número incipiente da participação dos profissionais de saúde em relação à notificação da agressão, sendo maior percentual de denúncias atribuído a vizinhos e anônimos.

Outro fator de relevância que Andrade *et al* (2011) apontam para não ser dada devida relevância dos profissionais de saúde aos casos de agressão às crianças que aparecem na emergência, é a questão cultural do castigo, em que a força física é aceita como disciplinadora e educativa. Tal cultura contribui para que dificultar o diagnóstico e a denúncia de casos de violência.

Os autores denunciam que somente em casos graves e agudos e com fortes indícios no comportamento da criança é que o profissional de saúde identifica o diagnóstico de violência e faz a denúncia. Esse comportamento, da parte dos profissionais, oculta, sobremaneira, a violência que não deixa marcas perceptíveis, porém causa traumas psicológicos na criança, além de contribuir para a reincidência.

De acordo com registros do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) foi considerado pela área de medicina que:

A síndrome de maus-tratos é um quadro pleomórfico que agrupa todas as formas de abuso e negligência na infância, com os mais variados matizes e níveis de gravidade de lesões infligidas às crianças. Os maus-tratos contra a criança e o adolescente podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais. Há um cruel nexo causal em todas as formas de abuso contra a criança/adolescente, já que significam a ausência de cuidados e de proteção adequados proporcionados por seus pais ou responsáveis legais, com um fator

comum: o abuso de poder do mais forte sobre o mais fraco. (Andrade, 2008, p. 2).

O autor cita como exemplo que pode aparentemente ocultar a gravidade da agressão e que é causa mais frequente da omissão do médico, o abuso sexual que pode variar desde atos em que não existe contato sexual (voyeurismo, exibicionismo) a outros tipos de atos com contato sexual com ou sem penetração, e por isto não apresenta sinais e sintomas relacionados à violência, podem causar febre, dores inexplicáveis pelo corpo, apatia, falta de apetite, mas fisicamente não há lesões.

Dessa forma, é complexa a atuação dos profissionais de saúde, e ao mesmo tempo requer dinamismo nas ações que precisam ser implantadas no atendimento à criança vítima de violência. Por isso, a necessidade de um planejamento específico que culmine em um protocolo para padronizar o atendimento de tal forma que as especificidades de cada caso sejam adequadamente encaminhadas ao processo de prevenção e de amenização dos efeitos físicos, da violência contra a criança.

2.7 Psicologia Comunitária

O termo “Psicologia Comunitária” foi empregado no final dos anos 70. Alguns psicólogos latino-americanos insatisfeitos com os pouquíssimos resultados sociais da Psicologia Social tradicional e por haver uma grande necessidade de superar os graves problemas sócio-econômicos decidiram fazer uma nova Psicologia Social – a Psicologia Comunitária. (Abib Andery, 1984; Montero, 1994; Quintal de Freitas, 1996).

Conforme os autores acima citados a Psicologia Comunitária surgiu como um movimento no próprio interior da Psicologia Social questionando as posturas e concepções vigentes na psicologia tradicional.

De acordo com Góis (1988), o distanciamento dos modelos predominantes na Psicologia Social dos problemas sociais e sua incapacidade de dar respostas a esses problemas levaram um grupo de Psicólogos Sociais a questioná-la em seus objetivos, concepções, ações e resultados. Para esse autor o movimento da Psicologia Social defendia a diversidade cultural e enfocava o contexto e a ideologia como questões que deveriam ser centrais na área. Preocupava-se também com uma relação mais ativa e comprometida dos Psicólogos com os problemas da sociedade.

Dentre esses conceitos e categorias Góis (1988) ressalta a mudança social, ideologia, alienação, representação social, identidade social, sentido psicológico de comunidade, “empoderamento”, grupo social, apoio social, realidade socialmente construída, atividade, investigação-ação-participante, sujeito histórico-social, consciência crítica, conscientização etc.

Hoje a Psicologia Comunitária compreende um conjunto de concepções relevantes para o esforço de delimitar seu campo de análise e aplicação. Nessa linha de raciocínio pode-se dizer que cabe a Psicologia na Comunidade, conforme Góis (1988), trabalhar nos indivíduos e grupos a visão de mundo, a auto-percepção enquanto pessoas e grupos; reexaminar hábitos, atitudes, valores e práticas individuais e coletivas, familiares e de grupo, no sentido de uma consciência mais plena de classe e de destino.

Nas palavras de Freitas (1996, p. 73):

A psicologia (social) comunitária utiliza o enquadre teórico da psicologia social, privilegiando o trabalho com os grupos, colaborando para a formação da

consciência crítica e para a construção de, uma identidade social e individual orientadas por preceitos eticamente humanos.

A Psicologia Comunitária está centrada em dois grandes modelos: o do desenvolvimento humano e o da mudança social (busca de alternativas sócio-políticas), os quais partem de uma visão positiva da comunidade e das pessoas. Nesses modelos está presente o reconhecimento da capacidade do indivíduo e da própria comunidade de serem responsáveis e competentes na construção de suas vidas, bastando para isso à existência de certos processos de facilitação social baseados na ação local e na conscientização.

A Psicologia Comunitária vem buscando uma maior solidez teórica na Teologia da Libertação, a “Cultura da Pobreza”, a Pedagogia do Oprimido e a própria Saúde Mental Comunitária, continuam sendo importantes na articulação teoria-prática-compromisso social em Psicologia Comunitária.

No Brasil a Psicologia Comunitária foi baseada em modelos teóricos e práticos da Psicologia Social integrados, principalmente, a modelos da Sociologia, da Educação Popular. Assim como a Psicologia Social, esses modelos, também, buscavam uma maior compreensão do papel da ideologia e do Estado nas relações econômicas, sociais e humanas, papel esse no sentido de reforçar concepções e práticas assistencialistas e de controle social, comuns na ação governamental, nos serviços sociais e, inclusive, em muitos dos programas de extensão universitária.

A Psicologia Comunitária começou como Psicologia na comunidade, através de trabalhos realizados em vários Estados brasileiros, dentre eles os realizados por professores, alunos e psicólogos de Belo Horizonte. Nos anos 70, também, a Psicologia Comunitária ganhou um enfoque sociopolítico a partir dos trabalhos de Abib Andery

(1984) e de Sílvia Lane (1984). Entramos nos anos 80 com o rumo mais claro, quanto a ser uma Psicologia e não outra disciplina da área social, assim como ser um trabalho eminentemente ideológico e político-partidário. Essa clareza deu-lhe mais identidade acadêmica e profissional.

Ao longo de sua construção, a Psicologia Comunitária buscou dar respostas mais profundas à vida dos moradores das comunidades, respostas psicossociais ao drama comunitário, respostas à problemática sócio-econômica e ideológica, são no sentido de “psicologizar” essa realidade, senão fazer ver que há uma dimensão marcadamente psicossocial na dinâmica comunitária e que se relaciona com o campo da Psicologia Social e da Psicologia Comunitária, como, por exemplo, o problema da identidade social de oprimido ou de excluído social, como também o problema da consciência e da conscientização.

A Psicologia Comunitária pode ser entendida como uma abordagem que se orienta por uma mudança social libertadora, a partir das próprias condições (atuais e potenciais) de desenvolvimento da comunidade e de seus moradores. Assim, o fundamental é a compreensão e realização de seus potenciais de desenvolvimento humano e social. Conceber a Psicologia Comunitária nessa perspectiva permite reconhecer a importância e aplicação da teoria da atividade da conscientização (Freire, 1980) e do método de investigação- ação-participante (Salazar, 1992); (Brandão, 1985, 1987).

Portanto, a Psicologia Comunitária deve preocupar-se com as condições psicossociais da vida da comunidade (internas e externas) que impedem aos moradores construírem-se como sujeitos de sua comunidade e as que os fazem sujeitos dela, ao mesmo tempo em que, no ato de compreender e compartilhar a vida comunitária com

seus próprios residentes, trabalhar com eles a partir dessas mesmas condições, na perspectiva da autonomia e liberdade dos que ali moram.

O problema central, então, não é a relação entre saúde e enfermidade, prevenção e tratamento, mas sim a construção do morador como sujeito da realidade (Vygotski, 1983); (Lane, 1984), neste caso, do sujeito da comunidade (Góis, 1987, 1993a), isto é, aquele que se descobre (compreende e sente) responsável por sua história e pela história da comunidade e que as constrói mediante sua atividade prática e coletiva no mesmo lugar em que vive e faz história de sofrimento, luta, encontro, realização e esperança.

Na construção do sujeito da comunidade está implicada a compreensão do morador de que ele é responsável pela realidade histórico-social na qual vive e que, também, é capaz de transformá-la em seu próprio benefício e no de toda a coletividade. Por reconhecer seu valor pessoal e seu poder pessoal (Góis, 1984), o morador-sujeito se descobre capaz de influir no sistema de ação histórica (Touraine, 1980) de sua coletividade e da sociedade maior. O sujeito surge da atividade de superação das contradições sociais em que vive como consequência do desenvolvimento de sua prática social local. Para Vygotski (1991), Freire (1980) e Lane (1984), o indivíduo ao transformar a realidade se apropria cada vez mais dela e, por conseguinte, passa a conhecê-la muito mais, torna-se, assim, sujeito de sua história, de sua realidade, quer dizer, percebe-se responsável por seu caminho, junto com os demais e, também, mediatizado por eles em sua relação com o mundo.

O sujeito da comunidade tem uma consciência aprofundada no mundo histórico-social e adota uma atitude crítica frente à realidade. No ato de construir seu lugar de vida, descobri-lo, conquistá-lo, apropriar-se dele, mediante uma prática coletiva de cooperação, o morador consegue rasgar o véu que impede a conscientização e

embota sua capacidade de aprofundar sua consciência no mundo. Sua prática passa a ter sentido, para ele mesmo e para os demais, ao ser, por ele decodificada e depois codificada com novos sentidos, mais seus, portanto, mais profundos, mais dinâmicos, mais transformadores, mais vivos. Isto significa passar da semi-intransitividade à transitividade da consciência.

O que distingue o sujeito da comunidade do indivíduo submisso e dependente que ali vive, é que o primeiro tem uma consciência transitiva que lhe permite compreender o modo de vida de sua comunidade e de si mesmo, além de reconhecer seu valor e poder para desenvolvê-la e desenvolver-se numa perspectiva dialógica e solidária, rompendo cada vez mais uma ideologia de submissão e resignação (Góis, 1984) e uma cultura da pobreza (Martín-Baró, 1998), construída por séculos de opressão e exploração.

Frente às relações de dominação ele não se entrega, senão busca em cooperação com os demais moradores mudar a situação de suas vidas oprimidas. Por outro lado, o indivíduo submisso e dependente é aquele que tem uma consciência parcial da realidade, alienada (Mészáros, 1981), vive por meio da dependência e submissão às forças externas (naturais e sociais), sem compreender-se e sentir-se capaz de realizar mudanças pessoais e coletivas no sentido da autonomia de si mesmo e de sua comunidade. Não se reconhece capaz, tornou-se um indivíduo-objeto.

De acordo com Freire (1980), Psicologia Comunitária é a contínua busca da humanização por parte dos moradores de uma comunidade, pois esta nos parece ser a vocação do sujeito por reconhecer-se incompleto e capaz de superar-se como ser humano que de fato o é.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento da metodologia

Considerando as consequências alarmantes que a violência contra a criança traz para a sociedade, seguiu-se no uso da pesquisa-ação uma transformação prática da realidade, pois de acordo com Reis (2007), na pesquisa-ação é possível a construção de conhecimentos no campo das ciências humanas e sociais por meio de ação e participação dos atores envolvidos, de modo que eles sejam aliados e parceiros, no processo de produção de conhecimentos sobre a realidade social que o tema apresenta.

Tal pesquisa pode ser considerada uma iniciativa que envolveu um processo de organização de ações que permitiram refletir sobre o atendimento de crianças vítimas de violência e que chegam em busca de socorro em um hospital infantil que atende crianças na faixa etária de 0 a 12 anos incompletos, localizado no município de Ponta Grossa, Estado do Paraná.

A pesquisa-ação favoreceu intervir na ação dos profissionais de saúde. As discussões possibilitaram a construção coletiva de um mecanismo de atendimento – protocolo de atendimento – cujo intuito é melhorar a forma de atendimento à criança vítima de violência (Reis, 2007).

As leituras realizadas durante o processo desta pesquisa sobre a temática em questão mostraram uma realidade que convoca os profissionais de saúde a buscar uma atitude intervencionista para tentar minimizar as consequências danosas que o ato violento provoca na integridade física, moral e psicológica das crianças.

O enfoque metodológico para a elaboração do protocolo seguiu a perspectiva do *empowerment* (Montero, 2004), que traduzido do inglês para o português significa

“fortalecimento” ou “aumento da autonomia”, mediante uma estratégia de apoio e fortalecimento de todos os participantes da pesquisa, os quais puderam discutir e, em conjunto, propor ações intervencionistas, sendo uma delas a utilização de um protocolo de atendimento à criança vítima de violência.

De acordo com Montero (2004), o fortalecimento – *empowerment* – é o processo mediante o qual os membros de uma comunidade (indivíduos interessados e grupos organizados) desenvolvem conjuntamente capacidades e recursos para atuar de maneira comprometida, consciente e crítica. Nesse caso, os encontros foram fundamentais para o fortalecimento dos profissionais de saúde por permitir que esses percebessem, não somente, as transformações em sua volta, conforme suas necessidades e aspirações, como também as transformações de si próprio. Quanto a esse fortalecimento Vasconcelos (2003), por sua vez, apresenta o *empowerment* como uma forma de cada componente da equipe perceber o aumento do poder e da autonomia pessoal.

Nessa linha de pensamento, o *empowerment* foi um importante instrumento para a compreensão de que o grupo de profissionais de saúde precisa estar fortalecido e transformado para poder desempenhar um bom atendimento às crianças vítimas de violência.

Desse entendimento é que se buscou, nesta pesquisa, uma metodologia que transformasse o objeto – a forma de atendimento às crianças vítimas de violência –, e que fosse também instrumento de estudo e reflexão e não um instrumento para chegar a resultados.

Assim, o diálogo e a colaboração de todos foram fundamentais para a identificação e discussões dos problemas relacionados à criança vítima de violência que o grupo de profissionais participantes vivenciava diariamente no hospital. As reflexões

priorizaram a prática desenvolvida e a introdução de conceitos que puderam fundamentar alternativas possíveis de ações. Assim, buscou-se revelar contradições e confrontá-las com os sujeitos praticantes, para possibilitar a transformação, o desenvolvimento e a inovação, por meio da construção de novos procedimentos com propósito de resolver os problemas identificados.

Essa metodologia se conhece como investigação-ação, defendida por Freire (1987), como um processo de ação-reflexão-ação-reflexão que representa um conjunto de fases que se desenvolvem continuamente seguindo a sequência: plano, ação, observação (ou avaliação) e reflexão (ou teorização). Essa sequência de procedimentos forma um movimento circular que ao se completar, dá início a um novo ciclo que, por sua vez, desencadeia novas espirais de experiências de ação. No caminho percorrido durante a intervenção foi permitido aos sujeitos da comunidade responsabilizar-se pelo processo.

3.2 Local da pesquisa

Os encontros com o grupo de participantes da pesquisa aconteceram no próprio local de trabalho, neste caso um hospital infantil, localizado no município de Ponta Grossa, Paraná.

O Hospital pesquisado foi fundado em 1996, pelo então Prefeito Paulo Cunha Nascimento, preenchendo os requisitos para atuar como um órgão da administração pública municipal e de ser credenciado para procedimentos de média complexidade, servindo nesta modalidade até o presente momento.

Está localizado nas imediações da área central do município de Ponta Grossa, em uma área física de 9000 m², e área construída de 5600 m², que abrigam 20 enfermarias e 61 leitos.

O público alvo do hospital se compõe de crianças de 0 a 12 anos incompletos, atendendo em média mensal 250 internações, 3000 consultas, 4000 exames laboratoriais e 90 cirurgias. Este hospital presta serviços, tais como:

- atendimento ambulatorial, especialidades, endocrinologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cirurgias e banco de leite humano;
- atendimento de diagnóstico, sendo: o de radiologia e o de laboratório;
- serviços auxiliares: fisioterapia, musicoterapia, nutrição, farmácia, terapia ocupacional (brinquedoteca), serviço social e psicologia.

O quadro funcional corresponde a 160 funcionários, entre servidores do município, estado e terceirizados, os quais não serão mensurados nesta pesquisa, visto que esse dado não tem relevância para a pesquisa.

3.3 A autorização

A pesquisa iniciou-se pela autorização da direção do hospital, que dá assistência às crianças que necessitam de cuidados médicos quando sofrem violência, localizado no município de Ponta Grossa – Estado do Paraná, na região sul do Brasil. Essa solicitação de autorização constou de uma carta (Anexo 8), em que a direção autorizava e consentia na entrada da pesquisadora nas dependências do referido hospital e poderia fazer abordagem junto aos profissionais que nela atuam.

Tendo sido aprovada a solicitação, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba, sob o protocolo de autorização nº 5433/11 de 13 de junho de 2011 (Anexo 7).

3.4 Os participantes

A pesquisa de campo realizada junto aos profissionais que atuam no hospital que dá atendimento inicial à criança vítima de violência, são eles: recepcionista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem (equipe de enfermagem), médicos, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, musicoterapeuta e terapeuta ocupacional.

Esses profissionais foram primeiro convidados para participarem, individualmente, de uma entrevista semi-estruturada, com questões abertas, sobre o conhecimento, a forma de atuação, a existência de protocolo, a capacitação na área da violência contra a criança e, por atuarem com maior frequência no tema abordado. A entrevista, que considera-se como uma primeira intervenção, foi realizada com o intuito tanto conhecer qual a compreensão dos profissionais de saúde sobre as questões envolvidas no trabalho com as crianças vítimas de violência, como motivá-los para a participação em um grupo de discussão.

No mesmo momento, também foram convidados a fazerem parte de um grupo que se encontraria durante seis semanas seguidas para discutir sobre o tema: violência contra crianças. De acordo com a aceitação dos profissionais marcou-se, então, o dia, a hora e o local para a entrevista e para os encontros.

Na medida em que os profissionais eram entrevistados, preenchiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Anexo 9), o qual foi adaptado pela

pesquisadora, para se adequar aos objetivos da pesquisa. Importante destacar, que por questão de ética foi garantido aos sujeitos o anonimato das informações colhidas tanto na entrevista, quanto nas participações no grupo.

Nesse processo a pesquisadora pode contar também com a participação de duas acadêmicas do sétimo período do Curso de Psicologia da Faculdade Sant'Ana de Ponta Grossa, Estado do Paraná, como auxiliares nas transcrições das entrevistas, nas dinâmicas de grupo, nas providências de materiais impressos, equipamentos de multimídias e nos registros que se fizeram necessários.

3.5 As entrevistas

A abordagem metodológica para a coleta de informações privilegiou instrumentos como entrevistas semi-estruturadas e encontros com um grupo de profissionais em que se pode discutir sobre o fenômeno da violência contra criança, bem como a forma de atendimento dispensada pelos profissionais de saúde por ocasião da entrada da criança vitimizada no hospital pesquisado.

O conhecimento “da violência contra criança” é resultado da reflexão que a investigadora fez sobre a temática. Entende-se que o método utilizado na pesquisa precisa captar com detalhes a matéria, analisar as suas várias formas de evolução, bem como rastrear sua ligação com os fatos. Dessa forma, somente depois que já fora concluída a busca de todos os dados necessários é que se pode proceder ao processo de análise e compreensão desses a partir do conhecimento teórico adquirido nas leituras realizadas.

Assim, a preocupação fundamental do trabalho de pesquisa está em refletir, pensar e analisar a realidade para depois poder transformá-la. É no momento da investigação que o pesquisador recolhe as informações (Frigoto, 2004).

Para se chegar ao âmago da questão e se investigar o projeto “a forma de atendimento dispensada pelos profissionais de saúde à criança vítima de violência” fez-se o *detour* conforme Kosik (1976), em que primeiro se procurou conhecer o que é violência tanto na literatura científica quanto no disposto em documentos oficiais, como nas legislações e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Depois, por meio das entrevistas com profissionais de saúde em diferentes áreas: atendentes (recepcionistas, secretárias), auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e musicoterapeuta, buscou-se rastrear a atuação desses profissionais no Hospital Infantil localizado no município de Ponta Grossa, Paraná.

O procedimento metodológico privilegiou primeiramente a busca de informações reais para depois entender a forma de atendimento na sua essência. Nessa perspectiva, o método de investigação utilizado pela pesquisadora levou em consideração os conhecimentos adquiridos anteriormente sobre o assunto em questão.

Esse procedimento está coerente com a abordagem das pesquisas qualitativas. Nesse tipo de abordagem os investigadores frequentam os locais de estudo com o intuito de interpretar, compreender o contexto no qual está inserido o objeto de pesquisa. Entendem que “as ações podem ser melhores compreendidas quando são observadas no seu ambiente habitual de ocorrência” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 48).

De acordo com Mazzoti & Gewandsznajder (1998, p. 163), as pesquisas qualitativas “são caracteristicamente multimetodológicas (...), isto é, usam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados”.

O uso da entrevista semi-estruturada permitiu captar elementos e informações úteis para compreender o fenômeno estudado, bem como permitiu correções, esclarecimentos e adaptações das informações desejadas. Os dados foram analisados respeitando, tanto quanto o possível, a forma em que estes foram registrados ou transcritos.

A intencionalidade da pesquisadora foi além da mera busca de informações; criou-se uma situação de confiabilidade para que o entrevistado pudesse fazer as suas declarações e colaborar, trazendo dados relevantes para a pesquisa (Szymanski *et al*, 2004).

A obtenção de dados, como opiniões e comportamento efetivo dos indivíduos diante do fenômeno estudado, só foi possível graças à entrevista semi-estruturada que, segundo Triviños (1987, p.146), “ ao mesmo tempo que, valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Assim, a entrevista semi-estruturada, por ser flexível, deu mais liberdade de percurso à entrevistadora, permitindo a obtenção de um maior número de dados comparáveis entre os vários sujeitos num tipo de amostragem mais ampla. Por outro lado, as questões abertas serviram para não se perder a oportunidade de compreender como é que os entrevistados estruturavam as respostas em relação às questões levantadas durante a entrevista a respeito da violência contra a criança.

A entrevista semi-estruturada partiu de certos questionamentos básicos, os quais iam sendo respondidos pelos entrevistados de maneira descontraída:

- Qual o entendimento que você tem sobre violência e suas diferentes modalidades?
- Quais as modalidades de violência que você já atendeu?

- Relate como realizou estes atendimentos.
- Você segue algum protocolo de atendimento? Descreva-o.
- Descreva como conduziu o seu último atendimento.
- Quem, geralmente, são os principais agressores dos casos de violência que você atendeu?
- É realizado algum procedimento junto aos pais da criança vítima de violência? Descreva-o.
- Você já informou algum caso de violência para que seja denunciado aos órgãos competentes?
- Você se encontra capacitado (a) para lidar com a violência contra crianças?
- Com que frequência você tem buscado formação específica para atuar nessa área?

Nesta pesquisa, a entrevista semi-estruturada (Apêndice 1) foi um meio utilizado para se colher informações dos profissionais de saúde, a respeito do atendimento à criança vítima de violência).

O quadro 1, abaixo caracteriza o grupo que participou da entrevista.

SEMI- ESTRUTURADAS TOTAL DE 23 PROFISSIONAIS	2 HOMENS E 21 MULHERES	4 ENFERMEIRAS 10 TÉCS. ENFERMAGEM 1 PSICÓLOGA
1 ASSISTENTE SOCIAL 1 TERAPÊUTA OCUPACIONAL	2 FISIOTERAPEUTAS 1 MUSICOTERAPEUTA	2 MÉDICOS 1 RECEPCIONISTA

Fonte: Elaborado pela própria autora desta dissertação.

A abordagem pela entrevista ocorreu com 23 profissionais, dois do sexo masculino e vinte e um do sexo feminino, sendo: quatro enfermeiras; dez técnicos de enfermagem; uma psicóloga; uma assistente social; um terapeuta ocupacional; dois fisioterapeutas; um musicoterapeuta; dois médicos e um auxiliar administrativo (recepcionista). A faixa etária dos entrevistados correspondeu entre 22 a 57 anos.

As entrevistas ocorreram nos dias 01, 06, 08, 09, 13 e 21 do mês de março do ano de 2013 e foram realizadas no próprio local de trabalho, duraram por volta de 1 hora.

Salienta-se que os sujeitos entrevistados não foram escolhidos previamente. Por se tratar de um hospital e os profissionais não têm muito tempo disponível, visto que estão de plantão e não podem se ausentar por muito tempo do setor. Dessa compreensão, conversou-se com os profissionais dos diferentes setores e esses se organizaram aproveitando alguns momentos que tinham disponíveis fizeram um rodízio para serem entrevistados.

Segue abaixo um quadro demonstrativo da sequência das entrevistas e a descrição dos participantes da entrevista.

Quadro 2 - Demonstrativo da sequência e descrição dos participantes da entrevista

DATA	ENTREVISTADO/ CARGO	Sexo	Idade	Tempo de experiência na profissão
01/03/2013	Psicóloga	Feminino	37 anos	15 anos
01/03/2013	Médico Cirurgião Pediatra	Masculino	43 anos	14 anos
01/03/2013	Enfermeira	Feminino	22 anos	1 ano
06/03/2013	Assistente Social	Feminino	53 anos	15 anos
06/03/2013	Terapeuta Ocupacional	Feminino	54 anos	20 anos
06/03/2013	Médica Pediatra	Feminino	36 anos	14 anos
06/03/2013	Recepcionista	Feminino	57 anos	26 anos
08/03/2013	Técnico de Enfermagem	Masculino	42 anos	20 anos
08/03/2013	Enfermeira	Feminino	25 anos	9 meses
08/03/2013	Técnica de Enfermagem	Feminino	35 anos	3 anos
09/03/2013	Técnica de Enfermagem	Feminino	35 anos	8 anos
09/03/2013	Fisioterapeuta	Feminino	27 anos	4 anos
09/03/2013	Técnica de Enfermagem	Feminino	29 anos	4 anos
09/03/2013	Enfermeira	Feminino	32 anos	2 anos
09/03/2013	Técnica de Enfermagem	Feminino	42 anos	17 anos
13/03/2013	Fisioterapeuta	Feminino	25 anos	4 anos
13/03/2013	Técnica de Enfermagem	Feminino	44 anos	2 anos

13/03/2013	Técnica de Enfermagem	Feminino	30 anos	5 anos
13/03/2013	Enfermeira	Feminino	44 anos	23 anos
13/03/2013	Técnica de Enfermagem	Feminino	42 anos	15 anos
21/03/2013	Musicoterapeuta	Feminino	26 anos	6 anos
21/03/2013	Técnica de Enfermagem	Feminino	30 anos	3 anos
21/03/2013	Técnica de Enfermagem	Feminino	25 anos	4 anos

Fonte: Elaborado pela própria autora desta dissertação.

No final de cada entrevista os profissionais de saúde, identificados na análise com a letra E, foram convidados para participarem de encontros com o objetivo de formar um grupo que iria discutir e pensar em possíveis ações intervencionistas em cada especialidade.

As respostas das entrevistas foram registradas em áudio e transcritas literalmente como foram ditas. Em seguida, os dados obtidos nessas entrevistas foram primeiramente lidos e separados por categorias, as quais serão apresentadas logo a seguir na análise dos dados e para garantir o anonimato os entrevistados estão identificados com a letra E.

Vale ressaltar que no início de cada entrevista, lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 9) e explicava-se às etapas da pesquisa que incluiria a realização dos encontros nos quais os entrevistados participariam de discussões e reflexões sobre violência contra a criança. Deixou-se claro que as reflexões realizadas nos encontros poderiam causar-lhes mudanças em suas formas de pensar, agir e, que os levaria a tomarem decisões e a realizarem ações visando um atendimento cada vez melhor às crianças vítimas de violência.

Alguns desses profissionais declararam que gostariam de participar dos encontros, porém talvez não conseguissem levar adiante, visto que o cotidiano hospitalar é cheio de imprevistos e, nem sempre é possível se ausentar durante o expediente de trabalho. Contudo, mostraram-se disponíveis e interessados no desenvolvimento do trabalho de acordo com suas possibilidades.

Buscou-se no diálogo da entrevista, não só como uma interação entre entrevistador e entrevistados, mas também para sensibilizar os profissionais a participarem do grupo, formulando eles mesmos, ações intervencionistas que poderiam melhorar o atendimento às crianças vítimas de violência.

Adotou-se o diálogo como método na intenção de verificar se os profissionais reconhecem a criança como um sujeito de direitos, bem como a forma de atendimento dispensado a elas no momento em que chegam ao hospital.

3.6 Os encontros

Foram realizados 6 (seis) encontros com o intuito de sondar e identificar o conhecimento que os participantes possuíam sobre a violência contra a criança, quais e como podem ser as ações intervencionistas, bem como a opinião de cada um deles sobre o assunto. Na análise dos encontros os participantes foram identificados com a letra P.

Quadro 3 – Demonstrativo dos encontros realizados na pesquisa.

DATA	ASSUNTO	PARTICIPANTES
16/04/13	1º encontro: Necessidade de padronizar o atendimento à criança vítima de violência	Assistente Social, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Técnicas de Enfermagem, a Pesquisadora e Acadêmicas de Psicologia.
18/04/13	2º encontro: O cotidiano das ações no atendimento à violência contra a criança.	Técnicas de Enfermagem, a Pesquisadora e Acadêmicas de Psicologia.
26/04/13	3º encontro: Dramatização dos casos de violência e trabalho preventivo junto às ações de violência	Psicóloga, Assistente Social, Recepcionista, Técnicas de Enfermagem, a Pesquisadora e Acadêmicas de Psicologia.
02/05/13	4º encontro: Ações Intervencionistas dos Profissionais de Saúde	Enfermeira, Técnicas de Enfermagem, Psicóloga, a Pesquisadora e Acadêmicas de Psicologia.
24/05/13	5º encontro: Construção do Protocolo de Atendimento (Fluxograma)	Técnicas de Enfermagem, Assistente Social, Psicóloga, a Pesquisadora e Acadêmicas de Psicologia.
29/05/13	6º encontro: Apresentação do Protocolo de Atendimento (Fluxograma)	Técnicas de Enfermagem, Assistente Social, Psicóloga, a Pesquisadora e Acadêmicas de Psicologia.

Fonte: elaborado pela própria autora dessa dissertação

Nesses encontros, também oportunizado que os profissionais expusessem os seus conhecimentos sobre as leis, normatizações, políticas públicas e as redes de apoio social destinada às crianças vítimas de violência.

Sabe-se que para intervir na realidade das crianças vítimas de violência atendidas no Hospital é necessário “estudar dinamicamente os problemas, decisões, ações negociações, conflitos e tomadas de consciência que ocorrem entre os agentes durante o processo de transformação da situação” (Thiollent, 1992, p. 19).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 As entrevistas

4.1.1 O entendimento que os profissionais de saúde têm sobre violência, bem como as suas modalidades

Considerando a violência como um dos temas mais difíceis de serem tratados pelos profissionais de saúde, buscou-se por meio das entrevistas saber o conhecimento que esses tinham sobre violência em geral. Para tanto, elaborou-se a seguinte questão: *“Qual o entendimento que você tem sobre violência e suas diferentes modalidades?”*, da qual emergiu a seguinte categoria de análise: *O entendimento que os profissionais de saúde têm sobre violência, bem como as suas modalidades*.

Nessa primeira categoria, intentou-se buscar o entendimento que os profissionais de saúde tinham sobre violência em geral, já que trabalham em um hospital infantil público, que atende 24 horas por dia, crianças que chegam lá apresentando sintomas de maus tratos. Salienta-se que não era de intenção imediata

adentrar no quesito violência contra criança, mas ter uma compreensão geral sobre violência.

Dentre as respostas mais recorrentes dadas pelos entrevistados tem-se:

“A violência não é só um ou um ato ou enfim, um ato agressivo, ou sei lá, um, momento ali. Pra mim eu acho que a violência é algo que vai além da agressão. É aquilo que humilha as pessoas ou que é não meio de humilhar, mas assim, desvaloriza a gente como humano assim sabe, a gente vê que não é só a violência física, né, tem muita... Quando fala de violência, a gente espera vê a violência. Enxergar na pele das pessoas né a violência que ela sofreu, coisa do tipo. Porque quando a gente trabalha com adulto, ele fala prá gente, ele fala o que aconteceu, coisas do tipo, e a criança não”. (E1)

“Eu achava que violência era só a violência física, enfim, a agressão mesmo. Mas daí a gente começa a ver que, que às vezes as outras formas de violência são piores que a agressão né, que é uma coisa que deixa as crianças principalmente muito marcadas assim, que dói muito na gente isso. (...) Aprendi muito que, não é só a violência física, é isso que eu to querendo dizer, mas é também a psicológica e ela é pior do que a física eu acho”. (E1)

“Na área da criança existem vários tipos de violência, uma delas é a física, a outra é a psicológica, enfim, o impacto, acredito eu... seja muito maior... porque ela vai levar esse trauma pro resto da vida dela... então assim... não basta o hospital atender a violência física... a violência emocional também tem que ser

atendida e tem que ser acompanhada também pelas entidades, porque às vezes a criança se torna um alvo fácil e um alvo constante de violência”. (E2)

“É uma imposição de sofrimento... é algo que violenta, é algo que machuca... tanto psiquicamente... quanto fisicamente”. (E2)

“Ah... tudo que pode causar de alguma forma uma marca uma ai como que eu posso explicar... tudo que de alguma forma que acaba afetando direta e indiretamente uma pessoa deixando marcas tanto psicologicamente quanto fisicamente”. (E5)

As falas transcritas acima embora não sejam conceitos como os encontrados nos livros, são conceitos construídos por pessoas que demonstram reflexão sobre sua prática e que recebem de alguma forma (mesmo que não acadêmica) informações sobre o tema. Todos os entrevistados colocaram uma dimensão psicológica em sua resposta demonstrando uma preocupação com aspectos subjetivos da violência.

A maioria respondeu, conceituando violência como algo que machuca, e que irá afetar de alguma maneira no futuro da pessoa que sofreu a violência. Essa separação entre ciência e senso comum é muito complexa.

Pelas falas dos entrevistados percebe-se que eles não conseguiram concentrar a fala discursando somente sobre violência em geral, alguns de forma rápida mencionavam que a violência não pode ser entendida apenas como lesão física, mas psicológica aquela que afeta o emocional, conforme Azevedo e Guerra (2005).

As falas abaixo confirmam o exposto:

“É qualquer ato qualquer atitude qualquer, coisa assim que possa causar algum de alguma forma tanto física como psicológica marcar, a agressão na verdade tanto física como psicológica eu acho que qualquer forma de agressão”. (E5)

“Hum, a violência ela pode ser classificada como violência psicológica ou física, a sexual é uma das piores pra mim. Violência com uma palavra, você quer... é maltratar o próximo que não consegue se defender”. (E3)

“Pode ter violência tanto física... quanto psicológica... física pode ser agressão com tapas socos e agressões físicas ou sexual e a psicológica. É aquela que você sofre danos diários... né...”. (E6)

Em se tratando especificamente às crianças, muitos relatam que a violência infantil é o descaso e falta de cuidado dos pais e dos familiares, como por exemplo, a falta de cuidado higiênico e de alimentação. Outros recordam a violência física realizadas por familiares, que agride e marca o físico e o psicológico da criança.

“...engloba uma infinidade de coisa. Desde que você não dê o cuidado correto... alimentação... é... uma estrutura que a criança possa vivê adequadamente... eu acho que tudo gera uma violência..., né? Porque a gente vê esses casos que chegam aqui no hospital como esses dias atrás até... tava uma menininha internada ali... ela chegou com o corpo todo cheio de ferida... com berne na cabeça... é... qué dizê... é um mau trato, ela não deixa de ser uma violência... não deixa de ser uma violência prá criança... porque eu acho que uma mãe que não... não cuida adequadamente, tá gerando uma violência prá aquela criança,

porque é uma coisa absurda de se vê, o tanto que a criança sofre com tudo aquilo”. (E4)

“Então seria qualquer ato ou omissão que gere um prejuízo a criança. (...) As pessoas se lembram sempre do ato de violência sexual, violência física, a própria psicologia mas muita gente esquece às vezes dos atos de omissão deixar faltar comida deixar faltar bebida não administrar medicamento não procurar atendimento médico não enviar a criança a escola então tem várias modalidades de violência, tanto promovidas pelo adulto quanto outras crianças e adolescentes contra crianças. (...) Eu acho que é uma área bastante ampla de entendimento e de atuação pra área médica”. (E13)

De acordo com os entrevistados a violência contra a criança começa dentro de casa, sendo considerada por eles como violência doméstica, os maus tratos que podem ser de ordem física (agressão, bater por motivos fúteis), psicológica (gritar, ver e ouvir os pais brigarem entre si, falar alto e manipular a criança a fazer algo que não quer), sexual e de negligência (falta de atenção, deixar a criança de lado, deixar a criança sozinha dentro de casa). Consideram que a violência contra crianças pode comprometer o desenvolvimento dessas trazendo consequências para a vida adulta e para a sociedade em geral.

Na continuidade da pergunta solicitava-se aos entrevistados que citassem *as modalidades de violência que eles conheciam*. Esses responderam:

“A violência sexual vem relatada... a criança geralmente é muito arredia e a violência psicológica também... a criança é muito... não quer muito contato com você... porque ela tem medo de tudo”. (E6)

“As diferentes assim no meu ver é quando tem a violência sexual... a violência psicológica que é quando... tem vários até a gente pode achar que não, mas têm vários e a agressão física em si mesmo né?”. (E5)

“Violência sexual... violência psicológica... tem uma infinidade de violência que ocorre... tanta coisa que a gente vê aqui que... assim sem recorda de nomes... de citações assim... eu não sei te dizê...”. (E4)

“Bom, tem vários tipos de violência, né? Tem violência doméstica, violência sexual, enfim, vários tipos de violências que a gente conhece”. (E7)

“Eu acredito que desde a parte de um mau cuidado familiar, não só de familiares, mas de terceiros, já é dado como a violência, né? Não só exatamente a violência sexual, a pessoa pensa em violência, já vai pensando logo em violência sexual, não é exatamente só isso, né? O fato de você não dar um bom atendimento a uma criança, não colocar em escola, não ter os devidos cuidados como deve ter a criança, já é uma violência”. (E7)

Como se pode observar na fala dos profissionais de saúde, a violência física, psicológica (emocional), sexual e principalmente a negligência são as modalidades que lhes são mais familiares, devem ser, portanto, as que mais se deparam no dia a dia.

Ainda, pode-se perceber que os profissionais reconhecem a violência como um grande problema que a área da saúde precisa levar em consideração. Demonstram preocupação com tal situação e sentem que precisam aprofundar ainda mais seus conhecimentos nesse campo. Daí a importância dos encontros propostos nesta intervenção, pois juntos – pesquisadora e profissionais de saúde – puderam refletir sobre o tema e buscar melhorias para o atendimento às crianças que sofrem violência.

Conforme Deslandes (1999), devido à gravidade e à complexidade do assunto – violência – exige-se profissionais altamente preparados emocionalmente e cientificamente para não causar mais prejuízos à criança vítima de violência. Partindo do princípio de que a criança tem o direito de ser atendida com qualidade, então urge-se a implantação e a implementação de políticas públicas nas esferas municipais, estaduais e federais que oportunizem a esses profissionais, periodicamente, a formação continuada. Só assim poderão agir como transformadores da realidade em que estão inseridos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (Who, 2002), existem quatro variedades reconhecidas como violência doméstica contra criança e adolescente: abuso físico, sexual, emocional e negligência. A prática da violência não é um fenômeno recente, conforme mostra os estudos de Azevedo e Guerra (1995), no passado eram práticas abusivas com o intuito de educar as crianças nos moldes dos adultos que não as consideravam como um sujeito de direitos; no presente continua-se ainda praticando tendo essas mesmas atitudes, desconsiderando que a criança é um ser em desenvolvimento e precisa da proteção integral tanto por parte da família quanto do Estado e da sociedade.

“Mas de violência sexual já teve casos assim e de outros assim que a criança tava roxa... que a gente vê que foi agredida... batida... com o fêmur quebrado... cheio de mordida de mosquito... a gente via que ele tava queimado do sol. (E4)

As falas dos entrevistados trazem a violência física, como a mais frequente. Revelam a situação em que a vítima, que está ainda em desenvolvimento, é indefesa frente ao agressor. E, como se pode observar nos relatos, na maioria das vezes, esse agressor é a própria mãe. Segundo a Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2009), a violência exercida por pais ou responsáveis contra suas crianças e adolescentes é considerada um problema de saúde pública de tamanha expressividade. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências determina como devem ser tratadas e notificadas as ocorrências desse fenômeno, endossando as preocupações daqueles que, em função das atividades que exercem, deparam-se cotidianamente com seus efeitos e consequências.

4.1.2 As formas de atendimento dadas pelos profissionais de saúde à criança vítima de violência

Essa categoria emergiu da questão que solicitava aos entrevistados *que relatassem a forma com que atendiam as crianças com sintomas de violência ou suspeita.*

Os entrevistados demonstraram reconhecer os serviços de saúde tanto público quanto privado como principais agentes no enfrentamento da violência, por isso, quando uma criança chega ao hospital com lesões aparentes ou num estado emocional que levanta suspeita de ter sofrido maus tratos, os profissionais que atuam nesses espaços

consideram a possibilidade dessa criança ter sofrido violência. Nesse caso a fala da psicóloga ilustra como é realizado o atendimento:

“Constatado esse fato, a forma de você chegar até a vítima tem que ser uma forma muito delicada, sem você invadir essa criança, sem você expor essa criança ainda mais a essa situação... então tem que ser de uma forma muito lúdica... com muito cuidado com um trato diferente, numa brinquedoteca ou então se a criança já tem uma certa consciência atender ela individualmente. Eu procuro atender o acompanhante também pra saber até que ponto esse acompanhante tá realmente cuidando dessa criança”. (E2)

O exposto acima revela que o profissional de saúde preza por uma boa qualidade no acolhimento, considera a escuta competente e afetiva uma forma de fazer com que a vítima se sinta confiante e segura para relatar o que aconteceu. Muitas vezes, a criança não se sente à vontade para falar do que viveu na presença de familiares, até porque esses podem ser os autores da violência ou negligentes em relação à proteção. Essa metodologia de aproximação é uma postura ética que contribui para estabelecer um vínculo com a criança permitindo assim a identificação da violência e do possível agressor, mesmo aqueles mais difíceis de serem identificados. Por isso, é que se acredita que o acolhimento cauteloso e ético pode facilitar a abordagem nos casos de violência, principalmente quando se refere à criança.

O relato abaixo ilustra a importância do trabalho em equipe no atendimento da criança com sintomas de maus tratos.

“Cada caso tem uma forma diferente da gente cuidar... os casos que eu cuidei que eu fiz atendimento aqui no hospital... a gente acionou a assistente social... acionou uma psicóloga. Foi um trabalho em conjunto com o médico que atendeu tanto o menino quanto a avó que fez o atendimento porque foi até o Dr. ... que fez o atendimento não só do menino... foi conversado com a assistente social... foi conversado com a psicóloga...”. (E6)

“A partir do momento que a gente é comunicada, é solicitada a nossa presença pelo médico ou mesmo pela equipe de enfermagem, o médico ou a enfermagem repassa que alguma coisa não está batendo com o relato da mãe, o exame clínico não condiz com o relato da mãe, e a partir de então existe uma suspeita. No caso agora eu to falando da violência da agressão à criança, então, ou até mesmo da violência sexual. Aí a gente entrevista esses familiares”. (E8)

A fala do (E8) acima demonstra a preocupação com a falta da participação de profissionais com formação diversas na abordagem dos casos de violência contra crianças. Segundo (E8), os médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, entre outros podem ajudar a evidenciar as marcas e sequelas que não se encontram na pele ou nos órgãos, mas que muitas vezes podem ser desastrosas.

No entender de Brasil (2010), o atendimento dos casos de violência não deve ser uma ação solitária do profissional. É desde o princípio uma ação multiprofissional, no próprio serviço, e articulada com a rede de cuidado de proteção social.

De acordo com Garcia (2002), o enfoque interdisciplinar vem sendo considerado como um modelo ideal para as diferentes instituições que realizam atendimento à criança vítimas de violência. A articulação de diferentes saberes,

associada a ações interventivas pelas equipes interdisciplinares, é fundamental para interromper o ciclo abusivo da violência. Essa união dos profissionais é ponto fundamental para o desvendar dos mistérios apresentados pelo ato violento, pois segundo Gomes (1999), nem a saúde, nem outro setor, consegue com um só olhar, dar conta da complexidade que é a prevenção da violência contra crianças.

4.1.3 O protocolo de atendimento à criança vítima de violência

O protocolo de atendimento à criança vítima de violência foi outra categoria levantada das respostas dos entrevistados.

De acordo com o ECA, os profissionais que lidam com crianças também são responsáveis pela proteção integral da criança e do adolescente, estando ou não em situação de risco. Partindo desse pressuposto, intentou saber dos entrevistados se eles tinham um protocolo de atendimento. A maioria respondeu que:

“Então, na verdade nosso protocolo é quando vem direto pro ambulatório e daí o médico junto com a enfermeira já é acionado o conselho tutelar e fica mais a parte deles e com a gente só fica os cuidados de enfermagem, medicação, cuidados para ajudar no banho, auxiliar, mas essa parte do protocolo, de acionar o conselho é parte da enfermeira, é ela que faz”. (E3)

“Existe um protocolo de atendimento que a gente segue... éh... eu tenho um ali até... mas a gente segue esse protocolo em termos de... esses exames são solicitados em caso de vítima de violência sexual e tendo algum exame positivo ou dependendo da idade da criança ou do grau de lesão a gente segue os

tratamentos que são feitos... Éh... acho (que alguma secretaria) que deixou... não sei... a gente segue esse protocolo aqui no hospital...”. (E6)

“Ah, o protocolo é como eu te falei, né? É acionado o Conselho Tutelar, daí o Conselho Tutelar que vai encaminhar essa criança pro legista, quando é o caso, né? O protocolo do hospital é comunicar o Conselho, né?”

P – Mas assim, um trabalho, um programa dentro do hospital, existe, nessa área?

“Existe, nós temos a psicóloga que faz um acompanhamento da criança com os familiares, é mais esse tipo de protocolo, né?”. (E7)

“Então, nós estamos trabalhando em cima desse protocolo. Ele até existe de uma maneira informal, e já estamos alguns meses trabalhando com o objetivo de formalizar, e ainda não concluímos isto; mas já estivemos em reuniões, no Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, já fizemos reuniões entre nós, na equipe interdisciplinar, pra colocarmos em prática e formalizar esse protocolo”. (E8)

“Olha... não sei te dizer agora... acho que depende muito do caso assim ...é.... não sei te dizer acho que é muito da questão de caso a caso de avaliar...né por ser um hospital clínico eu tenho dificuldade nesse sentindo”. (E9)

A fala dos entrevistados revela a falta de conhecimento do que seja um protocolo de atendimento e da rotina de atendimento à criança vítima de violência. De acordo com Scherer & Scherer (2000), é necessário a elaboração de protocolos de

atendimento que possam ser decorrentes do amadurecimento da equipe servindo dessa forma, como ponto de partida para a capacitação dos profissionais.

Os instrumentos e as técnicas para o atendimento às crianças vítimas de violência estão disponíveis, mas se, e somente se estiverem em harmonia com o modo de trabalhar na assistência que será nominado de protocolo (Scherer & Scherer, 2000). Nesse caso protocolo seria o modo de atuar, de abordar, de pensar a assistência à vítima de violência que busca ser coeso, global, inclusivo, humanizado, maleável e adaptável às circunstâncias.

De acordo com Cocco *et al* (2010, p. 293), trabalhar a partir de um protocolo de atendimento “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 as demandas desse seguimento da população”. O protocolo de atendimento propicia ao profissional o sentimento de que está protegido e respaldado para atuar e realizar os cuidados cabíveis.

4.1.4 Os principais agressores dos casos de violência

Essa categoria emergiu das respostas dos entrevistados quando a eles fora perguntado sobre *quem seriam os principais agressores*. As respostas mais recorrentes foram: a própria família, a mãe, o pai, o tio, a madrasta, o padrasto, alguma pessoa bem próxima. Raramente uma pessoa extrafamiliar.

“Então... em geral estão no meio familiar... então é geral... é abrange aí... é... pessoas bastante ligadas à criança que estão... ou que moram ou residem ou costumam frequentar constantemente a casa desta criança né... então vai desde

o padrasto... o pai... um tio ...um primo... um irmão mais velho e assim por diante”. (E2)

“A mãe, a mãe ou na sexual é o pai, tio, assim, mas alguma pessoa bem próxima, bem próxima”. (E3)

“A própria família, né, que a gente vê que as mães... às vezes... as mães...essas crianças que chegam aqui desnutrida... desidratada... éh... com () ... com berne... com ferida por todo o corpo, com bicho de pé... éh falta de cuidado da mãe... éh mãe... pai... éh família mesmo... que junto da criança que causa suas própria violência...”. (E4)

“Bom, no caso da agressão física é o pai, que seria um número maior; e no caso da violência sexual, aí é, varia entre padrasto, tio, primo, vizinho, sabe? Mas assim, nessa esfera de pessoas do convívio. Com as crianças, percebo que não houve... na maioria das vezes não se trata de estranhos, sabe, são pessoas do convívio da criança, da família”. (E8)

As respostas revelam que a família é a principal responsável por grande parte das violências contra as crianças. E, por isso, ela contribui para que a violência contra a criança permaneça velada, dificultando sua identificação.

Vale discutir que os vínculos de amor e afeição que a criança cria com os membros ao seu redor são muito importante para o seu desenvolvimento biopsicossocial. Essa relação de afetividade e confiança, muitas vezes, a criança não consegue na família consanguínea. Estudiosos, como Azevedo & Guerra (2005) têm

discutido os benefícios que a criança obtém na convivência em um ambiente não violento, onde, provavelmente, outros padrões de relacionamentos, mais compreensivos e dialógicos, são acessados como estratégias de solução de problemas. Há que se dizer que uma relação familiar com muita afetividade é uma das questões que mais propicia uma vida saudável à criança e, essa forma de viver protege-a de problemas causados pela falta de amor.

Dessa maneira, pressupõem que a prevenção da violência contra a criança exige uma relação harmoniosa fortalecedora dos vínculos entre pais e filhos. Vale salientar que esses vínculos só poderão ser gerados em casa, no interior do aconchego familiar, portanto, é de responsabilidade dos pais a promoção do desenvolvimento saudável dessas crianças. (Azevedo & Guerra, 2005).

4.1.5 Os profissionais não denunciam os casos de violência aos órgãos competentes

No Brasil a escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos, ausências de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, a falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional, são considerados entraves para a notificação. (Gonçalves & Ferreira, 2002).

Notificar casos de violência é de extrema importância, pois a notificação é um instrumento de combate a violência, uma vez que possibilita o embasamento de ações e de intervenção em vários níveis. Ao tornar público um fenômeno que acontece no privado, torna-se possível perceber que são mais comuns do que se imagina, mas que nem por isso deve ser banalizado ou normalizado. (Bazon, 2007).

As falas dos entrevistados revelam a fragilidade e a inconsistência dos procedimentos adotados no encaminhamento dos casos de violência atendidos no hospital.

“De dentro do hospital eu, denunciá eu nunca denunciei na verdade. Eu faço a notificação e conselho que encaminha pra delegacia. Eu como enfermeira não, mas no ato da notificação vai o meu nome e se precisa depor no caso eles me chamam entendeu (rápido) eu não faço a notificação peço pro Conselho vir, dô todos os papéis que eles precisam cópia do prontuário isso e aquilo daí eles levam e vão prá/ acompanham a mãe e a filha na delegacia enfim..., mas eu não nunca denunciei eu mesma. Só uma vez só uma vez, só uma vez e eu nem lembrava mais enfim não num pude ajudar muito porque eu não lembrava muito bem do caso”. (E1)

“Não exatamente, como eu já te falei, né? O protocolo nosso, quando chega com suspeita de agressão, você comunica o Conselho, é o Conselho que vai investigar se realmente, se vai denunciar. Mas a denuncia é feita pro Conselho... O Conselho Tutelar...”. (E7)

“Não, não... Diretamente não...não”. (E9)

“Eu diretamente não... eu fui comunicada para ajudar a ver ser aquilo era verdade... mas já tinha um visto já tinham encaminhado ao conselho e foi mais uma conversa pela equipe ... mesmo eu diretamente não”. (E11)

“Não... não... mas gostaria muito justamente com um dos netos”. (E12)

“Não nunca...nunca...nunca...informei”. (E17)

“Não...nunca informei...porque nunca soube também”. (E18)

“Morro de vontade (risos). Eu morro de vontade, mas não... porque as vezes assim querendo ou não a gente é um pouco egoísta sabia que a gente é? Agente fala que acontece na casa do fulano do siclano acontece na família da gente... muitas vezes a gente omite isso que nem assim...”. (E19)

As falas dos profissionais revelam certa fragilidade do atendimento à criança vítima de maus tratos, visto que não notificam os casos de violência aos órgãos competentes. Conforme Ramos & Teodoro (2012, in Habigzang & Koller (2012, p. 249-250), alguns autores como Almeida (1998), Azambuja (2005), Deslandes (1999), Golçalves & Ferreira (2002), Silva (2001) veem identificando as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em relação à notificação. Entre elas destaca:

a falta de preparo do profissional para identificar e lidar com os casos de maus tratos; o medo em fazer a notificação em decorrência de problemas futuros com a justiça ou sofrimento de retaliações por parte do agressor, intimidação frente aos processos legais que ocasionam após a notificação, como realização de laudos, pareceres e depoimentos; a precariedade e insatisfação da atuação dos Conselhos Tutelares para a execução de medidas protetivas; a descrença no poder público e na real possibilidade de intervenção nesses casos; a visão de que

se trata de uma questão familiar e, portanto, os profissionais da saúde não devem se envolver no caso; a falta de suporte para realizar um atendimento mais aprofundado em função da enorme demanda; complexidade do próprio caso em função das dificuldades inerentes a cada atendimento; a interação muito próxima com a comunidade em casos de trabalhadores de postos de saúde (p. 249-250).

O que compromete todo o procedimento, uma vez que a criança fica sem acompanhamento e vulnerável a continuar sofrendo violência. Outros pontos identificados na fala dos profissionais são a precariedade do serviço: falta de proteção para denunciar, falta de preparo no enfrentamento da questão da violência contra a criança e de seu acompanhamento, falta de conhecimento e/ou fortalecimento para identificação dos casos e a falta de uma rede de apoio que efetivamente aconteça.

As falas dos entrevistados mostram que os profissionais de saúde não denunciam os casos de violência às autoridades competentes. Apenas demonstram que sentem vontade de fazê-las, mas por motivos intrínsecos a eles não fazem isso. Revelam inúmeras dificuldades para lidar com a questão da violência, como o medo de se envolver com pessoas criminosas, a falta de resguardo nas unidades de saúde e a falta de comprometimento dos familiares. Por sentirem-se ameaçados os profissionais acabam se omitindo no envolvimento mais decisivo com os casos de violência detectados. Um dos motivos da dificuldade de denúncia seria a reprodução de padrões culturais da população em que se aceita a punição física como uma prática educativa.

“Eu morro de vontade (risos), mas não... a gente é um pouco egoísta. A gente fala que acontece na casa do fulano, do cicrano, mas isso acontece na família da gente... Tem vários tipos de agressão... por exemplo, assim... o fato de você

não dá um banho na criança na hora certa, não dá a alimentação na hora certa, deixá em casa sozinha... com quem não é o próprio pai e a mãe já é um tipo de violência, né? Você priva a criança de lazer, quando bate na criança pra educá, dizendo que é para ela aprende a não fazê mais isso. Então, tem muita coisa você tem na tua família então como que você vai... denuncia? Como que você vai tomá partido contra a tua própria família? Você fica tipo entre a cruz e a espada". (E19)

"Eu já tive experiência assim, com a gente... Então, eu me ponho no lugar da criança mesmo que às vezes apanha sem motivo. Mandam: tome café senão você vai apanhar com chicote trançado, chorando a criança toma... uma criança pequena que ta apanhando sem saber porque". (E12)

Os depoimentos acima revelam um fato muito importante que merece ser destacado, a propagação da cultura da educação pela violência física. Essa prática imperou nas famílias brasileiras durante séculos e ainda podemos ver que ela permanece. Segundo Habigzang & Koller (2012, p. 14), *"não é raro que a agressão física conduza à morte de crianças e adolescentes. Estas agressões são infringidas às crianças, geralmente, como forma de castigar e educar"*. A violência era tida como uma maneira correta de educar a criança. Culturalmente surravam a criança para que ela aprendesse a não fazer mais alguma coisa que o adulto não queria. Como se pode observar nas falas dos entrevistados eles não denunciam porque essa prática ainda está muito presente em suas famílias. Esses são os fatores que impedem a maior visibilidade e encobrem a violência contra a criança no Brasil.

Além disso, não se sentem responsáveis ou capacitados para lidar com o problema. Os profissionais de certa forma acabam por reproduzir os mesmos valores e atitudes da comunidade em relação à violência, mantendo-se coniventes com o silêncio das famílias, evitando o comprometimento com os casos e desacreditando nas instituições responsáveis pela proteção da criança e do adolescente.

Talvez não denunciavam, muitas vezes, porque sentem medo. Medo das consequências desse envolvimento, pois, no Brasil, não há uma efetiva proteção ao denunciante. Grande parte dos profissionais de saúde não denuncia os maus tratos contra a criança, preferem não se envolver, não denunciando os agressores, abafando, dessa forma, a violência existente no país. A questão de o ambiente familiar ser de âmbito privado faz com que os profissionais, muitas vezes, se tornem omissos em alguns casos, enfatizando que nem o Conselho Tutelar consegue ter acesso a essa família agressora.

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

4.1.6 Os profissionais não se consideram capacitados para lidar com a violência contra crianças

O despreparo dos profissionais para lidar com as vítimas de violência se deve possivelmente ao desconhecimento sobre como proceder frente a esses casos, uma vez

que as habilidades e conhecimentos necessários para a atuação não foram adquiridos ao longo da formação profissional.

“Olha, a gente acaba fazendo o que a gente acha importante, mas eu não me sinto, eu gostaria de estar mais capacitada pra isso, de estudar mais, de estar trabalhando em rede com as outras instituições que também têm este tipo de clientela, né? Não me sinto assim, acho que poderíamos melhorar, entende? A gente acaba fazendo tudo o que está ao nosso alcance, que a gente considera importante, mas acredito que a gente tem que estar sempre se atualizando, trocando informações, participando de fóruns e reuniões pra gente também poder trocar experiências, né? Eu acho que é importante isso”. (E8)

“Não...não me encontro...é como eu disse quando é uma violência doméstica assim... por abandono né... por menor que seja acaba até achando um pouco de força pra lidar com a situação né... afeta o teu emocional... afeta... então assim... eu não me considero capacitada pra... eu sei... eu tenho um treinamento... tenho um protocolo... eu não tenho um treinamento... tenho um protocolo... que eu tenho que seguir e tento ampara aquela criança...geralmente a gente conta com as conselheiras... porque eu acredito que elas tem né... uma capacitação... geralmente eu conto com elas... sabe? É... elas são bem rápidas assim... nesses casos... elas vêm... e elas dão apoio muito bom pra nós... sabe? Porque elas entram com a parte talvez até psicológica e a gente entra com o científico... sabe? então eu acho que é o único órgão que apoia mesmo... que ajuda né... que ajuda... mas que não me sinto nem um pouco capacitada”. (E14)

“Na verdade a gente nunca teve um treinamento pela prefeitura no caso né... tudo que a gente é... faz aqui... é o que a gente já tem na bagagem de experiência profissional e traz da faculdade também”. (E16)

“Não, não... a gente tenta né...no...na medida do possível assim...é presta um bom atendimento assim né...mas capacitada não...até o preparo psicológico pro né...” (E17)

Diante de um problema tão importante, exige-se um profissional apto para detectar e decodificar os sinais e sintomas de violência praticada contra a criança. Nesse caso, a capacitação precisa se estender ao manejo psicológico e ao conhecimento da legislação e meios de proteção legais e sociais existentes em sua comunidade, como o Conselho Tutelar, o juizado da infância e os hospitais de referência, de forma que possam realizar encaminhamentos a esses locais, prestando melhor assistência as vítimas. Estudos como os de Garcia (2002), e Gomes (1999) mostram que um trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial é fundamental para lidar com a problemática.

Os profissionais de saúde se sentem imobilizados diante de situações tão delicadas e vulneráveis como é a violência contra criança, sente-se oprimidos e incapazes de efetuarem mudanças. Dessa forma, os sentimentos negativos vivenciados no trabalho que lida com questões complexas como a da violência, em muitos casos, evoluem podendo afetar serviços, sujeitos e organizações. A sensação de impotência, de culpa pelas possíveis negligências, a insegurança ligada à notificação, as frustrações pela falta de resultados positivos possibilita refletir que estes fatores, aliados à sobrecarga de trabalho e ao número reduzido de profissionais de saúde mental,

propiciam o surgimento de implicações negativas na prestação de serviços, no acolhimento às vítimas e na saúde dos profissionais, contribuindo para a formação de um círculo gradativo de aumento de exigências, pressões e estresse.

De acordo com Bannwart e Brino (2012, p. 261. In: Habigzang & Koller, 2012),

a capacitação dos profissionais de saúde deve ter por objetivos o investimento de ações que o sensibilizem aos direitos e às necessidades da criança de maneira que aumente a capacidade de identificar as situações de maus tratos reconhecendo-as como tal, e o compromisso em notificá-las para fortalecer o encadeamento entre essas ações em todos os níveis, órgãos e instituições responsáveis por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança.

É da competência das instâncias municipais, estaduais e federais a formulação de políticas públicas voltadas à capacitação dos profissionais de saúde. A frustração e estresse que se encontram esses profissionais no trabalho diário são potencialmente perigosos, podendo levar a mecanismos de enfrentamento da realidade que preveem distanciamento emocional e sentimentos de desvalorização profissional. Esses mecanismos, ao mesmo tempo em que prejudicam o trabalhador e a instituição em que atua, também afetam substancialmente o processo de identificação, encaminhamento e tratamento da vitimização de crianças e adolescentes, tornando-se muito importante sua prevenção. Entende-se, portanto, que ao lidar com o tema da violência contra crianças e adolescentes, a abordagem de cuidado deve ser ampliada, não só direcionada à população infanto-juvenil, mas também as suas famílias. Este atendimento necessariamente precisa contar com uma equipe multiprofissional, cujo enfoque vá além

da dimensão biológica do cuidado. Além disso, são fundamentais as redes de apoio articuladas, trabalhando estigmas que cercam a violência e assim ajudando famílias, crianças e adolescentes a se inserirem na comunidade.

4.2 Os Encontros

4.2.1 Primeiro Encontro

O primeiro encontro foi realizado nas dependências do Hospital pesquisado no dia 16 de abril de 2013, no horário das 14h00min às 16h00min, perfazendo um total de 2 horas.

4.2.1.1 Necessidade de padronizar o atendimento à criança vítima de violência

Os participantes foram os seguintes profissionais: Assistente Social, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Técnicas de Enfermagem, a Pesquisadora e as Acadêmicas de Psicologia (colaboradoras da pesquisadora) da Faculdade Sant'Ana.

Nesse encontro a pesquisadora explicou que não estava sendo realizado um estudo de pesquisa que finalizava com a simples coleta de dados e constatação de fatos, mas sim perceber como os profissionais de saúde sentem a sua própria realidade. A análise das entrevistas revelou a falta de um trabalho de equipe e a necessidade de padronizar o atendimento. Assim, fez-se a proposta de encontros com o grupo de profissionais participantes da entrevista para começar a refletir sobre a construção de um protocolo como uma atividade coletiva para a constituição de um processo grupal que leve a formação de um trabalho integrado.

Vale ressaltar que das reflexões do grupo de participantes do encontro emergiu *a necessidade de padronizar um atendimento específico à criança vítima de violência.*

As falas dos participantes revelam a falta de trabalho em equipe.

“É importante o trabalho em equipe desde a chegada da criança para ir verificando como evolui o caso. Quantos casos passaram por aqui e nada foi feito, os médicos têm medo. O protocolo entrará na rotina”. (P 1)

“Toda equipe trabalhando junto, cada um com o seu olhar. Todos serão acionados, irão pesquisar enquanto a criança estiver aqui no hospital. A partir dessa pesquisa, virá um protocolo e todos terão que seguir, vira rotina”. (P2)

“Na realidade a equipe fica presa a resolver apenas os problemas clínicos e isso, muitas vezes, impede os demais profissionais de darem um atendimento com maior qualidade e o paciente acaba voltando. Por isso eu concordo que um protocolo seria muito bom”. (P3).

De acordo com Turra *et al* (2012), protocolo é um o termo que se refere a um modo de atuar, de abordar, de pensar a assistência à criança vítima de violência. De acordo com o autor, o protocolo precisa “ser coeso, global, inclusivo, humanizado, maleável e adaptável às circunstâncias” (p.501). Dessa forma, um protocolo precisa ter sentido prático e ser coerente com as bases filosóficas de atuação de cada profissional, e ser ético. Nas palavras do referido autor “o protocolo imprimir à assistência o caráter acolhedor, compreensivo, receptivo, de consideração primordial e atenção refinada à pessoa em sofrimento”. (2012, p 501).

Se apropriando da palavra de Turra *et al* (2012) sobre protocolo é possível dizer que esse deve ter como diretriz a busca pelo atendimento integral, a saúde da criança, o diálogo contínuo com a equipe de saúde, a interface de ações e a construção permanente de interdisciplinaridade, tendo a criança em tratamento como centro (p. 503).

Destacou-se aos entrevistados, que para destituir as dificuldades encontradas por uma equipe multidisciplinar para atender à criança vítima de violência, a construção da proposta de protocolo de atendimento somente funcionaria se fosse elaborado por eles, pois são eles que recebem e atendem a criança vitimizada; pouco valor tem protocolos que vêm prontos e acabados, são estanques, feitos por pessoas que estão de fora do serviço, que não conhecem a rotina e os problemas de cada instituição. Relatos de vários pesquisadores, citando entre eles, Deslandes (1999); Turra *et al* (2012), Gebara e Lourenço (2008) entre outros, têm demonstrado que esse tipo de protocolo não funciona, ficando somente no papel.

As discussões culminaram na decisão do grupo em elaborar um protocolo de atendimento padrão à criança vítima de violência.

Destacou-se que para a funcionalidade de um protocolo há necessidade de idealizar um processo que deve ser sempre revisto, avaliado e aprimorado pela equipe multidisciplinar, pois para haver uma integração coerente com as necessidades do atendimento todos os envolvidos são importantes e devem ser ouvidos.

A reação dos participantes do encontro foi verbalizada nos termos:

“Com o protocolo, vai ser possível acionar o Conselho Tutelar, outras instituições, e com o trabalho em equipe tem mais apoio”. (P4).

“Toda a equipe trabalhando junto não fica deixando espaço para que o caso não fique resolvido. Teve um caso recente que desde a recepção todos se uniram para resolver”. (P5).

Como se pode ver todos os participantes ressaltam a importância do trabalho em equipe. A (P5) menciona que desde a sua entrada no hospital, diante das dificuldades, só agora ela foi entender os motivos dos casos de atendimento à criança vítima de violência não terem encaminhamentos corretos. Essa profissional destaca a necessidade do trabalho em equipe para dar acompanhamento àqueles pacientes que necessitam de apoio essencialmente quando acionado o órgão oficial (Conselho Tutelar) ou outra instituição que se fizer necessário.

Nessa mesma linha de raciocínio, pode-se ver o posicionamento da (P6):

“A força dos setores fica mais significativo, se tiver um protocolo de atendimento, isso facilitaria o atendimento. Divide as responsabilidades”. (P6).

Como se pode observar, a (P6) comentou sobre a importância de uma integração dos profissionais que dão atendimento à criança vítima de violência, pois isso representaria uma força aos setores para que o trabalho fosse mais significativo e para que os casos fossem levados adiante, de forma que a criança vitimizada recebesse a integralidade do tratamento necessário.

Tal profissional ratifica que isso só é possível pela união da equipe multidisciplinar. Para destacar a importância dessa união a (P6) mencionou que:

“toda a equipe tem noção do que ocorre atrás dos bastidores, que só se resolve os problemas clínicos, que várias vezes o mesmo paciente volta ao hospital, ocorrendo a revolta da equipe, que esse caso que aconteceu recentemente ocorreu à revolta da equipe, o qual foi encaminhado ao jurídico”. (P6).

A referência que faz, segundo ela, é de um caso que foi recentemente atendido pela equipe que reconheceu a criança como reincidente ao hospital para tratar de vários atentados contra sua integridade física.

Corroborando com as discussões (P7) relatou que já viu casos que não foram tomadas nenhuma providência necessária, ao mesmo tempo em que nos casos que há encaminhamento adequado foi observado solução satisfatória.

“Um outro caso que aconteceu e que a criança foi embora, porque ganhou alta. O médico disse: da minha parte ta liberado. E com quatro meses depois a criança aparece com problema novamente e o Conselho Tutelar não apareceu”.
(P7)

Todavia para que o apregoado no ECA seja cumprido, é preciso sensibilizar e conscientizar os profissionais da área para o problema; fornecer maior conhecimento sobre o tipo de atendimento a ser dado às crianças vítimas de violência; disponibilizar informação e capacitação para o diagnóstico e a intervenção; promover medidas preventivas; e aperfeiçoar o sistema de informação sobre o perfil de morbimortalidade por violência. Considera-se que os maus-tratos contra a criança podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais.

Outra profissional (P8) comentou que o trabalho em equipe possibilita a resolução do problema. Mencionou um caso ocorrido recentemente e que toda a equipe se uniu – desde a recepção – e, por isso, teve resultado satisfatório.

Na continuidade das discussões a (P9) destacou com ênfase a importância do trabalho em equipe para que suas ações de intervenção nas causas da violência surtissem algum efeito benéfico.

“Se trabalharmos em equipe cada profissional terá maior possibilidade de observar mais a criança. Por exemplo: Um vai informando o que já fez para o outro dar continuidade no atendimento e assim toda a equipe vai trabalhando junto para resolver o problema da criança”. (P9).

Nessa mesma perspectiva a (P9) salienta a importância do seu trabalho de observação e de contribuição para que a criança supere seus traumas. Todavia essa ação está fortemente vinculada ao trabalho em conjunto, respeitando o olhar de cada profissional.

Na continuidade das discussões a (P8) enfatiza a importância de se investigar o caso, pesquisar, pois todas as crianças têm o direito de serem atendidas pelo diferentes profissionais enquanto estiverem hospitalizadas.

De acordo com o ECA em seu artigo 5,

“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais”.

Por sua vez a (P6) ilustra as discussões com um caso de violência contra a criança que ocorreu recentemente, a médica que acompanhou o caso não teve medo e que a equipe se uniu e foi levado às autoridades responsáveis. Contudo, comentou que esse foi apenas um caso, mas que com certeza já devem ter ocorridos muitos casos que nada foi feito. E que se houvesse um protocolo essa tomada de decisão e encaminhamento seria uma rotina do hospital e todos teriam que cumprí-lo, o que melhoraria o atendimento às crianças vítimas de violência.

Em relação à previsão de como seria a padronização de um trabalho articulado entre os setores e os profissionais que prestam atendimento à criança vítima da violência, a Psicóloga se posiciona dizendo que:

“As responsabilidades serão divididas, pois sem uma padronização, os encaminhamentos são muito morosos e, isso faz com que os casos sejam reincidentes. A padronização de um protocolo pode acabar com tantos procedimentos errados”. (P5).

A (P5) defende a necessidade da construção de um protocolo de atendimento às vítimas de violência. Outra profissional prossegue argumentando que esse deverá ser *“atestado por toda a equipe fazendo com que ocorra um atendimento satisfatório e adequado, todos estarão unidos”.* (P8).

Essa mesma profissional destacou que se houvesse um protocolo de atendimento não haveria mais casos como o acontecido recentemente no hospital. Lembra, ela, de um caso em que o médico liberou uma criança vitimizada pela violência. Indignada menciona que *“Nenhuma providência foi tomada”.* Continua relatando que *“após uns dias esta mesma criança voltou ao hospital tendo sofrido outra*

violência, mas desta vez foi encaminhada ao Conselho Tutelar que decidiu pelo distanciamento da criança da casa em que morava e sua ida para um abrigo onde estaria melhor protegida”. (P8).

De acordo com a (P4) *“a partir do momento em que realmente existir a padronização de um protocolo de atendimento, toda a equipe terá que segui-lo, pois será uma rotina do hospital”.*

4.2.1.2 Os profissionais se julgam despreparados para o trato com a criança vítima de violência

No segundo momento desse 1º encontro houve a explanação das ações intervencionistas (Apêndice 2) de cada profissional sugerida pela pesquisadora para a concordância ou não dos participantes, bem como do acréscimo ou retirada dos itens.

Foi solicitado que cada participante se posicionasse de forma crítica diante de suas ações.

Logo no início do encontro a recepcionista do hospital fez um apontamento diante das ações propostas. Segundo ela *“Os funcionários da recepção não estão preparados para detectarem um quadro de violência, no caso de terem que colocar no cadastro”.* Mencionou ainda a preocupação sobre o sigilo dos atendimentos.

Aproveitando esse gancho a pesquisadora reafirma a importância dos encontros oportunizados pela pesquisa, como uma capacitação para que todos os profissionais tenham conhecimento sobre o fenômeno da violência, bem como condições de detectarem e fazerem os devidos encaminhamentos. Salientou também que o despreparo não deve intimidar o profissional, seja qual for o setor. A contribuição da

recepcionista é muito importante para a formação de uma equipe multidisciplinar no hospital, principalmente quando se pretende melhorar o atendimento por meio da cultura do uso do protocolo. A pesquisadora argumentou nesse caso que urge um treinamento específico de técnicas e de ética profissional para enfrentar essa necessidade dentro do hospital.

4.2.2 Segundo Encontro

4.2.2.1 O cotidiano das ações no atendimento à violência contra a criança

O segundo encontro foi realizado nas dependências do Hospital pesquisado, no dia 18 de abril de 2013, no horário das 14h00min às 15h30min, perfazendo um total de 1h30 min.

Participaram do encontro Técnicas de Enfermagem, a Pesquisadora e as Acadêmicas de Psicologia (colaboradoras da pesquisadora) da Faculdade Sant'Ana.

Pode-se observar que algumas delas destacam que ainda não sabiam da existência de protocolo da área da medicina, que não tinham conhecimento, que os fatos não são passados para a autoridade competente.

“Eu não tenho conhecimento do que acontece em relação à violência contra à criança. Ninguém passa. Passam tantas outras coisas e isso não passam”.

(P10).

É possível perceber que os funcionários desejam fazer algo para mudar a situação em relação aos casos de violência, mas parecem que estão de mãos atadas;

percebe-se a angústia desses funcionários por desejarem fazer a denúncia e muitas vezes não conseguirem, acreditam que havendo a padronização de um protocolo, este deverá ser seguido e que isso ajudará a evitar as reincidências dos casos de violência.

É de se questionar tal posicionamento, pois de acordo com o artigo 13 do ECA “os casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica contra crianças e adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade sem prejuízo de outras providências legais”. Todavia ainda os profissionais que trabalham no atendimento à criança vítima de violência se sentem desamparados legalmente e, por vezes, acabam não assumindo por medo ou despreparo a responsabilidade de denunciar ou de exigir a tomada de providências pelos órgãos responsáveis.

Nesse mesmo encontro foi oportunizado aos participantes Técnico de Enfermagem, momento livre para comentarem sobre o que ocorre no cotidiano de suas atribuições relacionadas à violência contra a criança. Um participante mencionou um caso de violência sexual contra uma criança com deficiência física e deficiência mental, ocorrido próximo do dia que se comemorou a Páscoa (30 de março de 2013), em que foi feita a denúncia, pelo fato de a criança por meio de brincadeiras contar os atos sofridos, e que por gestos (colocando as mãos no rosto) relatava que estava com vergonha.

Nos posicionamentos foi mencionada a questão da influência da família em relação a prevenir a violência, essencialmente a sexual. Os pais devem ensinar a criança desde a mais tenra idade sobre as questões da violência. Falar com a criança na hora do banho, explicar que as partes genitais não devem ser manipuladas por pessoas de outro sexo ou de estranhos, só deve ser feita a higiene, sem deixar de lado a necessidade de a criança adquirir certa malícia nessa manipulação.

No segundo momento do encontro, foi dado espaço para discutir as ações intervencionistas necessárias, havendo a manifestação de que apesar de parecerem ações difíceis de realizar, se houver um empenho profissional a iniciativa não fica apenas no papel.

Quanto a isso os participantes mencionaram a necessidade da troca de informações, para evitar que o atendimento de casos de violência contra a criança não sejam comunicados a todos os profissionais, (prática recorrente até o momento no hospital pesquisado).

Foi também mencionada a falta de conhecimento que impede como abordar adequadamente a vítima e a família e passar confiança nas ações realizadas por parte destes sujeitos.

Colocou-se em pauta a sensibilização dos casos, que proporcionam paciência e cuidado no atendimento para não só aumentar o traumatismo da criança violentada como também adquirir sua confiança para relatar o fato. Foi utilizado o caso denunciado sobre violência sexual, quando a médica que atendeu o caso relatado simulou um teatrinho para obter informações da criança, com paciência e dedicação para obter informações e tomar as providências necessárias para que o caso fosse denunciado. Importante destacar que nem todos os médicos têm essa dedicação e habilidade para essa modalidade de atendimento e que eles também necessitam passar por capacitação.

Foi relatado que entre os técnicos de enfermagem não há necessidade de conviver diretamente com a situação, muitas situações de violência são percebidas, muitos fatos são descobertos por investigar por conta e decidirem como conduzir, pois não há orientação quanto à questão da violência dentro do hospital. O profissional encontra uma série de desafios, por diversas variáveis, como exemplo da própria mãe ocultar a violência contra os filhos.

O agravante destacado nestes casos em que a mãe é conivente com o agressor é o fato de alguns médicos quando da realização do exame físico não tocam o corpo da criança, contentando-se em diagnosticar pelas respostas das perguntas que faz para a mãe.

A pesquisadora questionou quais as ações que, na opinião dos participantes não poderiam faltar no caso de atendimento às crianças vítimas de violência. As sugestões apresentadas foram:

- intensificação do trabalho da psicóloga, superando os desafios trazidos pelo grande movimento de atendimento no hospital e pela diversificação do seu trabalho em relação ao da equipe de enfermagem;
- superação das dificuldades trazidas pela falta de tempo para brincar com as crianças e dar a atenção que elas requerem;
- alocar estagiários em todas as áreas que são necessárias para o atendimento à criança vítima de violência, com a finalidade de facilitar as ações intervencionistas;
- alocar equipes de estagiários para atuar em duas áreas: uma para dar acolhimento às famílias e outra para trabalhar com as crianças.

A pesquisadora observou que os participantes demonstram ter conhecimento científico, pois muitos dos relatos são encontrados na literatura.

Foi percebido que estão desejando que ocorram mudanças de forma satisfatória, pensando numa qualidade de atendimento na área da violência e que muitas vezes sentem-se impotentes, pois não recebem apoio técnico para o bom desempenho do trabalho que desejam desenvolver.

4.2.2.2 A importância de abraçar a causa

No terceiro momento do encontro foi colocada para que todos pudessem ouvir e refletir a música “Carinho de Verdade”, de Aline Barros (Anexo 1). Essa canção aborda a violência infanto juvenil.

O refrão da música foi destacado, pois nele ressalta a importância de abraçar a causa, a vida e o coração, do carinho de verdade em relação às vítimas de violência, para sentir, para mudar.

Todos os participantes demonstraram certa sensibilidade e conhecimento construído na prática e demonstraram que estão de acordo com um trabalho integrado e articulado por uma equipe multidisciplinar. No entanto, segundo os participantes, para um funcionamento adequado das ações em relação ao atendimento às crianças vítimas de violência, é necessário um quadro maior de funcionários. Salientam que a tentativa de instituir o uso de um protocolo de atendimento pode ser possível para unificar as ações.

Ficou destacado que a presença de estagiários das diversas profissões que formam o quadro de profissionais do hospital seria de grande ajuda, para a implementação do protocolo. Ressaltaram ainda que para haver melhoria de qualidade no atendimento, seria essencial se houvesse outros profissionais responsáveis atuando como supervisores das ações e mediação da capacitação dos profissionais envolvidos no processo multidisciplinar. Tal sugestão permitiu a observação de certa motivação por parte dos participantes, visto que demonstraram entender e aceitar que a ação em conjunto poderá ocorrer de forma positiva.

Os participantes do grupo demonstraram contentamento na finalização do encontro, disponibilizando-se para participar do próximo e alívio por terem exposto as

questões que causam sofrimento diante do fato de não verificarem os encaminhamentos cabíveis frente ao fenômeno da violência contra a criança.

4.2.3 Terceiro Encontro

4.2.3.1 Dramatização dos casos de violência e trabalho preventivo junto às ações contra a violência.

4.2.3.1.1 A importância do trabalho preventivo com a família, com o agressor e com a criança

O terceiro encontro foi realizado no dia 26 de abril de 2013, nas dependências do Hospital pesquisado, no período da 14h00min às 16h00min, perfazendo um total de 2 horas.

Os participantes desse encontro foram: Psicóloga, Assistente Social, Recepcionista (Auxiliar Administrativo), Técnicas de Enfermagem, Pesquisadora e as Acadêmicas de Psicologia (colaboradoras da pesquisadora) da Faculdade Sant'Ana.

O encontro iniciou com as boas vindas ao grupo, a seguir foram retomadas as informações que houve no segundo encontro, buscando focar nas ações intervencionistas possíveis.

A pesquisadora colocou da importância de todos participarem na análise das ações intervencionistas, pois como já mencionado anteriormente elas são as pessoas que atuam diretamente no hospital e têm conhecimento para construir juntas essas ações.

A (P5) se manifestou comentando que teria algumas sugestões em relação às ações que podem ser desempenhadas pela recepcionista nos finais de semana. Segundo ela:

“Nos finais de semana, os atendimentos contam somente com a equipe de enfermagem e médica. Assim, muitos casos de violência que passam pelo hospital se tornam desconhecidos por mim, pois não trabalho nos finais de semana”. (P5).

Esse depoimento fez com que os participantes pensassem em uma solução para o problema. Dessa reflexão, novamente foi mencionado a necessidade do protocolo.

“Veja, se nós tivéssemos um protocolo de atendimento, muitas coisas seriam melhor encaminhado. Por exemplo, seria um trabalho todos se envolveriam, eu ficaria sabendo do ocorrido logo após e poderia imediatamente correr atrás da família para se inteirar do fato. Assim, muitos dos problemas se resolveriam e evitaríamos a reincidência. (P5)

A fala da (P5) revela que se houvesse um protocolo ela ficaria sabendo o que aconteceu durante os expedientes em que não se fez presente. Considera o protocolo uma forma de encaminhamento muito importante para um atendimento adequado à criança vítima de violência.

A (P23) se pronunciou destacando a necessidade de acompanhamento junto à família, dada a importância em perceber os traços de violência na educação familiar, enfatizou que as ações intervencionistas devem englobar a família.

“Eu acho que era muito importante que as famílias dessas crianças também tivessem um acompanhamento. Assim, saberia melhor quem foi o verdadeiro agressor. Muitas vezes, nós imediatamente achamos que a agressora é a mãe, mas isso pode não ser verdade, às vezes é o pai, o tio, o irmão, o vizinho... Daí com esse acompanhamento fica mais fácil de reconhecer que agrediu a criança”. (P23)

Por sua vez outra profissional enfatizou que:

“o acúmulo de trabalho dificulta a dedicação aos casos de violência, considerando que se deve focar na atuação clínica, ficando o tempo escasso para um trabalho direcionado a questão da violência nas famílias”. (P21)

Também foi observado que a criança que convive com a violência em seu lar, acha normal o que ocorre com ela. Dessa forma, seria importante trabalhar com essa questão de uma forma lúdica, através de teatro para expor à criança que a violência não é algo normal e que ela pode se desenvolver buscando meios para mudar essa situação.

“A criança que convive com a violência, acha que é normal. Se fizer teatro pra mostrar que a violência não é uma coisa normal, ela pode cresce pensando que pode mudar essa realidade, ela vai se abrir, contar o que está acontecendo com ela”. (P18)

Dando prosseguimento às discussões é interessante observar a fala da (P8):

“Eu acho que a equipe deve se comprometer dentro do espaço hospitalar, a vivenciar o cenário que já aconteceu, focar na situação para poder sensibilizar a família sobre a questão da violência e dar sequência no atendimento para que o agressor seja punido”. (P8).

Essa profissional ressaltou que aquilo que vai mover as ações intervencionistas é o trabalho preventivo, para que ocorram mudanças no lar da vítima, por isso a equipe multidisciplinar deve procurar conhecer o meio que a criança vive.

Houve nesse momento uma discussão entre os participantes, em que a pesquisadora falou da importância de um trabalho preventivo junto às questões de violência. A (P5) interferiu dizendo que *“quando a criança chega ao hospital, a violência já aconteceu”*.

A acadêmica de Psicologia pontuou que a prevenção é possível, pois mesmo que a violência já tenha ocorrido, é possível um trabalho de conscientização para não haver reincidências. Acrescentou ainda da possibilidade de ser feito até mesmo um trabalho com o agressor.

“Devemos pensar não só na vítima, mas num trabalho com o agressor”. (P23).

A fala da acadêmica de Psicologia vai de encontro com o apregoado por Prado (2002), quando diz que a Psicologia Comunitária aponta a ideia de que valores morais compartilhados definem a participação democrática, tornando os sujeitos mais políticos e conscientes. Dessa maneira, a vivência comunitária contribuiria para o crescimento individual e da comunidade na conquista de seus direitos enfatizando

valores como a ética da solidariedade. Essa é uma vertente da Psicologia que se caracteriza por trabalhar os sujeitos sociais com o objetivo de conscientizá-los acerca de sua condição social tornando-os verdadeiros agentes transformadores de sua realidade. Nessa perspectiva o trabalho do psicólogo social comunitário refere-se também a mobilização da comunidade na busca de melhores condições de vida.

4.2.3.1.2 O descompromisso do Estado: o jeitinho brasileiro de se resolver as coisas

A (P12) pontuou ter visto uma reportagem na televisão que mostrava justamente as ações que podem ser realizadas junto ao agressor e, que o estagiário poderá ser esse apoio para o desenvolvimento das ações.

“Outro dia vi uma reportagem em que um estagiário acompanhava o agressor, conversava com ele para saber como era a vida dela desde quando ele era criança. Esse tipo de acompanhamento estava dando resultado, pois o agressor se abriu para o estagiário as dificuldades, educação que teve na infância. Daí o estagiário percebeu que esse agressor praticou aquilo que ele aprendeu, era uma forma de defesa”. (P12)

A pesquisadora tentou lembrá-la sobre o primeiro encontro, onde foi pontuada a necessidade de ter uma equipe maior para o bom funcionamento das ações do protocolo, mas para tanto foi levantada a possibilidade de formar a equipe com estagiários das diversas áreas que atuam no hospital, devido à falta de verba do município para a contratação de mais profissionais.

É interessante observar que para a (P12) o problema da agressão contra a criança se resolveria apenas trabalhando de forma preventiva com o futuro agressor. Ressalta-se ainda o descompromisso do Estado em contratar mais profissionais formados para atuarem. Para o Estado é fácil cruzar os braços e deixar que estagiários façam aquilo que é de competência do Estado contratar para desempenhar tal função, um profissional formado e qualificado.

Ainda observando a fala da (P12) pode-se dizer que ela está embasada na perspectiva da Psicologia Comunitária que, no Brasil foi reforçada pelos trabalhos do grande educador brasileiro Paulo Freire (2001) que incentiva a consciência crítica da população levando-a a protestar pelos seus direitos. Todavia vale lembrar que não se pode tratar a violência com descaso, como se fosse uma coisa simples de ser resolvida, como se bastasse apenas enviar um grupo de estagiários e tudo estaria resolvido. Ainda, não pode ser permitido em hipótese alguma que um estagiário que está ali para aprender como se lida com essa questão, tão séria e delicada, sem a supervisão e acompanhamento de um profissional formado e contratado pela instituição para desempenhar tal função. Visto que muitos dos procedimentos exigem responsabilidade, e por se tratar de um ser humano, uma vida não se pode permitir o erro.

4.2.3.1.3 A dramatização de um caso de violência contra crianças

No segundo momento, do encontro, foi sugerida a realização de uma dramatização sobre um caso de violência contra a criança para melhor compreensão das ações que possam ser desenvolvidas junto à criança vítima de violência.

As Técnicas de Enfermagem dispuseram-se a realizar a dramatização, contando com a participação da pesquisadora e de uma Acadêmica de Psicologia. Foi

dramatizado um caso referente à violência sexual, iniciando pela chegada da família com a criança no hospital, sendo atendida pela auxiliar administrativa (recepcionista), que fez o encaminhamento para a equipe de enfermagem, e esta por sua vez encaminhou à consulta médica.

As observações verificadas na dramatização foram categorizadas da seguinte forma:

4.2.3.1.4 Recepção da família e da criança

Na encenação foi possível visualizar a dificuldade da família em colocar a queixa real, principalmente devido ao fato do agressor estar acompanhando a mãe no momento da consulta. A demora em receber atendimento também foi detectada, percebendo-se o despreparo da equipe para atender a criança.

Constatou-se que a orientação referente aos procedimentos que serão realizados tanto para a família, quanto para a criança são necessárias, pois a situação gera *estresse*, medo e preocupação com o que irá ocorrer. Há necessidade de tranquilizar a todos para que as providências cabíveis sejam tomadas.

Sabendo-se que na fase da infância a personalidade da criança é dinâmica e volátil, logo torna-se importante que o psicólogo realize um verdadeiro trabalho de esclarecimento, pois somente com a educação e os conhecimentos advindos dessa, que a criança poderá agregar esses valores à subjetividade ainda em construção. Trabalhar temáticas concernentes a realidade pessoal e social desses sujeitos permitem-lhe o despertar crítico e mobilizador em torno de seus contextos (Luna, Silva, 2004).

Sabe-se que a violência, em suas inúmeras modalidades e expressões, vem se tornando um problema banalizado em nossa sociedade, quer seja devido à divulgação de

fatos do cotidiano ou dados estatísticos, ou a uma sensação difusa de insegurança e desconfiança que se propaga. Institui-se, assim, um círculo vicioso no qual “a violência gera o medo, mas esse gera igualmente a violência”. (Chesnais, 1999 *apud* Milani, 2001).

4.2.3.1.5 Equipe de enfermagem

Técnicos de Enfermagem no primeiro momento do atendimento verificam que a queixa dos pais quando chegam ao hospital não é de violência, eles sempre relatam outros problemas que não conferem com a queixa da criança.

A equipe de enfermagem tem dificuldade em convencer o médico da necessidade de exames que melhor expliquem os sintomas que a criança relata.

Foi dramatizado o caso real de violência ocorrido em que a mãe chegou ao hospital com a queixa que a criança havia dado mal jeito e a Técnica de Enfermagem percebeu de imediato que havia ocorrido uma agressão. Comunicou para a Enfermeira, mas não obteve resposta. Posteriormente insistiu com o Médico para que solicitasse um Exame Radiológico da parte lesada, mas esse pareceu não perceber a necessidade; contudo ela não desistiu e conseguiu com que fosse feito o exame, tendo sido diagnosticado fratura de fêmur.

A sensibilização da equipe de enfermagem não é suficiente para a tomada de decisões relacionadas à verificação física da violência. Foi pontuado que cada situação que chega ao hospital é de uma forma diferente, cada situação é uma diferente da outra.

De acordo com a equipe de enfermagem o importante não é o acolhimento, mas sim o decorrer das ações, por isso a importância de todos os profissionais passarem por capacitação.

Foi observado que a equipe que atende a criança vítima de violência deve ser acionada imediatamente após a entrada da criança no hospital para que as medidas cabíveis sejam tomadas adequadamente.

Para ocorrer um atendimento satisfatório todos deverão passar por treinamento, para que assim adquiram um olhar diferenciado em relação à criança vítima de violência.

Os profissionais não devem agir tanto com a emoção, devem se conter para obter a verdade em relação a violência contra a criança.

4.2.3.1.6 Médico

Geralmente procura se omitir para avaliar se é ou não caso de violência. Há expressiva falta de interesse do Médico pelo caso.

Em caso contrário, há conscientização da percepção de que a equipe que atende casos de violência contra a criança deve ater-se ao diálogo da mãe ou do responsável, bem como do comportamento da criança. A presença da Psicóloga e da Assistente Social mostra-se de relevante importância no momento da intervenção.

Ao observar a atuação do médico na dramatização, percebe-se que esse profissional não se encontra preparado para enfrentar os casos de violência contra a criança. No entanto, o ECA atribui ao profissional da área médica a obrigação de denunciar os maus tratos em razão de sua profissão e de seu contato específico com o paciente, que evidencia plena capacidade de aferição da suspeita ou da conduta lesiva/ofensiva praticada contra criança ou adolescente. Considerando que o médico possui função social relevante e que em sua profissão preza pela utilização de todos os meios necessários para solucionar a dificuldade que acomete o paciente, não há como

negar o seu dever de comunicar a autoridade competente a prática ou a suspeita de violência.

Vale ressaltar o artigo 2º do Código de Ética Médica (1988), que trata dos Princípios Fundamentais:

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Tendo o médico como seu maior alvo a saúde do ser humano, sendo que, para isto, deve oferecer o melhor de sua capacidade profissional, depreende-se que estará cumprindo este princípio fundamental do Código de Ética Médica ao realizar a denúncia à autoridade competente. Assim, zelará pela saúde da criança ou adolescente que sofreu os maus tratos.

Vale enfatizar que apesar do dever legal de notificar os maus tratos, o médico não precisa investigar ou descobrir quem foi o responsável pelo ato, já que não é sua atribuição e nem está preparado para tal. Ao agir desse modo, o profissional poderá dificultar outros procedimentos. Sua atuação deve limitar-se a comunicação do fato à autoridade competente e desenvolver ações para o melhor tratamento da vítima.

4.2.3.1.7 Assistente Social

A Assistente Social ressaltou a entrevista separada do pai e da mãe, pois geralmente as histórias de cada um são diferentes, são relatos desconexos, por isso, é importante a realização das entrevistas com dois profissionais em salas separadas,

quando os pais não sabem que serão interrogados, não tem como combinarem o que irão falar.

A Assistente Social pontuou que consegue perceber quando as histórias estão desconexas, mesmo que a criança seja internada por outro motivo, como por exemplo; pneumonia, fraturas, entre outras, mas é no decorrer do tratamento que é descoberto o que realmente aconteceu.

Concluiu pela necessidade de um trabalho paralelo com a Psicóloga, essencialmente no momento da entrevista com os pais e pela capacitação de todos os profissionais da equipe, incluindo o médico, o qual deverá ter essa capacitação, pois alguns não são ginecologistas.

Destacou também que o principal objetivo é convocar o serviço social e a psicologia o quanto antes para melhor atendimento e que se realmente for implantado o protocolo o trabalho da equipe será diferenciado.

4.2.3.1.8 Psicóloga

A Psicóloga ressaltou que os casos chegam por várias vias: polícia, conselho tutelar, família.

Geralmente quando não é possível esconder a agressão, a primeira suspeita de agressão é a mãe, por isso deve-se ter cuidado para que essa tendência não interfira e o verdadeiro agressor seja delatado. A Psicóloga colocou que geralmente a mãe fica resistente aos questionamentos.

Outro ponto relevante descrito pela Psicóloga é a falta de pessoal para dar conta de um problema difícil de ser resolvido porque não existe no Hospital uma estrutura preparada para atender os casos de violência contra a criança.

Destacou a importância de constituir uma equipe também com os estagiários das diversas áreas. A Assistente Social, porém lembrou que um estagiário de enfermagem não pode fazer nenhum procedimento porque é preciso a presença do professor para acompanhar os trabalhos do estagiário.

É interessante observar como os profissionais tentam solucionar o problema da falta de profissionais para desempenhar tal função. Para eles a situação se resolveria com o recrutamento de estagiários ou voluntários. São essas formas de pensar que corroboram com o que o Estado tente jogar a sua responsabilidade na sociedade civil. É preciso entender que o Estado tem o dever de formular e implementar políticas públicas capazes de dar conta de atender a demanda das instituições públicas. Nesse caso, mais específico o Estado tem a obrigatoriedade de contratar mais profissionais da área da enfermagem para garantir um melhor atendimento a essas crianças e não ficar esperando pelo voluntariado.

A Psicóloga reforçou que a equipe de enfermagem deverá acionar sempre que possível o setor de psicologia e de serviço social para atender os casos de violência. E a Assistente Social lembrou que para isso ocorrer à equipe deverá ser maior. Acrescentou também a importância de se obter um retorno dos casos de violência atendidos no hospital. Cobrar do Poder Judiciário para que as ações sejam mais efetivas e que os atendimentos sejam urgentes. As medidas devem ser mais extremas para apressar o processo no Ministério Público.

A Psicóloga acrescentou que a Técnica de Enfermagem em sua atuação mais impulsiva, mostra o que todas sentem. E os psicólogos só podem fazer o que está dentro do domínio da psicologia, daí a importância de uma normatização das atividades da equipe multidisciplinar.

Ao término da dramatização verificou-se a necessidade de uma preparação da equipe para atender a vítima de violência e principalmente da área médica, a qual demonstra relutância em se envolver na situação.

Como a intenção da implantação do protocolo no Hospital é colaborar para as melhorias das ações dos profissionais de saúde, levantou-se a questão de que as ações intervencionistas seguindo um protocolo padrão são essenciais para que ocorra um atendimento com mais qualidade e transparência.

Houve elogio para a equipe de enfermagem, pontuado que trabalhos dedicados e corajosos, que não ocultam, enfrentam a realidade é o que é necessário para que a verdade da violência contra a criança seja enfrentada adequadamente.

No terceiro momento do encontro foi retomada a importância do conteúdo trabalhado na dramatização do grupo e enfatizado sobre a importância das questões trazidas pela equipe, o que muito contribuirá no desenvolvimento da implantação do protocolo.

Para finalizar foi colocado um vídeo com cenas de violência acompanhado da música “Ameno” (suaviza a minha dor) (Anexo 2), do grupo Era, com o objetivo de chamar a atenção, ou seja, realizar um momento de reflexão para que através de uma equipe, cuja conscientização seja crítica, muitas mudanças serão possíveis de serem concretizadas para atender de forma efetiva a vítima de violência.

O encontro permitiu perceber que o tema abordado causa muita emoção, pois a realidade da criança abusada física, psicológica e sexualmente é relatada com angústia e indignação genuínas, por parte dos participantes, tanto nas entrevistas quanto nos encontros.

A profissional que apresentou um menor grau de emoção foi a (P7), talvez porque sua participação, no momento não é muito atuante, dada a desconexão do

atendimento, é muito difícil ser solicitada sua presença no momento da ocorrência, geralmente seus serviços são acionados depois de dias após a entrada no hospital, e somente em alguns casos extremos.

Observou-se que nas falas dos outros profissionais, o trabalho da (P7) foi pouco mencionado, ou se era citado, sempre era no sentido de justificar a sua inexistência ou ineficácia. Esses discursos no início tímidos acabaram por tornarem-se mais abertos no último relato em que a equipe presente no grupo, acabou por revelar sua grande necessidade da ajuda da psicologia dentro do hospital e o desabafo por não poder contar com esse amparo.

Essas observações são resultado das posturas e falas dos participantes, pois a questão a ser trabalhada foi direcionada pelos próprios profissionais, que desde o início colocaram sua angústia por vivenciarem uma situação de impotência, frustração e angústia por saberem que vários casos de crianças abusadas acabavam não tendo o direcionamento correto que as protegesse.

O pedido formal dos participantes foi de um protocolo de atendimento às crianças abusadas que obrigasse que toda equipe fosse também responsável por esses atendimentos, já que havia indícios graves de omissão de determinados profissionais no atendimento.

O consenso entre os participantes é de que o protocolo deveria servir principalmente para que todos soubessem como agir em cada etapa desses atendimentos, bem como impedir que crianças abusadas ficassem a deriva, sem proteção nenhuma, o que poderia resultar em novos abusos, conforme os relatos indicavam ser este fato muito comum.

Desde o primeiro encontro houve a percepção de uma grande esperança na implantação do protocolo, por parte da equipe de enfermagem que relatou em vários

momentos que estes procedimentos fortaleceriam a equipe, fazendo com que as responsabilidades fossem divididas entre todos os envolvidos no processo, bem como geraria uma união e força maiores no sentido de solucionar o problema. O pedido era sempre por um protocolo que fosse simples, realista e que de fato funcionasse.

Sob esses pressupostos é possível deduzir que a preparação para a implantação do protocolo está gerando muito conhecimento para a equipe com relação à violência infantil.

Além de conhecimento, os profissionais estão sendo ouvidos, nas suas dificuldades e suas experiências, indignação e humanidade sentindo-se os verdadeiros responsáveis pelas soluções a estes problemas.

Percebe-se que esses profissionais já sabiam o caminho, só precisavam tomar decisões de enfrentamento. Assim, há esperanças muito palpáveis de que essa pesquisa atinja não somente os profissionais e esse hospital, mas que essa experiência possa servir para ajudar outros profissionais envolvidos com essa problemática da violência infantil, e que principalmente, mais crianças possam ser protegidas e amparadas por quem de fato pode e deve fazer isso.

4.2.4 Quarto Encontro

4.2.4.1 Ações Intervencionistas dos Profissionais de Saúde

O quarto encontro realizou-se nas dependências do Hospital pesquisado, no dia 02 de maio de 2013, no período das 14h00min às 15h30min, perfazendo um total de 1h30min.

Participaram do encontro: Técnicas de Enfermagem, Enfermeira, Psicóloga, a Pesquisadora e as Acadêmicas de Psicologia (colaboradoras da pesquisadora) da Faculdade Sant'Ana.

No primeiro momento foi realizado o acolhimento da equipe dando às boas vindas àqueles que estavam comparecendo pela primeira vez, essencialmente a enfermeira que ainda não havia sido representada por nenhum outro participante. Devido à demanda do hospital não foi possível a participação nos demais encontros.

Em seguida foi levantada a questão da construção do protocolo de atendimento à vítima de violência, bem como foi realizado a leitura das ações intervencionistas montada para a equipe de enfermagem. A (P12) concordou com as ações apresentadas. Contudo, foi colocado que ela poderia analisar com mais tranquilidade e observar se iria modificar alguma colocação.

Nesse momento a palavra ficou restrita quase que exclusivamente para a equipe de enfermagem que de início falou sobre a importância em se realizar um trabalho também com a família da criança vítima de violência.

Foi relatado um caso em que a mãe reclamou de a equipe de enfermagem não ter feito os procedimentos adequados. Como a mãe mostrou-se bastante estressada foi percebida a importância de uma equipe para realizar as devidas orientações às famílias. Houve menção que este atendimento inicial poderia ser realizado pela equipe de estagiário.

A equipe de enfermagem está depositando confiança, pois o protocolo provocou mudanças essenciais para o bom atendimento porque, recentemente houve mudança da direção do hospital, talvez tenham mais apoio em relação a essa clientela atendida, pois o médico que assumiu o cargo é uma pessoa que dá apoio e parece querer que esse trabalho funcione de forma satisfatória.

O diretor atual já atuou no hospital como diretor técnico e em sua gestão, nos casos que ocorriam óbitos no período noturno, ele entrava em contato com a psicóloga para dar suporte à família. Havia perfeito entendimento de que a equipe de enfermagem deve dar suporte clínico, não tendo condições de conversar com a família, devido ao excesso de casos que são atendidos.

Atualmente o atendimento da (P12) é bastante reduzido, a equipe de enfermagem demonstrou não ver a atuação da (P12) e que essa só faz o trabalho quando solicitada, permanecendo em sua sala. A (P2) que trabalha no hospital há 2 anos, só ficou sabendo onde era a sala da (P12) na data desse encontro, por ter ido chamá-la para participar do grupo, sendo que a mesma estava no ensaio do coral, juntamente com a Assistente Social e outros funcionários e somente veio participar do grupo quase no encerramento do mesmo.

Em muitos casos, a mãe do paciente está estressada, quer conversar e devido à sobrecarga de trabalho e também por não ter uma estrutura para atender tanta demanda, a equipe de enfermagem se torna omissa neste apoio, o ideal seria a psicóloga atender e orientar a família. Se a equipe dá alguma atenção para uma mãe estressada não é exatamente como a equipe gostaria que fosse esse apoio.

Foi ressaltada a importância em dar atenção não só a criança, como também aos familiares. Contudo, para a equipe de enfermagem isso se torna difícil devido a demanda, que seria um trabalho mais para a psicologia.

Outra pontuação relevante da equipe da enfermagem é o fato de não haver mais contato com as crianças atendidas pela equipe, pois assim que sai do atendimento inicial são encaminhadas a outros profissionais e perdem o contato, às vezes só reatando quando há reincidência da violência na mesma criança. A equipe acolhe no momento, mas não tem como permanecer acompanhando o caso.

Foi relatado que muitas mães para serem atendidas no período diurno, sem ter um encaminhamento do Pronto Socorro ou dos Centros de Atendimento a Saúde (CAS), solicitam o serviço do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para levar a criança, pois nesse caso elas são atendidas de imediato. E quando são levadas pelo SAMU devem permanecer no hospital pelo menos por 6 horas. Foi explicado que no período noturno o atendimento é de porta aberta, não necessitando de encaminhamento.

Agora os pacientes estão sendo atendidos pelo sistema da Classificação de Risco, ou seja, por grau de necessidade marcado por cor, a cor vermelha significa emergência: usuário será atendido imediatamente na sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos; amarelo significa urgência: usuário será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados pela cor verde, no consultório ou em leito da sala de observação, que devem ser locais em que o paciente possa estar assentado e sob supervisão contínua de toda a equipe da unidade; cor verde significa sem risco de morte imediato: usuário será atendido após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo. Devem aguardar o atendimento médico em sala de espera e também serem reavaliados em caso de alteração do quadro clínico; azul significa quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social: usuário será preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social, ou se assim desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados nas outras cores.

Essa condição de atendimento sobrecarrega muito a recepção do hospital, por isso a necessidade de que a psicóloga passasse a trabalhar junto com a equipe de enfermagem e da recepção. Foi relatado que o atendimento no Hospital chega a atender 120 consultas somente à noite.

Foi relatado que apesar de haver setor de psicologia no hospital há mais de um ano ela pouco atua, mas antes dela não havia esse setor.

A maior dificuldade da equipe de enfermagem é quando acontece óbito de um paciente e também quando se deve acompanhar casos de violência sexual, pois não há orientação para atender esses casos.

A equipe de enfermagem tem consciência da importância de brincar para fazer a criança sorrir, pois não é fácil para uma criança permanecer em um ambiente hospitalar.

Há momentos de *stress* para a equipe de enfermagem, precisando às vezes, que um profissional se retire do local de atendimento, por isso a necessidade de um trabalho em equipe multidisciplinar para que haja “cuidados com quem cuida”.

Para os pacientes o *estresse* maior acontece se chegam para ser atendidos na troca de plantão, pois é preciso no mínimo meia hora para que a nova equipe fique ciente do que está acontecendo, é a espera do repasse da equipe que está saindo para a que está ingressando.

No segundo momento do encontro a equipe de enfermagem destacou a percepção da boa vontade por parte dos membros (técnicos e enfermeiros) em realizar o trabalho da melhor forma possível, mas que se não ocorrer uma organização do trabalho, ela chegará em estado de exaustão, pois além de realizar as suas atribuições, acaba desempenhando outros papéis, como por exemplo o da (P12).

Nesse momento, foi distribuído um documento denominado Diagrama (Anexo 3) contendo a “linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência”, o qual foi retirado do documento do Ministério da Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (Brasil, 2010).

A pesquisadora fez a leitura do Diagrama e explicou o funcionamento do mesmo e questionado se é possível acontecer de forma planejada o que está contemplado no documento.

A equipe de enfermagem colocou que há essa possibilidade, desde que os técnicos e enfermeiros sejam treinados e capacitados, como também a equipe seja aumentada, mesmo que esta seja constituída de estagiários, já será de grande valia para o bom desempenho das atividades.

Nesse momento a (P12) que chegou com atraso para participar do grupo, colocou que o que está no papel é o que já vem acontecendo. A pesquisadora por sua vez acrescentou que parece que algumas ações acontecem, mas não de uma forma sistematizada e através de uma equipe multidisciplinar, em que todos tenham conhecimento do caso e possa ser realizado de forma sequencial. A (P 12) por sua vez concordou com as colocações. E enfatizou que o problema está na falta de um serviço 24 horas para a psicologia e serviço social e também nos finais de semana e feriados.

Foi colocado pela equipe de enfermagem que na ausência da psicóloga, muitas vezes são os técnicos ou enfermeiros que desempenham esse papel.

Foi enfatizado que já aconteceram ameaças por parte de familiares, de até mesmo chegarem armados no hospital para serem atendidos e que elas não têm estrutura psicológica para atender certos casos. E num determinado caso a enfermeira acabou entendendo a mãe, a qual já possuía 40 anos, que teve o seu filho tardiamente e demonstrou medo em perdê-lo e a enfermeira nesse momento soube acolher da melhor forma possível.

Foi ressaltado que fazer o acolhimento não é somente fazer uma triagem do paciente, mas sim acolher é ter postura ética e nesse caso houve essa postura, pois a enfermeira demonstrou uma escuta competente e afetiva.

No terceiro momento foi realizada a retomada dos assuntos que foram abordados, solicitado os *e-mails* da equipe para encaminhamento de uma cópia do Diagrama e do documento contendo a sugestão das ações intervencionistas para a implantação do protocolo de atendimento à criança vítima de violência.

Realizado os agradecimentos às participantes que não mediram esforços para participarem dos grupos, houve a réplica que eles (os participantes) sentiam-se lisonjeados em participar, pois nunca houve um trabalho como este que está ocorrendo com a equipe e esperam que não seja mais uma promessa que não será cumprida, assim como os políticos que aparecem em época de campanha, prometem e depois não retornam mais.

A pesquisadora reforçou que o que depender dela, fará de tudo para que a pesquisa não fique somente no papel, e para isso necessitará continuar contando com o apoio da equipe.

Nesse encontro foi percebido mais uma vez a necessidade da equipe em expor suas angústias e dificuldades, em desenvolver um trabalho de forma satisfatória, pois a sobrecarga de trabalho impossibilita que dêem atenção aos casos de crianças vítima de violência da forma como deveria ser, ou seja, abrigar e aconchegar a criança em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade, criando um ambiente em que a criança e sua família se sintam seguras e confiantes.

Houve a percepção de que na maioria das vezes a equipe de enfermagem realiza o papel da psicóloga, muito mais do que o próprio setor de psicologia, pois são elas que estão mais próximas das crianças e seus familiares sendo solicitadas a todo tempo.

Contudo, isso gera um estado de exaustão devido à demanda ser muito grande e não terem tempo suficiente para dar oportunidade às crianças e familiares a

expressarem o que sentem e conversar sobre a situação de violência no qual estão envolvidos.

Percebe-se também que em algumas situações a atuação do profissional de enfermagem é solitária, pois onde deveria ocorrer uma ação multiprofissional, nem sempre há participação dos outros profissionais, como o da psicologia, do serviço social, da terapia ocupacional, pois dificilmente estão presentes no momento do atendimento à vítima. A carga horária desses profissionais é de 6 horas diárias e os demais fazem 12 horas e nunca estão descobertos em sua área de atuação, pois também realizam plantões, o que já não acontece com os demais profissionais, e muitos casos de violência contra a criança, alguns profissionais nem ficam sabendo. Não ocorrendo, portanto, uma ação articulada entre eles.

A equipe confirmou a necessidade da implantação do protocolo de atendimento e também a colocação de estagiários de diversas áreas para contribuir na execução do mesmo. Enfatizaram também a necessidade de realizar um trabalho com a família da vítima, que também fica fragilizada e principalmente para que não ocorra reincidência dos casos de violência.

Destacaram a importância do brincar, pois é um meio de inserir-se na realidade e é onde a criança consegue externar seus sentimentos, suas angústias, enfim através do brincar, muitos conteúdos internos podem vir à tona e contribuir na descoberta da violência contra a criança.

Outra questão importante refere-se ao fato da equipe necessitar de apoio profissional, ou seja, receber orientação adequada de como lidar com a questão da violência, trabalhar o estresse no trabalho evitando a exaustão, enfim receber os cuidados necessários para também não adoecerem.

Portanto, deve-se ser trabalhado para que se torne possível realizar a capacitação da equipe de saúde para abordagens e intervenções adequadas.

4.2.5 Quinto Encontro

4.2.5.1 Construção do Protocolo de Atendimento (Fluxograma)

O quinto encontro realizou-se nas dependências do Hospital pesquisado, no dia 24 de maio de 2013, no período das 14h00min às 16h00min, perfazendo um total de 2 horas.

Participaram do encontro: Assistente social, Técnica de Enfermagem, Psicóloga, a Pesquisadora e as Acadêmicas de Psicologia (colaboradoras da pesquisadora) da Faculdade Sant'Ana.

No primeiro momento foi feito uma retomada dos encontros anteriores, promoveu-se uma reflexão sobre a importância da troca de experiência, do quanto à própria pesquisadora estava aprendendo por meio dos encontros.

Os participantes também se pronunciaram valorizando os momentos de reflexão. Disseram que isso nunca havia acontecido no hospital.

“Eu acho que esses encontros estão me fazendo repensar e aprender muito sobre a violência contra a criança. Quem não está participando, está perdendo a oportunidade de aprender”. (P6).

“Realmente é muito bom essa troca que tem acontecido. Pena que toda a equipe não esteja participando, mas por ser um hospital é difícil contar com a participação de todos”. (P12).

Nesse momento, a pesquisadora se posicionou falando sobre a importância da participação de todos, pois quando as decisões são impostas, muitas vezes, não dão certo, acabam ficando somente no papel. De acordo com a Psicologia Comunitária, quando as decisões são frutos de reflexões do grupo, os sujeitos deixam de ser passivos e se transformam em sujeitos ativos, porque suas potencialidades são valorizadas o que propicia o fortalecimento do grupo. Esse fortalecimento / *empowerment* gera a atuação dialógica e cooperativa. (Montero, 2004); (Freitas, 1996, 1998).

Para Freire (2001), a superação da consciência ingênua para a consciência crítica faz com que o sujeito se reconheça no mundo e com o mundo, havendo a possibilidade de que na transformação do mundo transforme a si mesmo.

A partir dessas reflexões a pesquisadora propôs aos participantes a construção em grupo do protocolo (fluxograma) (Apêndice 5) de atendimento à criança vítima de violência (Anexo 4 – fotos da produção dos participantes). Nesse momento, salientou-se que o grupo deveria a partir do que foi discutido nos encontros, bem como das experiências de cada um sobre o assunto, formular como deveriam ser os encaminhamentos e procedimentos de atendimento da criança com suspeita ou confirmação de maus tratos. Houveram-se muitas discussões em como proceder, o que se levaria em consideração, e se o que eles estipulassem naquele momento seria acordado pelos demais profissionais, e se estariam fazendo o certo? A pesquisadora interferiu promovendo o fortalecimento do grupo, lembrando o que já haviam discutido nos encontros anteriores, dizendo-lhes que tudo que haviam relatado

anteriormente eram dados que revelavam a necessidade do grupo se fortalecer, ganhar autonomia e criar um protocolo para melhor atender a criança. Salientou ainda que a responsabilidade de acordo com o ECA, não é apenas de um único profissional, mas de toda a equipe que trabalha dando atendimento à criança.

Nesse momento a pesquisadora percebeu que os participantes se sentiram fortalecidos, principalmente porque o que fosse construído ali seria apresentado no último encontro aos demais membros da equipe. De acordo com Montero (2004); Freitas (1996, 1998), o empoderamento leva o grupo a sentir-se autônomo, a decidir sobre as questões que lhe dizem respeito, a ter voz, a ter visibilidade, a influir, a ter capacidade de ação.

Para finalizar o encontro, a pesquisadora convidou os participantes para assistirem ao filme “Vida Maria”, documentário feito por Márcio Ramos, pela Trio Filmes/Ceará.

4.2.6 Sexto Encontro

4.2.6.1 Apresentação do Protocolo de Atendimento (Fluxograma)

O sexto encontro realizou-se nas dependências do Hospital pesquisado, no dia 29 de maio de 2013, no período das 14h00min às 16h00min, perfazendo um total de 2 horas.

Participaram do encontro: Assistente social, Técnicas de Enfermagem, Psicóloga, a Pesquisadora e as Acadêmicas de Psicologia (colaboradoras da pesquisadora) da Faculdade Sant’Ana.

No primeiro momento foi comentado que este seria o último encontro, e que o produto da pesquisa finalizada (protocolo) seria entregue uma cópia aos participantes da pesquisa, mais propriamente dito dos que participaram das reflexões e discussões durante os encontros. Salientou-se que embora seus nomes não viessem mencionados no trabalho final (dissertação) para garantir o anonimato, seria muito importante que todos se sentissem co-autores do processo de intervenção, no que diz respeito ao atendimento da criança vítima de violência.

A pesquisadora reforçou dizendo que considerou os encontros momentos em que além da troca de experiência se presenciou certo crescimento, amadurecimento do grupo e que com certeza a partir daquele momento todos que por ali passaram já não pensava, mais como antes, e que esse era realmente o objetivo principal da intervenção, levar os profissionais a repensarem as suas práticas de atendimento à criança vítima de violência.

Mesmo sendo o último encontro no hospital a pesquisadora enfatizou que o grupo deveria permanecer unido se estender a todos os demais profissionais, que esse grupo inicial fosse um grupo multiplicador das reflexões promovidas ali. Foi nesse momento que aproveitou-se o contexto do filme “Vida Maria” para mostrar a importância da conscientização: sair daquela vida Maria, isto é, ter coragem de mudar e promover mudanças em suas realidades. De acordo com Freire (2001, p. 33), “a conscientização é o olhar mais crítico possível da realidade que a des-vela para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante”.

Dando prosseguimento às discussões foi ouvido novamente a música “Carinho de Verdade”, de Aline Barros com o objetivo de mostrar que muitas crianças, mesmo depois do advento do ECA, que garante-lhes a proteção integral, considerando-as como

sujeitos de direitos, ainda se encontram em situações de vulnerabilidade social, com uma “Vida Maria”, sofrida, explorada, esquecida, sem direito de aprender a escrever o seu próprio nome, sem ter o direito de viver a infância, brincar, sonhar, sorrir, errar e acertar para aprender em convívio saudável com o adulto.

Depois desse momento, deu-se início à apresentação do protocolo (fluxograma). Valorizou-se esse momento dizendo que o que ali seria exposto era a representação da responsabilidade de cada um e que se fosse necessário todos poderiam opinar e dar sugestão para enriquecimento do protocolo (fluxograma).

Durante a apresentação do protocolo (fluxograma), a pesquisadora ia levantando questões a respeito das funções que cada profissional deveria desempenhar a partir do momento em que o hospital adotasse o uso do protocolo de atendimento, como por exemplo, a quem compete fazer a notificação dos casos de violência contra à criança vítima de violência. Um membro do grupo responde que é a (P16). *“É a enfermeira quem faz a notificação, porque é ela que faz o exame físico e passa as informações para a vigilância epidemiológica”*. (P16). A fala da (P16) teve a concordância de todos que aprovaram o protocolo de atendimento.

Bazon (2007, in: Habigzang & Koller, 2012) afirma que notificar casos de violência é de extrema importância, pois a notificação é um instrumento de combate à violência, uma vez que possibilita o embasamento de ações de intervenção em vários níveis. Ao tornar público um fenômeno que acontece no privado, torna-se possível perceber que são mais comuns do que se imagina, mas que nem por isso deve ser banalizado ou normalizado.

A (P12) se posicionou dizendo que:

“a partir desses encontros, eu comecei a ter uma outra visão, pois tudo o que acontece dentro do hospital é grave, mas ao mesmo tempo tudo aqui é muito normal. Por isso, foi muito importante essa outra visão”. (p12).

“Aprendemos muito, muita coisa que você falou, mesmo trabalhando aqui, muitas vezes não sabemos que palavras usar”. (P17).

“a gente chega a se familiarizar com tudo o que acontece”. (P18).

As falas dos participantes revela a importância da capacitação. Para Nunes et al (2009), a capacitação para profissionais de saúde está em levá-los a um olhar crítico acerca do fenômeno da violência contra a criança vítima de violência rompendo com crenças que impedem o profissional de saúde de realizar uma intervenção adequada em termos deste fenômeno e, pior, colocar a vida da criança em risco.

Além disso, a sensibilização do profissional também buscou favorecer atitudes corretas em termos dos encaminhamentos dos casos de violência contra a criança, considera-se que os profissionais de saúde precisam ser orientados sobre o melhor encaminhamento, dependendo do caso e de sua gravidade.

Na continuidade do encontro foi passado um clip do *Cirque Du Soleil*, com a música *“Allegria”* (Anexo 5) para que assistissem. A intenção foi mostrar que de tudo o que foi discutido sobre violência, esta proposta de intervenção objetiva contar com a colaboração de todos os profissionais atuando em equipe e com responsabilidade fazendo com que a criança vítima de violência volte a ter o vigor natural da vida, ter a alegria de viver e acima de tudo promover o fortalecimento da resiliência não só das crianças, mas também dos profissionais de saúde.

Para finalizar o encontro foi distribuído uma mensagem, cujo título “Uma ostra que não foi ferida não produz pérola” (Anexo 6). Os fatores fundamentais para o fortalecimento da resiliência são os vínculos afetivos sólidos e o bom funcionamento da rede de relacionamentos, que atuam como suporte para que a pessoa reflita sobre sua vida e encontre forças para a superação, muitas vezes, desconhecidas por ela própria. Com isso, situações difíceis e obstáculos encontrados pela vida podem fortalecer a pessoa, em vez de fragilizá-la ou fragmentá-la. (Assis *et al*, 2005).

4.2.7 Avaliação dos Encontros

Antes de se despedir do grupo a pesquisadora entregou-lhes uma ficha de avaliação (Apêndice 4) para que respondessem avaliando formal e individualmente, sem identificação os encontros colocando os aspectos positivos e negativos, bem como possíveis sugestões. Ilustra-se o fato, conforme segue abaixo:

Aspectos Positivos:

- Os encontros proporcionaram muitos ensinamentos sobre a questão da violência contra a criança;
- Foi possível detectar que há muito a aprender, mas com o mínimo de atitude é possível mudar essa situação em relação à violência contra a criança;
- Esclarecimentos sobre a temática da violência, nas diversas visões dos profissionais de saúde;
- Momentos onde puderam conversar e desabafar as diversas angústias decorrentes da atuação profissional em relação ao atendimento à criança vítima de violência;
- Observou-se o acolhimento de todos os participantes;

- A possibilidade de reunir a equipe para colocar em discussão os casos de violência acolhidos no hospital e a forma de conduzi-los;
- As trocas de experiências e o aprendizado frente aos questionamentos levantados pelos profissionais atuantes;
- A percepção de que a equipe é unida, apesar da falta de estrutura;
- O desempenho da pesquisadora e das acadêmicas de psicologia na condução dos encontros, demonstrando receptividade e considerando todas as “falas” que surgiram no decorrer dos encontros;
- A sensibilidade para não perder o foco da pesquisa;
- A participação entusiasmada da equipe dos profissionais de saúde nos encontros realizados;
- A disponibilidade para a implantação de mudanças de rotina dos atendimentos às crianças vítimas de violência;
- Os encontros geraram um grande volume de informações e conseqüentemente de conhecimento.

Aspectos Negativos:

- Número reduzido de profissionais de saúde participantes dos encontros devido à dificuldade de deixarem os postos de atendimentos;
- Com o nº reduzido de participantes nos encontros, muitos não tiveram a possibilidade de repensarem suas práticas profissionais;
- O serviço de psicologia não atende as demandas mais urgentes do hospital;
- As datas e horários dos encontros não favoreceram todos os profissionais de saúde devido à carga horária, ou seja, a maioria trabalha 12 horas por 36 horas,

não coincidindo com os plantões de todos que participaram das entrevistas e consequentemente dos encontros;

- Estrutura de Atendimento precária na área da violência contra a criança;
- Falta de pessoal suficiente para atender a criança vítima de violência, principalmente na área da psicologia, serviço social, musicoterapia, terapia ocupacional e fisioterapia;
- Por ser um trabalho de pesquisa dentro da área hospitalar o tempo de participação dos profissionais de saúde foi restrito;
- A falta de tempo dos profissionais impossibilitou que todos pudessem ter um aprendizado sobre a temática da violência.
- A falta de interação dos profissionais com a parte estrutural e curricular da instituição.

Sugestões:

- Realizar a colocação de estagiários de psicologia para atuarem na área da violência contra a criança;
- Realizar palestras e orientações aos familiares das crianças que permanecem internadas no hospital;
- Expectativa de que o trabalho de pesquisa se concretize;
- Colocação de estagiários de diversas áreas da saúde com o objetivo de aprendizado e também de acolhimento às crianças vítimas de violência;
- Maior divulgação da pesquisa à Gerência da unidade de saúde para obter maior adesão ao trabalho de pesquisa;
- Que outras questões sejam trabalhadas em prol da melhoria do atendimento a criança internada;

- Implantar um grupo de trabalho para efetivar as ações propostas nos encontros;
- Continuidade dos encontros para que se possam atender as diversas demandas que surgiram no decorrer dos mesmos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que as crianças adentram no hospital, local desta pesquisa, por motivo de violência, passam por um processo que, muitas vezes, não consegue atender as reais necessidades das crianças naquele momento traumático. Vários são os problemas apresentados pelas crianças vitimizadas e que exigem tratamentos diferenciados. Todavia, no referido hospital, ainda, não existe uma sistemática de atendimento que seja coerente e que possa contribuir para que essas crianças recebam dos profissionais atenção integral naquilo que necessitam de maneira que se possa preservar a integridade das vítimas.

Pelo fato do Hospital ser exclusivo ao atendimento de crianças, incluindo àquela vítima de violência, foi realizada uma pesquisa para detectar a forma de atendimento que os profissionais de saúde dedicam essencialmente às crianças vitimizadas.

Observou-se que não existe um padrão específico no atendimento a essas crianças, cumpre-se as determinações legais e cada profissional, independente do trabalho do outro, busca cumprir sua função da melhor forma possível para promover o bem estar da criança. O que se percebe é um trabalho desconectado, em que as ações de um profissional não se conectam ou não dão continuidade ao do outro. Fica, portanto, evidente que não há interação dos profissionais em relação à parte estrutural e curricular da instituição, bem como a formação adequada desses. Bem se sabe que um profissional de qualidade precisa aliar os conhecimentos teóricos aos procedimentos práticos, essa dobradinha é essencial à concretização de uma prática de atendimento competente e responsável. Todavia, tal situação não foi observada durante a implementação da

proposta desta pesquisa, o que se presenciou foi uma prática individualizada, fragmentada, descompromissada com os deveres sociais, aquela que atende apenas a saúde física, não vai além, deixa de lado os aspectos psicossociais da vítima, bem como os jurídicos. Isso leva a uma tomada de decisão equivocada que produz danos revitimizando e potencializando o sofrimento psíquico da criança.

Nesta pesquisa buscou-se entre a equipe de profissionais que atuam no hospital a cooperação por meio de propostas de ações intervencionistas visando um atendimento mais eficaz e eficiente em todos os parâmetros necessários para o bem estar da criança vítima de violência. Nesse caso, percebeu-se que é necessária a implantação de políticas públicas governamentais que deem suporte tanto para a formação dos profissionais quanto para a própria instituição em criar mecanismos de forma que possibilite um atendimento integral a essa clientela.

Durante o processo de pesquisa, mais propriamente dito nas discussões promovidas nos encontros com a equipe surgiu a proposta de implantação e implementação de um protocolo de atendimento às crianças vítimas de violência. O protocolo foi elaborado mediante um fluxograma que segue a ordem de encaminhamento que a vítima percorre no processo de atendimento à violência sofrida, expondo-se à parte as ações intervencionistas que cada um deverá realizar. Destaca-se que o protocolo é direcionado para o atendimento específico em hospitais. Buscou-se construir um modelo de protocolo funcional, prático, realista e aplicável. Daí a importância de que as ações sejam elaboradas por aqueles que convivem com os problemas das crianças atendidas, que estão habituados com a rotina e os problemas não só do Hospital, como também dos outros órgãos que interferem nesse tipo de atendimento.

O enfoque metodológico para a elaboração do protocolo seguiu a perspectiva do

empowerment que traduzido do inglês para o português significa “fortalecimento” ou “aumento da autonomia”. Isso significa que a equipe que compôs o projeto do protocolo propôs ações intervencionistas mediante uma estratégia de apoio e fortalecimento de todos os agentes participantes da intervenção.

Tal postura seguiu a lição de Vasconcelos (2003), quando ele traduz o *empowerment* como uma forma de cada componente da equipe perceber aumento do poder e autonomia pessoal que dá ensejo para ampliar a autonomia coletiva tanto dos profissionais quanto dos grupos sociais formados pelas relações interpessoais e institucionais (vítimas, pais, parentes e responsáveis, e equipe de atendimento).

Assim, a presente pesquisa realizou uma investigação sobre o atendimento de casos de violência contra a criança, o que resultou na definição de um protocolo de ações intervencionistas da equipe de saúde do hospital, dirigidas especificamente para a realidade da vítima.

O presente trabalho apresenta também na análise dos dados por meio dos depoimentos dos participantes, denúncias do crescente número de violência contra a criança, bem como as consequências trágicas que ferem a integridade física e psíquica da criança constituindo-se em um grave problema de saúde pública.

Outras questões que emergiram das reflexões durante a análise dos dados obtidas tanto nas entrevistas quanto nos encontros, foram o problema da individualidade profissional, da fragmentação das ações, da ausência de um Protocolo de Atendimento, a constatação de que os maiores agressores são da própria família. Ainda pode-se afirmar que há uma fragilidade na formação dos profissionais que desconhecem total ou parcialmente a legislação e, por isso negligenciam, não denunciam os casos de agressão.

Dessa forma, ações que visem a transformar as representações acerca da violência contra a criança devem ser pensadas e planejadas pelos profissionais de saúde,

especialmente por aqueles que estão na linha de frente da Atenção Básica em Saúde, pois esses profissionais lidam diretamente com tal problema e podem ser consideradas peças-chave em ações de combate e prevenção contra situações de violência contra a criança.

Os resultados da intervenção mostraram que, a partir de discussões orientadas teórico-metodologicamente acerca do fenômeno, pode haver uma significativa transformação das ideias e representações dos profissionais sobre esse grave problema social – a violência contra crianças, desde que essas ações estejam alicerçadas e garantidas pelas políticas públicas voltadas para os cuidados daqueles que merecem viver o momento da infância e da adolescência respaldada em lei e quem tentar impedir e violar esse direito seja punido com o rigor da lei maior que sustenta a Doutrina de Proteção Integral.

Os dados revelam a viabilidade de propostas para se discutir com os profissionais de saúde, as ações que sejam realmente efetivas ao enfrentamento do problema, o que poderá favorecer a prevenção a partir do engajamento no combate à violência que tanto aflige a vida de crianças de todas as classes sociais, contribuindo, assim, para a construção de uma sociedade mais digna para a infância.

A proposta de pesquisa que ora se apresenta pode ser considerada uma grande aliada ao enfrentamento e ao combate à alienação dos profissionais, visto que tal proposta não só dá fortalecimento às pessoas como também reforça a ideia de complementariedade em que os profissionais passam a perceber que não estão sozinhos nesta batalha, que todos estão ali para reforçar e ajudarem-se mutuamente a vencerem seus obstáculos e criar coragem para as tomadas de decisões. É uma proposta de fortalecimento do grupo formado por diferentes profissionais que se respeitam e estão cientes da importância de que todos precisam trabalhar integrados e com efetividade,

desde o momento da denúncia até o acompanhamento biopsicossocial e jurídico dos casos.

A pesquisa também mostra que a prevenção pode ser feita independente do nível social e cultural das famílias, pois deveria envolver, não somente o trabalho dos profissionais voltados à área da saúde, mas também dos outros seguimentos da sociedade civil, na divulgação dos malefícios que a violência causa à criança e incentivando a denúncia, por exemplo, nas escolas, nas igrejas onde é possível trabalhar com os pais e com a própria criança. A prevenção aos maus tratos à criança onera menos o sistema de saúde do que o trabalho com a vítima – o que exige uma atenção mais especializada e, por isso mais cara. Todavia, não se pretende aqui excluir o dever do Estado em dar condições de sustentação a essas instituições por meio de políticas públicas implementadas no seio da sociedade civil na luta contra a violência.

Dessa forma, para se dar continuidade a esse trabalho de conscientização aos profissionais da saúde em relação às formas de atendimento às crianças vítimas de violência é necessário que os órgãos governamentais a nível municipal, estadual e federal também se conscientizem que não basta apenas dar um atendimento imediato, ou promover congressos e seminários com o intuito de promoção política e acadêmica, mas que isso seja visto e encarado como um problema que precisa tanto de profissionais para atuarem em instituições dentro das vilas, bairros, quanto de suporte físico com estruturas adequadas para as diferentes formas de atendimentos nos âmbitos psicológico, social, educacional, médico, incluindo órgãos voltados ao atendimento emergencial, como o Conselho Tutelar. Assim, realmente poderá acontecer o fortalecimento desses profissionais para o enfrentamento do fenômeno da violência contra a criança, bem como o desenvolvimento de trabalhos voltados à orientação das famílias sobre suas responsabilidades na educação dos filhos.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se ainda a dificuldade de fazer com que os profissionais, principalmente os médicos participassem dos encontros. Dessa forma, sugere-se que de acordo com as possibilidades sejam promovidos novos encontros com os profissionais de saúde para dar continuidade ao trabalho e promover, de certa forma, a capacitação desses profissionais.

6 REFERÊNCIAS

- ABIB ANDERY, A. (1984). *Psicologia na Comunidade*, in Lane y otros, *Psicología Social: o homem em movimento*, 5 ed., 1984, São Paulo: Brasiliense, 203-208.
- ADORNO, T. & HORKHEIMER, M. (1986). *Dialética doesclarecimento*. Rio de Janeiro: Zahar.
- ALGERI, S. & SOUZA, L.M. (2006). Violência contra criança e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, vol. 14, n. 4.
- ANDRADE, E. M. *et al* (2011). *A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo*. *Saúde sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 147-155.
- ARIÉS, P. (1978). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar.
- ARENDT, H. (1994). *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- ARROYO, M. (1994). *O significado da infância*. Anais do Seminário Nacional de Educação Infantil. Brasília: MEC ISEF COEDI.

ASSIS, S. G. *et al.* (2005). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

AZEVEDO, M. A. (1993). Notas para uma teoria crítica da violência familiar contra crianças e adolescentes. In: *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez.

AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. DE A. (1998). *Com licença vamos à luta*. São Paulo: Iglu.

AZEVEDO, M. A. (2005) *Pesquisa qualitativa e violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCA): Por que, como e para que investigar testemunhos de sobreviventes*. LACRI. Disponível em: <http://www.usp.br/ip/laboratorio/lacri>. Acesso em 30 março de 2005.

AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. A. (2005). *Infância e Violência Doméstica: módulo 1A/B do Telecurso de especialização em Violência Doméstica contra Criança e Adolescentes*. São Paulo: LACRI/IPUSP/USP.

AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. A. (1995). *A violência doméstica na infância e na adolescência*. São Paulo: Robe Editorial.

BANNWART, T. H. & BRINO, R. de F. (2012). Maus-tratos contra crianças e o papel dos profissionais de saúde: Estratégias de enfrentamento e prevenção. In:

- Habigzang, L.F. & Koller, S. H. (Eds) (2012). *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria. Pesquisa e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- BAZON, M. R. (2007). Maus-tratos na infância e adolescência: perspectivas dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. *Ciência; Saúde coletiva*. v.12, n 5, p. 1110-1127.
- BOGDAN, R. & BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Portugal: Porto Editora.
- BRANDÃO, C. R. (1985). *Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense.
- BRANDÃO, C. R. (1987). *Repensando a Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense.
- BRASIL, (1988). *Constituição da Republica Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL, (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente/ ECA*. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2001). *Cadernos de atenção básica*. Brasília.
- BRASIL, FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (2009). *Relatório da Situação da Infância Brasileira 2009*. Brasília: Senado Federal.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde*. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Brasília.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 296.

BRASIL, SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Brasília: Senado Federal.

BRASÍLIA, MS. (1997). *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência á violência doméstica*. – SASA.

CEGALLA, D. P. (2005) *Dicionário escolar da língua portuguesa*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

CHAUÍ, M. (1984). *Participando do debate sobre mulher e violência*. In: Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

CHESNAIS, F.(1999). *Mundialização: o capital financeiro no comando*. In: MILANI, F. M. (2001). Adolescência e Violência: mais uma forma de exclusão. In: Outubro São Paulo/SP: Instituto de Estudos Socialistas, n. 5.

COCCO, M., *et al.* (2010). Violência contra crianças e adolescentes: estratégias de cuidado adotadas por profissionais de saúde. *CiêncCuid Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2011 Jan 15]; 9 (2)292-300. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8061/610> 8.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (1988). *RESOLUÇÃO CFM nº 1.246/88*. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958.

DARLAN, S. (1998). *Da infância perdida à criança cidadã*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris Ltda.

DESLANDES, S. F. (1999). *O atendimento às crianças vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”*. *Ciência e Saúde Coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.1, pp. 81-94. ISSN 141-8123.

DESLANDES, S. F. (1994). *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ – ENSP – CLAVES - Jorge Careli.

DESLANDES, S. F. (1994). *Atenção às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: análise de um serviço*. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 10 (supl): 177-187.

D'OLIVEIRA, A. F. *et al.* (2009). Fatores associados à violência por parceiro íntimo.

Revista de Saúde Pública, 43 (2), 299-310.

FALEIROS, V. DE P. (2000). *Para Combater a Violência: o papel da família e da assistência social na ação junto a crianças e adolescentes*. Brasília: MPAS/SEAS.

São Paulo: FUNDAP.

FLAHERTY, E. G. & SEGE, R. (2005). Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatric Annals*, New York, v. 34, n. 5, p. 349-356.

FREITAS, M. F. Q. (1996). Contribuições da Psicologia Social e Psicologia Política ao Desenvolvimento da Psicologia Social Comunitária, *Psicologia e Sociedade*, ABRAPSO, vol. 8, nº 1, jan/jun 1996: 63-82.

FREITAS, M. F. Q. (1998). Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(1), 175-189.

FREIRE, P. (1980). *Conscientização*, São Paulo: Editora Moraes.

FREIRE, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. 38 ed. São Paulo: Paz e Terra.

FREIRE, P. (2001). *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Centauro.

- FRIGOTTO, G. (2004). *O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional*. In: FAZENDA, I (Org.). Metodologia da Pesquisa Educacional. 9. ed. São Paulo: Cortez, p. 11-19.
- HABIGZANG, L. F. & KOLLER, S. H. (2012). *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- HERMANN L. (2000). *Violência doméstica: a dor que a lei esqueceu: comentários à Lei n. 9099/95*. São Paulo: Cel-Lex.
- GARCIA, M. R. C. (2002). Teorias e técnicas do atendimento social em casos de violência intrafamiliar na infância e na adolescência. In: FERRARI, D. C. A; VECINA, T. C. C. (2002). *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora.
- GEBARA, C. F. P. & LOURENÇO, L. M. (2008). *Crenças dos Profissionais de Saúde sobre Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes*. Psicologia em Pesquisa, 2(01), 27-39.
- GÓIS, C. W. L. (1984). Por uma Psicologia Popular. *Revista de Psicologia da Ufc*, Fortaleza, v. 2, n.1, p. 87-122.
- GÓIS, C. W. DE L. (1987). *Reflexões em Psicologia Comunitária*, Revista de Psicologia, nº 6, Ceará, Editora UFC, 1988: 23.

GÓIS, C. W. L. (1988). Reflexões em Psicologia Comunitária. *Revista de Psicologia da Ufc*, Fortaleza, v. 6, n.2, p. 25-31.

GOMES, R. *et al.* (1999). A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 7, n. 3, p. 5-8, jul. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13470.pdf>. Acesso em: 02 março. 2013.

GONÇALVES, H. S. & FERREIRA, A. L. (2002) A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Caderno de saúde Pública online*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 18 (1): 315-319, jan-fev, 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n1/8168.pdf>. Acesso em: 14/05/2013.

GONÇALVES, H. S. & FERREIRA, A. L. & MARQUES, M. J. V. (1999). Avaliação de serviço de atenção a criança vítimas de violência doméstica. *Revista Saúde Pública*. 33(6). Disponível no site: www.fsp.usp.br/rsp, acesso em 30/04/2013.

GUERRA. V. N. A. (1998). *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. 3a ed. São Paulo: Cortez.

GUERRA, V. N. A. (2011). *Prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes*. LACRI. Disponível em: <http://www.usp.br/ip/laboratorio/lacri>. Acesso em: 30 mar. 2011.

- IPPOLITO, R. (Coord. técnica). (2004). *Guia Escolar*: método para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Brasília: Presidência da República, Secretaria do Especial dos Direitos Humanos.
- KOSIK, K. (1976). *Dialética do concreto*. Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- KRAMER, S. (2003). *Infância, cultura contemporânea e educação contra a barbárie*. In: Infância, educação e direitos humanos. São Paulo: Cortez, p. 83-106.
- KRAMER, S. (1998). *Leitura e Escrita de Professores*. Revista Brasileira de Educação. ANPED, n 7.
- KRAMER, S. (2003). *Infância, cultura contemporânea e educação contra a barbárie*. In: Infância, educação e direitos humanos. São Paulo: Cortez, p. 83-106.
- KRUG, E.G. (2002); *et al.* (eds). *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- LANE, S. T. M. *et al.* (1984) *Psicologia Social o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense.
- LAROUSSE, G. (1998). Grande Enciclopédia Larousse Cultural. São Paulo: Nova Cultural.
- LUNA, M. & SILVA, S. (2004). *Psicologia Social Comunitária: revisando a formação e a postura teórico pratica do psicólogo*. Psicoutp. n. 04, Curitiba, jul. 2004.

Disponível em: http://www.utp.br/PSICO.UTP.ONLINE/site4/psic_social.pdf.

Acesso em: 01 junho de 2013.

MARTÍN-BARÓ, I. (1998). *A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública*.

Psicología de la liberación, 1 ed. Madrid: Editorial Trotta. Minayo MCS 1994.

Cadernos de Saúde Pública 10 (Supl.): 7-18.

MAZZOTTI, A. J. & GEWANDSZNAJDER, F. (1998). *O Método nas Ciências*

Naturais: pesquisa Quantitativa e Qualitativa. São Paulo: Pioneira.

MINAYO, M. C. S. & ASSIS, S. G. (1993). *Violência e saúde na infância e*

adolescência: uma agenda de investigação estratégica. Rio de Janeiro (artigo a ser publicado pela revista Cebes).

MINAYO, M. C. S. (1994). *Violência social sob a perspectiva da saúde pública*.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7-18.

MINAYO, M. C. S. (2009). Construção de indicadores qualitativos para avaliação de

mudanças. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, p. 83-91,.

MELLO, J. M. H. P (1979). *Mortalidade por causas violentas no Município de São*

Paulo. São Paulo. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública/ USP].

MESZÁROS, I. (1981). *Marx: a teoria da Alienação*. Rio de Janeiro: Zahar Editora.

- MONTERO, M. (1994). Entre el asistencialismo y la autogestión: La Psicología Comunitaria en la encrucijada, *Intervención Psicosocial*, vol. III, nº 7, Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos, 1994:7-19.
- MONTERO, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina 1 ed.
- MOTTI, A. J. A. & FARIA, T. D. (2011). *Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR)*.
- NUNES, C. B. & SARTI, C. A. & OHARA, C, V, da S. (2009). Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo: Acta Paul Enferm; 22 (Especial - 70 Anos): 903-8.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700012. Acesso em: 14/05/2013.
- NUNES, A., F. *et al.* (2009). A Importância da Educação para a prevenção de Doenças. Goiás: *Itinerarius Reflectionis*. v. 2, n.7.
- OLIVEIRA, F. (2001). Redes: o desafio da democratização dos saberes e poderes, limites e possibilidades. In: *Seminário Combate à violência contra a mulher, Minas Gerais: Conselho Estadual da Mulher, MG, 2001*.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), (1996). CID-10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 389 p.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPS), (1994). *Protocolo para El Estudiodel Maltrato Físico Interpersonal de losNiños*. OPS, Genève, mimeo.
- PEREIRA, R. M. R.; JOBIM e SOUZA, S. (1998). Infância, conhecimento e contemporaneidade. In: _____. *Infância e produção cultural*. Campinas: Papirus.
- PIOVESAN, F. (2002). *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. São Paulo: Max Limond.
- PILLOTTO, S. S. D. (1998). *A criança: um estudo evolutivo sócio-político-cultural*. Revista Univille. V. 3, nº 1 abr.
- PHEBO, L. Violência como fato epidemiológico. (1996). *Saúde em Foco. Violência social; o olhar da saúde*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Ano v. n. 13. Ago./ 1996.
- PRADO, M. A. M. (2002). A psicologia comunitária nas Américas: o individualismo, o comunitarismo e a exclusão do político. *Psicol. Reflex. Crit.* Porto Alegre, v. 15, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext-79722002000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 junho de 2013.

- RAMOS, M. S. & TEODORO, M. L. M. (2012). A importância da capacitação dos profissionais que trabalham com vítima de violência na infância e na adolescência. In: Habigzang & Koller. (2012). *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre; Artmed.
- REIS M. F. C.T. (2007). *Metodologia de Pesquisa Científica*. Curitiba: IESDE Brasil.
- SAETA, B. R. P. (2004). *História da Criança e do Adolescente no Brasil*. In: A questão social do novo milênio. VIII Congresso Luso- Afro-Brasileiro em Ciências Sociais. Coimbra. Set. Disponível em: <http://WWW.cesfe.uc.pt/lab2004./inscrição/pdfs/painel23/beatrizSaeta.pdf>. Acesso em: Outubro/2012.
- SALAZAR, M. C. (1992). *La investigación-acción participativa: Inicios y desarrollos*. Madrid: Editorial Popular.
- SCHERER, E. A. & SCHERER, Z. A. P. (2000). A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Revista latina Americana de enfermagem*, 8 (4), 22-29.
- SIGNORI, M. & MADUREIRA V. S. F. (2007). *A violência contra a mulher na perspectiva de policias militares: espaço para a promoção da saúde*. Acta Sci Health Sci. 29 (1): 7-17.
- SOUZA, E. R. de & ASSIS, S. G. de & ALZUGUIR, F. de C. V. (2002). Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. *Revista*

Brasileira Saúde Materno Infantil. 2002, vol.2, n.2, p. 105-116. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n2/17108.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2013.

SZYMANSKI, H.; *et al* (2004). Perspectivas para a análise de entrevistas. In:

SZYMANSKI, H. (org). *A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva*.

Brasília: Liber Livro.

THIOLLENT, M. (1992). *Metodologia da pesquisa-ação*. 5 ed. São Paulo: Cortez:

Autores Associados.

THOMAZINE, A. M. & OLIVEIRA, B. R. G. de & VIERA, C. S. (2009). Atenção a

crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiás:

Universidade Federal de Goiás. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a08.htm>. Acesso em: 14/05/2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Atlas.

TOURAINÉ, A. (1980). *Palavra e Sangue*, São Paulo: Editora UNICAMP, 1982.

TURRA, V *et al*. (2012) *Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema*. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 4, pp. 500-509, out./dez..

- VASCONCELOS, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: em powerment, sua história, teoria e estratégias*. São Paulo: Paulus.
- VYGOTSKI, L. S. (1983). *Sobranie Sochinenii Tom Tretii. Problemi Razvitia Psijiki*, Moscú, Editorial Pedagógica, vol. III (trad. de Lydia Kuper, Obras Escogidas: Problemas Del desarrollo de la psique, vol. III, Madrid, Visor, 1995).
- VYGOTSKY, L. S. (1991). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: KRUG, E. G. et al. (edit.). *World report on violence and health*. Geneva: WHO. cap. 3.
- UNICEF, (2009). *Situação da Infância e da Adolescência Brasileira*. O Direito de Aprender: Potencializar avanços e reduzir desigualdades/[coordenação geral Maria de Salete Silva e Pedro Ivo Alcântara]. – Brasília, DF.
- ZILBERMAN, R. (1982). *A literatura infantil na escola*. São Paulo: Global. 2 ed.

APÊNDICES

Apêndice 1

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada aplicada aos Profissionais de Saúde

Dados de identificação:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Formação: _____ Atuação: _____

Tempo de atuação: _____

- 1) Qual o entendimento que você tem sobre violência e suas diferentes modalidades?
- 2) Quais as modalidades de violência que você já atendeu?
- 3) Relate como realizou estes atendimentos.
- 4) Você segue algum protocolo de atendimento? Descreva-o.
- 5) Descreva como conduziu o seu último atendimento.
- 6) Quem, geralmente, são os principais agressores dos casos de violência que você realizou?
- 7) É realizado algum procedimento junto aos pais da criança vítima de violência?
Descreva-o.
- 8) Você já informou algum caso de violência para que seja denunciado aos órgãos competentes?
- 9) Você se encontra capacitado (a) para lidar com a violência contra crianças e adolescentes?
- 10) Com que frequência você tem buscado formação específica para atuar nessa área?

Apêndice 2

Ações intencionistas de profissionais de saúde que atuam na área da criança vítima de violência

RECEPCIONISTA

- Priorizar atendimento à vítima;
- Anotar na ficha padrão:
 - a) dados pessoais da criança;
 - b) perfil sócio econômico da família;
 - c) identificação de como ocorreu a violência;
 - d) encaminhar ao médico.

EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Tranquilizar a vítima e familiares;
- Fazer anamnese da vítima;
- Observar e registrar em ficha padrão as características comportamentais suspeitas da vítima como medo, agressividade, apatia, choro intenso e outros;
- Discutir com a equipe as intercorrências;
- Orientar o responsável pela vítima de como deve proceder no tratamento à vítima;
- Observar e registrar a ocorrência de lesão (tipos, localização), anotando em prontuário padrão;

- Anotar observações, particularidades para discutir com a equipe multidisciplinar que estiver acompanhando o caso;
- Supervisionar as visitas para evitar hostilidade ou intimidação à vítima;
- Orientar o comportamento adequado da visita para não afetar emocionalmente a vítima;
- Explicar à vítima os procedimentos que serão realizados com ela, para evitar que ela sinta outra forma de agressão;
- Encaminhar a vítima ao médico;
- Providenciar encaminhamento para assistência especializada;
- Notificar os órgãos competentes para cuidados da criança (Conselho Tutelar)

MÉDICO

- Conferir e completar a anamnese feita pela equipe de enfermagem, com os detalhes do caso;
- Realizar exame físico completo, com descrição detalhada das lesões;
- Registrar hipótese diagnóstica;
- Avaliar a necessidade de exames complementares (Raios-X, Tomografia e outros conforme a necessidade apresentada);
- Encaminhar para exames de área específica por especialista (se necessário);
- Preencher ficha padrão para notificar a violência contra criança dirigida ao Plantão Policial do hospital e ao Instituto Médico Legal;
- Providenciar internação da vítima para paciente em tratamento das lesões e/ou avaliação psicológica e social do caso;

ORGÃOS OFICIAIS/CONSELHO TUTELAR

- Receber ficha de encaminhamento do médico solicitando aos responsáveis pela vítima para depoimento na Delegacia mais próxima;
- Após a notificação à Delegacia de Polícia encaminhar a vítima para realização de exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal;
- Providenciar para que a vítima seja acompanhada ao Instituto Médico Legal por um dos membros da equipe de enfermagem ou pela Assistente Social;
- Encaminhar ao órgão competente da preservação do ECA (Conselho Tutelar) a notificação da ocorrência;
- Providenciar o encaminhamento legal da ocorrência registrada;
- Fiscalizar para que a vítima internada só receba alta hospitalar com a anuência da Vara da Infância e Juventude.

ASSISTENTE SOCIAL

- Entrevista para realizar levantamento dos dados de rotina, com a intenção de conhecer a complexidade em que a vítima se encontra;
- Promover o apoio psicossocial mediante perfil socioeconômico da vítima e documentação específica do atendimento;
- Estender a intervenção aos familiares;
- Conhecer a história de violência vivenciada pela vítima;
- Acolher a vítima e sua família ou responsáveis em uma dinâmica e complexidade que tem como eixo central a atenção integral a estes entes;

- Identificar o apoio familiar e/ou da rede de relacionamento do paciente frente ao ocorrido;
- Verificar a existência de abuso de substância química (bebida, drogas) no espaço doméstico e/ou pessoas que tenham acesso à residência;
- Refletir criticamente sobre a problemática vivenciada para fortalecer a auto-estima da vítima e buscar solução para as causas que propiciaram a violência;
- _ Identificar a demanda social vivenciada pela vítima (direitos observados no ECA, na Declaração dos Direitos Humanos e de Cidadania, entre outros);
- Encaminhar para atendimento psicológico individual;
- Informar em ficha padrão os recursos de apoio da comunidade, tais como: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar;
- Esclarecer aos responsáveis pela vítima quanto aos recursos existentes para que haja continuidade do tratamento: a ser realizado (vale transporte, medicação gratuita e outros);
- Realizar visita domiciliar para compreender a dinâmica familiar em que a vítima está inserida;
- Utilizar a técnica genograma, para compreensão da dinâmica familiar,
- Empregar as técnicas do eco mapa, da linha do tempo e outras que permitam intervir no contexto da vítima;
- Encaminhar relatório social e notificação realizada pelo profissional de saúde ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância e Juventude;
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica a vítima e/ou seus familiares;
- Auxiliar no processo de reorganização da vida da vítima após a violência vivenciada (escola, amigos, etc);

- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a vítima formas de proteção evitando reincidência da violência;
- Discutir projetos de vida da família/vítima, buscando alternativas para situação atual que interfere em uma vida normal que inviabilize a violência;
- Monitorar, em conjunto com a equipe os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extra familiares;
- Articular o Conselho Tutelar para prevenir e atender às vítimas de violência, bem como divulgar a importância do atendimento médico imediato nas ocorrências de violência sexual para prevenir DST/AIDS e gravidez.

PSICÓLOGA

O atendimento psicológico às vítimas de violência deverá ocorrer em diferentes estágios: avaliação psicológica, psicoterapia individual de curta duração e psicoterapia de grupo.

Na avaliação psicológica:

- Conhecer a história de vida da vítima;
- Identificar os sentimentos predominantes: medo, angústia, tristeza, culpa, revolta etc.
- Aplicar testes ou utilizar técnicas psicológicas com a vítima;
- Avaliar o grau de desorganização da vida social: impacto da violência vivenciada na escola, nas relações familiares e sociais;
- Avaliar distúrbios do sono (insônia, pesadelos) e reações psicossomáticas da vítima;
- Avaliar o estado emocional geral no momento da consulta;
- Avaliar a estrutura familiar da criança;
- Entrevistar os pais e/ou responsáveis da vítima;

- Observar o comportamento da vítima;
- Fornecer atestado psicológico, caso sejam diagnosticados transtornos decorrentes da violência;
- Fornecer parecer psicológico.

Psicoterapia Individual de Curta Duração:

- Auxiliar no processo de reorganização da vida após a violência vivenciada;
- Trabalhar a questão da sexualidade;
- Trabalhar as formas de relacionamento;
- Trabalhar sentimentos persecutórios ou medos decorrentes da situação de violência vivenciada;
- Trabalhar conteúdo dos sonhos (em geral, pesadelos recorrentes);
- Trabalhar repercussões no sentimento frente à figura que realizou a violência (masculina ou feminina);
- Recorrer a meios psicológicos que recuperem a auto-estima da vítima;
- Realizar constantes avaliações psiquiátricas;
- Reencaminhar para a Assistente Social se identificar questões objetivas de vida que possam interferir para a melhora do quadro emocional da vítima.

Psicoterapia de Grupo:

- Facilitar a identificação e expressão de sentimentos decorrentes da situação de violência;
- Trabalhar a auto-estima das vítimas;
- Refletir e buscar solução sobre atitudes que confirmem problemas de longa duração e elevada gravidade;

- Encorajar cuidado especial para prevenir a reincidência da violência;
- Trabalhar o conteúdo dos sonhos em grupo;
- Facilitar o relato de experiências comuns (sexualidade, repercussões físicas e psicológicas da violência sexual);
- Promover o sentimento de solidariedade entre as vítimas;
- Indicar terapias específicas para levantar a auto-estima das vítimas.

MUSICOTERAPEUTA/ TERAPEUTA OCUPACIONAL

- Acolher, tratar e recuperar vítimas de violência através de vivência e experimentação de sensação e emoções durante o desenvolvimento de atividade que favoreça o resgate das potencialidades da vítima;
- Organizar funções psíquicas e cognitivas;
- Buscar melhorias no desempenho dos papéis ocupacionais, nas atividades básicas da vida diária e de autocuidado;
- Contribuir na identificação de sinais de gravidade psicoemocional.

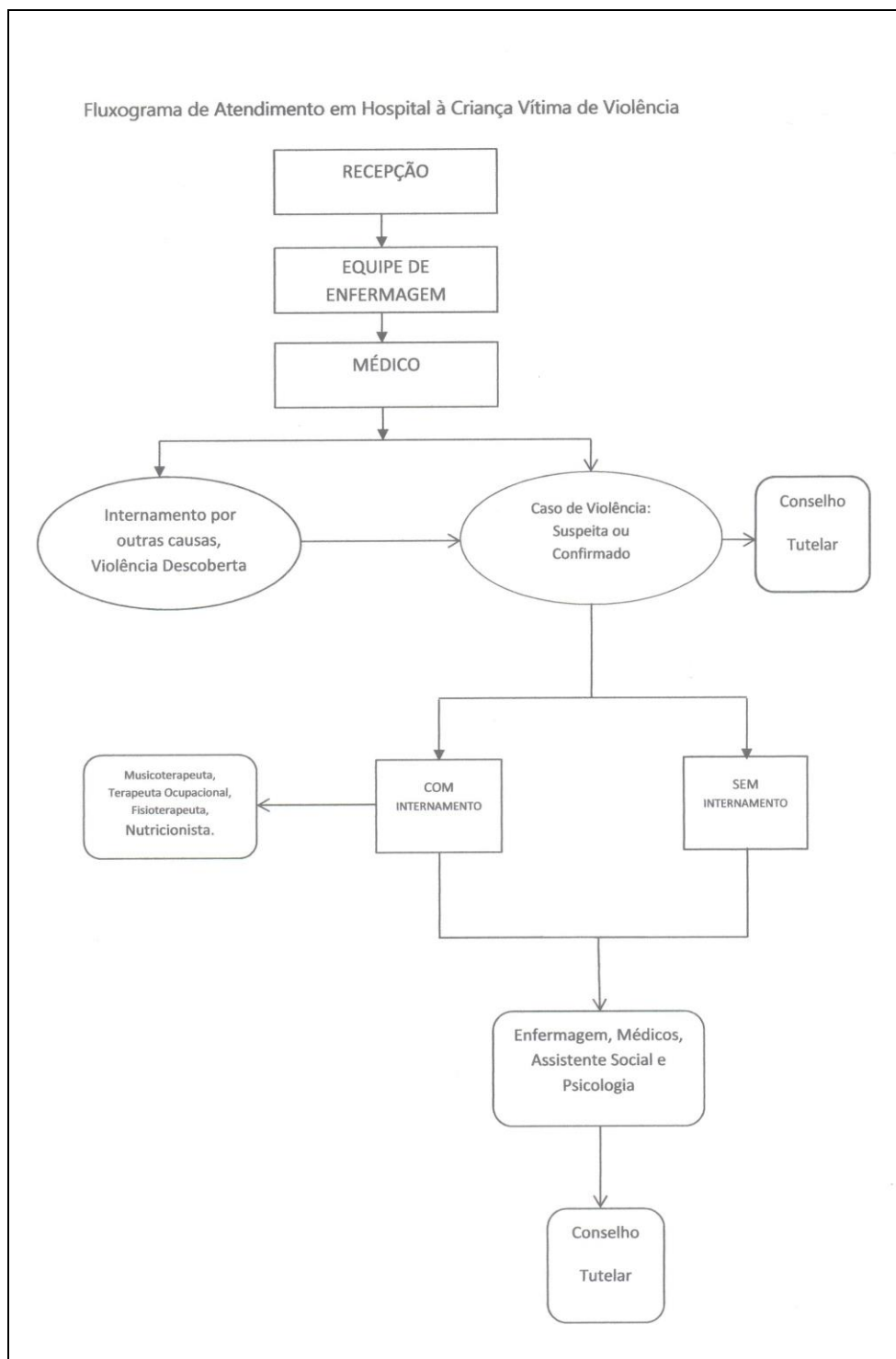
FISIOTERAPEUTA

- Tranquilizar a vítima e familiares;
- Fazer anamnese da vítima;
- Observar e registrar em ficha padrão as características comportamentais suspeitas da vítima como medo, agressividade, apatia, choro intenso e outros;
- Discutir com a equipe as intercorrências;
- Reabilitar, por meio de exercícios e manobras específicas para a recuperação da parte osteomuscular, cardiovascular, respiratória e neurológica;

- Promover a prevenção, cura ou reabilitação da capacidade física das crianças vítimas de violência;
- Buscar pela qualidade de vida e auto-estima dos pacientes;
- Explicar à vítima os procedimentos que serão realizados com ela, para evitar que ela sinta outra forma de agressão;
- Encorajar cuidado especial para prevenir a reincidência da violência.

Apêndice 3

Fluxograma de Atendimento em Hospital à Criança Vítima de Violência



Apêndice 4**Ficha de Avaliação dos Encontros**

“Prática Integrada de Profissionais de Saúde no Atendimento à Criança Vítima de Violência”

Período de Março a Maio de 2013

Aspectos Positivos:

Aspectos Negativos:

Sugestões:

ANEXOS

ANEXO 1

Letra da música “Carinho de verdade”, de Aline Barros

<p>Carinho de Verdade</p> <p>Aline Barros</p> <p>O silêncio de quem sofre é um pedido de proteção, Não pode haver indiferença, Juntos podemos mudar a realidade de milhares de crianças e adolescentes</p> <p>Faces de dor na terra Milhões na escuridão Violência sem razão Sei que o amor supera O carinho pode transformar</p> <p>Quem de nós Vai secar a lágrima da dor, da dor Todo o carinho pra sorrir Toda a verdade pra ajudar Carinho de verdade pra sentir Carinho de verdade pra mudar</p> <p>Abrace a causa Abrace uma nação Abrace a vida com o coração Abrace o sonho da canção</p> <p>Deixe uma porta aberta Pra quem quer recomeçar Pra quem quer realizar A força do bem supera Oportunidade é transformar</p>	<p>Quem de nós Vai secar a lágrima da dor, da dor</p> <p>Todo o carinho pra sorrir Toda a verdade pra ajudar Carinho de verdade pra sentir Carinho de verdade pra mudar</p> <p>Abrace a causa Abrace uma nação Abrace a vida com o coração Abrace o sonho da canção</p> <p>Um carinho de verdade Uma oportunidade Juntos pelo amor Juntos, todos juntos contra a dor</p> <p>Todo o carinho pra sorrir Toda a verdade pra ajudar Todo o carinho pra sorrir Toda a verdade carinho pra ajudar Carinho de verdade pra sentir Carinho de verdade pra mudar</p> <p>Abrace a causa Abrace uma nação Abrace a vida com o coração Abrace o sonho da canção Carinho de verdade Carinho de verdade Carinho...</p>
--	---

ANEXO 2

Letra da música “Ameno”, da banda Era

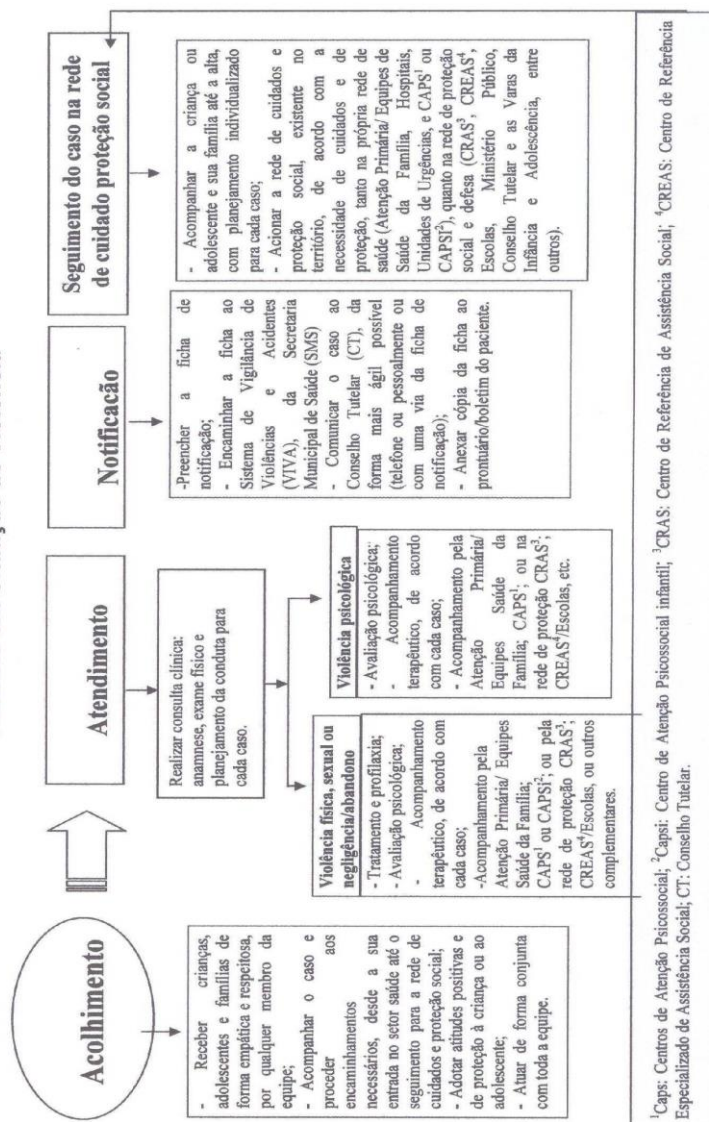
Ameno	Ameniza-me Minha dor, Rei Ameniza minha dor Ameniza minha dor	Ameniza a dor Ameniza minha dor Ameniza minha dor
Era		
Ameniza	Está doendo	Ameniza-me Minha dor, Rei Ameniza minha dor Ameniza minha dor
Minha dor	Ameniza	
Renova-me	Coloca-me ordem	
Minha dor	Ameniza	Está doendo
Ameniza, ameniza	Se engaram	
Liberta, Liberta-me	É fato, é fato	Ameniza a dor Ameniza minha dor Ameniza minha dor
Minha dor	Ameniza	
Ameniza	Me reconcilia com meu inimigo	
Coloca-me ordem	Ameniza	Ameniza-me Minha dor, Rei Ameniza minha dor Ameniza minha dor
Ameniza	Me reconcilia com meu inimigo	
Se engaram	Ameniza	
É fato, é fato		
Ameniza		
Me reconcilia com meu inimigo	Ameniza a dor	Ameniza-me Minha dor, Rei Ameniza minha dor Ameniza minha dor
Ameniza	Ameniza minha dor	
Me reconcilia com meu inimigo	Ameniza minha dor	
Ameniza	Ameniza-me	
	Minha dor, Rei	Está doendo
Ameniza a dor	Ameniza minha dor	
Ameniza minha dor	Ameniza minha dor	
Ameniza minha dor	Minha dor	
	Ameniza	

ANEXO 3

Diagrama: Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violência

DIAGRAMA 1

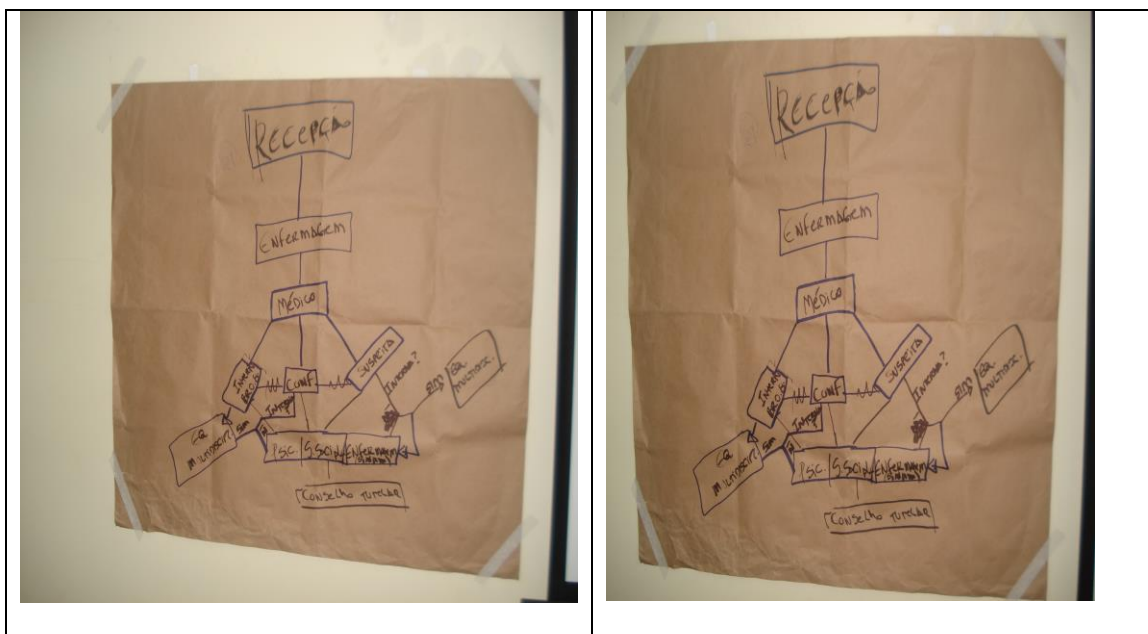
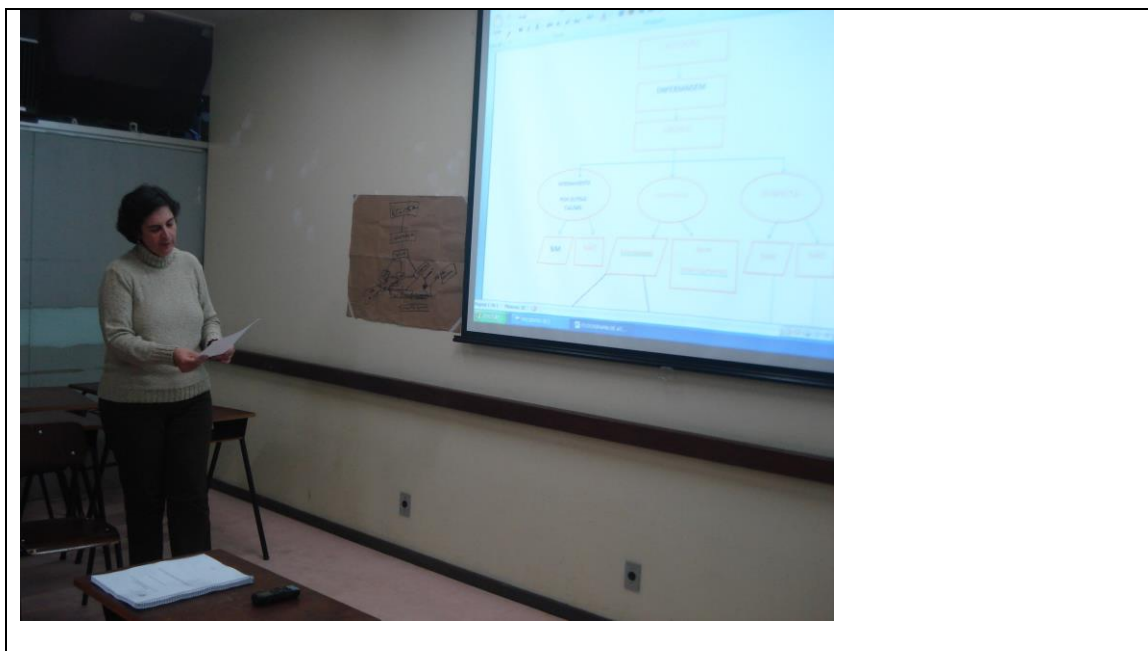
Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência



ANEXO 4

Fotos da Construção do Fluxograma de Atendimento em Hospital à Criança

Vítima de Violência



ANEXO 5

Letra da música “Alegría”, do Cirque Du Soleil

<p>Alegría</p> <p>Cirque Du Soleil</p> <p>Allegria Come un lampo di vita Allegria Come un pazzo gridar Allegria Del delittuoso grido Bella ruggente pena, seren Come la rabbia di amar Allegria Come un assalto di gioia</p> <p>Allegria I see a spark of life shining Allegria I hear a young minstrel sing Allegria Beautiful roaring scream Of joy and sorrow, so extreme There is a love in me raging Allegria A joyous, magical feeling</p> <p>Allegria Come un lampo di vita Allegria Come un pazzo gridar Allegria</p>	<p>Del delittuoso grido Bella ruggente pena, seren Come la rabbia di amar Allegria Come un assalto di gioia Del delittuoso grido Bella ruggente pena, seren Come la rabbia di amar Alegría Come un assalto di gioia</p> <p>Alegría Como la luz de la vida Alegría Como un payaso que grita Alegría Del estupendo grito De la tristeza loca Serena Como la rabia de amar Alegría Como un asalto de felicidad</p> <p>Del estupendo grito De la tristeza loca Serena Como la rabia de amar Alegría Como un asalto de felicidad</p> <p>There is a love in me raging Alegría A joyous, magical feeling.</p>
---	--

ANEXO 6

Mensagem: “Uma Ostra que não foi ferida não produz pérolas”, de Rubem Alves



Pérolas são produtos da dor; resultados da entrada de uma substância estranha ou indesejável no interior da ostra, como um parasita ou grão de areia.

Veja como funciona:

Na parte interna da concha é encontrada uma substância lustrosa chamada *nácar*.

Quando um grão de areia a penetra, às células do nácar começam a trabalhar e cobrem o grão de areia com camadas e mais camadas, para proteger o corpo indefeso da ostra.

Como resultado, uma linda pérola vai se formando.

Uma ostra que não foi ferida, de modo algum produz pérolas, pois a pérola é uma ferida cicatrizada.

O mesmo pode acontecer conosco.

Você já se sentiu ferido pelas palavras rudes de alguém? Já foi acusado de ter dito coisas que não disse? Suas idéias já foram rejeitadas ou mal interpretadas? Você já sofreu o duro golpe do preconceito? Já recebeu o troco da indiferença? Ou seja, se sentiu magoado?

Então, produza uma pérola!

Cubra suas mágoas com várias camadas de AMOR.

Infelizmente, são poucas as pessoas que se interessam por esse tipo de movimento.

A maioria aprende apenas a cultivar ressentimentos, mágoas, deixando as feridas abertas e alimentando-as com vários tipos de sentimentos pequenos e, portanto, não permitindo que cicatrizem.

Assim, na prática, o que vemos são muitas "Ostras Vazias", não porque não tenham sido feridas, mas porque não souberam perdoar, compreender e transformar a dor em amor.

Um sorriso, um olhar, um gesto, na maioria das vezes, vale mais do que mil palavras!

Rubem Alves

ANEXO 7

Termo de autorização do Comitê de Ética – protocolo nº 5433/11

*Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade
Evangélica Beneficente de Curitiba*

Rua Padre Anchieta, 2770

80730-000 Curitiba – PR

Fone: 41 3240-5570

Fax: 41 3240-5584

Curitiba, 03 de agosto de 2011.

Yara Aparecida Martini Klippel
Denise de Camargo

Prezadas Colegas,


Comunicamos a V. Sa. que, em reunião ordinária do dia 02 de agosto de 2011, foi aprovado o projeto de pesquisa intitulado **“Construção de uma estrutura de atendimento, em uma unidade de saúde, as crianças e adolescentes vítimas de violência”**. Protocolado neste Comitê sob número **5433/11** em 13 de junho de 2011.

Prevê a legislação que toda a documentação do projeto poderá, a qualquer momento, ser solicitada para inspeção por parte dos órgãos federais; desta forma, manterá o Comitê arquivo detalhado de cada projeto, arquivando em pasta individual o projeto inicial e relatórios de acompanhamento.

Para o projeto de V. Sa., solicitamos que dê ciência aos seus colaboradores da obrigação de, a cada seis meses a partir da data de hoje, encaminhar a este comitê relatório detalhado do andamento do projeto.

Relatórios previstos para: **20/01/2012**

Atenciosamente,



Carmen A. Paredes Marcondes Ribas
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba

ANEXO 8

Termo de Autorização do Hospital



Eu, RENATO VAN WILPE BACH, autorizo a coleta de dados desta pesquisa e compreendo que poderei interromper a minha autorização a qualquer momento.

Data: 01 / 06 / 2011

Assinatura: Renato Van Wilpe Bach

Dr. Renato Van Wilpe Bach
CRM - 23131
Diretor Técnico
HCPJVO

de

ANEXO 9



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado ***“Construção de uma estrutura de atendimento, em uma unidade de saúde, às crianças vítimas de violência”***. Trata-se de uma pesquisa intervencional, cujo objetivo está em analisar a prática e o conhecimento de profissionais da área da saúde frente a situações de violência contra crianças e a importância da notificação, bem como construir, junto com os profissionais de uma unidade de saúde, a estrutura de um serviço de atendimento às crianças vítimas de violência, de autoria de Yara Aparecida Martini Klippel, aluna do curso de Pós-graduação Mestrado em Psicologia Social Comunitária, da Universidade Tuiuti do Paraná, sob supervisão da Prof^a. Dra. Denise de Camargo. As atividades desenvolvidas serão duas entrevistas semi estruturadas. A primeira, aplicada aos profissionais da saúde, com o objetivo de fazer uma sondagem prévia para identificar o conhecimento que esses possuem sobre a violência contra crianças, e como é realizada a intervenção nesses casos, bem como o conhecimento das leis, normatizações, políticas públicas e sobre a rede de apoio social destinada à clientela atendida. A segunda, aplicada após o encerramento do grupo de conscientização para verificar se a intervenção alterou ou não as suas práticas

de atendimento às vítimas de violência no referido hospital. Será realizado seis encontros de 1 (hora) hora e 30 (trinta) minutos cada um, 1 (uma) vez por semana. Quaisquer dúvidas sobre sua participação devem ser comunicadas imediatamente às responsáveis pelo projeto: Yara Aparecida Martini Klippel no telefone (42) 99244726 e sua orientadora, Profa Dra Denise de Camargo docente do Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná, e poderá ser encontrada no telefone (41) 99722079. Para podermos realizar a Pesquisa ***“Construção de um Protocolo de Atendimento de Casos de Violência Contra a Criança em Hospital de Ponta Grossa - PR”***, precisamos de sua colaboração autorizando a coleta de dados que será realizada através de entrevistas gravadas e transcritas posteriormente, na íntegra. É importante que você leia atentamente a descrição detalhada da metodologia dando sua concordância total e plena sobre a forma de coleta dos dados. Você poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo. Garantimos que não haverá consequências danosas por sua participação na pesquisa. Garantimos o total sigilo aos dados aqui obtidos assegurando que o tratamento dos mesmos será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa. As informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para publicações científicas. Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado. Desta forma, a metodologia de coleta do qual você irá participar é discriminada a seguir:

1) O Sr. (a) autoriza, expressamente a utilização de sua Entrevista gravada e transcrita nos materiais discriminados como coleta de dados desta pesquisa a fazer parte integrante deste termo, para serem veiculados/utilizados no projeto e/ou outras publicações dele decorrentes.

2) Pela presente permissão de uso, conforme discriminado nas condições acima referidas, o Sr. (a) não receberá qualquer valor em moeda corrente ou produtos, dando plena e irrevogável quitação das obrigações assumidas pelo projeto de pesquisa.

3) A presente autorização de uso abrange, exclusivamente, a concessão de uso da entrevista gravada e transcrita na íntegra para os fins aqui estabelecidos, pelo que qualquer outra forma de utilização, deverá ser previamente autorizada para tanto.

Portanto, eu, _____, autorizo a coleta de dados desta pesquisa e compreendo que poderei interromper a minha autorização a qualquer momento.

Local: _____ Data: ____/____/____