

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

LUCIANA VILMA OLIVEIRA QUINTINO

**MAUS TRATOS INFANTIS:
significados e experiências de profissionais de saúde**

**FORTALEZA – CEARÁ
2011**

LUCIANA VILMA OLIVEIRA QUINTINO

MAUS TRATOS INFANTIS:
significados e experiências de profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes

FORTALEZA – CEARÁ
2011

Q79m

Quintino, Luciana Vilma Oliveira

Maus tratos infantis: significados e experiências de profissionais de saúde / Luciana Vilma Oliveira Quintino. — Fortaleza, 2011.

89 p.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Ilvana Lima Verde Gomes.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Maus Tratos Infantis. 2. Cuidado da Criança. 3. Acolhimento. 4. Assistência à Saúde. 5. Emoções. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 341.533

LUCIANA VILMA OLIVEIRA QUINTINO

MAUS TRATOS INFANTIS:
significados e experiências de profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: 06/01/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Prof^a. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Prof^a. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiróz
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Às crianças vítimas de maus tratos, que têm seus direitos desrespeitados pelos adultos, especialmente por aqueles que deveriam protegê-las.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais Francisco Quintino de Freitas e Maria Cleoneide de Oliveira Quintino, sem os quais eu não estaria aqui, e por terem me fornecido condições para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu esposo Paulo Pedro da Silva Amaral, que com muita compreensão, carinho e apoio, não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

À professora Ilvana Lima Verde Gomes, pela dedicação na orientação e pela contribuição para a reflexão, que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

Aos meus amigos do mestrado, pelo incentivo constante e pela amizade, que contribuíram para amenizar os momentos difíceis.

Às professoras Luiza Jane Eyre de Souza Vieira e Maria Veraci Oliveira Queiróz, membros da Banca Examinadora, por terem atendido ao convite para desempenhar este papel, dispondo de seu tempo e conhecimento para analisar este trabalho.

À Universidade Estadual do Ceará e ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, pelos saberes que me foram transmitidos ao longo da minha vida acadêmica.

Aos profissionais de saúde que participaram da pesquisa, pela disponibilidade em colaborar com a realização deste estudo.

À direção da instituição hospitalar onde foi realizada a pesquisa, pelo consentimento para que a mesma fosse desenvolvida.

À Mardênia Gomes, mestranda em Saúde Pública da UECE, pela contribuição para o esclarecimento e construção do fluxograma.

O sofrimento que surge na infância deixa sequelas profundas e, limita o adulto que podemos chegar a ser. Uma criança maltratada é uma criança solitária, isolada que espera ajuda, espera que alguém intervenha para por fim aos seus sofrimentos.

Maria Inés Bringiotti (1999)

RESUMO

Os maus tratos infantis são cometidos quando um indivíduo se utiliza de sua condição de superioridade para cometer um dano físico, psicológico e/ou sexual, contrariamente à vontade da criança. Podem acarretar em traumas físicos e psicológicos. O número de vítimas vem aumentando nos últimos anos, destacando-se como um sério problema de saúde pública. O atendimento exige uma abordagem cuidadosa e sensível, os serviços de saúde precisam estar preparados para atender a essa demanda. Este estudo teve como objetivos: compreender como ocorre o cuidado de profissionais de saúde a crianças vítimas de maus tratos; apreender o significado que os profissionais de saúde atribuem ao cuidado a crianças vítimas de maus tratos; identificar as práticas de cuidado utilizadas pelos profissionais de saúde no atendimento a crianças vitimadas por maus tratos e descrever os fluxos de atendimento a crianças que sofrem maus tratos, bem como aos seus familiares. A trajetória metodológica fundamentou-se na abordagem qualitativa e teve como cenário a emergência pediátrica de um hospital municipal localizado na cidade de Fortaleza. Participaram do estudo 14 profissionais de saúde desta emergência. Utilizaram-se como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação sistemática das práticas. A coleta das informações ocorreu de março a junho de 2010. As informações foram analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo e discutidas com base no referencial teórico. Foram construídos os seguintes temas: perfil profissional dos participantes; concepções de cuidado a crianças vítimas de maus tratos; emoções surgidas nos participantes durante o cuidado a crianças vítimas de maus tratos; fluxograma de atendimento e práticas de cuidado a crianças vítimas de maus tratos. Os resultados revelaram que o acolhimento e o vínculo foram utilizados como ferramentas do processo terapêutico, apesar de alguns profissionais não se envolverem nesse processo. A multidisciplinaridade e a responsabilidade foram vistas como condições fundamentais para o cuidado. Durante o cuidado, os participantes revelaram ter surgido sentimentos, dentre eles, destacaram-se: pena, revolta, tristeza, angústia, preocupação e impotência. O fluxograma de atendimento no serviço apontou falhas, como: burocratização no atendimento, inexistência de classificação de risco no serviço noturno, subnotificação, avaliações rápidas e desrespeito à privacidade. Com relação aos resultados da pesquisa, concluiu-se que os participantes se preocupavam com problemas que ultrapassavam suas limitações profissionais e não realizavam questionamentos acerca dos serviços que compunha a rede de proteção às crianças vítimas de maus tratos e das políticas públicas necessárias ao enfrentamento deste agravo. Além disso, durante o cuidar dessas crianças, eles mobilizavam emoções que poderiam influenciar negativamente no processo terapêutico.

Palavras-chave: Maus Tratos Infantis. Cuidado da Criança. Acolhimento. Assistência à Saúde. Emoções.

ABSTRACT

Child abuse is committed when a person uses their status of superiority to commit physical, psychological and/or sexual injury, against child's wishes. They may result in physical and psychological trauma. The number of victims has increased in the last years, becoming a serious public health problem. The service requires a careful and sensitive approach, the health services must be prepared to fulfill this demand. This study had as objectives to understand the care of health professionals to children victims of abuse, to learn the meaning that health professionals give to the care of children victims of abuse, to identify the care practices used by health professionals in the assistance for children victims of abuse and describe the flowchart of assistance for children victims of abuse, as well as their relatives. Methodology was based on qualitative approach and had as scenario the pediatric emergency of a municipal hospital in the city of Fortaleza. 14 health professionals of this emergency participated of the study. For data collection the techniques of semi-structured interview and systematic observation of practice were used. Data collection happened from March to June 2010. Data were analyzed according to thematic category analysis technique and discussed based on the theoretical reference. The following themes emerged: professional profile of participants; concepts of care of children victims of abuse; emotions that emerged in participants during care of children victims of abuse; assistance flowchart and care practices to children victims of abuse. The results show that the reception and bonding are used as tools of the therapeutic process, although some professionals do not engage in this process. Multidisciplinary and responsibility are seen as fundamental conditions for care. During care, participants revealed that feelings emerged, among them are: pity, anger, sadness, anxiety, worry and helplessness. The assistance flowchart at the service shows failures, such as: bureaucratization in assistance, lack of risk rating in the night service, underreporting, fast assessments and disregard for privacy. Concerning the results, we concluded that participants were concerned with issues that went beyond their professional limitations and did not question the services that compose the network of protection for child victims of abuse and public policies necessary to confront this problem. Besides, during the care of these children, they mobilized emotions that could negatively influence the therapeutic process.

Keywords: Child Abuse. Child Care. User Embrace. Delivery of Health Care. Emotions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	Denúncias recebidas por região no Disque Denúncia Nacional, no período de maio de 2003 a abril de 2009.....	15
FIGURA 1	Fluxograma analisador de um serviço de saúde.....	36
QUADRO 1	Distribuição do perfil profissional dos participantes do estudo segundo algumas variáveis. Fortaleza-CE, 2010.....	41
FIGURA 2	Fluxograma analisador das atividades dos profissionais de saúde no cuidado à criança/família vítima de maus tratos.....	62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CLAVES	Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
MJ	Ministério da Justiça
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SRDP	Secretaria Especial dos Direitos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO À TEMÁTICA	12
1.1	APROXIMAÇÃO DO PESQUISADOR COM O OBJETO	12
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO	13
1.3	OBJETIVOS	17
2	EIXO TEÓRICO	18
2.1	CUIDADO DE SAÚDE E TECNOLOGIAS LEVES	18
2.2	ATENÇÃO À CRIANÇA NO CONTEXTO SOCIAL E DE SAÚDE.....	21
2.3	MAUS TRATOS: CONCEITOS, TIPOS E REPERCUSSÕES	24
2.4	PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO À CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS TRATOS	26
3	CAMINHO METODOLÓGICO	31
3.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	31
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	33
3.4	ESTRATÉGIAS DE COLETA DAS INFORMAÇÕES	34
3.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	38
3.6	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1	PERFIL PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES	41
4.2	CONCEPÇÕES DE CUIDADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS TRATOS	44
4.3	EMOÇÕES SURGIDAS NOS PARTICIPANTES DURANTE O CUIDADO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS TRATOS.....	55
4.4	FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E PRÁTICAS DE CUIDADO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS TRATOS	61
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	82
	ANEXOS	86

1 INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

1.1 APROXIMAÇÃO DO PESQUISADOR COM O OBJETO

Ao longo da trajetória profissional, na atuação como enfermeira assistencial, a pesquisadora deste trabalho se identificou com a população infantil devido à sua peculiaridade em depender da proteção dos adultos para crescer e se desenvolver, merecendo, assim, maior atenção.

Durante o trabalho em uma unidade de emergência pediátrica de um hospital público durante doze anos, a autora tem percebido o atendimento de crianças por diferentes tipos de agravos. Dentre eles, os maus tratos que despertaram maior atenção por serem eventos frequentes e se manifestarem nas mais diversas modalidades, destacando-se as físicas e sexuais, além daquelas que envolviam negligência, abandono e privação de cuidados.

Durante este período, observou-se que as vítimas pertenciam a diferentes faixas etárias, com predominância no sexo feminino. Em muitos casos, a principal queixa registrada pelos responsáveis pelas crianças no atendimento inicial era relacionada a algum outro agravo que, no decorrer do atendimento, era identificado como maus tratos pelo profissional de saúde. Em várias destas situações, os agressores eram os próprios pais, familiares, cuidadores ou pessoas que possuíam algum tipo de vínculo com a família da vítima.

Apesar de considerar a gravidade dos maus tratos em qualquer faixa etária, a pesquisadora sentia-se extremamente incomodada quando as agressões que eram cometidas contra a população infantil, especialmente por sua vulnerabilidade, incapacidade para se defender e pelas repercussões advindas deste agravo.

Em busca por uma melhor compreensão acerca deste fenômeno, e a fim de otimizar a qualidade da assistência à criança vítima de maus tratos, a autora participou de um curso de aperfeiçoamento à distância, intitulado “Impactos da Violência na Saúde”, com carga horária de 240 horas, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz.

O referido curso foi promovido pelo Ministério da Saúde, direcionado aos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às vítimas de violência nas emergências públicas das capitais do país. O material didático, como também as várias leituras e discussões, aproximaram a autora ainda mais da problemática, contribuindo para o reconhecimento do atual contexto da violência na realidade brasileira e seus vários aspectos, proporcionando reflexão acerca da prática assistencial.

Em face da relevância dos maus tratos infantis para a saúde pública, elaborou-se um anteprojeto de pesquisa acerca da temática com vistas à participação da seleção do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará. Inicialmente, o projeto seria um estudo epidemiológico, porém alterou-se após a realização de disciplinas relacionadas à humanização nos serviços de saúde, micropolítica do trabalho em saúde, tecnologias leves, entre outras, que despertaram o interesse específico da autora pelo cuidado à criança vítima de maus tratos.

1. 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

A violência tem sido motivo crescente de preocupação à sociedade em geral, acompanhando toda a história e as transformações da humanidade, estando presente nas diferentes esferas da vida social (SOUZA, 2007; SOUZA; SANTANA, 2007). O número de vítimas deste agravo vem aumentando significativamente nos últimos anos, destacando-se entre as principais causas de morbimortalidade no mundo (MASCARENHAS, 2009).

Por ser um fenômeno complexo e multicausal, seus conceitos não são definitivos e precisos. Preocupada com a seriedade das suas implicações e repercussões na saúde pública, a Organização Mundial da Saúde (OMS) pronunciou-se de forma mais decisiva através do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, em 2002, em que identificou o agravo como um problema de saúde pública e o definiu como:

Uso 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

Com relação à natureza dos atos violentos, são adotadas quatro modalidades de expressão, conhecidas também por abusos ou maus tratos: física, psicológica, sexual e envolvendo abandono, negligência ou privação de cuidados (SOUZA, 2007). Ao longo do relatório foram abordados os conceitos e as diferentes modalidades de maus tratos, suas repercussões no crescimento e desenvolvimento humanos, bem como o cuidado de saúde que deve ser prestado às crianças vitimadas.

As crianças estão hoje entre as principais vítimas desta relação de poder. Trata-se de uma população cujos direitos básicos são muitas vezes violados, como o acesso à escola, a assistência à saúde e segurança, como também aos cuidados necessários para o seu desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

Tendo em vista o número crescente de crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, atendidos nos serviços de saúde, a Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, em associação com o Centro Latino - Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli - CLAVES e a Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, elaboraram, em 2001, um guia de atuação frente aos maus tratos na infância e na adolescência com o propósito de orientar os pediatras e demais profissionais no atendimento dessa população. O documento aponta as causas externas, com destaque para a violência, entre as principais causas de mortalidade de crianças a partir de cinco anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

De acordo com informações do Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes, órgão coordenado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR, relatório geral referente ao período de maio de 2003 a abril de 2009, as denúncias no país vêm aumentando a cada ano (SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2009).

No relatório, conforme ilustrado no Gráfico 1, a região Nordeste encontrava-se com maior número de denúncias ao serviço, em valores absolutos, seguida das regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Norte. Com relação à modalidade de maus tratos, as denúncias recebidas neste período foram organizadas em três categorias: negligência, violência física e psicológica, violência sexual, e corresponderam respectivamente a 35%, 34% e 31% (SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2009).

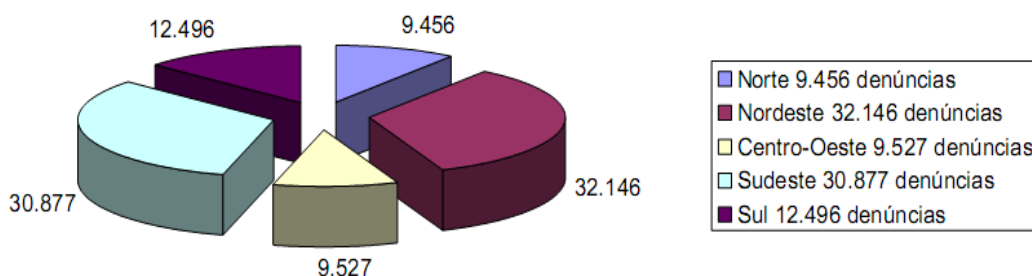


GRÁFICO 1 - Denúncias recebidas por região pelo Disque Denúncia Nacional, no período de maio de 2003 a abril de 2009.

Ponderando a posição da região Nordeste em primeiro lugar no *ranking* das denúncias e buscando por uma melhor compreensão do atual contexto acerca da violência sexual contra crianças e adolescentes no estado do Ceará, realizou-se um estudo bibliográfico, com o objetivo de analisar as reportagens publicadas sobre a temática nos dois principais jornais do estado, no período compreendido entre janeiro de 2007 e abril de 2009.

A pesquisa, apresentada posteriormente no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e publicada em anais, resultou em 64 notícias. Após análise destas, observou-se que a maioria dos agressores era do sexo masculino, muitos tinham alguma relação social com a vítima ou eram os próprios genitores das mesmas. Dos casos estudados, aconteceram cinco gravidezes e cinco óbitos. Diante de tais

ocorrências, percebeu-se a necessidade da participação de toda a sociedade na proteção e vigilância das crianças, com vistas a enfrentar as diversas formas de maus tratos e suas repercussões (QUINTINO et al., 2009).

O atendimento dessas crianças nos serviços de saúde pressupõe a existência de equipe multiprofissional, com capacidade para atender a especificidade desta demanda. A assistência adequada exige uma abordagem multidisciplinar, com conhecimentos e recursos suficientes (CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006). A equipe envolvida no cuidado deve respeitar os direitos da criança e conduzir o atendimento baseado na integralidade, ampliando a capacidade de responsabilização dos trabalhadores (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Com o propósito de aprofundar conhecimentos sobre a temática, procedeu-se a uma busca por pesquisas científicas em várias fontes. Foram identificados muitos estudos epidemiológicos, abordando o perfil dos casos de maus tratos, destacando-se as produções de: Ribeiro, Ferriani e Reis (2004); De Lorenzi, Pontalti e Flech (2001); Ferriani, Garbin e Ribeiro (2004); Baptista et al. (2008); Costa et al. (2007); Drezet et al. (2001); Faleiros e Bazon (2008).

Outras pesquisas encontradas enfatizavam as repercussões dos maus tratos no crescimento e no desenvolvimento infantil: Aded et al. (2006); Pesce (2009); Pires e Miyasaki (2005); Pfeiffer e Salvagni (2005). Contudo, evidenciou-se a escassez de estudos relativos aos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde às crianças vitimadas e ao significado deste cuidado para estes indivíduos.

Em uma perspectiva integral, esse cuidado abrange o acolhimento, a detecção dos maus tratos, a notificação e o encaminhamento para as redes de proteção e o apoio. Ele depende do somatório das ações de uma equipe multiprofissional, de forma a garantir à criança uma rede de serviços com resolutividade.

Diante da contextualização dos maus tratos na saúde pública e da experiência da autora enquanto profissional de saúde responsável pelo cuidado a essas crianças em um serviço de emergência e as observações de seu cotidiano, propôs-se desenvolver esta pesquisa e, no decorrer desta, buscar por respostas

para as seguintes questões norteadoras: como os profissionais de saúde cuidam das crianças vitimadas por maus tratos? Que significados os profissionais de saúde atribuem ao cuidado de crianças vitimadas por maus tratos? Quais as práticas de cuidado que os profissionais de saúde utilizam no atendimento às crianças vitimadas por maus tratos? Qual o fluxo de atendimento dispensado pelos profissionais de saúde às crianças vitimadas por maus tratos e seus familiares?

1.3 OBJETIVOS

Na tentativa de encontrar respostas para os questionamentos apresentados, estabeleceu-se como objetivo geral da pesquisa:

- Compreender como ocorre o cuidado dos profissionais de saúde às crianças vitimadas por maus tratos.

Para auxiliar o cumprimento desse objetivo, delinearam-se os objetivos específicos:

- Apreender o significado que os profissionais de saúde atribuem ao cuidado de crianças vitimadas por maus tratos;
- Identificar as práticas de cuidado utilizadas pelos profissionais de saúde no atendimento às crianças vitimadas por maus tratos;
- Descrever os fluxos de atendimento às crianças vitimadas por maus tratos, bem como aos seus familiares.

Os resultados desta investigação poderão apontar o cotidiano das ações dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a essa clientela e as dificuldades vivenciadas por eles; incentivar novos estudos acerca da temática e oferecer subsídios para a elaboração e implementação de estratégias mais amplas para a condução dos casos, bem como a promoção da saúde das vítimas e de seus familiares.

2 EIXO TEÓRICO

2.1 CUIDADO DE SAÚDE E TECNOLOGIAS LEVES

Na perspectiva de Leonardo Boff (2003), o cuidado está presente em todas as situações e ações dos seres humanos. Os sujeitos são dotados de significados e vivências e se entrelaçam em uma dinâmica intersubjetiva. Nesta interação, devem existir sentimentos de respeito e acolhimento, como também uma forma diferenciada de olhar o outro, promovendo maior sentido à vida (SILVA et al., 2005).

Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde o sentido e morre. Se, ao longo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver à sua volta [...]. Por isso o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana. O cuidado há de estar presente em tudo (BOFF, 2003, p. 34).

O cuidado em saúde, no entendimento do senso comum, restringe-se ao conjunto de técnicas e procedimentos empregados com o intuito de obter sucesso terapêutico. Contudo, seu significado perpassa pela utilização destes recursos e está relacionado a uma atitude prática e uma compreensão filosófica acerca do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que o cuidado acontece. Seu conceito alcança uma dimensão bem maior, incluindo escuta, responsabilidade e, sobretudo, respeito à vida humana (FERREIRA; COTTA; OLIVEIRA, 2008).

No âmbito da saúde, o cuidado pode ser compreendido como uma ação terapêutica, baseada no encontro entre dois ou mais sujeitos, que interagem de forma a buscar a promoção do bem-estar ou o conforto de um sofrimento, utilizando-se de saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004). Entretanto, o desenvolvimento de novas tecnologias, a normatização rígida e o modelo centrado na biomedicina contribuem para a impessoalidade nas práticas de saúde, dificultando o estabelecimento de um vínculo terapêutico efetivo.

O atendimento baseado nos moldes da biomedicina, tradicional e hegemônico, focalizado na doença, não se interessa pela vivência e nem tampouco pela subjetividade do paciente, tornando a relação assimétrica, cujo profissional passa a ser o dono do saber. Apesar dos avanços da biomedicina, percebeu-se que o desempenho técnico dos profissionais e os efeitos dos fármacos não tem sido suficientes para a obtenção do sucesso terapêutico, necessitando, portanto, de uma relação centrada no paciente, e não somente na doença (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

O modelo tecnoassistencial hegemônico, com características medicocêntricas e hospitalocêntricas, surgiu do interesse capitalista, que preconiza um sistema de saúde centrado em procedimentos e acumulação do capital. O incentivo ao conhecimento especializado e ao avanço tecnológico, com a descoberta de novos equipamentos, máquinas e fármacos, além de serem custosos ao setor saúde, foram substituindo as relações entre profissionais e usuários, que deveriam estar centradas no acolhimento e vínculo (FRANCO; MERHY, 2007).

Em busca por transformar esse modo em se produzir saúde no Brasil, tendo no usuário final dos serviços o seu verdadeiro sentido, os seres humanos necessitam de tecnologias que facilitem suas relações (MERHY, 2007). Tendo em vista a produção do cuidado, essas ferramentas devem ser incorporadas ao cotidiano das práticas e dos serviços de saúde, substituindo a ênfase na lógica do trabalho morto, representada pelos equipamentos e saberes estruturados (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008; FERRI et al., 2007).

De acordo com Merhy (2007), as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são classificadas em: duras, compreendendo as máquinas e os equipamentos; leve-duras, representadas pelos saberes bem estruturados; e as leves, configuradas pelas tecnologias das relações, através das práticas de acolhimento, produção de vínculo, autonomização e responsabilização.

Todas as tecnologias, como o saber biológico, as intervenções técnicas e os procedimentos baseados na medicalização, têm sua importância no processo de produção do trabalho em saúde. Embora todas sejam relevantes, as tecnologias leves devem ser utilizadas nas situações que envolvem o cuidado em saúde, pois

contribuem com um fazer que seja capaz de atender às necessidades do usuário na sua singularidade (FERRI et al., 2007).

O acolhimento é um dispositivo do cuidado integral, que propõe a reorganização do serviço de saúde, centrado no usuário, de forma a garantir os seguintes princípios: acesso universal, no qual todas as pessoas que procuram os serviços de saúde são atendidas; resolubilidade, oferecendo resposta positiva ao problema da saúde do usuário; e atendimento humanizado, que se baseia na qualidade da relação trabalhador-usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Baseia-se na escuta com qualidade, na multiprofissionalidade, na responsabilização e no comprometimento com a resolubilidade (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2009).

A criação de vínculos entre os atores envolvidos no processo de produção do cuidado em saúde inclui o estabelecimento de uma relação de confiança, mediada pelas subjetividades, de características pessoal, intransferível e calorosa (COSTA, 2004). Implica em uma aproximação estreita, capaz de provocar no trabalhador uma sensibilização com o sofrimento do outro, revelando-se como condição fundamental ao cuidado em saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005; MERHY, 2007).

Com vista à resolubilidade, a equipe de acolhimento intenta encontrar uma solução para a queixa do usuário, sem realizar outro tipo de encaminhamento. Baseada na multidisciplinaridade, a equipe recebe influência de diversos fatores, tais como: discussões permanentes sobre o processo de acolhimento, capacitação e interação da equipe, utilização de protocolos e funcionamento de grupos programáticos (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A responsabilização consiste no somatório das atividades prestadas pelo profissional ao usuário, tendo como enfoque a melhoria da qualidade de vida deste, reconhecendo-o como agente de sua existência. Sendo assim, a responsabilidade pelo usuário, bem como por suas ações e decisões, não é exclusiva do profissional, já que o usuário tem autonomia para determinar o que deseja para si (ROSSI; LIMA, 2005).

Fundamentando-se nas afirmações dos autores referenciados no estudo, compreende-se que o cuidado de saúde precisa ser transformado de forma a atender às necessidades do usuário. Para isso, os profissionais do setor precisam incorporar as tecnologias leves do cuidado na sua prática, através da utilização das relações de acolhimento e vínculo, como também da responsabilização pelo problema do usuário e da busca pela resolubilidade.

2.2 ATENÇÃO À CRIANÇA NO CONTEXTO SOCIAL E DE SAÚDE

Nas sociedades antigas, o Estado e os pais decidiam sobre a vida e a morte das crianças, constituindo-se em prática comum o infanticídio, especialmente quando estas eram defeituosas. O direito de propriedade dos pais sobre os filhos, representado pelo pátrio poder, permitia-lhes castigá-los, puni-los ou condená-los (LIMA, 2009).

Com a intenção de amenizar o sofrimento das crianças e diminuir o infanticídio, foram criadas, na Idade Média, as “rodas dos expostos”, em que eram abandonadas as crianças rejeitadas pelos genitores, que recebiam a garantia do anonimato (ROQUE; FERRIANI, 2002). Nesta época, o cuidado com a criança era considerado um estorvo. A partir do século XX, o significado da infância e os modos de cuidar dos filhos foram mudando e a criança começou a ser vista como sujeito de direitos (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

Essa modificação no modo de pensar a infância teve início em 1924, com a Declaração de Genebra, que expressou a preocupação internacional em assegurar à criança uma proteção especial. Em 1946, foi criado o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, agência da Organização das Nações Unidas - ONU, responsável pelo apoio aos projetos e ações pela sobrevivência, desenvolvimento e proteção de crianças e adolescentes (LIMA, 2009).

Em 1959, período de progresso no tocante à atenção à infância, a Assembléia Geral das Nações Unidas proclamaram sua Declaração Universal dos Direitos da Criança, garantindo-lhe os direitos à sobrevivência, à proteção, ao

desenvolvimento e à participação, além de incentivar o enfrentamento ao abuso e à exploração (UNICEF, 2009; MARCÍLIO, 1998).

O ano de 1978, instituído como o Ano Internacional da Criança, foi mais um momento histórico relevante em defesa da criança. No Brasil, diversas associações começaram a se articular e reuniram esforços com o intuito de defender os direitos da criança, contribuindo para a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente, publicado em 1990 (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

Antecipando a Convenção sobre os Direitos da Criança, no artigo 227, do capítulo VII, da Constituição, em 1988, o Brasil inclui o seguinte conteúdo:

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 (BRASIL, 1988, art. 227).

A legislação, que vem expressar um novo pensamento político no país acerca dos direitos da criança, passa a reconhecê-la como um sujeito dotado de direitos e não apenas como um objeto como era considerada até então. Ao destinar um capítulo para essa problemática, a Constituição responsabiliza a família, o Estado e toda a sociedade pela proteção da criança contra qualquer tipo de violência.

Em 20 de novembro de 1989, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou a Carta Magna para as crianças de todo o mundo, a Convenção sobre os Direitos da Criança, oficializada como Lei internacional no ano seguinte. No documento, quase todos os países do mundo que o assinaram foram legalmente obrigados a auxiliar os pais ou responsáveis a cumprirem suas obrigações para com suas crianças (BARROSO, 2000).

Em detrimento da relevância do fenômeno da violência no Brasil, a sociedade civil iniciou um movimento de combate ao agravo, através da organização

em fóruns e debates, pressionando a elaboração de leis que defendessem os direitos da criança. Surgiu, então, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, instituído pela Lei 8.069, representando um marco histórico de respeito e dignidade e baseando-se na perspectiva da proteção integral a essa população (LIMA, 2009).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, ao considerar a violência contra crianças e adolescentes como problema de saúde pública, apresentou inovações quando comparado aos outros documentos legais, já que tornou obrigatória a notificação de suspeita ou confirmação de maus tratos à autoridade competente (BRASIL, 2006). O artigo 5º preconizou:

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 (BRASIL, 1990).

Muitos pais vêm repetindo o modelo de educação recebido de suas famílias, valorizando os castigos e as punições, manifestados nas formas de maus tratos e surras. Essas práticas agredem seus direitos fundamentais como seres humanos e não os respeitam como sujeitos participantes das relações sociais. De maneira bastante vagarosa e fragmentada, essas formas de “cuidado” têm sido modificadas (LIMA, 2009).

A população infantil, que por muito tempo teve suas ações interligadas à saúde da mulher, tem recebido maior atenção nos últimos anos, representando um campo prioritário do setor. A partir das décadas de 1980 e 1990, as políticas de saúde, nesta área, desenvolveram programas, de modo a fornecer à criança um atendimento mais qualificado e efetivo (ERDMANN; SOUSA, 2009).

A Atenção à Saúde da Criança, um avanço no reconhecimento dos direitos deste grupo, propõe o atendimento à saúde infantil, baseando-se na integralidade do cuidado, objetivando o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência a agravos (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Apesar de todo o aparato legal e dos progressos nas conquistas dos direitos das crianças, Gomes, Caetano e Jorge (2008), em estudo documental, observaram que a realidade brasileira está bem distante do que está escrito, já que os direitos dessa população estão sendo rotineiramente violados.

2.3 MAUS TRATOS: CONCEITOS, TIPOS E REPERCUSSÕES

O abuso ou maltrato pode ser caracterizado quando um indivíduo se utiliza de condições de superioridade, tais como posição social ou econômica, idade, força, inteligência ou autoridade, para cometer um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou tendo obtido seu consentimento a partir de indução ou sedução enganosa. Podem se expressar em quatro modalidades: física, psicológica e sexual, além daquela que envolve abandono, negligência ou privação de cuidados (SOUZA, 2007).

Entre as principais vítimas desta relação imposta pelo poder do mais forte sobre o mais fraco, destacam-se as crianças. De acordo com Bringiotti (2000), o abuso ou maltrato infantil pode ser definido como algum dano físico ou psicológico, não acidental, provocado contra uma criança por seus cuidadores, podendo ser seus próprios pais, decorrentes de atos físicos, sexuais e/ou emocionais, omissão ou permissão, capazes de ameaçar seu desenvolvimento físico e/ou psicológico.

O abuso físico está relacionado ao uso da força que resulte em lesões, traumas, feridas, dores e/ou incapacidades. Estudo realizado por Costa et al. (2007) evidenciou esta modalidade como a mais prevalente entre as crianças e os adolescentes na cidade de Feira de Santana-BA, ocorrendo em todas as idades. Uma revisão da literatura acerca da temática demonstrou que esta tem sido a modalidade mais visível e mais registrada nos serviços de saúde (VIEIRA et al., 2004; COSTA et al., 2007).

O termo abuso psicológico se refere às agressões utilizadas verbalmente com o intuito de humilhar, rejeitar, assustar, restringir a liberdade da vítima, ou até mesmo, isolá-la da convivência com a sociedade. Esta modalidade não produz evidências imediatas, está sempre dotada de subjetividade e diferentes expressões,

constituindo-se na forma mais sutil e de difícil notificação, estando, muitas vezes, associadas a outros tipos de maus tratos (COSTA et al., 2007; SOUZA, 2007).

Outra modalidade bastante praticada contra a criança e investigada por muitos pesquisadores é o abuso sexual. Ocorre nas situações em que um adulto usa uma criança para satisfazer seus desejos sexuais, através de carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005; BAPTISTA et al., 2008; CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006).

Os maus tratos são mundialmente percebidos como uma violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos (GOMES et al., 2002). Além de mortes e incapacidades, sua ocorrência representa grandes riscos ao crescimento e desenvolvimento humanos e acarreta diminuição na qualidade de vida das pessoas.

Ressalta-se que a infância é a primeira fase de crescimento e desenvolvimento humanos, logo os maus tratos praticados contra a criança podem acarretar em sérios prejuízos de comportamento, dificultando a interação com as pessoas de sua convivência (PESCE, 2009).

Embora nem sempre os maus tratos consintam marcas visíveis, estes podem repercutir de forma negativa na vida das crianças, interferindo no rendimento escolar, na adaptação social, na saúde física e mental e contribuindo com o desenvolvimento de distúrbios comportamentais e transtornos psiquiátricos (ADED et al., 2006; CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006).

Em revisão de literatura realizada por Aded et al. (2006), os autores encontraram demonstraram que alguns estudos constataram que crianças submetidas à violência doméstica eram as mais agressivas (OATES, 2004) e as que possuíam baixa autoestima (GERKO et al., 2005; MEYERSON et al., 2002). Quando comparadas as que não sofreram violência, percebeu-se dificuldade de relacionamento interpessoal, déficit de atenção, delinquência, uso de drogas e capacidade cognitiva prejudicada. Além disso, evidenciou-se a possibilidade de as

vítimas se tornarem abusadores na idade adulta (PIRES; MIYAZAKI, 2005; SILVEMAN; REINHERZ; GIACONIA, 1996).

2.4 PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO À CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS TRATOS

Os maus tratos na infância podem acarretar lesões e traumas físicos e psicológicos que convergem para os serviços de saúde, incluindo as unidades de emergência, atenção especializada, reabilitação física e psicológica e assistência social (SOUZA, 2007). Os profissionais deste setor devem estar capacitados para atender a esta demanda, visando à redução das sequelas que o agravo pode gerar em suas vidas e de seus familiares. Em uma perspectiva integral, esse atendimento envolve o acolhimento, a detecção dos maus tratos, a notificação e o encaminhamento para as redes de proteção e apoio.

Assim, os serviços de emergência se configuram em locais mais comuns para onde são encaminhadas as vítimas de maus tratos. Frisa-se que a primeira abordagem deve ser realizada com o intuito de detectar sinais do agravo, representadas por lesões corporais, tais como escoriações, fraturas, marcas de queimaduras propositais e outros sinais sugestivos de maus tratos (MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008).

Como as agressões físicas são mais fáceis de serem percebidas, o profissional de saúde deve ter o cuidado em não valorizar somente sinais e sintomas, patologias ou ferimentos, para que alguns casos, especialmente os que envolvem abuso sexual, sejam detectados, informados e conduzidos de forma adequada (GRUDTNER, 2005).

Ao chegar ao serviço de emergência, a vítima encontra-se fragilizada, com medo e vergonha, principalmente quando foi abusada sexualmente. Além dos cuidados clínicos, ela precisa ser acolhida de forma cuidadosa e sensível. Os profissionais devem assumir uma postura livre de julgamentos ou manifestações pessoais, estabelecendo uma relação de confiança que permita que a mesma se sinta acreditada, segura e protegida da revitimização (BATISTA et al., 2008).

Muitas vezes, a procura por assistência se deve a outros motivos, mascarando a violência e dificultando a detecção de casos, especialmente quando os agressores são os próprios pais, responsáveis ou pessoas ligadas à família. No Brasil, as estatísticas apontam, em proporções significativas, a participação da família, ou de pessoas próximas a ela, como a maior violadora dos direitos infanto-juvenis (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005; BAPTISTA et al., 2008; ADED et al., 2006; FRONER; RAMIRES, 2008; INOUE; RISTUM, 2008).

Muitas vezes, a violência é utilizada pelos pais ou responsáveis como forma de punir as crianças, mas, ao agredi-los física ou psicologicamente, estão mostrando que a violência é uma forma adequada de resolução de conflitos e de relacionamento entre homens e mulheres (PESCE, 2009).

Além da dificuldade em identificar os casos de maus tratos ocorridos no ambiente familiar, existem outros fatores que podem contribuir com a subdetecção, tais como: carência de tempo, capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde, além da ausência de recursos, facilitando a sua perpetuação (MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008). Por outro lado, muitos relutam aproximar-se da temática, devido ao impacto psicológico que o fenômeno causa, exigindo uma abordagem cuidadosa para evitar danos maiores às pessoas envolvidas (DESLANDES, 1999).

No decorrer desta etapa inicial, determinados aspectos como a postura do profissional diante do caso, o vínculo estabelecido com a criança e seus familiares, como também as orientações fornecidas aos envolvidos são determinantes para as etapas seguintes (FERREIRA, 2002).

Após identificar a ocorrência de maus tratos, cabe aos profissionais de saúde a tarefa de realizar as devidas intervenções, que compreendem a terapêutica das manifestações orgânicas e das questões psicológicas, além da assistência nos problemas sociais e da notificação dos casos (FERREIRA, 2002).

A notificação é realizada através do preenchimento de ficha padronizada que reúne informações sobre a identificação da criança ou adolescente, a caracterização dos maus tratos, os dados sobre o atendimento, e a conduta a ser

adotada. É utilizado formulário próprio, preenchido em duas vias, cuja primeira deve ser enviada ao Conselho Tutelar da localidade e a segunda anexada à ficha de atendimento ou prontuário do paciente. A notificação é de responsabilidade da unidade como um todo, e não somente das pessoas que realizaram o atendimento (BRASIL, 2001).

Através da notificação, o profissional comunica a ocorrência do agravo, contribuindo com maior visibilidade do fenômeno e com investimento de políticas públicas para enfrentá-lo. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 13, obriga os profissionais da saúde e educação, como também os responsáveis por esses estabelecimentos, a notificar aos Conselhos Tutelares os casos de maus tratos contra crianças e adolescentes, sejam suspeitos ou confirmados (BRASIL, 1990).

Em relação aos aspectos legais, o ECA prevê uma multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência, aos profissionais que omitirem a autoridade competente os casos de que tenham conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes (BRASIL, 1990).

O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, originário do ECA, que atua no contexto da violência infantil, procurando minimizá-la, em busca por melhores condições de vida para a criança. A criação dessa instituição ocorreu através de Lei municipal e seus conselheiros devem, no mínimo, ter reconhecida idoneidade moral, idade superior a 21 anos e residir no município. Sua atuação tem início com a denúncia ou notificação, de forma confidencial, na qual é assegurada à família o seu sigilo (MELO; CRISTO; KAMADA, 2006).

Estudo realizado por Milani e Loureiro (2008) verificou que a atuação do Conselho Tutelar consistiu em medidas de orientação legal baseadas no ECA e encaminhamentos para os serviços de proteção social, de saúde mental ou jurídica, na tentativa de prevenir a reincidência das agressões.

Apesar da obrigatoriedade do Estatuto da Criança e do Adolescente, o cumprimento deste preceito legal depende de vários aspectos, dentre eles:

sensibilização e conscientização dos profissionais da área, conhecimento acerca do atendimento adequado às vítimas; capacitação para o diagnóstico e a devida intervenção; promoção de medidas preventivas e aperfeiçoamento do sistema de informação sobre o perfil de morbimortalidade por violência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001). O ato de notificar é de extrema importância e deve ser encorajado, já que é a partir dele que medidas de proteção às vítimas podem ser tomadas, contribuindo, assim, com a redução do tempo de exposição às agressões (GRUDTNER, 2005).

Defronte à relevância deste ato para o combate aos maus tratos, destaca-se um dos grandes entraves, a subnotificação, que pode ser decorrente de diversos fatores, que vão desde a inadequada intervenção dos profissionais que atendem a essas vítimas até a inexistência de redes de apoio nos municípios (CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006). Essa prática, tão específica e complexa, exige dos trabalhadores mínimas condições para desenvolvê-la com eficiência, incluindo-se, dentre elas, capacitação, aparato legal e apoio do poder público.

Tendo em vista a importância da capacitação dos profissionais no enfrentamento dos casos de maus tratos, nos últimos anos, as instituições vêm promovendo cursos que propiciam discussões sobre o tema e informam sobre o preenchimento da ficha de notificação. Contudo, esta sozinha não tem sido suficiente para combater o problema, já que os profissionais necessitam também de suporte do poder público, das redes de proteção e apoio, do setor jurídico e de diversos setores da sociedade ou até mesmo da própria unidade hospitalar.

Por meio da notificação ao Conselho Tutelar, as agressões chegam ao conhecimento do Poder Judiciário e as crianças que correm risco ou que estão em situações de gravidade são retiradas do lar e postas em abrigos (MARTINS; JORGE, 2009). Este ato, apesar de ser necessário para a interrupção da violência, pode motivar o sentimento de abandono por parte da criança, gerando danos maiores para ela. Com o propósito de minimizar esses traumas, essas instituições precisam estar estruturadas de forma a oferecer um ambiente propício ao seu desenvolvimento.

Pesquisa realizada por Habigzang et al. (2005) acerca das redes de apoio para vítimas de violência sexual, comprovou que o Conselho Tutelar foi o órgão mais

procurado para denúncia e acompanhamento dos casos. As pesquisadoras apontaram as dificuldades que os conselheiros encontraram para executar as medidas previstas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e sugeriram que as autoridades responsáveis deveriam oferecer maior atenção para esta instituição.

Consoante Grudtner (2005), além dos cuidados específicos dos serviços de saúde, as crianças vitimadas por maus tratos necessitam de atendimento do campo jurídico, social e psicológico. Essas ações devem agir em parceria para possibilitar uma intervenção menos burocrática e mais eficiente junto às famílias. Todavia, atualmente, esses serviços encontram-se desarticulados, pois os seus profissionais não recebem capacitação satisfatória, apoio do poder público e suporte legal, contribuindo com a reincidência das agressões.

Outras ações aliadas ao enfrentamento dos maus tratos no estado do Ceará são as Comissões de Atendimento e Prevenção aos Maus Tratos em Crianças e Adolescentes, instituídas pela Lei Estadual nº 12.242/93. O documento obriga a criação dessas comissões em hospitais pediátricos e nos hospitais de emergência da rede pública, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à rede privada (UNICEF, 2009).

O principal objetivo dessa Comissão é conscientizar a equipe multiprofissional dos serviços de emergência para detectar e conduzir os casos de maus tratos contra crianças e adolescentes, encaminhando-os para as instituições que compõem a rede de proteção e apoio. Têm por objetivos mais específicos a prevenção dos traumas na infância e adolescência, o encaminhamento dos casos para os órgãos de apoio, a valorização dos aspectos éticos e legais, a notificação dos casos confirmados às autoridades competentes, a uniformização das condutas de tratamento e a comunicação com as demais instituições (SILVA; VIEIRA, 2001).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório de natureza qualitativa. De acordo com Cervo, Bervian e Silva (2007), a pesquisa exploratória procura aperfeiçoar ideias, familiarizar-se com um determinado fenômeno ou obter uma nova percepção dele.

Optou-se pela abordagem qualitativa por ser a que melhor pode responder às questões da investigação, já que os significados que as pessoas atribuem às suas experiências não são passíveis de serem quantificados. Segundo Minayo (2008), sua aplicação permite ao pesquisador desvelar sentimentos e pensamentos das pessoas acerca da forma como vivem e se relacionam com o mundo.

O pesquisador qualitativo baseia-se na subjetividade, busca pelo significado dos fenômenos, pelas manifestações, pelas vivências, pelas ideias ou pelos sentimentos para a vida das pessoas (TURATO, 2005). Aprofunda-se no mundo dos sentidos das relações entre os sujeitos, o que não pode ser percebido com o uso de estatísticas (MINAYO, 2009).

A pesquisa qualitativa é fundamentalmente interpretativa, permitindo ao pesquisador proceder a uma interpretação dos dados ou a conclusões sobre seu significado, além de compreender os fenômenos sociais holisticamente (CRESWELL, 2007).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Desenvolveu-se a pesquisa no serviço de emergência de uma instituição hospitalar que prestava atendimento de nível secundário à população e pertencia à Secretaria Executiva Regional V da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Juntamente com outros centros de saúde e um hospital, a instituição recebia usuários de diversos bairros periféricos circunvizinhos, como também pacientes provenientes de outro município localizado nas suas proximidades.

O hospital dispunha de serviço de emergência em pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia e possuía 98 leitos de internação distribuídos nestas especialidades. Contava com equipe de saúde multiprofissional, entre servidores públicos e prestadores de serviço, na qual a de nível superior era composta de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, bioquímicos, farmacêuticos e terapeuta ocupacional. Entre os profissionais de nível médio diretamente envolvidos com o cuidado, tinha-se, em sua maioria, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A unidade de emergência pediátrica dispunha de dois consultórios médicos, uma sala com cinco berços e dez cadeiras, que não supria a demanda, destinados às crianças que precisam permanecer algum tempo em observação e outra somente para administração de medicamentos e aerossóis. Possuía dois leitos de Unidade de Terapia de Urgência (UTU), em que eram atendidos e estabilizados os casos de maior gravidade, sendo posteriormente transferidos para um hospital de atendimento terciário, já que a instituição não possuía Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O serviço atendeu, em média, 4429 crianças por mês em 2010, que eram encaminhadas ao hospital com os mais diversos problemas de saúde, destacando-se com maior frequência as diarreias, desidratações e infecções respiratórias. Além destes agravos, eram atendidas também crianças vítimas de maus tratos nas mais diversas modalidades: físicos, psicológicos, sexuais e os que envolviam abandono, negligência e privação de cuidados.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) não apresentava conhecimento a respeito do quantitativo de atendimentos de casos de maus tratos, já que na ficha da criança muitas vezes não existiam essas informações e as notificações eram arquivadas em local reservado e com acesso limitado. Durante o trabalho de campo, a pesquisadora obteve acesso às fichas de notificação e observou o registro de 10 casos de maus tratos contra crianças em 2010. Segundo relato de funcionários do serviço de notificação da unidade hospitalar, muitos casos de maus tratos não foram notificados devido o preenchimento incorreto das fichas.

O atendimento de emergência nesta instituição iniciava-se com a equipe de acolhimento, que recebia os usuários, escutava suas queixas e os encaminhava para o atendimento devido, seguindo os critérios de classificação de risco. Os maus tratos poderiam ser detectados pela equipe neste primeiro momento e, de acordo com protocolo padronizado para a classificação, os casos de maus tratos são considerados prioridade.

O Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), regulamentada em 2004 pelo Ministério da Saúde, que propõe agilizar o atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário.

A PNH se constitui em uma política de assistência destinada a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil (BRASIL, 2004). Seu principal objetivo é melhorar as relações entre profissionais, entre profissionais e usuários e entre comunidade e hospital, centrada na comunicação e no diálogo, em busca pela qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde (DESLANDES, 2004).

Com o intuito de enfrentar a violência contra crianças e adolescentes no estado do Ceará, foi promulgada, em 1993, a Lei nº 12.242/93, que obriga a implantação de Comissões Hospitalares de Prevenção aos Maus Tratos à Infância e Adolescência. A última Comissão foi implantada em 1º de setembro de 2003, constituída de dois pediatras, três enfermeiras, duas assistentes sociais e um auxiliar de enfermagem, que cumpriram mandato de dois anos. A partir de então, não houve nomeação de outra Comissão por parte dos dirigentes da instituição e a mesma não se encontra atuante.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde envolvidos no cuidado às crianças vítimas de maus tratos da emergência da instituição hospitalar em que foi realizada a pesquisa. A equipe de saúde da emergência Escolheu-se a amostragem do tipo intencional, a qual permite selecionar indivíduos, segundo critérios estabelecidos, previamente, que possam fornecer informações necessárias

para o entendimento do assunto. Neste caso, tem maior relevância a qualidade das informações fornecidas pelos elementos e a sua representatividade, e não o quantitativo final, como nos estudos quantitativos (TURATO, 2003).

Os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: profissionais de saúde da emergência, com experiência de pelo menos um ano no atendimento a crianças vitimadas por maus tratos, nesta instituição. Não foram incluídos os trabalhadores da área administrativa por não interferirem no cuidado às crianças e seus familiares, nesta instituição.

Excluíram-se da amostra os profissionais que estavam de licença, férias ou os afastados da instituição por outro motivo. Não houve recusa, todos os profissionais convidados aceitaram participar da pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o número de participantes não foi definido previamente. Iniciaram-se as entrevistas com dez profissionais, e as encerrou-se com catorze, momento em que ocorreu saturação teórica, ferramenta utilizada nas pesquisas qualitativas para interromper a coleta de novas informações e concluir o tamanho final da amostra (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Para Gaskell (2002), a saturação teórica ocorre quando o pesquisador começa a perceber o surgimento de ideias comuns nas informações obtidas na coleta e que novas percepções não surgirão com a sua continuidade.

3.4 ESTRATÉGIAS DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

Como estratégias de coleta das informações, utilizaram-se duas técnicas: observação sistemática e entrevista com roteiro semiestruturado.

A entrada no campo e a coleta das informações tiveram início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e a apresentação, aos participantes, dos motivos para a realização da investigação, bem como seus objetivos, como também sua relevância para o serviço.

No dia 25 de março de 2010, iniciaram-se as atividades de campo com a observação sistemática, que foi realizada nos três turnos de trabalho, com seis horas diárias, perfazendo um total de 60 horas. Participou-se da vida cotidiana dos profissionais de saúde e usuários da unidade hospitalar, e neste período foi possível conhecer a rotina do serviço. Seguiu-se esta etapa com um roteiro para subsidiar os aspectos relevantes (APÊNDICE B).

Conhecida também por observação estruturada e planejada, a observação sistemática procura responder aos propósitos estabelecidos previamente, sendo realizada em condições controladas. Exige que o pesquisador seja objetivo para detectar possíveis incorreções e não influencie sobre os dados que observa e registra (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Registraram-se em diário de campo as informações obtidas durante a observação. Nesta ferramenta, de uso pessoal, são anotadas as emoções e os sentimentos, podendo conter também depoimentos espontâneos dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Começaram-se a observar as práticas dos profissionais na porta de entrada do hospital, local em que se tem início o atendimento da equipe de acolhimento, a primeira a entrar em contato com os usuários. Permaneceu-se neste local durante todo o período até surgir algum caso suspeito de maus tratos para que a partir de então fosse possível acompanhar o fluxo de atendimento até a sua saída da instituição. Observaram-se dois atendimentos e verificou-se que um deles foi interrompido antes de a criança chegar à etapa em que deveria receber a devida intervenção tecnológica (FIGURA 2).

Com a intenção de desarmar o olhar da pesquisadora, já que pertencia ao quadro de funcionários da instituição, nos primeiros dois dias de observação não foram registrados os comportamentos das pessoas. Isso somente foi realizado somente a partir do terceiro dia, momento em que se compreendeu que a presença da pesquisadora estava sendo comum à rotina do serviço.

Além do roteiro para auxiliar nos aspectos importantes durante as observações, utilizou-se uma ferramenta para elaborar o fluxo de atendimento às

crianças vítimas de maus tratos, o fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde. Através de um diagrama, construído por símbolos padronizados universalmente, objetiva-se ilustrar graficamente o modo de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde (FIGURA 1).

Conforme demonstrado na Figura 1, a entrada e a saída do processo são representadas por uma elipse. Através de um retângulo, são apontadas as etapas nas quais acontecem consumo de recursos e produção de produtos bem definidos, abrindo espaço para novas etapas na cadeia. Outro símbolo utilizado, o losango, é desenhado para demonstrar a etapa em que devem ser tomadas as decisões e escolhidos os caminhos a serem seguidos (MERHY, 2007).

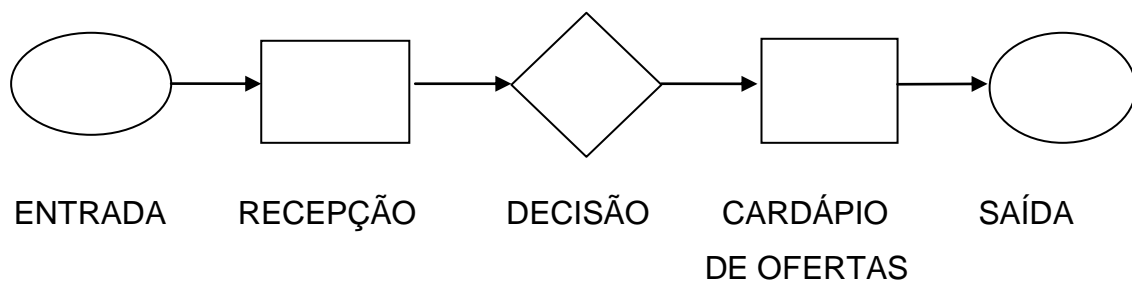


FIGURA 1 - Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde (MERHY, 2007)

A primeira etapa do processo, a entrada, representa o movimento dos usuários na porta de um serviço de saúde, compreendendo todos os que procuraram atendimento, mesmo que não tenham alcançado à etapa seguinte, a recepção.

Na recepção, os usuários são recebidos de maneiras diferentes e por grupos distintos de profissionais, sendo importante registrar quem os recebe, como o faz, em que momento e onde irão permanecer.

Na etapa posterior, a decisão, os profissionais ouvem os motivos que levaram os usuários ao serviço, decidindo para onde encaminhá-los. Neste

momento, estes podem ser encaminhados para a etapa posterior, a ser realizada no próprio serviço, para outro serviço ou negar qualquer alternativa de assistência.

O cardápio, etapa seguinte, envolve a intervenção tecnológica e assistencial propriamente dita, na qual se oferece um conjunto de sabedorias e práticas, cuja finalidade é oferecer resposta às necessidades de saúde do usuário.

A saída compreende a etapa final de todos que sofreram intervenções, devendo-se ter o cuidado em registrar como os usuários saem.

Observou-se que o atendimento de duas crianças vitimadas por maus tratos, do qual um deles permitiu construir o fluxograma do serviço, que será ilustrado posteriormente. De acordo com Merhy (2007), um dia de observação e análise é suficiente para visualizar a composição de uma primeira janela e montar o fluxograma-resumo, tendo em vista um dia ser igual ao outro.

Iniciaram-se as entrevistas no dia 29 de abril de 2010 e as encerram no dia 22 de junho de 2010. Para realização da entrevista, seguiu-se um roteiro de perguntas objetivas (APÊNDICE A), cujas falas foram armazenadas em um gravador, após consentimento do entrevistado. Na pesquisa qualitativa, as entrevistas envolvem poucas perguntas, de preferência abertas, com o objetivo de extrair visões e opiniões dos participantes (CRESWELL, 2007).

Não houve recusa para utilização do gravador, contudo, alguns se mostraram inibidos no início da entrevista, mas no decorrer destas, sentiram-se mais à vontade. Optou-se pela utilização deste instrumento por permitir um aproveitamento integral das falas que, após término, foram transcritas na íntegra e armazenadas em uma pasta no computador.

Realizaram-se as entrevistas em espaço reservado. Foram assegurados o anonimato, a confidencialidade das informações, o livre arbítrio na inclusão ao estudo e a liberdade para retirar-se deste, a qualquer momento, se assim desejarem.

Respeitando os princípios éticos da pesquisa em saúde, todos os entrevistados foram identificados pela letra E, seguidos de um numeral, organizados

de forma sequencial para facilitar a identificação dos mesmos durante a transcrição das entrevistas. Os mesmos foram escolhidos de forma aleatória, de acordo com os critérios de escolha e exclusão.

As coletas das informações foram iniciadas após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Antes de submeter o projeto à apreciação do Comitê de Ética, solicitou o consentimento formal da diretoria da instituição em estudo, no qual apresentaram-se objetivos, procedimentos e benefícios do estudo, respeitando assim seus participantes e o local da pesquisa (CRESWELL, 2007).

Em seguida, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que o julgou relevante e considerou que o mesmo atendia plenamente aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). O projeto foi aprovado em reunião plenária, realizada dia 21 de fevereiro de 2010, conforme processo nº. 09554117-9.

Com o projeto aprovado, apresentaram-se seus objetivos e a relevância aos profissionais da emergência da instituição, que concordaram em colaborar com a pesquisa. Todos os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início das entrevistas (APÊNDICE C).

3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Na tentativa de melhor compreensão dos significados e das experiências, as informações foram analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2008). Este tipo de análise pode ser entendido como:

(...) um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento. A técnica se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação (oral, visual, gestual) reduzida a um texto ou documento (BARDIN, 2008, p. 98).

Dentre as diversas modalidades de categorização propostas pelo autor, escolheu-se a análise categorial temática, ou investigação dos temas, que consiste na descoberta dos núcleos de sentido das informações coletadas, significativas para os objetivos da pesquisa (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005). Após identificação do que existe em comum entre os elementos, o texto é desmembrado em unidades, que são agrupadas em categorias, construídas de acordo com os temas que emergem do texto (BARDIN, 2008).

Para a realização deste tipo de análise, são propostas três etapas:

1) Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus das entrevistas: nesta etapa, através das leituras flutuantes, busca-se organizar o material a ser analisado, tentando perceber as ideias centrais e os seus significados gerais (CAMPOS, 2004);

2) A seleção das unidades de análise (ou unidades de significados): na análise temática, as palavras, sentenças, frases são usadas como unidades de análise. São recortes do texto, evidenciadas através de um processo dinâmico e indutivo, que são categorizadas a seguir (CAMPOS, 2004);

3) O processo de categorização e subcategorização: reúne um grupo de elementos sob um título genérico, que foram agrupados em decorrência das características comuns desses elementos (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

Após essas etapas, realizou-se a inferência, que compreende o ato de trabalhar os resultados para torná-los válidos e significativos, interpretando-os com base nos objetivos estabelecidos. Na pesquisa qualitativa, a inferência está fundamentada na presença do índice (tema, palavra) e não na frequência da sua aparição (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo encontram-se os resultados obtidos das entrevistas e da observação sistemática e a discussão baseada no referencial teórico utilizado.

Para proporcionar maior compreensão do objeto em estudo, primeiramente traçou-se o perfil profissional dos participantes, considerando as seguintes variáveis: cargo que exercia na instituição, formação profissional, nível de escolaridade, sexo, faixa etária, vínculo empregatício, tempo de formação e tempo de experiência na instituição. Apresentar-se-á um quadro com as variáveis levantadas e suas respectivas frequências absolutas e percentuais.

Em seguida, serão expostos os temas que foram construídos após submissão do material coletado no campo às etapas da análise de conteúdo, tendo por base os objetivos apresentados. São eles: concepções de cuidado a crianças vítimas de maus tratos, emoções surgidas nos participantes durante o cuidado de crianças vítimas de maus tratos, fluxograma de atendimento e práticas de cuidado a crianças vítimas de maus tratos.

4.1 PERFIL PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

VARIÁVEIS		Nº	%
Cargo que exercia na instituição	Enfermeiro	5	35,7
	Auxiliar de Enfermagem	5	35,7
	Médico	2	14,3
	Assistente Social	2	14,3
	Total	14	100
Formação profissional	Enfermagem	5	35,7
	Gestão em Unidade de Saúde Pública	5	35,7
	Medicina	2	14,3
	Serviço Social	2	14,3
	Total	14	100
Escolaridade	Médio	-	0
	Superior	14	100
	Total	14	100
Sexo	Masculino	1	93
	Feminino	13	7
	Total	14	100
Faixa etária	< 30 anos	2	14,3
	30-40 anos	3	21,4
	40-50 anos	6	42,9
	> 50 anos	3	21,4
	Total	14	100
Vínculo com a instituição	Servidor Público	12	85,7
	Serviço Prestado	2	14,3
	Total	14	100
Tempo de formação	1-2 anos	2	14,4
	13-19 anos	6	42,8
	20-27 anos	6	42,8
	Total	14	100
Tempo de experiência na instituição	1-2 anos	2	14,3
	7-10 anos	4	28,6
	12-20 anos	8	57,1
	Total	14	100

QUADRO 1 – Distribuição do perfil profissional dos participantes do estudo segundo algumas variáveis. Fortaleza, CE, 2010.

Conforme observado no Quadro 1, participaram deste estudo cinco enfermeiros, cinco auxiliares de enfermagem, dois assistentes sociais e dois médicos, totalizando 14 profissionais de saúde.

Buscou-se contemplar todos os profissionais envolvidos no cuidado às crianças vitimadas por maus tratos, contudo, o quantitativo de enfermeiros e auxiliares de enfermagem entrevistados se tornou superior quando comparado aos demais. Isso se ocorreu porque a equipe de enfermagem encontrava-se em maior número na instituição, estando presente não somente na emergência, como os outros profissionais, como também na recepção da instituição, setor de acolhimento.

No tocante à escolaridade, todos os participantes (14) possuíam curso de nível superior. Apesar de exercerem cargos que exigiam somente nível médio, todos os auxiliares de enfermagem, após ingresso na instituição, concluíram curso de graduação em Gestão em Unidade de Saúde Pública.

A busca pela formação superior pôde ser vista por estes trabalhadores como uma oportunidade de ascender profissional e socialmente, entretanto, nesta instituição, eles continuaram realizando as atividades que exigiam nível médio. Apesar de permanecerem no mesmo cargo, considerou-se que o conhecimento adquirido na graduação poderia contribuir para a melhoria do desempenho profissional e qualidade do cuidado prestado.

Os profissionais que participaram do estudo eram do sexo feminino, com exceção de um. Essa predominância feminina pode ser atribuída ao fato de que as profissões relacionadas ao cuidado de pessoas, como a enfermagem e o serviço social, foram as primeiras a inserir as mulheres no mercado de trabalho (APERIBENSE; BARREIRA, 2008).

A faixa etária que predominou na pesquisa foi de 40-50 anos, com 42,9%, seguida das faixas etárias de 30-40 anos e >50 anos, com 21,4% cada uma. Os profissionais com idade inferior a 30 anos totalizaram 14,3%. Deste modo, a maioria dos entrevistados, 64,3%, possuía idade superior a 40 anos. Nesta fase, geralmente, espera-se um senso maior de responsabilidade, associado à maturidade e sabedoria profissionais, adquiridas ao longo da vida.

Na instituição pesquisada existiam dois tipos de trabalhadores, os servidores públicos, que ingressaram por meio de concurso e os prestadores de serviço, que não possuíam vínculo empregatício, podendo perder suas escalas a qualquer momento, dependendo da sua chefia imediata. A maioria dos participantes, 12 (doze), era servidor público, correspondendo a 85,7%, enquanto somente 2 (dois) deles faziam parte do quadro de serviço prestado à Instituição.

Antes de iniciar as entrevistas com estes dois profissionais, observou-se que estavam apreensivos para saber se as perguntas sugeriam respostas que as fizessem depor contra a instituição, colocando em risco suas escalas de trabalho. Imediatamente, elucidou-se que as falas seriam mantidas em sigilo e que poderiam permanecer à vontade durante a entrevista. Para Costa, Merighi e Jesus (2008), a perda do emprego é um dos medos que acompanha a trajetória dos profissionais de enfermagem, visto que pode significar o agravamento de uma difícil situação financeira.

Com relação ao tempo de formação, 85,6% dos profissionais concluiu o curso há pelo menos 13 anos, 42,8% entre 13 e 19 anos e 42,8%, 20-27 anos. Uma minoria, 14,4%, era recém formada e teve a graduação concluída entre 1 e 2 anos. Com valores semelhantes, 57,1% possuía tempo de experiência de 12-20 anos na instituição, 28,6%, 7-10 anos e 14,3%, 1-2 anos.

A aproximação entre os resultados citados pode ser explicada pela inexistência de concurso público há muitos anos, tendo a maioria dos participantes ingressado no mesmo período. Os dois profissionais com pouco tempo de formação e experiência não possuíam vínculo empregatício.

Com base nas informações sobre o tempo de formação e a experiência na instituição pesquisada, supôs-se que a maioria dos entrevistados atendia casos de crianças vitimadas por maus tratos. Segundo estudo realizado por Martins et al. (2006), o tempo de formação associado ao tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho podem indicar relativo amadurecimento profissional. Essas características podem possibilitar uma melhor abordagem do objeto de estudo, o cuidado à criança maltratada, tendo em vista que os profissionais com maior tempo

de atuação possuem mais experiências e vivências que podem contribuir com o enriquecimento da pesquisa.

4.2 CONCEPÇÕES DE CUIDADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS TRATOS

Para os profissionais de saúde entrevistados, cuidar de uma criança vítima de maus tratos possui diversos significados. Para eles, o acolhimento e o vínculo são ferramentas indispensáveis ao processo terapêutico e, à multidisciplinaridade, e à responsabilidade, condições fundamentais para o cuidado.

Diferentemente do modelo tradicional biomédico e mecanicista, os participantes do estudo, através de suas falas, enfatizaram que o cuidado deve ser pautado nas relações de subjetividade. Para a maioria deles, cuidar vai além da simples execução de tarefas e envolve formas de atendimento humanizado.

[...] você vai tentar fazer um atendimento mais humano possível [...] (E9).

[...] pra cuidar você tem que ser mais acessível, sensível [...] Acolher em primeira instância [...] (E12).

O atendimento baseado na humanização deve ser acolhedor, priorizando as relações interpessoais e centrado na comunicação e no diálogo. O encontro intersubjetivo, motivado pela solidariedade, é essencial à promoção da humanização (DESLANDES, 2004).

Em conformidade com Assis et al. (2010), presencia-se o ato de acolher quando se deseja um atendimento mais digno e humanizado, capaz de proporcionar aproximação entre as pessoas. Para isso, o trabalhador precisa estar disponível e atento para escutar as queixas do usuário, respeitando sua singularidade, sua história de vida, sua origem e suas limitações. Essa aproximação também pode ser capaz de produzir no profissional sentimentos de afeto e amor pela criança.

[...] dando amor, atenção, procurar investigar o que foi que aconteceu, há quanto tempo. A gente procura conversar, escutar com atenção, dialogando com a criança, ver se ela solta alguma coisa (E10).

[...] Primeiro de tudo a gente tem que tratar com carinho porque quando a criança é maltratada ela fica muito ferida, ela tem medo da gente (E1).

A violência contra a criança gera, em alguns profissionais, emoções que os fazem prestar um atendimento diferente daquele dispensado às crianças com outros tipos de agravos. Alguns estudiosos apontam que, durante o cuidado, eles substituem a técnica mecanicista pelo carinho, pelo amor e pela escuta com atenção, e com isso, ampliam os laços relacionais e desenvolvem afetos, possibilitando a potencialização do processo terapêutico (ASSIS et al., 2010; FERRI et al., 2007).

Com o estreitamento das relações, torna-se mais fácil identificar os casos que poderiam passar despercebidos, especialmente os que não são visíveis, que acontecem no ambiente familiar e que causam maior constrangimento para os envolvidos. Além da produção de emoções, percebeu-se nas falas que alguns participantes faziam a projeção, colocando-se no lugar da criança que sofreu maus tratos, bem como dos seus familiares:

[...] é como se eu me colocasse no lugar da família, da criança também. Mais da criança do que a família, que muitas vezes é a própria agressora e a criança, a vítima. Tenta acolher, tenta acalmar [...] (E5).

A gente se sensibiliza porque poderia até ser um filho seu (E3).

Como se pôde constatar, ao imaginar que a criança maltratada poderia ser um filho ou alguém próximo, alguns profissionais dirigem um olhar diferenciado, com maior compromisso e responsabilidade. Para Merhy (1994), a ação acolhedora exige do trabalhador relações tão próximas e tão claras que são capazes de fazê-lo colocar-se no lugar do outro e sensibilizar-se com o seu sofrimento.

Ao se ocupar com a dor da criança maltratada, o profissional está permitindo a criação de vínculos e conquistando a confiança da criança e de seus familiares ou responsáveis.

[...] ter mais atenção [...] Deve criar um vínculo de confiança para que você possa colher melhor as informações (E14).

[...] então a gente tem que usar de muito jeito para ganhar a confiança delas (E1).

Conforme Coelho e Jorge (2009), o contato entre usuário e profissional é necessário para que este possa ter um conhecimento melhor acerca do paciente e de seus problemas. Ao estabelecer vínculos, o profissional contribui para que a criança e sua família permaneçam mais à vontade e passem a confiar nele. Dessa forma, torna-se mais fácil identificar o problema e buscar soluções, colaborando assim, com o processo terapêutico.

[...] Então a gente atende assim, da maneira mais natural possível, até mesmo para deixar a criança mais à vontade com a gente [...] depois que a gente vê que a criança está mais relaxada, à vontade, a gente procura investigar [...] a criança fica constrangida em dizer o que aconteceu (E8).

[...] Você vai tentar diminuir justamente o sintoma maior, para que ela não sofra novas agressões num ambiente estranho, tentar deixá-la o mais favorável possível para a assistência (E9).

O medo e a vergonha estão presentes nas crianças maltratadas e estes sentimentos dificultam a visibilidade do problema, portanto o profissional deve utilizar de várias formas para conquistar sua confiança durante a abordagem da criança e de sua família. Gomes et al. (2002) afirmam que a escuta e o olhar ampliados que o profissional utiliza em seu atendimento são fatores que contribuem para a identificação ou suspeita de violência.

Sob o olhar dos entrevistados, ao cuidar, o profissional deve intervir no sentido de amenizar o sofrimento da criança. Para Deslandes e Paixão (2006), quando a criança vitimizada encontra apoio e confiança no profissional que a atende, colaborará com o esclarecimento do diagnóstico e sua devida intervenção.

[...] A gente procura amenizar da melhor forma possível a situação, eu me compadeço muito com a situação dos bichinhos que vem pra cá, porque é uma situação muito difícil (E6).

A criança maltratada apresenta-se traumatizada e fragilizada, logo quem realiza o atendimento precisa agir com cuidado para evitar qualquer tipo de constrangimento, respeitando-a acima de tudo. Para isso, o atendimento dessa clientela deve ter suas peculiaridades e acontecer em local reservado, evitando expor mais ainda a criança e seus familiares a situações constrangedoras.

[...] dei prioridade no atendimento, chamei logo o médico, ela foi avaliada. Até para evitar que as pessoas ficassem olhando, aquela exposição da criança (E5).

[...] faço o possível para que isso fique sigiloso até porque a criança está escutando aquilo e fica gravando tudo (E6).

[...] Na triagem, as meninas dão ênfase para entrar diretamente na emergência para dar prioridade e resguardar a criança daquelas pessoas curiosas que ficam olhando (E8).

Nos relatos anteriores, observou-se que, ao respeitar a privacidade e a individualidade da criança e dos seus familiares, os participantes estão evitando que as mesmas possam sofrer outros tipos de agressões decorrentes da exposição do seu problema para outras pessoas no ambiente hospitalar. Esse comportamento acolhedor é capaz de estabelecer vínculo e atender à criança em sua integralidade.

Por outro lado, alguns profissionais se restringem ao atendimento sintomático, visando resolver somente as manifestações orgânicas apresentadas

naquele momento. Relataram dificuldade para oferecer continuidade à assistência daquela criança, visto que muitas delas retornam ao local onde foram agredidas.

Perante as atribuições de cada profissional, as falas a seguir apontaram as limitações de cada um durante a prestação do cuidado, sendo deficiente o apoio psicológico.

(...) Porque afinal de contas a gente vai cuidar dos ferimentos, lesões, mas a criança vai ficar com sequelas psicológicas, com comprometimento cognitivo (E3).

[...] dar assistência nesta parte eu não dou. Às vezes a gente vai procurar apoio e se vê barrada [...] na verdade eu só faço atendimento clínico (E4).

(...) Às vezes na parte física a gente não vê muita coisa, mas a criança está extremamente doente do ponto de vista emocional (E7).

Ao se limitar ao atendimento imediato, baseado em sinais e sintomas, os profissionais podem executar ações desprovidas de humanização. Concernente a Zanelatto, Dal Pai (2010) e Grudtner (2005), o modelo centrado nas manifestações fisiológicas impossibilita a abordagem do indivíduo em sua integralidade. Desse modo, devem-se considerar os aspectos subjetivos da pessoa que procura o serviço e as necessidades que permeiam a sua vida e a sua saúde. Os participantes relataram que prestaram somente o atendimento imediato por deficiência de condições para oferecer a continuidade adequada.

[...] é aquele atendimento imediato, mas que você não tem como dar continuidade a isso (E3).

[...] a gente vai ter que fazer o atendimento pensando no momento, naquele instante que a criança chegou [...] mas fazer com que a coisa não aconteça novamente, realmente a gente não pode fazer (E9).

O atendimento de pacientes em estado crítico ou até mesmo com risco de vida iminente, é observado nos serviços de emergência, em que há a valorização do imediatismo das atividades e do tecnicismo (PINHO; KANTORSKI, 2004). Neste setor, os profissionais se veem em constante luta para atender à demanda com agilidade, reduzindo o tempo gasto no atendimento de cada criança e contribuindo com o distanciamento das relações, podendo torná-las impessoais e isentas de vínculo.

Além da rapidez exigida pelo atendimento emergencial, outros fatores contribuem para que os profissionais ajam com impessoalidade e distanciamento no cuidado a uma criança vítima de maus tratos. De acordo com Deslandes e Paixão (2006), o atendimento pode desencadear, no profissional, reações emocionais e morais possíveis de mobilizar seus mecanismos de defesa e fazer com que ele se distancie para não se envolver muito com o problema ou para tentar compreender melhor os fatos.

(...) eu não gosto, não vou mentir, não gosto de atender, acho ruim ter que falar com a mãe. Meu sentimento é de raiva na hora que eu vou ter que falar. Eu fico pensando que é um ser indefeso que as pessoas ainda estão abusando dessa falta de ter como reagir, essa fragilidade (E4).

Ficou evidente, nessa fala, que as emoções interferem na comunicação entre o profissional e o binômio criança/família, tornando a relação burocrática e impessoal, prejudicando o processo terapêutico. Conforme Deslandes (2004), a carência de diálogo e a dificuldade de comunicação são fatores capazes de influenciar negativamente no cuidado prestado.

Os participantes reclamaram também da carência de continuidade no atendimento às crianças e aos seus familiares. Como na maioria dos casos, elas são notificadas e não permanecem na instituição, os profissionais não têm um retorno se está sendo procedido a um acompanhamento social e psicológico pelos serviços responsáveis e não sabem também se a criança continua sofrendo agressões. Enquanto permanecem na instituição, os assistentes sociais são os profissionais que realizam esse acompanhamento.

[...] Eu procuro contar com o serviço social, pois é quem pode ajudar a gente no aqui no hospital, já que a gente não tem psicólogo (E3).

Na instituição em estudo, eram os assistentes sociais que realizavam a abordagem mais minuciosa às crianças que sofriam maus tratos, como também aos seus familiares, pois suas necessidades não eram atendidas somente com o atendimento emergencial. Elas precisam de uma abordagem mais reservada e cautelosa, na qual se devia poupar ao máximo a vítima de contar sua história, mesmo que fosse para diferentes profissionais. Isso pode fazê-la reviver ou potencializar sua dor, dependendo da reação e do comportamento de cada profissional (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Em relação ao preparo para atender à criança vítima de maus tratos, além de conhecimento técnico, é preciso habilidade emocional para lidar com essas situações estressantes. Nem sempre o profissional está capacitado para desempenhar seu papel no setor em que está escalado e, algumas vezes, o tempo de atuação e as atividades realizadas no serviço de emergência podem contribuir para seu desgaste físico e/ou emocional.

Ao serem questionados sobre suas concepções sobre cuidado de crianças vítimas de maus tratos, além de destacarem a importância das ferramentas de acolhimento e vínculo no processo terapêutico, os profissionais revelaram também que a multidisciplinaridade e a responsabilidade eram condições fundamentais para a produção desse cuidado.

Os entrevistados afirmaram que o cuidado dependia do somatório das ações de uma equipe multiprofissional.

[...] Temos as nossas limitações como profissional [...] A gente trabalha em equipe, com a enfermagem, com o pediatra, faz um relatório social (E2).

[...] Se você suspeita de maus tratos [...] contatar com outros profissionais, como pediatra, assistente social, e fazer os devidos encaminhamentos [...] porque aqui a gente está trabalhando com equipe multiprofissional (E9).

Os participantes do estudo reconheceram que possuíam limitações e que dependiam do trabalho interdisciplinar para que o cuidado acontecesse de forma integral. Zanelatto e Dal Pai (2010) elucidam que a responsabilidade pelo acolhimento no serviço de emergência é de toda a equipe de saúde, e para que seja garantido o acesso, é necessário que os profissionais utilizem as tecnologias leves nas suas relações.

A criança vítima de maus tratos que chega ao serviço de emergência encontra-se fragilizada e desprotegida. Os profissionais que realizam o atendimento neste setor possuem papel fundamental no processo de cuidar e nenhum deles contrapõe-se sobre o outro. É importante que cada um atue de forma a reconhecer o sofrimento da criança, acolhendo-a, responsabilizando-se por suas necessidades e identificando os caminhos necessários para a resolução dos problemas. A participação de profissionais com formações diferentes no atendimento dos casos de maus tratos contra crianças pode auxiliar na identificação de marcas e sequelas que não são percebidas facilmente, mas que, muitas vezes, podem ter consequências desastrosas (BRASIL, 2010).

A equipe multiprofissional envolvida no cuidado da criança vítima de maus tratos na instituição pesquisada compreendia enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e assistentes sociais, a mesma encontrada nas instituições em que Cocco, Silva e Jahn (2010) realizaram um estudo. Neste mesmo estudo, as autoras mostraram a necessidade de incluir outras categorias para este tipo de cuidado, tendo em vista sua complexidade e a segurança que a troca de saberes pode proporcionar na condução e no encaminhamento dos casos.

Para que os casos sejam conduzidos e encaminhados devidamente, é preciso registrar e emitir relatórios aos setores competentes que darão continuidade à investigação da ocorrência e acompanhamento social da criança e da família. Na instituição pesquisada, eram os assistentes sociais os profissionais responsáveis pela notificação dos casos e pelo encaminhamento dos relatórios aos setores responsáveis, que tomarão as condutas necessárias.

Tendo em vista que cada um tem sua competência e que o cuidado depende do somatório das ações de cada membro da equipe, a carência de

profissionais ou a incorreta intervenção de um deles pode influenciar negativamente no cuidado prestado a essa clientela.

[...] mas ficamos dependendo do atendimento médico. Os assistentes sociais dizem que só podem tomar conhecimento se o médico solicitar. Mas o médico não chamou o serviço social. E não foi notificada (E10).

Percebeu-se a importância na pluralidade de saberes em estudo realizado por Gomes et al. (2002), no qual apontou que o atendimento aos maus tratos infantis não se esgotava na ação de um apenas profissional. Eles trabalhavam juntos na abordagem dos casos e buscavam por parcerias entre si, independente da classe profissional, com o objetivo de identificar, notificar e prestar um atendimento imediato.

Para realizar a notificação, é utilizado um formulário próprio em que são registradas as informações sobre a ocorrência de maus tratos, preenchido em duas vias, cuja primeira é enviada ao Conselho Tutelar da localidade e a segunda anexada à ficha de atendimento ou prontuário do paciente. Apesar de a instituição pesquisada ter atribuído ao assistente social a tarefa de notificar os casos de maus tratos, todos os profissionais envolvidos no atendimento também são responsáveis por este ato (BRASIL, 1990).

Através da notificação, o profissional comunica a ocorrência do agravo, contribuindo com uma maior visibilidade do fenômeno e com o investimento de políticas públicas para enfrentá-lo. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 13, obriga os profissionais da saúde e educação, como também os responsáveis por esses estabelecimentos, a notificar aos Conselhos Tutelares os casos de maus tratos contra crianças e adolescentes, sejam suspeitos ou confirmados (BRASIL, 1990).

Além de depender da responsabilidade e do compromisso de cada profissional existente na instituição, os entrevistados alegaram que o quantitativo de profissionais não era suficiente para atender à demanda. De acordo com o

depoimento a seguir, a ausência de alguns profissionais e de uma rede de apoio eficaz interfere no cuidado prestado e não garante a resolubilidade dos casos.

[...] a gente trabalha muito com essa parte de encaminhar para a rede de proteção. No hospital, especialmente no serviço de emergência, a gente não tem como ter uma abordagem mais aprofundada (E2).

Segundo pesquisa desenvolvida por Melo, Cristo e Kamada (2006), deverá ser garantido às crianças vítimas de maus tratos um atendimento específico e multiprofissional com vistas a oferecer apoio às suas necessidades sociais, psicológicas e ginecológicas, proporcionar sua reestruturação emocional e psicológica e sua reintegração social. Grudtner (2005) corrobora com essa afirmação quando concluiu que o atendimento às vítimas de violência intrafamiliar deve ter caráter interdisciplinar, ser estendido a todos os envolvidos e exigir acompanhamento e controle.

Nos casos de violência doméstica, entende-se que os agressores, que pertencem ao ambiente familiar, estão com algum problema ou distúrbio e necessitam de um olhar mais compreensivo, tendo em vista os aspectos sociais, econômicos, culturais e educacionais que podem favorecer o comportamento violento. Para Silva e Vieira (2001), uma das estratégias que poderiam ser utilizadas para prevenir os maus tratos contra crianças seria o acompanhamento da família maltratante por profissionais e órgãos especializados.

Para os entrevistados, cuidar exige compromisso e, acima de tudo, uma conduta responsável, sensibilizando-se com o sofrimento do ser cuidado. De acordo com Merhy (2007), ao pensar na ideia de vínculo, não se pode abandonar a reflexão sobre a responsabilidade e o compromisso.

Os participantes se preocuparam com a vulnerabilidade da criança às situações de maus tratos e revelaram que os profissionais de saúde deveriam se comprometer a zelar pela sua proteção.

[...] Eu fico pensando que é um ser indefeso que as pessoas ainda estão abusando dessa falta de ter como reagir, dessa fragilidade (E4).

[...] Sou uma defensora, não abro mão, quando eu vejo, eu denuncio (E10).

Ao denunciar, o entrevistado está comunicando a ocorrência dos maus tratos e permitindo que sejam utilizados meios para evitar sua reincidência. Ao se estabelecer uma relação de vínculo, de envolvimento com a dor que a criança e/ou seus familiares estão sentindo, os profissionais se comprometem a protegê-la, não sendo omissos diante das situações.

[...] Não dá pra você atender, liberar a criança porque a gente acaba se tornando corresponsável [...]. (E3).

[...] A primeira coisa que você sente é a responsabilidade. A primeira coisa que vem na mente é defender aquela criança [...]. Você não pode ficar omissos. Não pode simplesmente ver e deixar passar (E14).

No decorrer deste estudo, percebeu-se que diversos estudiosos, como também alguns documentos oficiais, preconizam o vínculo, o acolhimento, a responsabilização, a corresponsabilização e a humanização, deixando transparecer nas entrelinhas que a maior responsabilização é da equipe de saúde que está na ponta. Concordando, constatou-se que alguns profissionais demonstraram preocupação com atribuições que ultrapassavam suas limitações e deixaram de levantar questionamentos acerca da responsabilização do Estado nessa realidade.

A violência estrutural para com o cidadão e as famílias em situação de risco e vulnerabilidade contribui para a gênese de muitos desses maus tratos. Aspectos como o analfabetismo; a drogadicção; o desemprego; a carência de creches; o acesso aos serviços de saúde e à assistência social; a necessidade do trabalho para a mulher, fazendo-a ausentar-se de sua casa, entre outros, merecem questionamentos sobre uma maior corresponsabilização do estado nesses casos. Estudo realizado por De Lorenzi, Pontalti e Flech (2001) destacou, na população agressora estudada, relatos de alcoolismo ou adicção, desemprego, baixa

escolaridade e renda familiar insuficiente, entre outras situações.

Através das falas, observou-se também que os participantes se sentiram apreensivos com a continuidade do atendimento, temendo que as agressões às crianças se repetissem. Reclamaram por não terem recebido retorno acerca da resolução dos casos.

[...] não temos um retorno, se ela teve um atendimento psicológico, se voltou para o mesmo local para sofrer as mesmas agressões [...] Precisa de mais profissionais para dar apoio a essas crianças, um lugar para encaminhá-las (E6).

Através dos relatos anteriores, pôde-se identificar a apreensão com relação à dificuldade de garantir proteção às vítimas, visto que os serviços aos quais estão vinculados geralmente não estão preparados para acolhê-las e, em alguns casos, elas não são afastadas dos seus lares.

Após notificação ao Conselho Tutelar, órgão criado para defender os direitos da criança e do adolescente, as agressões chegam ao conhecimento do Poder Judiciário, que retira do lar as crianças que correm risco de agressões. (MARTINS; JORGE, 2009). Essas instituições enfrentam dificuldades para manter seu funcionamento e executar as medidas previstas pelo ECA, como a carência de recursos humanos e materiais, dependendo de uma atenção maior por parte dos gestores públicos municipais.

4.3 EMOÇÕES SURGIDAS NOS PARTICIPANTES DURANTE O CUIDADO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS TRATOS

Este tema reúne emoções reveladas pelos entrevistados durante o cuidado às crianças vitimadas por maus tratos e de seus familiares ou responsáveis. Todos foram unânimes em afirmar que a abordagem desses casos mobiliza sentimentos diversos entre os profissionais envolvidos no atendimento.

Em alguns dos participantes, o cuidado despertou sentimentos de pena e compaixão, especialmente por se tratarem de seres indefesos e vulneráveis, que necessitam da proteção dos adultos para seu crescimento e desenvolvimento.

[...] Primeiro a gente fica com pena porque essa criança está maltratada. Às vezes até a gente comenta: “como é que uma pessoa tem coragem de maltratar uma coisinha assim desse tamanho, que é totalmente indefesa” [...] A criança confia em quem cuida dela (E1).

[...] mas eu tenho às vezes compaixão pela própria situação em que aquela criança se encontra [...] angústia de estar vendo aquele sofrimento daquela pessoa indefesa, que não sabe reagir (E12).

Além de pena e compaixão, os profissionais revelaram sensações de tristeza e angústia quando precisaram atender a uma criança maltratada. Para Meneghel (1995), o contato com crianças submetidas aos maus tratos pode mobilizar forte angústia nas pessoas envolvidas, sejam profissionais ou familiares, que se sentem ansiosos por não terem como fornecer solução adequada ao problema.

[...] Tristeza, um sentimento de tristeza. Eu acho muito triste uma criança, ainda nos dias de hoje, estar sendo maltratada (E4).

[...] A gente sente dó, compaixão da criança [...] eu me sinto muito triste (E5).

[...] Eu me sinto muito triste [...] O que mais sinto é angústia, por não poder acompanhar e por não poder fazer nada. E principalmente por não ter uma punição para esse tipo de coisa (E6).

Constatou-se que alguns profissionais mostraram-se desacreditados com relação às punições aos agressores das crianças. Estudo realizado por Martins e Jorge (2009) abordou a lentidão do sistema judiciário no país e observou que um número significativo de processos continuava em andamento, apesar de decorridos

cinco anos da data da sua abertura. Apontou fatores como a deficiência de recursos humanos, o volume acentuado de processos acumulados e o arrastado andamento no decorrer do processo como causadores da demora na resolução dos casos.

Os participantes se limitaram a questionar acerca das penalidades legais que, apesar de necessárias, acredita-se que não sejam suficientes para solucionar o problema dos maus tratos no país. Deve-se discutir também acerca dos aspectos que estão por trás dos atos de violência e cobrar maior atenção do Estado, em suas três esferas de gestão.

Segundo estudo desenvolvido por Pires e Miyazaki (2005), distúrbios relacionados aos agressores (dependência de drogas, alcoolismo, história de abuso, baixa autoestima, prostituição, imaturidade, transtornos de conduta, psiquiátricos ou psicológicos), como também os associados ao meio social (desigualdade social, desemprego, analfabetismo, entre outros) predispõem para a ocorrência de maus tratos. Compreender a natureza multifacetada da violência é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Os entrevistados relataram que o comportamento abusador dos adultos o faz sentirem-se chocados, especialmente quando a agressão é cometida por pessoas da própria família ou conhecidos, em quem a criança deposita confiança e espera receber carinho e proteção.

Para Day et al. (2003), o atendimento dos casos de violência intrafamiliar exige uma atitude de muita tolerância e sensibilidade por parte dos profissionais e pode despertar neles sentimentos de raiva, pena, repulsa e tristeza, dentre outros. Nas falas a seguir, percebe-se o impacto que a violência doméstica provocou entre os participantes.

[...] é chocante, principalmente quando se trata de pessoas da família [...] não estão cuidando, estão maltratando. Eu vi vários casos horríveis aqui [...] óbito por asfixia, por outro tipo de maus tratos. Já vi o corpo todo queimado, queimadura de cigarro, agressão física (E11).

[...] O primeiro momento é impactante porque a criança é extremamente frágil, não tem defesa, precisa de apoio das outras pessoas, principalmente da família, que muitas vezes é a agressora [...] você fica sem entender porque aquilo foi feito (E3).

[...] Eu penso assim: meu Deus do céu, uma pessoa adulta tem coragem de agredir uma criança? É muito terrorizante (E10).

Diante dos depoimentos dos sujeitos, pôde se perceber que eles se preocupam com o sofrimento das crianças maltratadas, o que remete ao conceito de vínculo, que acontece quando o profissional se sensibiliza com a dor que a criança e seus familiares estão sentindo. Contudo, os entrevistados revelaram que algumas vezes têm dificuldade para lidar com o sofrimento dessas crianças, tendo em vista que cada um possui suas crenças, formações e culturas.

Entre os entrevistados também emergiram sentimentos de revolta, raiva e impotência durante o atendimento. Com resultados semelhantes, o estudo desenvolvido por Cocco, Silva e Jahn (2010) apontou as sensações de revolta e impotência como as mais comuns entre os profissionais de saúde pesquisados.

[...] A gente profissional da área de saúde quando atende uma criança que tenha sido vítima de maus tratos, de violência, a gente fica com um sentimento de revolta, de impotência (E3).

[...] Eu fico pensando que é um ser indefeso, e as pessoas ainda estão abusando dessa falta de ter como reagir, dessa fragilidade [...] meu maior sentimento é de raiva com o agressor (E4).

[...] Perplexidade e revolta em saber que uma criança que não tem condições de se defender está sendo vítima de maus tratos por aqueles que deveriam protegê-la (E7).

As limitações das suas ações são as preocupações mais frequentes entre os profissionais de saúde, que, após atender clinicamente uma criança, muitas vezes a devolvem ao ambiente familiar, local onde podem estar seus próprios

agressores. Para Braz e Cardoso (2000), essa atitude pode motivar a corresponsabilização por não poderem agir fora do seu âmbito e que algo mais grave possa acontecer com as vítimas.

[...] De repente ela chegou ruim, amanhã ela poderá até chegar morta e a enfermeira que estava no atendimento anterior pode se sentir até responsável [...] (E3).

Esse relato corrobora pesquisa realizada por Braz e Cardoso (2000), que perceberam que a consciência moral e o sentimento de corresponsabilidade por não poderem agir fora de seu âmbito geram forte tensão nos entrevistados, acompanhada de sentimentos de angústia, indignação, revolta e culpa. Porém, esses profissionais não devem tomar para si uma responsabilidade que extrapola o seu cotidiano e as suas capacidades. Essa consciência precisa chegar ao Estado e a toda a sociedade, que também são responsáveis pela promoção e defesa dos direitos da criança.

Observaram-se muitos relatos evidenciando revolta e raiva, como também receio quanto a não interrupção do ciclo da violência, em caso sem punição aos agressores:

[...] Dá uma revolta na gente, muito grande, principalmente porque hoje está acontecendo muito (E10).

[...] Eu me sinto revoltada porque eu acho inadmissível uma pessoa adulta violentar uma criança (E13).

[...] Dá um sentimento de revolta. A princípio você só pensa em atender e amenizar, mas depois você fica com aquilo na cabeça e acha que a partir daquele momento já era para ter uma punição (E8).

O sentimento de revolta com a frequência dos casos de maus tratos e com a demora das punições aos agressores remete às falhas do sistema jurídico do país, que não pune adequadamente os culpados, deixando-os livre para repetir as

agressões. Estudo desenvolvido por Martins e Jorge (2009) analisou as denúncias de violência contra crianças e adolescentes junto às delegacias do Rio de Janeiro e perceberam que apenas 23,8% delas haviam se convertido em inquérito para investigar a responsabilidade das agressões.

Contudo, deve-se refletir também acerca da necessidade de serviços capazes de oferecer tratamento para esses indivíduos, que, em alguns casos, foram vítimas de maus tratos na infância e não conseguiram perceber a magnitude do problema. Especialmente nos casos de abuso sexual, os agressores necessitam de cuidados especializados devido à possibilidade da existência de distúrbios psiquiátricos ou psicológicos associados ao seu comportamento (BRASIL, 2010).

Através dos depoimentos podemos constatar que o desejo pela punição predomina sobre a capacidade de compreensão da família maltratante, que muitas vezes está desprovida de condições necessárias ao crescimento e desenvolvimento da criança. De acordo com Vieira e Barroso (2004), compreender essa família não é tarefa fácil e exige que os profissionais não pré-julguem e se aproximem para conhecerem melhor seu cotidiano. Acredita-se que a compreensão do contexto da família maltratante possa aumentar as possibilidades de prevenção de casos de maus tratos. Identificou-se unanimidade nos depoimentos que abordaram o sentimento de impotência diante dos casos de maus tratos, especialmente por não acreditarem na resolutividade dos serviços que compõem a rede de proteção e por considerarem ser este um problema social que vai além das limitações como profissional de saúde.

[...] a gente fica com um sentimento de impotência (E3).

[...] é uma esfera social. A gente vai tentar debelar os danos físicos, e pelo menos os afetivos do momento, mas não o social. Quem vai entrar na família para descobrir a dinâmica familiar pra que aquilo ocorresse. É complicado [...] mas fazer com que a coisa não aconteça novamente, realmente a gente não pode fazer. Dá um sentimento de impotência (E9).

Concorde com Cocco, Silva e Jahn (2010), esses sentimentos podem ser decorrentes da incapacidade dos profissionais em lidar com suas próprias emoções, que pode ser influenciada por preconceitos ou tabus. Além disso, a formação profissional centrada no modelo biomédico pode limitar sua condição de atuar em problemas de saúde de ordem social.

Baseando-se na perspectiva de que as situações que envolvem maus tratos perpassam por aspectos sociais, econômicos e culturais, a formação baseada no biológico não é suficiente para fornecer respostas para a resolução desses problemas. De acordo com Caprara e Rodrigues (2004), o atendimento baseado nos moldes da biomedicina, tradicional e hegemônico, focalizado na doença, não se interessa pela vivência e nem tampouco pela subjetividade do paciente, tornando a relação assimétrica, cujo profissional passa a ser o dono do saber.

4.4 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E PRÁTICAS DE CUIDADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE MAUS TRATOS

Neste tópico apresentar-se-á as atividades realizadas pelos profissionais de saúde da emergência pediátrica, bem como se descreverá o fluxograma de atendimento neste setor. As informações foram obtidas tanto das entrevistas com os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à criança/família como da observação sistemática das suas práticas.

A linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violência engloba as seguintes dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidados e de proteção social. Todos os recursos disponíveis devem estar integrados por meio de fluxos e protocolos que possam garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à atenção (BRASIL, 2010).

Como citado, os profissionais do estudo compreendem os auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e assistentes sociais. Cada um deles possuía suas atribuições, que eram dependentes entre si para que o cuidado acontecesse de

forma integral. Ao longo da descrição e análise do fluxograma, serão discutidas também as práticas dos participantes do estudo.

Para demonstrar esquematicamente a entrada da criança/família na recepção da emergência e o seu destino final, elaborou-se o fluxograma de atendimento.

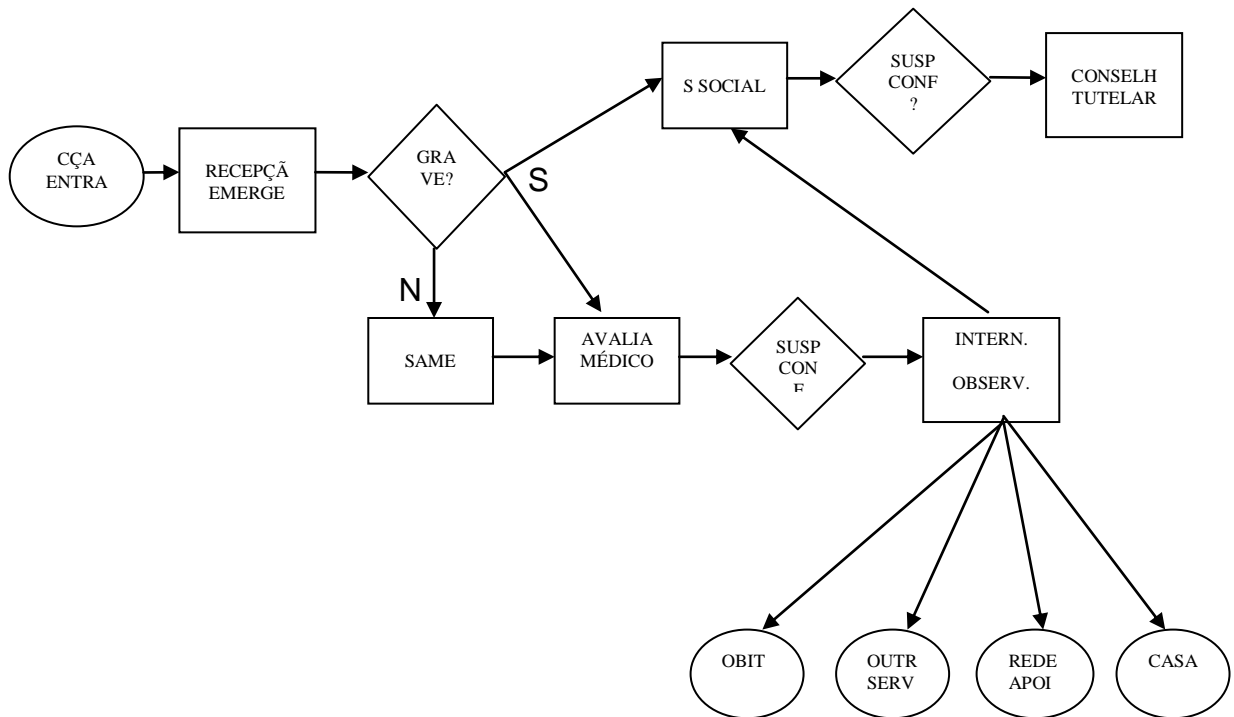


FIGURA 2 - Fluxograma analisador das atividades dos profissionais de saúde no cuidado à criança/família vítima de maus-tratos

A criança e o seu acompanhante entravam no serviço através da recepção da emergência, também chamado setor de acolhimento, em que eram recebidos por dois auxiliares de enfermagem e um enfermeiro. Geralmente ela era encaminhada para a instituição por alguém da família ou responsável, ou ainda por outra pessoa que suspeitasse ou tivesse certeza de que a mesma estava sendo maltratada. Essa equipe não era exclusiva da emergência pediátrica, pois atendia também, em maior demanda, os adultos que procuravam atendimento na clínica médica.

Os auxiliares de enfermagem do acolhimento eram os primeiros profissionais a terem contato com a criança/família que procurava atendimento na

emergência. De acordo com os relatos, eles perguntavam ao responsável pela criança o que o motivou a procurar atendimento e verificavam a temperatura e o peso.

[...] Eu procuro ver como a criança está [...] eu peso, pergunto à mãezinha se ela está com febre, coloco o termômetro, encaminho para fazer a ficha e depois para a enfermeira (E6).

[...] procuro acompanhar para saber realmente o que aconteceu. Às vezes acho algum caso muito estranho, parecido com maus tratos, então comunico o serviço social, mas elas dizem que só podem tomar algum procedimento de acordo com o atendimento médico, se ele solicitar. Eu observo se o médico chama o serviço social, eu fico atenta, se não chamar eu vou lá e chamo. Sou uma defensora, não abro mão, quando eu vejo, eu denuncio (E10).

Como se evidenciou no depoimento, alguns auxiliares de enfermagem não se limitavam a executar somente os procedimentos técnicos, mas se preocupavam também em investigar, acompanhar e notificar um caso suspeito de maus tratos. Também apontava uma visão errônea de alguns profissionais acerca da responsabilidade em notificar, que não cabia somente ao médico, mas a todos os que realizavam o atendimento, como também a qualquer cidadão que era testemunha ou que tomasse conhecimento de violações dos direitos de crianças e adolescentes.

Na instituição em estudo, estabeleceu-se como rotina o preenchimento da ficha de notificação pelos assistentes sociais, que receberam treinamentos e realizaram cursos e oficinas sobre o assunto. Contudo, esta atividade é de responsabilidade da unidade como um todo, e não somente das pessoas que realizaram o atendimento (BRASIL, 2001).

Após esse primeiro contato com os auxiliares, o enfermeiro do acolhimento procedia à avaliação com classificação de risco de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). O documento foi elaborado com base em sinais de alerta e determina as prioridades no atendimento.

A identificação da gravidade é realizada por marca colorida, no canto superior da ficha da criança.

Nesta etapa, o atendimento era realizado, na maioria das vezes, em sala reservada, cujo problema de saúde era relatado pela vítima ou acompanhante. Este era o primeiro momento de decisão de ofertas, no qual o enfermeiro avaliava se a criança estava precisando de atendimento imediato (caso grave) e, se positivo, a acompanhava até o médico.

Como rotina da instituição, o serviço social era comunicado sobre a suspeita de maus tratos após avaliação médica, contudo, os enfermeiros do acolhimento geralmente comunicavam imediatamente o serviço social. Alguns entrevistados informaram que agiam dessa forma por receio de que o médico não realizasse essa comunicação, possibilitando que mais um caso de maus tratos não fosse notificado. Esse comentário mereceu uma reflexão acerca da responsabilização com o problema do outro, da valorização das ações de cada profissional e da capacidade de comunicação, já que suas atividades são dependentes entre si e, por esse motivo, devem estar no mesmo patamar de igualdade.

Caso não se tratasse de caso grave, a criança era encaminhada para outra fila, a do SAME, na qual era impressa uma ficha com os dados de identificação, para posteriormente, aguardar atendimento médico.

Considerando que a estrutura física e organizacional da unidade interfere no cuidado prestado, deve-se refletir sobre a quantidade de filas porque passam os usuários: recepção, enfermeiro, SAME e médico. Além disso, apesar da existência de ventiladores, as salas de espera eram extremamente quentes e não possuíam cadeiras suficientes para a demanda, fazendo com que muitos aguardassem atendimento em pé.

A sala em que o enfermeiro do acolhimento atendia possuía ventilação e iluminação adequadas. A porta dispunha de fechadura com chave, contudo, observou-se que ela não era trancada a cada atendimento, permitindo que alguns usuários invadissem a mesma, desrespeitando com isso, a privacidade de quem

estava sendo atendido. Percebeu-se que os enfermeiros não a trancavam devido à grande demanda que aguardava na fila, incentivando-os a realizar um atendimento muito rápido.

Outra falha grave no serviço foi a inexistência de enfermeiro no setor de acolhimento no período noturno, após 22 horas, sendo as queixas relatadas na recepção, aos auxiliares de enfermagem, na presença de outras pessoas. Já que o serviço de emergência se propunha a oferecer Atendimento com Classificação de Risco, este profissional, que está capacitado tecnicamente para exercer essa atribuição, deve estar disponível no setor em todos os turnos.

O desrespeito à privacidade e a rapidez no atendimento dificultam o estreitamento dos laços e a relação de confiança entre profissional e usuário, e conseqüentemente, o estabelecimento de um vínculo terapêutico efetivo. A criação de vínculos entre os atores envolvidos no processo de produção do cuidado em saúde implica em uma aproximação estreita, capaz de provocar no trabalhador uma sensibilização com o sofrimento do outro, revelando-se como condição fundamental ao cuidado em saúde (MERHY, 2007).

O acolhimento é, antes de tudo, uma postura ética e implica compartilhamento de conhecimentos e angústias. Neste momento, o profissional deve tomar para si a tarefa de abrigar e aconchegar a criança em suas necessidades, com responsabilidade e resolutividade, respeitando cada situação. Diferentemente da triagem tradicional, o acolhimento deve acontecer em todos os momentos e locais do processo de produção de saúde, de forma contínua.

Apesar de os fatores citados interferirem significativamente na detecção dos casos de maus tratos, os profissionais do acolhimento revelaram que, quando conseguiam identificá-los, priorizavam ao atendimento.

[...] Eu tento dar a maior prioridade no atendimento (E5).

[...] em alguns casos ninguém vê. Nos casos em que já dá pra notar logo o que aconteceu, geralmente, tem prioridade. Elas dão ênfase para entrar diretamente na emergência para dar prioridade e resguardar a criança daquelas pessoas que ficam olhando (E8).

Após avaliação, o enfermeiro conduzia a criança ao médico e, relatava a suspeita de maus tratos. Este profissional a examinava e tentava colher informações que pudessem esclarecer o que aconteceu. Como evidenciado no fluxograma, nesta etapa o médico decide qual a intervenção tecno-assistencial adequada para aquela criança e os seus possíveis caminhos: se será encaminhado para a próxima etapa (observação ou internação) ou para outro serviço ou ainda se será negado atendimento.

[...] Precisa parar um pouco mais, fazer um exame mais cuidadoso, conversar mais com o acompanhante, fazer algumas perguntas para chegar a algum diagnóstico, é um exame até mais um pouco complexo (E7).

[...] Em relação às conseqüências dos maus tratos, a gente tem que cuidar, tratar. Em relação à criança, ela deve ser resguardada no hospital, a gente não deve deixar sair antes que algumas coisas sejam esclarecidas. A conversa com a mãe para saber o que aconteceu é importante (E14).

Após avaliação médica, se este decidir por observar a criança na emergência ou interná-la na enfermaria, a mesma recebe assistência de equipe multiprofissional: auxiliares de enfermagem e enfermeiro da emergência pediátrica, médico e assistente social.

[...] Como enfermeira assistencial, a gente trata das lesões, implementa a conduta médica, procura estabelecer um vínculo com o serviço social [...] A criança vai ficar sob observação mais rigorosa, dependendo da condição dela, pela equipe de enfermagem. Não dá pra você atender e liberar a criança porque a gente acaba se tornando corresponsável (E3).

[...] Depende dos maus tratos. Se a criança chegar com algum tipo de ferimento, vou procurar tratar [...] Se precisar, a gente faz medicação, punciona acesso. A gente tem que ter o máximo cuidado com o local para não machucar mais ainda. Quanto mais proteger, melhor (E8).

O médico exerce papel fundamental na detecção dos casos de maus tratos, visto que o exame clínico criterioso e a coleta minuciosa da história clínica são indispensáveis neste momento. Na instituição, alguns desses profissionais preferiam transferir para os assistentes sociais a tarefa de abordar a criança e sua família e, dessa forma, investigar melhor. Esse comportamento pôde ser percebido nos relatos que se seguem.

Presto atendimento na parte médica e chamo o serviço social também para conversar quando existe a suspeita (E7).

Geralmente a gente comunica o serviço social para que a criança, de uma certa maneira, receba mais atenção (E14).

Os casos de maus tratos estão relacionados também aos aspectos de ordem social, desse modo os assistentes sociais têm grande importância no cuidado dessa clientela. Após atendimento médico, todo caso de maus tratos, suspeito ou confirmado, deve ser comunicado ao serviço social para que seja preenchida a ficha de notificação. Na instituição pesquisada, eram eles também que colhiam mais informações junto à criança e seus familiares ou responsáveis e comunicavam ao Conselho Tutelar da região, enviando uma via da ficha de notificação. Nos relatos a seguir os assistentes sociais descreveram suas atividades.

[...] A gente trabalha junto ao Conselho Tutelar e ao Núcleo de Atendimento à Criança Vítima de Violência. A gente encaminha pra rede. No hospital, especialmente no serviço de emergência, a gente não tem como ter uma abordagem mais aprofundada. Então a gente precisa trabalhar com a rede de proteção (E2).

[...] minha obrigação é fazer a notificação, fazer relatório, encaminhar para os órgãos cabíveis, no caso o Conselho Tutelar, para que sejam tomadas as medidas. A gente preenche uma ficha de notificação, conversa com a acompanhante para tirar mais dados daquela violência (E13).

Compreendeu-se, através da ilustração no fluxograma, que a última intervenção tecnológica recebida na instituição em estudo era a notificação ao Conselho Tutelar. Após notificação, a criança permanecia em observação na unidade e, em caso de risco de novas agressões, a mesma não voltaria para sua residência, sendo encaminhada para um abrigo até decisão judicial.

Na saída, registraram-se como saíam as crianças que sofreram intervenção: recebiam alta para sua residência, evoluíam para óbito, era transferidas para outro serviço que oferecia maior resolutividade ou para as unidades que constituíam a rede de proteção e apoio do município.

Em continuidade à discussão sobre a prática dos profissionais de saúde, ressalta-se que suas ações são dependentes entre si e qualquer incorreção ou omissão influencia significativamente no fluxo de atendimento, podendo até mesmo interrompê-lo. Para exemplificar, relata-se um caso que chamou atenção durante observação no campo: menina, 1 ano e 8 meses, com suspeita de abuso sexual, segundo a mãe. A enfermeira do acolhimento encaminhou para o atendimento médico e também à assistente social. O médico não atendeu à criança porque a mesma estava suja, pediu para que a mãe fosse em casa e retornasse ao hospital após limpar a criança. O único procedimento feito pelo hospital foi a notificação da suspeita de maus tratos ao Conselho Tutelar, com solicitação de visita domiciliar para averiguação. Para preencher a ficha de notificação, foram utilizados somente os dados da ficha de identificação da criança e as informações dos profissionais que a atenderam no acolhimento.

Através da observação deste caso, constatou-se que o médico não forneceu continuidade ao fluxo de atendimento, e com essa atitude, não foi possível realizar a investigação mais criteriosa para confirmar o abuso. Sendo assim, se a criança estivesse mesmo sofrendo agressões, ao agir dessa forma, o profissional não contribuiu para que fosse interrompido o ciclo de violência. De acordo com Silva

e Vieira (2001), o enfrentamento da violência é de responsabilidade de todos e para isso é preciso rever atitudes tanto como profissional quanto cidadão.

O rompimento do fluxo de atendimento foi observado durante a pesquisa no campo, o que possibilitou a reflexão acerca dos casos de maus tratos que possam ter passado despercebidos pelos profissionais que realizaram o atendimento na instituição. Talvez seja por esse motivo que os enfermeiros do acolhimento comunicavam ao serviço social sempre que encaminhavam a criança para o médico, tendo receio que este não o realizasse.

Acredita-se também que a existência de uma Comissão de Maus Tratos na unidade poderia realizar atividades junto aos profissionais, com o intuito de conscientizá-los da importância da detecção e notificação dos casos. Seria de grande valia sua atuação com autonomia, de forma a advertir os profissionais que agissem com omissão, como no exemplo observado. Além disso, poderia oferecer suporte aos que atendem na emergência, através da notificação e da comunicação com as redes de proteção e apoio, dentre outras intervenções que possam minimizar o sofrimento dessas crianças.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas através da observação sistemática, dos discursos dos participantes do estudo e da discussão baseada no referencial teórico, permitiram compreender melhor os diversos aspectos que envolvem a problemática dos maus tratos infantis, com ênfase na compreensão do cuidado.

Para a maioria dos participantes do estudo, para cuidar de uma criança vítima de maus tratos, é necessário utilizar as ferramentas de acolhimento e vínculo no processo terapêutico. Contudo, alguns profissionais informaram que se restringem ao atendimento sintomático, agindo com impessoalidade e distanciamento, seja pela rapidez que o atendimento emergencial exige ou pelo ausência de desejo de se envolver com o problema.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa consideraram a multidisciplinaridade e a responsabilidade como condições fundamentais para que o cuidado de crianças vítimas de maus tratos aconteça de forma integral. Eles reconheceram suas limitações e afirmaram que esse cuidado depende do somatório das ações de uma equipe multiprofissional. Os participantes relataram também a necessidade de incluir outras categorias, como o psicólogo, tendo em vista a complexidade do cuidado e a segurança que a troca de saberes pode proporcionar na condução e encaminhamento dos casos.

Diante da vulnerabilidade da criança maltratada, os profissionais mostraram-se preocupados com a sua proteção e responsáveis pela comunicação da ocorrência de maus tratos, a fim de colaborar para que sejam utilizados meios para evitar sua reincidência. Na unidade hospitalar em estudo, eram os assistentes sociais os profissionais responsáveis pela notificação dos casos e encaminhamento dos relatórios aos setores responsáveis, que tomarão as condutas necessárias.

Todos os entrevistados afirmaram que o cuidado às crianças vítimas de maus tratos mobilizou emoções diversas nos profissionais envolvidos, despertando sentimentos de pena, revolta, tristeza, angústia, preocupação e impotência. Diante disso, refletiu-se acerca da necessidade da instituição em olhar para estes sujeitos, oferecendo apoio psicológico, melhores condições de trabalho e avaliando se todos

estão habilitados e com condições de exercer suas atividades no setor para onde foram designados.

Através dos depoimentos dos participantes e das emoções surgidas durante o cuidado, constatou-se que o desejo pela punição predominou sobre a capacidade de compreensão da família maltratante, que muitas vezes está inserida em um contexto em que imperam condições que alimentam o ciclo da violência. Apesar de não ser uma tarefa fácil, o conhecimento do cotidiano dessa família pode aumentar as possibilidades de intervir na prevenção de casos de maus tratos.

Alguns participantes sentiram-se responsáveis com atribuições que extrapolam o seu cotidiano e as suas capacidades, abandonando o levantamento de questionamentos sobre a responsabilização das autoridades competentes. Poucos comentaram sobre os aspectos que estão ocultos aos atos de violência e a necessidade em cobrar do Estado, em suas três esferas de gestão, e de toda a sociedade o compromisso pela promoção e defesa dos direitos da criança.

Identificou-se unanimidade nos depoimentos que abordaram o sentimento de impotência diante dos casos de maus tratos, especialmente por não acreditarem na resolutividade dos serviços que compõem a rede de proteção e por considerarem ser este um problema social que vai além das suas limitações como profissionais de saúde. Para garantir continuidade no atendimento, as redes de proteção e apoio devem estar articuladas e funcionando adequadamente para oferecer um cuidado que minimize o sofrimento dessas crianças.

Durante a construção do fluxograma de atendimento e a discussão acerca das práticas, identificaram-se alguns aspectos que interferem negativamente no cuidado prestado, merecendo reflexão de todas as pessoas envolvidas no processo. Dentre eles, destacam-se: a burocratização no atendimento, a não realização de avaliação com classificação de risco no serviço noturno, a subnotificação, as avaliações rápidas e o desrespeito à privacidade da criança/família.

Na unidade hospitalar em estudo, não havia Comissão de Atendimento e Prevenção aos Maus Tratos em Crianças e Adolescentes oficializada, pois seus membros foram nomeados em 2003, com duração de dois anos no cargo. Tendo em

vista a Lei Estadual que obriga os hospitais pediátricos a implantarem esta comissão, sugere-se a nomeação de seus membros, pois acredita-se que a mesma, sendo atuante e autônoma, possa agir de forma a orientar melhor os profissionais na condução e no encaminhamento dos casos e capacitá-los de modo a favorecer um processo de cuidado às vítimas, conforme preconiza a legislação de apoio e proteção à criança.

Para modificar esse cenário e não atuar somente após a identificação dos atos de violência, tornam-se necessárias as ações integradas da escola, unidades de saúde, centros de assistência social, associações de moradores, entre outros serviços, para que identifiquem as crianças em situação de risco, com aparato legal e apoio do Poder Público, a fim de proporcionar a adoção de medidas integradas que visem proteger à família.

REFERÊNCIAS

ADED, N.L.O. et al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literature. **Rev Psiq Clin.**, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006.

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C.(Org.). **A produção subjetiva do cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 130-162.

APERIBENSE, P. G .G. S.; BARREIRA, I. A. Connections among Nursing, Nutrition and Social Work, pioneering female careers in the heathcare area. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 42, n. 3, p. 472-479, 2008.

ASSIS, M. M. A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no programa Saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, 2010, p.13-38.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3. p. 16-29, 2004.

BAPTISTA, R. S. et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 602-628, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008.

BARROSO, L. M. S. **As idéias das crianças e adolescentes sobre seus direitos: um estudo evolutivo à luz da teoria piagetiana**. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação, 2000.

BATISTA, V. H. et al. Relato de La experiência del grupo de atención a La víctima de violència sexual (GAVVIS) de la Universidad de Taubaté. **Rev de Extensão da Universidade de Taubaté**, n. 1, p. 99-106, 2008.

BOFF, L. **Saber cuidar - Ética do humano - Compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília: Senado, 1988.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BR)**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1968, de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRAZ, M.; CARDOSO, M. H. C. A. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 91-97, 2000.

BRINGIOTTI, M. I. **La escuela ante los niños maltratados**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2000.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc e Saúde Coletiva.**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARDOSO, E. S.; SANTANA, J. S. S.; FERRIANI, M. G. C. Criança e adolescente vítimas de maus tratos: informações dos enfermeiros de um hospital público. **Rev Enferm UERJ.**, v. 14, n. 4, p. 524-530, 2006.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COCCO, M.; SILVA, E. B.; JAHN, A. C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev Eletr Enf.**, v. 12, n. 3, p.491-497, 2010.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v.14, supl. 1, p.1523-1531, 2009.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 5-15, 2004.

COSTA, M. C. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc e Saúde Coletiva**, v. 12. n. 5, p. 1129-1141, 2007.

COSTA, M. L. A. S.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Ser enfermeiro tendo sido estudante-trabalhador de enfermagem: um enfoque da fenomenologia social. **Acta Paul Enferm.**, v.21, n.1, p.17-23, 2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**. Métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, supl., p.1163-1178, 2007.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev Psiquiatr.**, v. 25, supl. 1, p. 9-21, 2003.

DE LORENZI, D. R. S.; PONTALTI, L.; FLECH, R. M. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. **Revista Científica da AMECS**, v. 10, n.1, p. 47-52, 2001.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 81-99, 1999.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F.; PAIXÃO, A. C. W. Humanização da assistência às vítimas de abuso sexual infantil: retomando o debate sobre a relação médico-paciente. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 414 p.

DREZETT, J. et al. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J Pediatr.**, v.77, n. 5, p. 413-419, 2001.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 2, p. 150-160, 2009.

FALEIROS, J. M.; BAZON, M. R. Prevalência de maus tratos em crianças de 1ª a 4ª série da cidade de Ribeirão Preto-SP. **Paidéia**, v.18, n.40, p. 341-354, 2008.

FERREIRA, A. L. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

FERREIRA, M. L. S. M.; COTTA, R. M. M.; OLIVEIRA, M. S. Reconstrução teórica do cuidado para as práticas de saúde: um olhar a partir da produção de alunos de curso de especialização à distância. **Rev Bras Educ Médica.**, v. 32, n. 3, p. 291-300, 2008.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de um unidade de saúde da família. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p.515-529, 2007.

FERRIANI, M. G. C.; GARBIN, L. M.; RIBEIRO, M. A. Caracterização de casos em que crianças e adolescentes foram vítimas de abuso sexual na região sudoeste da cidade de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2000. **Acta Paul Enf.**, v.17, n.1, p. 45-54, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública.**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª ed. São Paulo. Hucitec, 2007. 296 p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública.**, v.15, n.2, p. 345-353, 1999.

FRONER, J. P.; RAMIRES, V. R. R. Escuta de crianças vítimas de abuso sexual no âmbito jurídico: uma revisão crítica da literatura. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 267-278, 2008.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (editores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GERKO, K. et al. Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behavior. **Child Abuse & Neglect.**, v. 29, n. 4, p.375-382, 2005.

GOMES, R. et al. A abordagem dos maus tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R. C.; JORGE, M. S. B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 1, p. 61-65, 2008.

GRUDTNER, D. I. **Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiros**. 2005. 208f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

HABIGZANG, L. F. et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2005.

INOUE, S. R. V.; RISTUM, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia-Campinas**, v. 2, n. 1, p. 11-21, 2008.

KRUG, E. G. et al (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LIMA, C. M. **Infância ferida**. São Paulo: Juruá, 2009.

MARCÍLIO, M. L. A lenta construção dos direitos da criança brasileira. Século XX- Tese Instrumentos Internacionais e Nacionais de Defesa e Proteção dos Direitos da Criança. **Rev Esc Enferm USP.**, v.37, p.46-57, 1998.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 176-216.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n.6, p.800-807, 2009.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**. 2006, v.15, n.3, p. 472-478, 2006.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) – Brasil, 2006. **Epidemiol Serv Saúde.**, v. 18, n.1, p.17-28, 2009.

MELO, M. C.; CRISTO, R. C.; KAMADA, I. Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. **Comun Ciênc Saúde.**, v.17, n.1, p.47-52, 2006.

MENEGHEL, S. N. Violência na infância e na adolescência. **J Pediatr.** v. 71, n. 6, p. 294-296, 1995.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org). **Inventando a mudança em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MEYERSON, L.A. et al. The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. **Child Abuse & Neglect**, v. 26, p.387-405, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. edição. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MILANI, R. G.; LOUREIRO, S. R. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do Conselho Tutelar. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.28, n.1, p.50-67, 2008.

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

OATES, R. K. Sexual abuse and suicidal behavior. **Child Abuse & Neglect**, v. 28, p.487-489, 2004.

PESCE, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão de literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 507-518, 2009.
PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J Pediatr.**, v.81, n.5, p.197-204, 2005.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Cienc Enferm.**, v.10, n.1, p.67-77, 2004.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. **Arq Ciênc Saúde.**, v. 12, n. 1. p. 42-49, 2005.

QUINTINO, L. V. O. et al. Violência sexual na infância/adolescência: uma cartografia da realidade cearense. In: IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2009, Recife. **Ciência e Saúde Coletiva**. Recife: Abrasco, 2009. 1 CD.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública.**, v. 20, n. 2, p. 456-464, 2004.

ROQUE, E. M. S. T.; FERRIANI, M. G. C. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.10, n.3, p.334-344, 2002.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 3, p.305-10, 2005.

SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente**. SEDH, 2009.

SILVA, A. M.; VIEIRA, L. J. E. S. Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza-CE. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 35, n.1, p. 4-10, 2001.

SILVA, L.W. S. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 4. p. 471-475, 2005.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 291-298, 2008.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. Rurais Agroind.**, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVEMAN, A. B.; REINHERZ H. Z.; GIACONIA, R. M. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal study. **Child Abuse Negl**, v. 20, n. 8, p.709-23, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Fundação OswaldoCruz. Ministério da Justiça, s/d. **Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na Adolescência**. SBP/FIOCRUZ/MJ, 2001.

SOUZA, E. R. (Org). **Curso Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

SOUZA, M. K. B.; SANTANA, J. S. S. Concepções de enfermeiros gestores municipais de saúde sobre a violência. **Rev Enferm UERJ.**, v. 15, n. 1, p. 94-99, 2007.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

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

VIEIRA, D. et al. Caracterização da violência física contra crianças e adolescentes. **Rev Enferm UERJ.**, v. 12, n.3, p. 306-311, 2004.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Declaração dos direitos da criança [Internet]**. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil>. Acesso em 10 jan. 2009.

VIEIRA, L. J. E. S.; BARROSO, M. G. Julgar e compreender: contradições da abordagem da equipe multiprofissional à família da criança envenenada. **Acta sci., Health sci**, v. 26, n. 1, p. 95-106, 2004.

ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saude.**, v. 6, n.2, p.358-365, 2010.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Dados pessoais

Data: _____

Nº da entrevista: _____

Código do entrevistado: _____

Faixa Etária: () <30 anos () 30-40 anos () 40-50anos () >50anos

Sexo: () F () M

Nível de escolaridade: _____

Profissão: _____

Tempo de formação: ____ anos

Cargo que exerce na instituição: _____

Tempo de experiência na instituição: ____ anos

Vínculo com a instituição: _____

2. Questões norteadoras

2.1 O que significa para você cuidar de uma criança que sofreu maus tratos?

2.2 Quais as atividades que você executa no atendimento a uma criança que sofreu maus tratos?

2.3 Como você atende uma criança que tenha sofrido maus tratos?

2.4 Qual o fluxo de atendimento prestado pelos profissionais de saúde à criança e seus familiares desde sua entrada na instituição até o final do atendimento?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. O contexto da emergência

Condições físicas da área de espera

Recepção da criança/família na portaria

Recepção da criança/família pela equipe de acolhimento

Principais queixas da criança/família

Privacidade no atendimento da criança/família

Tempo de espera pelo atendimento

2. Fluxo do atendimento prestado pelos profissionais de saúde às crianças vítimas de maus tratos

Profissional que realiza o primeiro atendimento à criança/família

Comunicação e articulação entre os profissionais

Atuação da Comissão de Maus Tratos

Atividades desenvolvidas por cada profissional

Encaminhamento para as redes de proteção e apoio

Uso das tecnologias leves na relação entre profissional e usuário

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: *Maus tratos infantis: significados e experiências de profissionais de saúde*, que tem como objetivo geral compreender como acontece o cuidado à criança vítima de maus tratos pelos profissionais de saúde.

Assim sendo, gostaríamos de contar com a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o tema proposto, que poderá ser gravada, se o(a) Sr(a) concordar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada.

Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) Sr(a) poderá deixar de participar deste, a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete alguma penalidade. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Em caso de dúvida, o(a) Sr(a) poderá se comunicar com a pesquisadora Luciana Vilma Oliveira Quintino, residente à Av. Tenente Lisboa, 3633; Bairro Ellery; Fortaleza – CE; fone: (85) 87125587, (85) 99090857; e-mail: l.vilma@uol.com.br. O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para quaisquer esclarecimentos pelo fone: (85) 31019890; localizado na av. Paranjana, 1700; Campus do Itaperi; Fortaleza – CE.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar desta com o tema: *Maus tratos infantis: significados e experiências de profissionais de saúde*.

Fortaleza, ____/____/____.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO (S)

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE REVISÃO GRAMATICAL E ORTOGRÁFICA**D E C L A R A Ç Ã O**

Declaro que a Dissertação intitulada **Maus tratos infantis: significados e experiências de profissionais de saúde**, sob autoria de Luciana Vilma Oliveira Quintino, foi submetida à revisão dos fundamentos gramaticais da língua portuguesa, dos quais foram contemplados os aspectos morfológicos, sintáticos e semânticos.

Fortaleza, 06 de fevereiro de 2011.



Prof^a. Luana Monteiro do Nascimento
Graduada em Letras pela Universidade Federal do
Ceará (UFC). Especialista em Ensino de Língua
Materna (UFC).

ANEXO C – FICHA DE NOTIFICAÇÃO