

**Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência**

**Approach of health professionals in hospitals to children and adolescents victims of violence**

**Abordaje de los profesionales de salud en instituciones hospitalarias a niños y adolescentes víctimas de violencia**

Marta Cocco<sup>I</sup>, Ethel Bastos da Silva<sup>II</sup>, Alice do Carmo Jahn<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Assistente, Centro de Educação Superior Norte – RS (CESNORS), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Palmeira das Missões, RS, Brasil: E-mail: [ethelbastos@hotmail.com](mailto:ethelbastos@hotmail.com).

<sup>II</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente, CESNORS, UFSM. Palmeira das Missões, RS, Brasil: E-mail: [martafwcocco@yahoo.com.br](mailto:martafwcocco@yahoo.com.br).

<sup>III</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente, CESNORS, UFSM. Palmeira das Missões, RS, Brasil: E-mail: [alicejahn@terra.com.br](mailto:alicejahn@terra.com.br).

**RESUMO**

O estudo busca analisar o fluxo da assistência em instituições hospitalares a crianças e adolescentes, vítimas desse agravo, e o sentimento despertado nos profissionais diante do fenômeno. Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa. Participaram do mesmo, profissionais de saúde que atuavam em instituições hospitalares da região norte do estado do Rio Grande do Sul, num total de 34 profissionais. A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2008. Para a realização do estudo, estruturou-se instrumento com perguntas fechadas, analisado pela estatística descritiva. Os resultados mostram que, quanto à composição da equipe, 72% dos profissionais eram do sexo feminino e 38%, na faixa etária de 23-30 anos. Quanto à categoria profissional, 59% eram técnicos de enfermagem. Em relação ao fluxo do atendimento dos casos de violência, 31% acionam o Ministério Público; 25% comunicam o Conselho Tutelar e 12% preenchem a ficha de notificação compulsória, comunicam o Conselho Tutelar e prestam assistência. Em relação aos sentimentos diante do atendimento, evidenciou-se revolta, indignação, medo e impotência. O estudo possibilitou visibilizar a realidade em que as crianças e os adolescentes vítimas de violência são atendidos, discutindo as intervenções locais e apontando elementos para a ações mais eficazes.

**Descritores:** Violência; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Pessoal de Saúde.

**ABSTRACT**

The study aims at analyzing the flow of care in hospitals rendered for children and adolescents who are victims of such offence and the feeling it arises in the professionals who face this phenomenon. It is a descriptive and exploratory study with quantitative approach. It counted on the participation of 34 health professionals who perform their job in hospitals from the northern region of the state of Rio Grande do Sul. The data collection was carried out from May to July 2008. In order to make the study, an instrument was elaborated with closed questions and analyzed by descriptive statistics. The results show that as to the composition of the team, 72% of the professionals belonged to the feminine sex and 38% to the age frame of 23-30 years old. As to the professional category, 59% were nursing technicians. Regarding the flow of attendance regarding violence cases, 31% call the Justice Department, 25% communicate the Guardianship Court and 12% fill out the compulsory notice form, communicate the Guardianship Court and render assistance. Regarding the feelings that arise in view of the attendance, the evidence shows commotion, indignation, fear and impotence. The study made it possible to render visible the reality where children and adolescents who are victims of violence are attended and to discuss the local interventions and to point out the elements for the more effective actions.

**Descriptors:** Violence; Child Health (Public Health); Adolescent Health; Health Personnel.

**RESUMEN**

El estudio intenta analizar el flujo de la asistencia en instituciones hospitalarias a niños y adolescentes víctimas de este agravo y el sentimiento despertado en los profesionales delante del fenómeno. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, con abordaje cuantitativo. Participaron de lo mismo 34 profesionales de salud que actuaban en instituciones hospitalarias de la región norte de la provincia de Rio Grande do Sul. La recolección de datos fue realizada en el período de mayo hasta julio de 2008. Para la realización del estudio, se estructuró un instrumento con preguntas cerradas, analizado por la estadística descriptiva. Los resultados muestran que en cuanto a la composición del equipo, 72% de los profesionales eran del sexo femenino y 38% de edad entre 23 y 30 años. En cuanto a la categoría profesional, 59% eran técnicos de enfermería. En relación al flujo do atendimento de los casos de violencia, 31% accionan el Ministerio Público; 25% comunican el Consejo Tutelar y 12% llenan la ficha de notificación compulsoria, comunican el Consejo Tutelar y prestan asistencia. En relación a los sentimientos delante del atendimento, se evidenciaron revuelta, indignación, miedo e impotencia. El estudio posibilitó visibilizar la realidad en que los niños y adolescentes víctimas de violencia son atendidos, discutiendo posibilidades y límites de las intervenciones locales, apuntando elementos para acciones más eficazes.

**Descriptores:** Violencia; Salud del Niño; Salud del Adolescente; Personal de Salud.

## INTRODUÇÃO

A violência, para efeitos operacionais, centra-se no uso da força com vistas à exclusão, ao abuso e ao aniquilamento do outro, seja esse outro, indivíduo, grupo, segmento social ou país. No que tange à violência contra crianças e adolescentes, enfatiza-se que se constitui, em todo o ato, ou negligência de pais, parentes ou de outras instituições que podem causar danos físicos, sexuais e/ou psicológicos à vítima. Menciona-se que esses elementos de definição são produzidos pela própria sociedade moderna, em que crianças e adolescentes tornam-se sujeitos de direitos, reconhecidos como cidadãos<sup>(1)</sup>.

O Brasil é um dos países onde a violência tornou-se expressiva pelo impacto gerado no campo da saúde, atingindo diretamente as estruturas dos serviços de saúde, desencadeando a necessidade de reestruturação no que se refere às suas práticas. Nesse sentido, os profissionais, em suas áreas de atuação, podem contribuir para a interrupção do ciclo da violência ou não. Um dos elementos importantes, para tal, centra-se na construção de uma parceria dialógica entre os serviços médicos, clínicos e de emergência e a saúde pública, na qual se promovam intervenções para além da medicalização da violência e que não se limitem ao setor saúde<sup>(2)</sup>.

Muitos serviços de saúde têm aumentado o atendimento a crianças vítimas de violência, contudo o despreparo dos profissionais para lidar com tais circunstâncias é imenso<sup>(3)</sup>. Não é fácil dar visibilidade ao problema da violência, pois depende dos aspectos emocionais dos profissionais, estruturais, legais, da existência de órgãos de apoio, além da oferta de capacitações para a identificação dos sinais. Além disso, os profissionais temem a represália dos agressores, razão pela qual, muitas vezes, deixam de identificar casos de violência<sup>(4)</sup>.

Deste modo, a dificuldade, encontrada pelos profissionais na execução de uma assistência eficaz a crianças vítimas de violência é uma condição que mantém a invisibilidade da violência. Esse fato sugere medidas sociopolíticas urgentes e, especialmente, na formação de profissionais com a compreensão de que a violência é um problema de saúde e que requer atitudes comprometidas com o enfrentamento desse fenômeno<sup>(5)</sup>.

Nesse sentido, considera-se que os profissionais, que se defrontam com situações de violência contra crianças e adolescentes, precisam observar que estão diante de uma conjuntura complexa, isso porque, em nossa sociedade, a prática do castigo e da autoridade é comum e reconhecida, muitas vezes, como normal, principalmente no espaço considerado privado, ou seja, o domicílio<sup>(6)</sup>. A punição física leve como a "palmada" tem sido aprovada e utilizada pelas famílias como estratégia de educação sendo vista como uma atitude benéfica.

Essa concepção deve ser avaliada cuidadosamente pelos profissionais de saúde durante sua prática, sugerindo a discussão desse tema com os pais e/ou familiares das crianças individualmente ou coletivamente para que estes reflitam sobre o significado dessa prática agressiva como forma de diálogo na relação. Tal prática, pode levar, sem que os pais percebam, a situações que causem danos severos à integridade física e emocional de suas vidas como, por exemplo, um espancamento causado por um pai a um filho que acabe em um trauma fatal<sup>(2)</sup>.

No que se refere ao atendimento na área da saúde,

evidencia-se, inicialmente, a necessidade do acolhimento e de uma postura cautelosa, estabelecendo vínculo com a criança e seus familiares<sup>(3)</sup>.

Em casos de lesões graves, aconselha-se o cuidado clínico imediato, a hospitalização ou encaminhamento para local de atendimento de referência, assistência de enfermagem, psicológica, serviço social e pediátrica, seguida da notificação e da comunicação ao Conselho Tutelar, sendo que este último deverá dar os encaminhamentos judiciais necessários e o acompanhamento<sup>(2)</sup>. No entanto, alguns estudos mostram que o fluxo seguido pelos profissionais se dá de forma casual e não sistemática<sup>(3,7)</sup>.

Nessa direção, faz-se necessário investigar a realidade em que as crianças e adolescentes vítimas de violência são atendidas, com o propósito de discutir as possibilidades e os limites das intervenções locais, visando apontar caminhos que possam concretizar a política de proteção à criança, especialmente no ambiente hospitalar. Assim, o presente artigo teve como objetivo analisar o fluxo da assistência em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência e o sentimento despertado nos profissionais diante do fenômeno.

## METODOLOGIA

Considerando o objetivo proposto, optou-se por realizar uma pesquisa com um desenho exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Participaram do estudo, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) que trabalham em 03 instituições hospitalares na cidade de Cruz Alta, situada na região norte do Estado do Rio Grande do Sul, nos setores de Pronto Atendimento e Unidade Pediátrica. O total de profissionais, que trabalhavam nas 03 instituições era de 88. Utilizaram-se, como critério de inclusão, os profissionais que trabalhavam, no mínimo há um ano, na Instituição e que aceitaram participar da pesquisa. Procurou-se respeitar um valor de 30% da população alvo em cada instituição. A amostra foi constituída de 34 profissionais, sendo 11 na primeira instituição, 11 na segunda e 12 na terceira.

A primeira instituição é de caráter filantrópico, tem 120 leitos e atende, em média, 500 usuários mensais e, desses, em torno de 90 são crianças e adolescentes. Os atendimentos ocorrem pelo Sistema Único de Saúde e convênios. A segunda instituição é uma sociedade limitada, tem 100 leitos, atende, em média, 700 usuários mensais e, desses, aproximadamente 130 são crianças e adolescentes. Também atende pelo SUS e outros convênios. A terceira instituição é da esfera federal, tem 16 leitos, atende, em média, 725 usuários mensais ambulatoriais e realiza em torno de 44 internações por mês. Atende cerca de 100 crianças e adolescentes mensalmente.

Para a coleta de dados, estruturou-se um instrumento com perguntas fechadas, com as variáveis: sexo, idade, formação profissional, atendimentos realizados nas instituições de saúde, fluxo do atendimento, notificação, sinais de violência identificados e sentimentos dos profissionais diante do problema. Os sentimentos, incluídos no instrumento, basearam-se em resultados de pesquisas, realizadas anteriormente, representados por revolta, indignação, medo, respeito, impotência, frustração, raiva e tristeza.

Após a autorização das instituições para a realização da pesquisa, o pesquisador entrou em contato com o

enfermeiro, responsável pelas Unidades, e agendou horário e local para aplicar o questionário aos sujeitos nos 03 locais e turnos de trabalho. O período de realização da coleta de dados compreendeu os meses de maio a julho de 2008.

Os dados quantitativos foram analisados, utilizando-se o programa Microsoft-Excel –XP pela estatística descritiva, sendo apresentados em forma de tabelas.

Foram respeitados os rigores éticos, constantes na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa com Seres Humanos. Garantiu-se a livre possibilidade de interromper a participação em qualquer momento. O projeto obteve a aprovação no Comitê de Ética da Universidade de Cruz Alta com o parecer do Protocolo nº. 020/08. Aos participantes da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que especifica todas as informações necessárias a respeito da pesquisa. O TCLE foi assinado pelos participantes antes da aplicação do questionário, sendo que uma das vias ficou com os sujeitos e a outra com o pesquisador.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência tem sido causa de atendimento hospitalar, internação e óbito. Por esse motivo, a ampliação dos serviços existentes e a implementação de serviços especializados na assistência a crianças e adolescentes vítimas de violência fazem-se necessárias, visto que as lesões, decorrentes das agressões, são atendidas, na sua maioria, em pronto atendimento e, portanto, a melhora na qualidade da assistência é uma questão premente<sup>(8)</sup>. Para isso, o incremento de equipes multidisciplinares e o atendimento devem basear-se em protocolos de orientação que padronizam a assistência de maneira a torná-la mais eficaz<sup>(9)</sup>.

Sabe-se que os gestores de saúde têm se preocupado com a questão do atendimento a vítimas de violência, procurando articular as políticas existentes mas isso é, ainda, muito incipiente. Nesse enfoque, os resultados, apresentados a seguir, referem-se às características dos profissionais de saúde que constituem a equipe multidisciplinar, à demanda das crianças vítimas de violência, ao fluxo do atendimento e aos sentimentos despertados nos profissionais diante do fenômeno.

### A equipe multidisciplinar e a demanda de atendimentos nas instituições de saúde

Em duas instituições pesquisadas, as equipes, que atendem os casos de violência contra crianças e adolescentes, têm maior representatividade no sexo feminino, com 72% dos sujeitos, resultado semelhante aos outros estudos, os quais encontraram expressiva participação do sexo feminino atuando no setor saúde<sup>(6)</sup>. Quanto à faixa etária, nas três instituições houve predominância da faixa etária de 23-30 anos, com 38%. Já em relação à categoria profissional, 59% eram técnicos de enfermagem, seguidos de 29% sendo enfermeiros e 12% compreendendo médicos.

Os resultados mostram que a equipe multidisciplinar era constituída das seguintes categorias profissionais: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, achados similares a alguns estudos<sup>(3,10)</sup>. Já outros estudos mostram a inserção de mais profissionais, tais como: psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos<sup>(11-12)</sup>. As semelhanças e diferenças das

equipes são atribuídas às características do local e ao contexto do estudo, mostrando que é necessário incluir outras categorias profissionais para o atendimento, pois a complexidade do fenômeno e as consequências psicológicas, emocionais e físicas na criança, na família e na sociedade requerem atendimento multiprofissional e qualificado.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que os profissionais necessários para atender hospitais de referência sejam: cirurgião geral, cirurgião cardiovascular, cirurgião pediátrico, clínico geral, anesthesiologista, cardiologista, angiologista, enfermeira, intensivista, técnico/auxiliar de enfermagem, cirurgião vascular, cirurgião bucomaxilofacial, neurocirurgião, neuropediatra, hematologista, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e farmacêutico<sup>(13)</sup>. A exigência mínima é de que o hospital tenha 15 dos 23 profissionais, considerados indispensáveis, visto que o atendimento de crianças vítimas de violência não se limita a um só profissional e a parceria entre as categorias torna mais seguro o encaminhamento dos casos de violência, bem como a complexidade da abordagem do problema requer uma busca compartilhada de conhecimento com vistas à elaboração de programas que atuem eficazmente no diagnóstico, tratamento e encaminhamento do fenômeno<sup>(14)</sup>.

Constata-se que a realidade do estudo, no que se refere à equipe multiprofissional, precisa agregar outras categorias, atendendo às diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência. Além disso, considera-se relevante a capacitação contínua dos profissionais, pois estão diariamente convivendo com conflitos de ordem técnica assistencial, política, administrativa e ética.

Em relação ao número de crianças e adolescentes atendidos no ano de 2007, salienta-se que, nas três instituições pesquisadas, foram realizados 12 atendimentos ao todo. Esse dado remete a uma reflexão sobre a organização dos serviços hospitalares e o tipo de serviços prestados, evidenciando que a atenção prestada nas instituições hospitalares está focalizada, somente, nos casos graves de violência, invisibilizando outras formas e impossibilitando o seu desvelamento e enfrentamento. O número reduzido de atendimentos à criança e adolescente em situação de violência, em muitos casos, atrela-se à abordagem dos profissionais baseada na investigação de sinais evidentes de agressões. Considera-se que a postura profissional, que busca somente sinais visíveis, pode ser uma das razões atribuídas aos baixos índices de identificação e encaminhamento dos eventos<sup>(15)</sup>.

Em vista do exposto, a implantação de protocolo institucional, na assistência à criança e adolescente vítimas de violência, pode ser uma estratégia que possibilite condições seguras aos profissionais na identificação de situações de violência, pois é necessário um olhar ampliado no atendimento, baseado no reconhecimento do ser cuidado como um cidadão que, naquele momento, encontra-se fragilizado, reconhecendo esse agravo como real problema de saúde<sup>(12)</sup>. Cabe ressaltar que o processo de trabalho, em saúde, deve vir ao encontro do que está preconizado nas diretrizes do SUS e à integralidade do atendimento, visando o reconhecimento da violência para além da dimensão física.

### Fluxo do atendimento e notificação dos casos

Quanto ao fluxo do atendimento dos casos de violência

a crianças e adolescentes, os resultados mostram que 31% acionam o Ministério Público; 25% comunicam o Conselho Tutelar; 12% preenchem a ficha de notificação compulsória, comunicam ao Conselho Tutelar e prestam assistência; 6% encaminham à Assistente social do Hospital e ao Conselho Tutelar e 6% comunicam a Assistente Social do Hospital e o serviço Especializado.

Observa-se, no estudo, o reconhecimento da intervenção do Ministério Público e do Conselho Tutelar como órgãos de defesa que fazem parte da rede de proteção da criança e do adolescente, sinalizando a necessidade da constituição de um trabalho em rede como sendo um conceito amplo e aberto, uma vez que o problema violência é considerado complexo e cuja origem vem de bases humanas, culturais e sociais. Cabe às redes romperem com o silêncio que envolve o fenômeno violência, buscando formas de enfrentamento, investindo em modelos de abordagem do problema<sup>(16)</sup>.

Nessa perspectiva, o trabalho em rede simboliza a horizontalidade, na qual todos estão no mesmo plano e unidos por um único objetivo sendo que seus componentes abrem mão de poderes isolados e lutam pela garantia da proteção dos direitos sociais<sup>(16)</sup>. A partir da configuração de rede como modelo de organização, são delineadas as normas e determinadas as funções de cada profissional e instituição envolvidos, estabelecendo formas de realização dos atendimentos. Cada sujeito e cada rede são compreendidos como produtores e receptores de informação que circula organicamente e as diferenças existentes devem ser acolhidas na busca de novos sentidos para o fortalecimento da própria rede<sup>(17)</sup>. Nesse enfoque, acredita-se que fortalecer as redes de proteção à criança permite a construção de um fluxo de atendimento da violência, como também o acompanhando da mesma e de suas famílias em espaços de reabilitação e re-socialização, proporcionando um resgate de possibilidades.

Assim sugere-se como condições básicas para a construção de redes, a horizontalidade, a representatividade das diversas instituições, co-responsabilidade de trabalhos, divisão dos recursos e informações e habilidade para agregar novas parcerias. Evidencia-se que a existência dessas condições, por si só, não levam ao êxito das ações em rede, fazendo-se, portanto, necessário que os componentes da rede tenham em mente que essa é uma nova concepção de trabalho, com necessidade de compartilharem um mesmo código de comunicação, o que significa ter a mesma compreensão das diferentes formas de violência, suas causas e conseqüências, em que os participantes ajam em sincronia<sup>(16)</sup>.

Nesse aspecto, a rede propõe um modelo de trabalho integrado com outros setores sendo considerada uma experiência nova que requer capacidade de escuta para compreender e aceitar as prováveis diferenças, e para realizar os ajustes necessários nos projetos de interesse comum. Nessa dinâmica, existem diversos atores em cena que apresentam uma rica variedade de propostas de intervenção, de compreensão dos problemas. Essas diferenças naturalmente criam conflitos imobilizantes ou produtores de recursos coletivos no encaminhamento da resolução dos problemas. Para o sucesso da construção da rede depende da capacidade de dialogar e estabelecer consensos em relações de respeito e confiança, necessários para a condução do trabalho em rede<sup>(17)</sup>.

Ainda nesse enfoque, salienta-se que o trabalho em

rede identifica as limitações dos serviços locais que precisam de atenção, dentre eles, a informatização da ficha de notificação, pois serve de fonte de informação para o acompanhamento dos casos e subsidia a formação de um banco de dados sobre a posição da violência contra crianças e adolescentes nos municípios<sup>(16)</sup>. Um sistema de informação de qualidade poderá avaliar e monitorar o impacto da violência nos serviços de saúde<sup>(17)</sup>.

Nesse aspecto, o estudo revela que 91,66% dos sujeitos sabem que existe a ficha de notificação compulsória para casos de maus tratos e violência contra crianças nas instituições. No que tange à responsabilidade pelo seu preenchimento, salienta-se que 66,66% dos sujeitos responsabilizaram o médico, seguidos de 25% que atribuem a tarefa ao enfermeiro, 37,5%, ao assistente social e 12,5%, ao médico e ao enfermeiro. Observa-se que a maioria dos profissionais conhece a ficha de notificação, mas não se apropriam da função do preenchimento da mesma, atribuindo, ao enfermeiro e ao médico, esta responsabilidade.

A Portaria 1968 de outubro de 2001 torna obrigatória a notificação em todo território nacional e em seu Artigo 1º estabelece que "os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde (SUS), deverão notificar ao Conselho Tutelar da localidade todo caso de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidas". O Manual de Preenchimento da Ficha de Notificação traz algumas especificidades quanto ao preenchimento dos campos, recomenda a importância da participação da equipe multidisciplinar no atendimento e faz menção ao médico como responsável pela caracterização da lesão e do diagnóstico<sup>(9)</sup>.

A falta da notificação tem sido um problema enfrentando por muitas instituições. As causas atribuídas a não notificação baseiam-se na descrença quanto à resolutividade dos casos por parte dos conselhos e pelo temor dos profissionais. Quanto ao seguimento da criança vítima de violência e de sua família, os profissionais de saúde manifestam o desejo no retorno dos casos notificados, os quais, na maioria, não acontecem. Nesse aspecto, acompanhar os casos junto ao Conselho Tutelar poderia constituir uma forma de auxiliar as famílias a enfrentarem as dificuldades geradas pela violência<sup>(2)</sup>.

As justificativas sobre a decisão da notificação não se devem somente à legislação, mas, sim, às especificidades dos casos, à influência de fatores pessoais dos profissionais e às estruturas dos serviços de saúde. Além disso, há desafios enfrentados pelos profissionais no ato de notificar pois, em alguns casos, durante a obtenção das informações, as famílias podem omitir informações, na tentativa de esconder a violência devido ao medo das conseqüências geradas, dificultando a suspeita ou a confirmação dos casos e, conseqüentemente, a subnotificação<sup>(7)</sup>.

Inúmeros são os problemas enfrentados pelos profissionais de saúde quanto à notificação, fazendo-se, assim, necessário que os serviços de saúde se organizem de forma interdisciplinar, engajados na busca de recursos que facilitem o acesso às redes de apoio e proteção. Talvez assim, os profissionais se sintam mais confiantes na abordagem de crianças vítimas de violência e sigam o fluxo do atendimento de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde<sup>(18)</sup>.

### Sinais de violência e sentimentos dos profissionais diante do atendimento

Em relação aos sinais de violência mencionados pelos sujeitos nas três instituições pesquisadas, observou-se que os sinais e sintomas de maior reconhecimento foram hematomas com 91,17% e lesões de pele com marca de dedos com 70,58%. Em estudo realizado em Serviço de Pronto Atendimento em uma cidade do Paraná sobre o olhar dos profissionais de enfermagem, os achados da Pesquisa convergem com o do presente estudo. No entanto observaram que nem sempre os casos são considerados violência devido ao tipo de abordagem dos profissionais. Nesse sentido, a suspeita de que a violência ocorreu poderá estabelecer uma investigação mais detalhada<sup>(7)</sup>.

Outro sinal, identificado pelos profissionais, é a violência sexual com, 94,11%, e desses 18,49% citam manchas roxas pelo corpo, dor e coceira nos genitais, seguidos de genitais inchados e dificuldades para sentar com 13,69%. Roupas íntimas sujas, rasgadas, manchadas de sangue e hemorragia genital e/ou retal perfizeram 15,06% dos sinais. Nesse sentido, confirma-se que sangramento genital, dor e secreções são sinais indicadores de abuso. Já com relação a alterações retais, os traumas podem evoluir para infecções locais.

Contudo, em alguns casos, evolui sem deixar sinais e a alteração que pode ter significado de abuso. O reconhecimento dos sinais das várias formas de violência à criança deve fazer parte da rotina dos profissionais da saúde, sendo que o sucesso das intervenções dependerá da

abordagem da equipe. É necessário estar atento para suspeitar a existência de violência e, também, comprometido com a ruptura do ciclo da violência<sup>(18)</sup>.

Além disso, chama-se a atenção para os sinais não tão evidentes, expressos pela criança, como comportamentos retraídos na mesa do exame, histórias que a mãe conta e a forma como a criança conta a história. Considera-se essencial o conhecimento dos profissionais quanto ao reconhecimento dos sinais visíveis e não visíveis, pois nem todas as crianças apresentam sinais visíveis de abuso e violência sexual. Assim, a forma como acolhem, escutam e atendem as crianças e adolescentes vítimas de violência e de maus tratos influencia na adesão ao cuidado e tratamento. Cabe ao profissional ter um olhar crítico e sensível para analisar cada situação, sendo fundamental a abordagem multidisciplinar<sup>(18)</sup>.

A falta de conhecimento sobre os sinais de violência é uma das barreiras que levam os profissionais de saúde a atuar de forma a contribuir para a manutenção do ciclo de violência<sup>(19)</sup>. Saliencia-se, ainda, que os sinais de violência podem confundir-se com outros problemas de saúde, dificultando a abordagem do problema e do cuidado destinado às vítimas, visto que, nessas situações, a forma, como se processa o cuidado, apresenta-se diversificada, sendo decorrente dos sentimentos que o problema provoca nos trabalhadores de saúde e da maneira como os expressam<sup>(7)</sup>.

No que se refere aos sentimentos manifestados pelos profissionais, a Tabela 1, mostra como são expressos.

**Tabela 1:** Distribuição dos profissionais de saúde, segundo os sentimentos diante dos atendimentos de crianças e adolescentes vítimas de violência, nas três instituições hospitalares no município de Cruz Alta, RS, 2008.

Sentimento	Profissionais		Médico		Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Revolta, indignação	4	100	1	7,6	11	57,89	12,6	74,49		
Medo, respeito	-	-	5	38,46	-	-	5	38,46		
Indignação, impotência	-	-	2	15,38	1	5,26	3	20,64		
Revolta, impotência e frustração	-	-	3	23,07	1	5,26	4	28,33		
Raiva	-	-	1	7,6	1	5,26	2	12,86		
Tristeza e ódio	-	-	-	-	2	10,52	2	10,52		
Raiva, nojo	-	-	-	-	1	5,26	1	5,26		
Não respondeu	-	-	-	-	1	5,26	1	5,26		
Desconfortável	-	-	-	-	1	5,26	1	5,26		

Observa-se que, diante de situações de atendimento a crianças vítimas de violência, os sentimentos mais apontados pelos profissionais foram revolta, indignação, impotência, entre outros. Esses sentimentos podem estar relacionados ao despreparo dos profissionais em lidar com seus próprios sentimentos, pois o atendimento perpassa pelos aspectos emocionais do indivíduo e podem estar atrelados a tabus, preconceitos e até mesmo a atitudes de fuga diante de situações estressoras como essas, considerando a dificuldade que os profissionais de saúde têm em se envolver com problemas que submergem à própria subjetividade, à da vítima e à da família. Outro elemento centra-se na insuficiência da formação, no que se refere à abordagem da criança e do adolescente vítima de violência, levando à insegurança durante o acolhimento desses usuários no serviço de saúde. Isto se dá devido à formação biomédica dos profissionais, pois eles tendem a medicalizar a violência e encontram dificuldade em intervir em problemas de ordem social<sup>(2)</sup>.

A Tabela 1 mostra que 74,49% dos profissionais sente

revolta e indignação ao atender casos de crianças vítimas de violência, 38,46% sentem medo e respeito e 28,33% sentem revolta, impotência e frustração. Os sentimentos, revelados pelos profissionais, são semelhantes aos de outros estudos e, muitas vezes, são apontados como responsáveis por atitudes omissas e inseguras, pois gera, no profissional, uma paralisia diante do fenômeno violência.

Esse tipo de atendimento ocasiona, no profissional de saúde, diversos sentimentos mostrando, acima de tudo, que é um ser humano antes de ser profissional e a necessidade de controle sobre suas emoções diante de situações como a violência. Em estudo realizado sobre o cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual, atendida em unidade de emergência hospitalar, observou-se que os sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem são de pena, dor e sofrimento. Já quanto à pessoa que cometeu a violência, os sentimentos são de revolta e raiva<sup>(20)</sup>. Neste estudo, foram questionados os sentimentos relacionados ao atendimento considerando os atores envolvidos na violência, não tendo sido especificados sentimentos

relacionados à vítima e ao agressor.

Talvez um dos motivos, pelo qual a equipe sente revolta em casos de violência sexual perpetrada por familiar, é de que, muitas vezes, a própria família protege o agressor em vez de proteger a criança e a equipe sofre por ver o sofrimento da criança<sup>(20)</sup>.

Ressalta-se que os profissionais de saúde sentem insegurança emocional devido ao medo de se expor, pois há casos de ameaça pelos familiares quando ocorre o reconhecimento da violência e encaminhamento para o fluxo do atendimento e, também, casos em que a família mantém a violência em segredo. Por este motivo, acontece frequentemente a omissão dos encaminhamentos adequados nos casos de violência<sup>(2)</sup>.

O contato com situações de sofrimento e risco, a insegurança e os questionamentos que despertam, bem como a impotência em obter soluções imediatas, exigem do profissional de saúde um tempo de autodedicação para proteção e alívio de tensões. Em alguns casos, as estratégias, para suportar o sofrimento, são criadas pelo próprio grupo por meio de auxílio mútuo, sem que as instituições ofertem esse suporte<sup>(19)</sup>.

Em muitas situações, o encaminhando ou não dos casos de violência gera sentimento de frustração ou impotência<sup>(19)</sup>. Observou-se, ainda, que diante da descrença nos serviços externos ao hospital, a consciência moral dos profissionais gera tensão acompanhada de angústia, indignação, revolta e culpa.

Frente a esses sentimentos, os profissionais de saúde, muitas vezes, mantêm uma posição de desinformação, indiferença, negação, preconceito e temor com relação ao problema da violência, bem como na detecção e prevenção de situações de risco. Além disso, evitam proximidade com os sujeitos vitimizados, sendo uma forma que os profissionais encontram de manter-se distantes do problema da violência para se proteger do sofrimento e do conflito decorrentes do enfrentamento dessas situações. Outra maneira utilizada pelos profissionais, como defesa, é o parcelamento das atividades, pois quanto menor o contato, menor o risco de sentir angústia e revolta, sentimentos encontrados pelos sujeitos do presente estudo<sup>(19)</sup>.

Os sentimentos e comportamentos dos profissionais de saúde do estudo revelam a falta de estrutura das instituições com suporte psicológico e falta de capacitação que habilitem os profissionais a enfrentar essas situações adequadamente. Nesse contexto, pensa-se que os profissionais de saúde podem articular-se com outras categorias e estruturar equipes multidisciplinares, visto ser um desafio a ser enfrentado, no que tange ao problema da violência. Superar as limitações próprias e impostas pelas condições de trabalho tem sido tema de diversos estudos que apontam para a oferta de serviços de suporte psicológico para os trabalhadores e de qualificação como proposta para um atendimento integral, equânime e humanizado para a criança e sua família. Além disso, é preciso que as instituições ofereçam instrumentos, espaços físicos, equipes multiprofissionais e respaldo legal para que os profissionais possam atuar com autonomia e segurança no espaço hospitalar que integra a rede dos serviços prestados à criança e adolescentes vítima de violência<sup>(7)</sup>.

## CONCLUSÃO

O presente estudo revela que o atendimento e o

acolhimento, realizados pelos profissionais de saúde, esbarram na falta de um sistema complexo de estrutura, recursos humanos e incentivos à qualificação, para melhor atender os casos por eles assistidos. Em muitas situações, o encaminhamento e o acompanhamento não transcorrem adequadamente, não havendo resolutividade, perpetuando-se o ciclo da violência.

Nas três instituições pesquisadas, existe a ficha de notificação compulsória para casos de violência e abuso sexual contra crianças e adolescentes, mas nem todos os profissionais têm conhecimento dela e muitos têm dúvidas sobre a responsabilidade de quem deve preenchê-la. Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde se familiarizem com esse instrumento, pois por meio dele será possível conhecer a magnitude da problemática do grupo populacional estudado, bem como fomentar estratégias locais e municipais para o seu enfrentamento.

Os sentimentos apontados pelos profissionais diante do atendimento a crianças vítimas de violência são revolta, indignação, medo, respeito, impotência e frustração, corroborando os estudos já realizados. Nesse sentido, sugere-se a oferta de qualificação profissional como forma de mobilização para ações eficazes e seguras no atendimento hospitalar à criança vítima de violência.

Nessa perspectiva, os profissionais da Saúde, para atuarem com eficácia e impacto social, necessitam ir além das etapas dos diagnósticos do problema e tratamento das vítimas, enfoques que predominam atualmente. A promoção da saúde precisa tornar-se prioridade e ser trabalhada em abordagens intersetoriais, envolvendo a participação dos usuários. Saliencia-se, ainda, que é imprescindível que cada profissional, cada equipe ou unidade de Saúde adote a decisão pessoal e coletiva de enfrentar a violência e os acidentes que atingem a população.

A omissão, o silêncio e a negligência são comportamentos que devem ser revistos, pois refletem as concepções de profissionais diante da violência intrafamiliar. É preciso pensar a violência como uma dinâmica relacional que ocorre no âmbito das famílias que, por sua vez, deve ser considerada no planejamento das ações em saúde.

Finaliza-se, mencionando que, dentre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, destaca-se a apreensão dos conceitos que fundamentam a compreensão e orientam as ações necessárias para o enfrentamento de uma rede complexa e interligada de violência, pois a promoção da democratização do País exige o engajamento de todos para maior inclusão das crianças e adolescentes nos direitos de cidadania. Pensa-se que um trabalho em rede de proteção requer um novo modo de ver o problema e, conseqüentemente, nova postura profissional, com posições mais solidárias e comprometidas em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes.

Um dos fatores limitantes do estudo está relacionado ao instrumento de coleta com perguntas fechadas que pode ter limitado as repostas dadas pelos profissionais e, nesse aspecto, perguntas abertas poderiam ter oportunizado, aos sujeitos, expressarem outros sentimentos que não os manifestados. Estudos que privilegiem a abordagem qualitativa, nesse caso, poderão ser úteis para ampliar a compreensão desses elementos.

## REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

2. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta paul. enferm.* 2009;22(spe):903-8.
3. Melo MC, Cristo RC, Kamada I. Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. *Comun Ciênc Saúde.* 2006;17(1):47-52.
4. Azambuja MPR. Violência doméstica reflexões sobre o agir profissional. *Psicol. ciênc.* 25(1):4-13.
5. Silva MAI, Ferriani MGC. Violência doméstica do visível ao invisível. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet].* 2007 [cited 2010 sep 29];15(2):275-81. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.pdf).
6. Gebara CFP, Lourenço LM. Crenças de profissionais da saúde sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Psicologia em Pesquisa.* 2008;2(1):27-39.
7. Thomazine AT, Oliveira, BRG, Vieira, CS. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviço de pronto- atendimento. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]* 2009 [cited 2010 sep 29];11(4):830-40. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a08.pdf>.
8. Martins CBG, Andrade SM. Violência na Infância e Juventude: atendimentos hospitalares e mortalidade em município da região Sul do Brasil. *Acta Sci. Health Sci.* 2006;28(1):29-35.
9. Coordenação de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação para vigilância de Violência e Acidentes. Manual de Preenchimento. Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2007.
10. Lima PD, Farias GM. Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2008 [cited 2010 sep 29];10(3):643-53. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a10.pdf>.
11. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Taquette MPV. Conflitos éticos no atendimento a saúde dos adolescentes. *Cad Saude Publica.* 2005;21(6):1717-25.
12. Deslandes SF, Souza ER, Minayo MCS, Costa CRBSF, Krempe M, Cavalcanti ML, et al. Caracterização Diagnóstica dos Serviços que Atendem vítimas de acidentes e violências em 5 capitais brasileiras. *Cien Saude Colet.* 2007; 11 Suppl:1279-90.
13. Deslandes SF, Minayo MCS, Lima MLC. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes de violências no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2008;24(6):430-40.
14. Algeri S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. *Rev Gaucha Enferm.* 2005;26(3):308-15.
15. Moura ATMS, Reicheinheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005;21(4):1124-33.
16. Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo MCS. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Cien Saude Colet.* 2007;11 Suppl:1313-22.
17. Melman J, Cilibert ME, Aoki M, Junior NF. Tecendo redes de paz. *Saude soc.* 2009;18 Suppl 1:66-72.
18. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, et al. A proposta de rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de Violência e Acidentes. *Cienc Saude Colet.* 2006;11 Suppl:1269-78.
19. Leal SMC, Lopes MJL. A violência como objeto da assistência da assistência em um hospital de trauma: "o olhar da enfermagem". *Cienc Saude Colet.* 2005;10(2):419-31.
20. Woiski ROS, Rocha DLB. Cuidado à criança vítima de violência sexual. *Esc. Anna Nery.* 2010;14(1):143-50.

Artigo recebido em 20.10.2009

Aprovado para publicação em 20.08.2010

Artigo publicado em 30.09.2010