

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

MARIA DAS NEVES FIRMINO DA SILVA

**A IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA VITIMIZADA: PERCEPÇÕES
DE ESTUDANTES DE MEDICINA E ENFERMAGEM**

MARÍLIA

2013

Maria das Neves Firmino da Silva

A identificação da criança vitimizada: percepções de estudantes de medicina
e enfermagem

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em “Ensino em
Saúde”, da Faculdade de Medicina de
Marília, para obtenção do título de Mestre.
Área de concentração: Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Henrique
Rodrigues dos Passos

Coorientadora: Profa. Dra. Elza de Fátima
Ribeiro Higa

Marília

2013

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa,
desde que citada a fonte

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Silva, Maria das Neves Firmino da

A identificação da criança vitimizada: percepções de
estudantes de medicina e enfermagem / Maria das Neves
Firmino da Silva. - - Marília, 2013.

51 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) –
Faculdade de Medicina de Marília.

1. Maus-tratos infantis. 2. Violência doméstica. 3.
Notificação. 4. Estudantes de enfermagem. 5. Estudantes de
medicina.

Maria das Neves Firmino da Silva

A identificação da criança vitimizada: percepções de estudantes de medicina e enfermagem

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em “Ensino em Saúde”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Ensino em Saúde.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Antônio Henrique Rodrigues dos Passos
Faculdade de Medicina de Marília

Profa. Dra. Andréa Rizzo dos Santos Boettger Giardinetto
Universidade Estadual Paulista – Campus de Marília

Profa. Dra. Fernanda Paula Cerântola Siqueira
Faculdade de Medicina de Marília

Data da aprovação: _____

Dedico este trabalho a todas as crianças como forma de iniciar uma pequena reflexão e contribuição para uma mudança neste universo agressivo. Crianças que sobrevivem cotidianamente as histórias de violência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Antonio Henrique Rodrigues dos Passos, pelo estímulo, incentivo que através destas atitudes tem contribuído para que a prática seja transformada; ao Prof. Dr. Rubens Silvado, *in memoriam* que contribuiu muito para que a Pós Graduação Stricto sensu da Famema acontecesse.

Agradecimento às enfermeiras Arlete, Josiane, Maria Renata que suportaram minha ausência nas atividades hospitalares durante minha dispensa.

Agradecimento a Ana Cláudia Rocha, que sempre auxiliou com prestígio e espontaneamente nas histórias familiares.

Agradecimento especial ao esposo Luiz Antônio da Luz.

Agradecimento aos meus filhos Thiago, Daniel, Mariana, Marcela e Luiz Henrique que apesar da mãe ausente sempre demonstraram muito afeto e me apoiaram em minhas decisões.

Agradecimento a Renato Maluf que muito contribuiu com sua sabedoria e experiência no assunto.

Agradecimento aos meus netos Felipe, Daniel e Pietro.

RESUMO

Essa pesquisa traz reflexões sobre como a temática da violência infantil é abordada nas instituições de ensino em saúde. Algumas peculiaridades deste tema são aqui abordadas tais como, parte da história na organização das sociedades, as modalidades encontradas e as dificuldades do reconhecimento por parte dos profissionais. O objetivo é fazer uma reflexão contribuindo para uma ampliação do reconhecimento deste dano infantil saindo da superficialidade de sua abordagem, buscando maior compreensão das questões que envolvem a prática da violência. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa que buscou identificar e analisar a percepção dos acadêmicos da enfermagem e medicina sobre a violência à criança e ao adolescente nas suas atividades do processo de ensino-aprendizagem. Os núcleos de sentido encontrados foram denominados como: interfaces da violência; a formação profissional do médico e do enfermeiro; como identificam a criança e o adolescente que sofre maus tratos; as explicações sobre a violência contra a criança e o adolescente; o fazer sobre os atendimentos e a rede de cuidados. Conclui-se que a lacuna está em como diagnosticar a violência infantil nos serviços de saúde, assim, a formação destes profissionais que lidam com a violência intrafamiliar ainda precisa ser instrumentalizada.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis. Violência doméstica. Notificação. Estudantes de enfermagem. Estudantes de medicina.

ABSTRACT

This research reflects on how the issue of child abuse is addressed in educational institutions in health. Some peculiarities of this topic are covered here such as the history of the organization of societies, the difficulties encountered and the modalities of recognition by professionals. The aim is to reflect contributing to a widening recognition of these damage children leaving the shallowness of their approach, seeking greater understanding of the issues surrounding the practice of violence. It is a descriptive qualitative approach that sought to identify and analyze the perceptions of academic nursing and medicine on violence to children and adolescents in their activities of teaching and learning. The units of meaning found were named as interfaces of violence, the professional training of doctors and nurses; identify how children and adolescents suffering maltreatment; explanations of violence against children and adolescents; doing about attendances and care network. We conclude that the gap is in how to diagnose child abuse in health services, thus the formation of those professionals who deal with domestic violence has yet to be exploited.

Key-words: Child abuse. Domestic violence. Notice. Students, nursing. Students, medical.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 Breve história da violência contra a criança.....	09
1.2 Questão cultural da violência infantil.....	11
1.3 Diferentes formas da violência infantil.....	13
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	20
3.1 Delineamento do estudo	20
3.2 Cenário da pesquisa.....	20
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	21
3.4 Técnicas de coleta de dados e instrumento.....	21
3.5 Procedimentos para coleta de dados.....	22
3.6 Procedimentos para análise dos dados.....	23
4 RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	24
4.1 Interfaces da violência.....	24
4.2 A formação profissional do médico e do enfermeiro.....	27
4.3 Como identificam a criança e o adolescente que sofre maus tratos.....	30
4.4 As explicações sobre a violência contra a criança e o adolescente.....	32
4.5 O fazer sobre os atendimentos e a rede de cuidados.....	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERENCIAS.....	41
APENDICE 1.....	49
APENDICE 2.....	50

1 INTRODUÇÃO

É fato que, diariamente, nos deparamos com a violência contra criança mostrando sua triste face através de dados e estatísticas. A mídia nos deixa perplexos sobre tamanha crueldade que compromete o desenvolvimento dessa faixa etária trazendo consequências para a vida adulta e para a sociedade.

A violência contra crianças e adolescentes se caracteriza como uma situação em que se identifica a existência de um sujeito em condições de superioridade, que comete dano, seja este corporal, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou mesmo após consentimento desta, quando tal experiência for obtida por indução ou sedução enganosa.¹

Durante atuação profissional.....

No contexto hospitalar, pode-se perceber a dificuldade dos profissionais que cuidam destas crianças em identificar os sinais da violência sofrida. Tais crianças retornam aos seus lares, no contexto familiar, expostas ao mesmo ambiente onde foram vitimizadas. Portanto, a violência é fato visto e sentido pelo menor. Este não é um fenômeno recente, ao longo da história crianças foram agredidas de alguma forma.

1.1 Breve história da violência contra a criança

A violência contra a criança acompanha a história da humanidade e nos fornece vários exemplos de práticas agressivas de educação utilizadas contra crianças e se constituiu em um aspecto crítico da organização das sociedades. A criança não era vista ou considerada um sujeito de direitos. Atos violentos praticados contra a criança e o adolescente se estendem ao longo dos tempos da história da civilização humana, alguns até embasados em preceitos religiosos.²

O abuso da criança é citado nos livros mais antigos da história da civilização humana, como na Bíblia e no Alcorão, onde a criança era oferecida como sacrifício para agradar a Deus.³ No Código de Hamurabi, por exemplo, as mulheres, filhos e filhas podiam ser vendidos para quitação de débitos vencidos. Os filhos assim vendidos trabalhavam durante três anos na casa do comprador ou do senhor.⁴

Nas civilizações antigas, os maus-tratos à criança já se faziam presentes por meio do infanticídio, utilizado para eliminar as crianças que nasciam com defeitos

físicos. Para equilíbrio dos sexos, por motivos religiosos, como medida econômica nos grandes flagelos ou por não agüentarem longas caminhadas, crianças também eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais. Também era direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho e como não era possível ser-se injusto com a sua própria propriedade, nenhum comportamento do pai para com os filhos poderia ser interpretado como injusto.⁵

Desde os primórdios, a maior parte dos casos de violência contra a criança/adolescente acontece no ambiente familiar, contrapondo o entendimento de proteção que a família deveria exercer.⁵⁻⁶

O século XVI se caracterizou como a época das agressões e violências contra as crianças. Nesta época, surgiram os “colégios” que abrigavam estudantes pobres e sem família, indesejados pela sociedade, submetendo-os aos piores maus tratos e humilhações deliberadas.⁵ No século XVII, a teologia cristã, na pessoa de Santo Agostinho, elaborou uma imagem dramática da infância, onde logo após o nascimento a criança era símbolo da força do mal, um ser imperfeito, esmagado pelo peso do pecado original. Nesse período, a amamentação era considerada prazer ilícito da mãe que causaria perda moral da criança. Ainda neste século, a criança era incluída nas brincadeiras sexuais do adulto.³

No século XIX, os bebês brancos eram entregues às amas negras, concorrendo com as necessidades dos pequenos cativos, e interferindo nas suas possibilidades de sobrevivência. No final deste século, na Inglaterra ocorreu a exploração do trabalho infantil, com crianças de quatro anos de idade trabalhando em fábricas, e desde os oito anos em minas de carvão, com uma jornada de trabalho de até 16 horas por dia. Durante a revolução industrial, desde os nove anos de idade as crianças eram alugadas às fábricas, onde eram acorrentadas para impedir a sua fuga. Na Índia, os recém-nascidos com certos defeitos eram considerados instrumentos do diabo e eliminados em rituais religiosos para cumprir obrigações paternas em oferendas a deuses mitológicos justificando de que a criança era possuída pelo demônio e, na China, o limite de filhos era três, sendo que o quarto era jogado aos animais selvagens para que fosse devorado, como meio de controlar o aumento populacional.³

Nos relatos do filósofo Sêneca, consta que ocorria a “exploração de criaturas indefesas para a sobrevivência dos pais”, através da retirada de um olho ou

amputação de uma perna com a finalidade de convertê-las em mendigos profissionais.

Estas concepções e hábitos permaneceram durante séculos na civilização ocidental, sendo tolerada mesmo pela Igreja Católica na Europa, no auge do cristianismo. Até o século XVII, a Igreja negava a existência da alma às crianças pequenas, que desta forma poderiam ser assassinadas sem que isto constituísse pecado.⁷

O abandono de bebês na França urbana era uma realidade no século XVII. Nessa época, a maioria das crianças era enviada ao campo, logo após o nascimento, aos cuidados de amas de leite. Estas crianças eram devolvidas aos pais somente três ou quatro anos após, quando sobreviviam. O cuidado com as mesmas na moradia das amas era extremamente precário. Tais amas deixavam transcorrer semanas sem mudar certas roupas da criança ou a palha em que as deitavam. Como estas amas eram pobres e tinham seus próprios filhos para amamentar, a dieta das crianças confiadas a elas era complementada com qualquer alimento disponível, como pão que mastigavam previamente, castanhas trituradas ou pão pesado embebido em vinho. A autora ressalta que este abandono de bebês ocorria em todas as classes sociais, sendo culturalmente aceito pela sociedade da época.⁸

1.2 Questão cultural da violência infantil

Sabe-se que na rotina das enfermarias, a justificativa da maioria dos cuidadores das crianças vitimizadas é a educação através da palmada, das surras e das diversas formas de castigo dispensado à criança.

Uma dificuldade em definir a violência doméstica é o estabelecimento dos limites entre a agressão física com fins disciplinares e a agressão física severa. A disciplina, por meio de punições físicas e psicológicas, também tem feito parte da educação dada pelos pais.⁹

Historicamente, a violência contra crianças sempre esteve vinculada ao processo educativo constituindo-se um problema histórico-cultural que tem percorrido todas as décadas até o século atual, nas suas diferentes formas de expressão.¹⁰⁻¹¹

A violência é uma prática tão assimilada aos costumes e valores cotidianos da família, que praticamente passa despercebida. A agressão física de crianças praticada pelos pais é hábito socialmente tolerado e até mesmo considerado “educativo” a despeito das desigualdades de poder e de força que se exercem numa relação entre adulto e criança. Assim como todas as formas de violência, os abusos domésticos se exercem a partir de um padrão de relacionamento que pressupõe desigualdade e abuso de poder.¹²

A violência doméstica é uma das várias modalidades de expressão de violência que a humanidade pratica contra suas crianças e adolescentes, sendo que as raízes desse fenômeno também estão associadas ao contexto histórico, social, cultural e político em que se insere e não pode ser compreendida somente como uma questão decorrente de conflitos interpessoais entre pais e filhos. Mesmo este relacionamento interpessoal, a qual configura um padrão abusivo de interação pai-mãe-filho, foi construído historicamente por pessoas que, ao fazê-lo, revelam as marcas de sua história pessoal no contexto da história socioeconômica, política e cultural da sociedade.¹³

Na atualidade, a violência praticada contra a criança e o adolescente não é somente produto da pobreza, mas sim o resultado das contradições sociais existentes na própria sociedade. Estas contradições acabam por motivar pessoas, grupos, instituições e sociedades a agredirem-se mutuamente buscando domínios através da força física.¹⁴ Embora a maioria dos relatos de maus-tratos advenha de populações com condições socioeconômicas inferiores, a violência contra a criança é, sem dúvida, um problema de qualquer grupo social abrangendo todos os níveis educacionais, sociais e econômicos.¹⁵

Minayo¹⁵ relata que um estudo realizado por Agudelo em 1989, em um hospital de Cali, na Colômbia, apontou que 41 dos mil pacientes pediátricos atendidos na instituição tinham diagnóstico de problemas de maus-tratos. O autor relatou também uma pesquisa realizada em um hospital de Medellín, na Colômbia, nos anos de 1987 e 1988, onde foi constatado que 73,8% das crianças maltratadas que recorreram aos serviços pertenciam a famílias vivendo com menos de um salário mínimo, unindo assim, a violência estrutural e a violência doméstica. Outros estudos¹⁷⁻²⁰ relatam o fenômeno da violência e encontraram ocorrências semelhantes.

As maiores peculiaridades da violência doméstica referem-se à natureza dos vínculos que a vítima mantém com a pessoa que a agride e o “pacto de silêncio” que se estabelece entre ambos. O agressor doméstico geralmente é uma pessoa conhecida, supostamente confiável e por quem a vítima nutre sentimentos de amor e, ao mesmo tempo, de ódio.¹⁶

Por estes relatos, nota-se que a agressão é inseparável da natureza humana e, ninguém nasce violento, embora todos nós carreguemos internamente um potencial para nos tornarmos agentes agressores. Assim, a violência pode ser desaprendida, e qualquer que seja o ato de agressão ou o motivo que o gerou, torna-se um atentado à dignidade humana, sendo mais grave ainda quando direcionado contra alguém que não possui maneiras de se defender, fugir ou lutar.²¹

1.3 Diferentes formas da violência infantil

Apesar da diversidade de conceitos, são encontradas, na literatura, algumas caracterizações que, mesmo sendo bastante gerais, permitem estabelecer alguns contornos.

A publicação de Azevedo¹⁴ considera a violência doméstica contra a criança e o adolescente como uma violência interpessoal e intersubjetiva; um abuso do poder disciplinar e coercitivo dos pais ou responsável; um processo que pode se prolongar por meses e até anos; um processo de completa objetualização da vítima, reduzindo-a a condição de objeto de maus-tratos; uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente enquanto pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança; tendo na família sua ecologia privilegiada. Como esta pertence à esfera do privado, a violência doméstica acaba se revestindo da tradicional característica de sigilo.

Segundo Araújo²² é freqüente a utilização dos termos doméstica e familiar, adjetivando a violência, como sinônimos. Mas violência doméstica pode ser distinta da familiar, como ocorre na proposta, que adota as seguintes denominações: violência doméstica (perpetrada no âmbito doméstico em que reside a vítima, envolvendo familiares ou não familiares); violência intrafamiliar (as pessoas envolvidas pertencem à mesma família, mas não necessariamente moram sob o mesmo teto); e violência extrafamiliar (em que os agressores não têm vínculo familiar com a vítima, nem residem na mesma casa).

Na literatura, existem categorias que permite a comparação entre diferentes estudos.

Kooler²³ utiliza o rótulo violência intrafamiliar para abarcar todas as formas de violência (física, abuso sexual, emocional, abandono e negligência) e todas as configurações familiares possíveis (entre pais e filhos, casal, irmãos e filhos para com pais).

Conforme afirmam Emery²⁴, a questão subjacente ao problema da definição é que a conceituação de violência é inerentemente dirigida pelo julgamento social, e não por padrões sociais imutáveis ou pela ciência empírica, o que torna difícil a obtenção de consenso. Além disso, as definições têm importantes e variadas implicações em função de diferentes propósitos. Por exemplo, os pesquisadores que estudam a extensão e a natureza da violência doméstica têm, ao propor definições, objetivos que diferem daqueles dos órgãos de proteção à criança, cujos profissionais devem decidir como e de que forma intervir nas famílias em que se apresenta a violência. Segundo os autores, fica clara a necessidade de definições precisas em contextos específicos, porém isso não elimina a necessidade de definições consensuais, tanto para dar suporte às intervenções, quanto para traçar o quadro da epidemiologia da violência.

Assim, para Debarbieux²⁵, definir violência é, antes de tudo, mostrar como ela é socialmente construída e isso se refere, sem dúvida, a um sistema de normas sociais e de pensamento. É mostrar como seu campo semântico se amplia a ponto de se tornar uma representação social central.

Buscando-se uma maior delimitação, Azevedo¹⁶ configura a violência doméstica em duas modalidades:

a) violência física: toda ação que causa dor física numa criança, desde um simples tapa até o espancamento fatal.

b) violência sexual: todo ato ou jogo sexual, relação ético ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa.

A violência psicológica, segundo Camargo²⁶, evidencia-se como a interferência negativa do adulto sobre a criança e sua competência social, conformando um padrão de comportamento abusivo. As formas mais comuns são:

rejeitar, isolar, aterrorizar, ignorar, corromper e criar expectativas irreais ou extremadas sobre a criança ou adolescente.

Concluindo, é na definição de negligência, maltrato por omissão de conduta, que Azevedo & Guerra²⁷ salientam na omissão da família em prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. A negligência configura-se no comportamento dos pais ou responsáveis quando ocorre falha em alimentar, vestir adequadamente seus filhos, medicar, educar e evitar acidentes.

Mais do que se imagina, os maus-tratos contra a criança e adolescentes ocorrem com frequência e em todas as classes sociais. Mesmo diante desta realidade, ainda assim, as suas explicações e consequências frequentemente encontram-se na superficialidade e pouco se faz. Como sair dessa superficialidade e buscar maior compreensão das questões que cercam a prática da violência?

O ensino médico, mesmo em países desenvolvidos, não privilegia o reconhecimento da síndrome da criança espancada.²⁸⁻²⁹ Reconhecer a criança vitimizada em sua complexidade, enquanto condição fundadora das relações humanas, histórica e politicamente construída, implica sua desnaturalização, e nesta condição é que podem ser pensadas.¹⁰ Assim, dimensionar esta questão não é simples, pois nem sempre é possível identificar este tipo de violência e nem sempre deixa marcas dificultando seu reconhecimento, denúncia ou registro. Nesse sentido, à medida que se percebe o impacto negativo da violência doméstica no bem-estar da criança, vem aumentando o reconhecimento do importante papel dos profissionais e serviços de saúde para seu enfrentamento, porque estes são espaços privilegiados que, além de identificar e tratar pode criar estratégias de ação e prevenção.³⁰

A legislação existe para assegurar às crianças e adolescentes o pleno exercício de seus direitos e os principais instrumentos do Estado brasileiro e da sociedade são o Estatuto da Criança e do Adolescente³¹ e a Constituição Federal.³² Estes instrumentos jurídicos permitem enfrentar a violência ou pelo menos revertê-la assegurando o direito de Proteção Especial, como forma de defesa contra a violência em suas varias modalidades.

O artigo 227 da Constituição Federal³² foi o primeiro a ser mencionado especificamente em uma Constituição, tratando diretamente do abuso e exploração sexual da criança e do adolescente. Reza o mesmo que 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. Outras legislações brasileiras existentes, desde o tempo do Império, quando se referiam à criança e ao adolescente, apenas faziam menção ao sistema de trabalho e ao bem das mesmas.³²

Segundo a UNICEF³³ o Estatuto da Criança e do Adolescente³¹ deve ser entendido como um instrumento que colabora decisivamente na identificação dos mecanismos e exigibilidade dos direitos constitucionais da população infanto-juvenil. É uma lei que tem como paradigma os mais recentes avanços da normativa internacional e, como conteúdo, o melhor da experiência acumulada pelo movimento social brasileiro. Um dos avanços trazidos pelo Estatuto³¹ foi a abertura de um espaço para denúncia e ressarcimento de qualquer fato que viole os direitos de crianças e adolescentes. De acordo com a lei estes direitos são soberanos, não podem ser violados ou ameaçados. No Estatuto da Criança e do Adolescente³¹ são três as condições básicas para que um fato seja caracterizado como violação dos direitos da criança e do adolescente. Primeiro, a existência de um sujeito entre 0 a 18 anos que tenha sofrido qualquer tipo de violação de seus direitos. Segundo, a prática de uma ação contrária ao direito assegurado a este grupo, ou mesmo a ausência da ação necessária ao cumprimento do direito. Por último, um responsável pela ação ou pela omissão que resultou no descumprimento da lei.

Essa temática em nossa sociedade merece uma atenção especial, em virtude da importância de uma assistência integral à criança pela família e pelos profissionais que atuam na área de saúde, na educação e área social. Cabe ressaltar, ainda, os critérios que esses profissionais adotam no levantamento de suspeitas e os encaminhamentos realizados embora tenha havido um avanço nesse campo, pode-se considerar que, entre cumprir o Estatuto da Criança e do Adolescente³¹ e a prática desses profissionais, há ainda uma distância a ser vencida, uma vez que nem sempre tais profissionais se sentem preparados para assumir tais atribuições.³⁴

Para proteger a criança, o reconhecimento da ocorrência de maus-tratos se faz necessário.³⁵ Existe uma Resolução da Secretaria Estadual de Saúde³⁶ que torna compulsória a notificação dos maus-tratos contra a criança e o adolescente

aos órgãos de proteção e responsáveis pelas ações da política de atendimento, instituídos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.³¹ Destes, o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei.³¹

Recomenda-se que qualquer violência seja vista em rede: relações entre sujeitos que desempenham papéis dentro e fora do domicílio, inseridas em estruturas maiores e, não raro, também violentas.³⁷

Reconhecer os riscos da violência é fundamental para abrir possibilidades de mudanças nos serviços de saúde. Uma rede tida como importante e fundamental é a que envolve a criança e o adolescente, a família e os profissionais médico e enfermeiro. Quanto mais se abordar o assunto, mais se poderão conscientizar as pessoas, enriquecerem o processo de ensino e aprendizagem e ter profissionais que denunciem todos os tipos de violência contra a criança e o adolescente, pois cuidar dos futuros cidadãos do mundo é uma obrigação da sociedade. A atitude de notificar dependeu significativamente do grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis por parte dos profissionais da saúde. Espera-se, entre várias outras coisas, que o pediatra ocupe a seguinte posição inicial na rede de atendimento: alguém que está colocado em meio às inúmeras expressões de violência que a criança ou o adolescente podem portar durante a consulta.³⁸ Para tanto, a formação do profissional de saúde e da educação devem estar preparados para essa abordagem.³⁹ Desde o século XX, esse fenômeno vem sendo tratado como problema social e de atenção em saúde pública. Hoje, em quase todos os países, a violência é reconhecida como um grave problema de Saúde Coletiva e os profissionais ligados a esta temática necessitam ter conhecimento do problema, que é maior que os fatos dramáticos e extremos mencionados anteriormente, para cumprir sua responsabilidade profissional, legal e moral ao comunicar um caso suspeito de maus-tratos. Por esta razão, torna-se importante a participação das universidades, enquanto local que se produz conhecimento e como formador de profissionais, no combate à violência contra a criança e o adolescente: “a universidade, como um dos lócus de produção de conhecimento, é parte constitutiva da sociedade e do estado e como tal cabe-lhe, mesmo considerando os limites da sua especificidade, uma responsabilidade política na condução e no destino histórico deste processo de transformação em que se engaja”.⁴⁰

No conjunto das explicações da invisibilidade dos maus tratos cometidos contra crianças e adolescentes, destacam-se problemas relacionados à formação profissional, principalmente no que tange aos médicos e às enfermeiras.³⁴ É nesta perspectiva que é proposto uma reflexão sobre as lacunas de formação do profissional de saúde no sentido de se lidar com a complexidade da violência.

Este contexto gera uma questão: a formação acadêmica prepara os profissionais da Medicina e Enfermagem para identificar a violência cometida contra a criança e o adolescente?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar na percepção dos acadêmicos de Enfermagem e Medicina, se durante o processo de formação são preparados para identificar crianças e adolescentes vítimas da violência ou maus tratos.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.2.1 Identificar o conhecimento da violência contra crianças e adolescentes.

2.2.2 Compreender, na visão dos acadêmicos, como se deu o processo de formação para identificar a criança que sofre maus tratos.

2.2.3 Identificar se os estudantes atuam para transformar os cenários de prática.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Delineamento do estudo

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Este tipo de estudo, possibilita a compreensão de fenômenos, processos e atividades humanas particulares de determinado grupo, pois trabalha com valores, atitudes, crenças e opiniões⁴¹. Também é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto em seu advento quanto em sua transformação, como construções humanas significativas.⁴¹

A pesquisa descritiva observa, descreve e, por vezes, classifica fenômenos pesquisados e explora aspectos de uma situação.⁴¹ É considerada, por alguns investigadores, essencial para a obtenção de informações sobre as quais estudos posteriores podem ser construídos, a partir da descrição, da comparação e da classificação dos dados obtidos.⁴²

Através deste tipo de estudo buscou-se identificar e analisar a percepção dos acadêmicos da enfermagem e medicina acerca da violência à criança e ao adolescente nas suas atividades do processo de ensino-aprendizagem.

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Unidade de Produção do Cuidado: Pediatria do Hospital das Clínicas Unidade II - Hospital Materno-Infantil, da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), classificado como instituição pública e de ensino, titulado pelo Ministério da Saúde como Hospital Amigo da Criança. A Unidade de Produção do Cuidado: Pediatria conta com 24 leitos planejados, distribuídos em três especialidades: sendo 14 leitos da clínica médica, 06 leitos cirúrgicos, 04 leitos da clínica oncohematológica. Estes leitos são destinados à internação de crianças com 29 dias de vida até 13 anos completos. Estas crianças são internadas através do Sistema Único de Saúde⁴³.

A unidade de Pediatria desenvolve os Projetos: Programa de Pais Participantes, Classe Hospitalar, Serviço de Psicologia Hospitalar Infantil, Amigos do Sorriso Alegria na FAMEMA, Brinquedoteca, Contador de História, Graça com

Graça, Datas Comemorativas, Brinquedoteca Móvel, Fazendo Arte na Pediatria e Pastoral da Saúde.

Sua área física consta de instalações destinadas e em fase de melhorias para o atendimento à criança e tem implantado Equipes Nucleares da Saúde da Criança.

A seleção deste hospital para a realização do estudo se justifica por ser um hospital-escola, também uma instituição referência da Direção Regional de Saúde de Marília (DRS) - IX para 62 municípios para assistência terciária. Também pela implementação de um trabalho pautado no modelo de clínica ampliada conformados em equipes multidisciplinares desde 2000 que assiste o usuário de forma integral utilizando uma abordagem holística, visando melhor atendimento e qualidade de vida ao usuário.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa totalizaram 12 estudantes entrevistados, sendo os acadêmicos do terceiro e quarto ano de Enfermagem e do quinto ano de Medicina, que atuam na Unidade de Pediatria. A escolha dos referidos sujeitos justifica-se pela vivência no cenário de prática específico da saúde da criança.

O critério utilizado para estabelecer o número de sujeitos foi o da saturação, isto é a repetição dos depoimentos dos entrevistados, indicando assim que os dados coletados conseguem responder ao objetivo proposto pelo estudo.⁴⁴

3.4 Técnicas de coleta de dados e instrumento

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada que permite ao pesquisador à exploração de problemas ou questões básicas, como também, o modo com que as pessoas os conceituariam ou falam sobre eles, sem que lhes seja imposta a visão de mundo do pesquisador⁴⁵.

A estratégia para investigar a percepção sobre a criança que sofre maus tratos baseou-se na aplicação de um instrumento composto de perguntas abertas e foi elaborado tendo em vista não expor o entrevistado e obter respostas mais objetivas. Sendo assim, o informante tem a possibilidade de discorrer sobre suas experiências.

Para tanto, constou de dois momentos (APÊNDICE 1):

1º Momento: Dados sobre relativos ao perfil demográfico dos sujeitos como a categoria do estudante, idade e sexo.

2º Momento: a entrevista conduzida por questões norteadoras.

As entrevistas foram realizadas pelo próprio autor, no local determinado pelo sujeito, sendo agendada previamente respeitando a disponibilidade e a preferência de horário do mesmo.

Foi solicitado consentimento aos sujeitos para gravar a entrevista, e suas respostas posteriormente foram transcritas na íntegra, garantindo o anonimato do sujeito da pesquisa.

3.5 Procedimentos para coleta de dados

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Famema, parecer nº 1420/11 conforme promulgação da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas em seres humanos.⁴⁶ Também foram enviadas cartas às diretorias e coordenadorias do Hospital e da Faculdade de Medicina (Famema) com os objetivos do estudo.

O instrumento de coleta de dados foi submetido a um processo de adequação com a finalidade de aprimoramento do mesmo. Considerando os pressupostos metodológicos para a construção do instrumento de coleta de dados, a adequação do instrumento foi feita por meio de entrevista piloto com quatro profissionais com experiência na área do cuidado infantil e pela apreciação de quatro juízes externos também com vivência no atendimento à criança.

Na entrevista piloto, todos os participantes entenderam todas as questões, e, além disso, houve apreciação quanto à linguagem e a compreensão da pergunta.

Após a aprovação, foi realizado contato pessoal com os sujeitos da pesquisa com o intuito de solicitar consentimento livre e esclarecido, por escrito, para participarem da mesma (APÊNDICE 2). Todos assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e suas dúvidas foram previamente sanadas. Não houve recusa ou resistência por parte de nenhum dos estudantes que foram colaborativos.

Na apresentação dos resultados os nomes dos entrevistados foram substituídos para assegurar o seu anonimato. Para facilitar a leitura, essa substituição será feita de forma que a primeira letra indicará a categoria profissional

seguida do número de entrevistado. Assim, os nomes fictícios iniciados pelas letras M serão utilizados para estudantes de medicina, os iniciados pelas letras E para os de enfermagem.

3.6 Procedimentos para análise de dados

Para a análise dos dados, foi utilizado o método baseado na adaptação de princípios da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática⁴⁷. A trajetória da análise das entrevistas seguiu as etapas: a) compreensão geral dos depoimentos; b) identificação das idéias centrais (núcleos de sentido) dos materiais analisados por questão; c) confronto entre os diferentes núcleos de sentido presentes no *corpus* de análise para se buscar temáticas mais amplas ou eixos estruturantes das falas; d) discussão dos resultados a partir de temáticas³⁴.

Neste momento realizaram-se as interpretações, inter-relacionando os dados e buscando seus significados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando os diferentes núcleos de sentido existentes nas respostas, estes apontam para temáticas em torno das quais é possível discutir as percepções desses futuros profissionais acerca da identificação e da abordagem dos casos de violência contra criança e o adolescente na formação.

Essas temáticas foram denominadas da seguinte forma: interfaces da violência; a formação profissional do médico e do enfermeiro; como identificam a criança e o adolescente que sofre maus tratos; as explicações para a violência contra a criança e o adolescente; a resolubilidade.

o fazer sobre os atendimentos e a rede de cuidados.

4.1 Interfaces da violência

Estudos apontam a violência contra a criança e o adolescente como um fenômeno recidivante e quase sempre envolvido por um manto de silêncio, associando suas raízes a uma grande variedade de fatores individuais, grupais, culturais, sociais e políticos.^{5,48-51} Outros autores complementam, associando a violência ao grau de fragilidade e dependência próprias da infância e adolescência, tornando-as hierarquicamente menos poderosas e estando, por conseguinte, sujeitas aos maus-tratos com maior frequência.¹⁰

Os estudos, em sua grande parte, são concordantes entre si, ao afirmarem que os maus-tratos contra menores acontecem independentemente de classe social, etnia, religião ou escolaridade dos agressores.^{5,52}

As afirmações conceituadas pelos entrevistados demonstraram proximidade com o conceito e associado a algum tipo desta.

[...] Sofreu algum tipo de agressão, vítima de alguma coisa (M2, M3, E2, M4 e M6).

[...] É uma criança que sofreu algum trauma psicológico, físico ou pelo ambiente. (M1).

[...] Criança que sofreu algum tipo de agressão física, psicológica, moral que entra na psicológica, qualquer tipo de violência. (E1, E5).

[...] Acredito... tanto qualquer tipo de abuso que ela tenha sofrido, tanto psicológico, como físico até agressão verbal, a gente vê tanta criança oprimida.....(E3).

[...] Que sofre maus tratos, preconceito, violência tanto verbal quanto física. (E4).

[...] Negligenciada do cuidado (E6).

Em princípio, a identificação de violência parece óbvia, mas trata-se de um conceito de múltiplas facetas envolvendo controvérsias. Na literatura, a violência é conceituada de diferentes formas, não havendo critério quanto às rotulações e classificações, ou, quando se utilizam critérios, estes são confusos, dificultando seu uso por outros pesquisadores.⁵³⁻⁵⁴

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.⁵⁵

Também a terminologia encontrada na literatura é diversificada. É frequente a utilização dos termos doméstica e familiar, adjetivando a violência, como sinônimos.

A violência doméstica representa toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora do lar por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aquelas que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue.⁵⁶

Cada um possui uma compreensão acerca da temática proposta devida experiência de vida ou cultural, proximidade ou também da veiculação muito frequente na mídia nos dias atuais.

Na caracterização das falas dos estudantes M1, E1, E5, E3 e E4 é possível mencionar a violência de muitas maneiras: *[...] sofreu algum trauma psicológico, físico ou pelo ambiente; [...] agressão física, moral; [...] até agressão verbal; [...] preconceito.*

Há um depoimento que inclui a negligência nos maus tratos ao definir criança vitimizada como aquela que se encontra *[...] negligenciada do cuidado (E6).*

É identificado nas respostas certo “divisor de águas”: o perceptível e o imperceptível da violência como na fala dos entrevistados M2, E2, M4 e M6.

Independente da categoria do estudante surge nas falas dos entrevistados, os maus tratos físicos como o lado visível da violência cometida contra crianças e adolescentes. São poucos definidos, mas exemplificados como resultados de ações citadas no trauma abdominal, por exemplo, sendo assim diagnosticados quando os profissionais encontram crianças com fraturas, marcas, ou seja, a visibilidade da violência. Os casos de violência mais evidentes são os que envolvem lesões corporais ou outros sintomas relacionados.⁵⁷

Quanto à violência física, estudos apontam ser a forma mais visível do fenômeno caracterizada pelo dano físico e comumente enfatizada pelos pais como um método de educar.⁵⁸⁻⁶⁰ Na infância, as crianças iniciam a busca da autonomia, tornando-se curiosas, inquietas, audaciosas, com intensa atividade motora e aquisições cognitivas, necessitando, portanto, de realizar experimentações, exigências inerentes e fundamentais ao pleno desenvolvimento.⁶¹ A violência física é utilizada como forma de tentar conter estas atitudes consideradas normais.⁶²

Outra questão apresentada pelos sujeitos é a relação de poder sobre a criança.

[...] forma de poder sobre a vítima. (M6).

[...] passa por alguma coisa na vida dela que a faz de vítima, inocente não teve culpa de algum ato. (M3).

Infelizmente, o uso da punição física ainda é um instrumento utilizado com freqüência na educação dos filhos na sociedade contemporânea. Os pais tendem a defender essa forma de disciplina que pode favorecer a banalização e tornar crônica a violência doméstica física contra crianças e adolescentes.⁶³ Mesmo encarada como algo normal por alguns, a agressão na infância e adolescência pode acarretar problemas que muito provavelmente terão impacto por toda a vida da vítima, levando-a a repetir o comportamento violento.⁶⁴

Todavia, os profissionais dessa área tendem a subestimar a importância do fenômeno⁶⁵, voltando suas atenções às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias.⁶⁶ Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, ou simplesmente, à decisão de não se envolver com os casos.

A violência psicológica, que abrange rejeição, depreciação, desrespeito, discriminação, punição ou cobrança exagerada⁶⁷ desponta em poucas falas, sendo esta de difícil visibilidade por requerer domínio de uma área específica. Diferente

das outras naturezas de violência, com definição e conceitos mais claros possibilitando assim melhor detecção e conseqüente intervenção, a violência psicológica é pouco diagnosticada apesar de ser mais prevalente do que as outras formas de abuso segundo pesquisadores da área⁶⁸⁻⁷⁰.

Alguns estudos reforçam as dificuldades de definição e detecção da violência psicológica, mas mostram a alta ocorrência desta na infância e seus efeitos no desenvolvimento tendo, a curto e longo prazo, impactos na saúde física e mental. Junto a essa dificuldade de se lidar com o conceito de maus tratos psicológicos, os entrevistados se prendem a alguns critérios para sua identificação, como a violência moral e o ambiente gerador da violência.

[...] violência moral (E5).

[...] a gente vê tanta criança oprimida, forçando uma situação.....(E3).

A fala de uma entrevistada é bastante elucidativa ao trazer o cenário onde se gesta a violência mencionando *[...] ou pelo ambiente (M1)*.

A violência sexual não foi citada nas falas dos entrevistados. Embora esta seja considerada a forma mais cruel de todas, dada a condição de indefesa de suas vítimas e as possíveis conseqüências. Também é uma das piores e mais perversas formas de violação aos Direitos Humanos.

A violência sexual contra crianças e adolescentes, principalmente entre crianças até nove anos de idade, é o segundo principal tipo de violência, ficando pouco atrás apenas para as notificações de negligência e abandono.⁷¹

4.2 A formação profissional do médico e do enfermeiro

Saindo da definição da violência e se deslocando para a dimensão formativa, algumas falas, chama atenção para o distanciamento da temática na programação do curso.

[...] Não tem nada específico (M2). Não lembro de nenhum momento de ter sido abordado (E2).

[...] Pouco abordado na grade, nenhuma atividade (M6).

[...] Não lembro de ter tido de forma direta,..... grade curricular, atividade curricular, alguma aula, teoria (E1).

Nestas falas despontam problemas relacionados à formação profissional.

A maioria das disciplinas da saúde não contempla em seus currículos e programas de educação continuada à formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas⁷². O despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder à frente desses casos⁷³.

Freqüentemente o profissional não identifica a situação de violência, e quando o faz não se sente preparado para dar a solução ou o encaminhamento adequado.⁷⁴ Deve-se chamar a atenção para o significado que cada um tem em sua vivência pessoal sobre a violência de um modo geral.

A responsabilidade, então, de cada um está ligada aos valores éticos da sociedade na qual se vive e da qual se faz uma leitura crítica a partir dos respectivos desenvolvimento e história de vida. Este é o fator que marcará as diferenças no agir e pensar pessoais e, muitas vezes, uma dicotomia entre eles⁷⁵. Por outro lado, não pode ser descartada a dificuldade para se lidar com essa questão devido a aspectos de ordem subjetiva, tais como: tipos de personalidade, história de vida e defesas psicológicas³⁴.

Em relação às atividades desenvolvidas na formação de médicos e enfermeiros, pelas entrevistas, surge uma aproximação dos acadêmicos com a criança vitimizada nas atividades nos diversos cenários da prática.

[...] Na primeira e segunda série, na Unidade Saúde da Família (USF), no caso do grupo onde a criança teve violência... discussão (do caso), consultoria na faculdade com médico, psicóloga e enfermeira (E1).

[...] No Pronto Socorro Infantil dependendo como a criança chega, com suspeita de estupro, discutida na hora (M2).

[...] Algum caso isolado que a gente encontra na prática tem um pouco de contato....(E1).

É fato que a conscientização da importância da identificação, a quebra de idéias pré-concebidas e a formação são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar a quem for competente. Essa realidade se apresenta de forma expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação⁷⁶.

[...] No cenário da Pediatria discutiu uma criança que chegou com relato de queda da bicicleta e evoluiu para pancreatite, alguém suspeitou de violência (M3).

[...] No cenário de prática apenas (E5); na abertura de ciclo, abertura questão no cenário de prática (E4); no último ciclo da Unidade Prática Profissional (UPP) na abertura de questão de ocorrência no cenário de prática (M4); na Pediatria foi aberto um ciclo (E3); abertura ciclo na terceira série devido demanda (E6).

Essa dificuldade pode estar relacionada ao fato de que a questão da violência doméstica contra a criança não tem sido tratada de forma sistematizada e integrada na formação dos profissionais, ou seja, nos currículos de graduação, e mostra-se ausente da pauta de educação permanente nos serviços de saúde. Logo, muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la com exatidão³⁵.

Como resultado desta questão sobre o quanto o tema está inserido no currículo do curso de medicina e de enfermagem pode-se verificar que esses profissionais carecem de formação e apoio para uma postura mais ativa, que consigam intervir nesta realidade. Essa carência reforça a necessidade do investimento na formação profissional, em sua sensibilização, no sentido de se detectar a violência, não só a dos casos extremos, mas, principalmente, a das formas veladas.

O setor da saúde não pode assumir a responsabilidade no combate à violência, entretanto, cabe a ele o envolvimento institucional, de modo a capacitar seus profissionais para o enfrentamento do problema, respaldados na compreensão das relações sociais conflituosas⁷⁷.

O modelo hegemônico da formação médica que enfatiza as especializações, o enfoque biológico e o atendimento individual, hospitalar e curativo não respondem as necessidades da população. Neste paradigma, o diagnóstico e a terapêutica têm grande relevância, e as ações de saúde são essencialmente voltadas ao indivíduo, excluindo-se delas o contexto social, histórico e ambiental.

Com a criação, em 1988, do Sistema Único de Saúde⁴³ no Brasil, busca-se trocar este modelo por outro, da determinação social. Neste contexto, passou-se a repensar a formação dos profissionais de saúde.

Para a identificação de vítimas da violência doméstica, vários autores mencionam o conhecimento, a qualificação na formação sobre a atitude dos profissionais como influencia positiva nos resultados.^{34,78} Vários autores sugerem

introduzir o tema violência infantil nos cursos de graduação em Medicina e até nas grades curriculares de graduação de outros profissionais da saúde.⁷⁹⁻⁸⁰

4.3 Como identificam a criança e o adolescente que sofrem maus tratos

Com o conceito de maus tratos, as falas dos entrevistados, em geral, apontam para algum tipo de identificação que caracteriza a existência da violência. Justificam esta identificação através do conhecimento acumulado em suas vivências.

A realização do atendimento considerando a hipótese da criança ter sofrido algum tipo de violência nem sempre é notado.

Para auxiliar na identificação, também se apropriam da anamnese e do exame físico quando atuam nos cenários de prática. Através destes instrumentos utilizados para levantamento das necessidades de saúde, os estudantes têm a percepção de que a criança sofre alguma forma de violência, embora identificam apenas a violência física. Complementa-se também durante a realização da anamnese:

[...] avalia a história como a mãe tá contando, as histórias não batem de um familiar pro outro (M3). Ainda complementa: [...] como a criança tá reagindo junto e sem a mãe (M3), (E3).

Estar atento ao comportamento do responsável pela criança é um ponto de partida considerado crucial para a comprovação dos fatos:

[...] pequenas deixas que a criança dá ou o familiar deixa escapar (E4).

[...] mãe extremamente atenciosa (M6).

Estas falas são indícios de que o estudante tem a clareza da importância em considerar o contexto para diagnosticar a problemática. Da amostra analisada apenas (E1) informou não identificar ou perceber uma criança vitimizada: *[...] falar com certeza não.*

Independente do curso, Medicina ou Enfermagem, a faceta mais destacada da violência cometida contra crianças e adolescentes nas falas desses atores reportam ao comportamento desta vítima seguido das marcas físicas visíveis. Os entrevistados têm noção daquilo que é possível identificar no momento da coleta de dados somado às mudanças de comportamento mencionado pelo responsável desta criança.

[...] mudanças nas suas atitudes durante o dia a dia modificando toda sua ação, mais recolhida no canto dela (E1).

[...] mais introspectiva, dentro do padrão escolar cai o rendimento (M2).

[...] atitudes, comportamento, alguns indícios que levam a desconfiar (E2).

[...] pequenas deixas que a criança dá (E4).

[...] repercussões emocionais, comportamento dela (M4).

[...] de acordo com o relacionamento com as pessoas, retraídas, medo (E6).

[...] receosa ao contato, medo (M6).

O aspecto visível da violência, pelos estudantes, está relacionado também às marcas físicas:

[...] marcas no corpo, fraturas, é isso às vezes a criança chega com fratura, não devemos deixar de pensar nisso (M2, E3 e E4).

Nas transcrições abaixo, surge sobre o vínculo criado entre o estudante e a criança. Isto, devido sua permanência no cotidiano para realização das atividades permite perceber algumas situações, ao citar que:

[...] geralmente a criança não vai falar o que está acontecendo, porém você tendo algum vínculo você consegue perceber alguns aspectos (M1).

[...] as pequenas deixas que a criança dá ou o familiar deixa escapar (E4).

[...] sinais não verbais (E5).

[...] abordagem quando evoluir a criança na internação (M6).

Além do citado acima surge um relato sobre a identificação da violência através de desenhos.

[...] existe muitos fatores para estar identificando, como desenhos (E3).

O desenho é um instrumento capaz de revelar a maneira como o sujeito, consciente ou inconscientemente, percebe o mundo que o rodeia, percebe a si mesmo ou as outras pessoas significativas de sua vida.⁸¹

A dificuldade dos sujeitos em identificar os casos com exatidão e a falta de preparo para lidar com essa face da violência, já foi encontrado em estudo similar.⁷⁵ É importante também, que o profissional esteja familiarizado com dados epidemiológicos sobre maus-tratos na infância pois pode ajudar na tomada de posição ao se avaliar a informação coletada, além de capacitar quanto à elaboração de diagnósticos diferenciais.⁸²

Porque ainda ocorrem as subnotificações? A notificação da suspeita ou da confirmação é um ato obrigatório, porém antes disso, é necessário identificar esta vulnerabilidade.

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos. Deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social de crianças e adolescentes, permitindo aos profissionais de saúde, educação, assistência social, assim como os conselhos tutelares e a justiça adotarem medidas imediatas para cessar a violência.⁸³ Através da notificação, cria-se o elo entre a área da saúde e o sistema legal delineando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional da atuação fundamental, permitindo também o dimensionamento epidemiológico da violência e também um processo de investigação sobre a vida em família, com vistas a subsidiar, se necessário, uma futura decisão jurídica.⁸⁴

Em relação à visibilidade da violência, um estudo realizado sobre os limites da atuação dos profissionais da saúde e o significado da violência doméstica contra a criança mostrou que estes carecem de formação e apoio, que esse processo não ocorre de maneira homogênea, existem avanços e retrocessos, êxitos e obstáculos, requerendo um exercício de perseverança e compromisso.⁸⁵

Esta análise sobre a identificação da criança e do adolescente que sofre maus tratos pelos estudantes do curso de Enfermagem e Medicina comprova a necessidade da inserção da temática nos currículos escolares. Este despreparo poderá comprometer a identificação, bem como, um encaminhamento adequado de tais casos.

Não se pode descartar que um profissional deve ser antes de tudo, um cidadão. Assim, a complexidade desta problemática demanda o preparo profissional como sendo um dos caminhos para possibilitar a promoção dos direitos, da proteção e da cidadania.

4.4 As explicações sobre a violência contra a criança e o adolescente

A violência possui uma história, assim demonstram as teorias e discursos que se propõem a explicá-la. Suas inúmeras manifestações trazem ao debate questões universais como a importância do valor da vida humana. Suas formas mais permanentes, reproduzidas socialmente de maneira institucionalizada (como os

maus-tratos e as violências conjugais), propiciam uma reflexão sobre a intensidade e a dimensão da experiência individual.³⁴ A análise das falas possibilitou mapear distintas explicações e, para uma melhor compreensão do tema, é necessário identificar e articular aspectos socioculturais, psicossociais e biológicos.³⁴

As explicações desse fenômeno nas falas dos entrevistados mostram o agressor como um dos fatores principais que são identificados como atuantes para a ocorrência das situações de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

[...] o problema não é a criança, mas quem maltrata (E2).

[...] agressores de diversos meios (M4).

Pesquisas nacionais e internacionais apontam a importância da violência intrafamiliar como causa de maus tratos^{34,79}, apesar de seus dados apresentarem-se subestimados em todo o mundo devido à invisibilidade que permeia a violência. Outros estudos constataram^{63,86} que a mãe foi o agressor que contribuiu com a maior prevalência de violência contra os filhos, caracterizada, principalmente, pela negligência. Este fato pode ser explicado pela dificuldade da mãe, o agressor, em assumir a responsabilidade em conduzir a educação e os cuidados de uma criança nem sempre planejada.

[...] começa desde a gestação quando não tem um preparo, não está esperando uma criança os pais já começam com um abalo por falta de apoio psicológico na gestação (M1).

[...] talvez por pais que não tem preparo prá ter sido pai, filhos não planejados, não desejados, família desestruturada (E1).

[...] o querer a criança, planejada ou não (E6).

Geralmente, essas mães agressoras são jovens, despreparadas para a maternidade e que muitas vezes são solteiras, sem o apoio da família. Em geral a gestação não foi desejada havendo uma rejeição do filho após o nascimento.⁸⁷

Outra explicação para a existência de crianças maltratadas se associa à ideia da violência como produto de desajuste familiar, derivado de famílias despreparadas com um cotidiano conflituoso proporcionando interferências na personalidade e na saúde mental destes responsáveis.

[...] problema psiquiátrico de quem está agredindo e não por culpa da criança (M2).

[...] os adultos projetam a raiva, alguma situação que estão passando, transferem seus sentimentos (M3).

Nesse sentido, as agressões aparecem quase sempre como decorrência de situações conflitantes e frustrações não resolvidas pelos responsáveis pela criança.⁸⁷

[...] falta estrutura familiar (E6).

[...] distúrbios psicológicos das pessoas que acabam maltratando (E3).

A violência familiar é um fenômeno amplo que acontece em um ambiente privado, dentro do lar. Assim, ela é dificilmente reconhecida, pois, é exercida sobre os membros mais vulneráveis do grupo familiar, ou seja, as mulheres e as crianças.^{14,88-89} A família é considerada com um núcleo básico de formação da criança. Nesta perspectiva acredita-se que a família é uma instituição social, responsável pelos cuidados e pela socialização na infância.

Todo ato de violência praticado contra crianças é uma negação do direito que elas têm de serem tratadas como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.⁹⁰ A criança que convive com experiências traumáticas sofre influências no seu crescimento, na sua adaptação e na sua sobrevivência. O estresse, os limites da paciência e as substâncias psicoativas são citados como fatores que contribuem com a violência contra crianças e adolescentes.

A dependência de substâncias psicoativas pelas mulheres/mães ou outros membros da família também se constitui como um dos fatores que favorecem a expressão da violência, por meio de atitudes agressivas e negligentes com os filhos.⁹¹

[...] as crianças são maltratadas por causa de paciência (E2).

[...] das substâncias psicoativas e estresse (E3).

[...] são maltratadas por causa de substâncias, drogas (E5 e E6).

A fragilidade da criança também é citada como justificativa em sofrer a violência, como aponta:

[...] elas são seres tão inocentes (M3),

[...] são tão pequeninos, tão inocentes (E4),

[...] o ponto de fraqueza da criança chama atenção (M6).

Em relação ao aspecto emocional da criança violentada, esta passa a se sentir culpada e isto costuma ser reforçado pelo próprio agressor. São ideias permeadas de relação de poder. A experiência mostra que é bastante comum à criança ou ao adolescente que sofre a violência, acreditar ser a responsável, a causadora de seu próprio sofrimento por ter sido desobediente, má ou sedutora. Ela

se sente como um ser que não possui nada de bom dentro de si, nada para dar, e por isso é maltratada ou negligenciada.⁹²

Existem condições que predisõem à ocorrência dos maus-tratos associadas à vítima: sexo diferente do desejado, dependência própria da infância, condições de saúde que exigem maiores cuidados (prematuridade, doenças neurológicas, doenças graves, distúrbios psicológicos, do sono, da alimentação e dos esfíncteres), história de abusos anteriores e criança não desejada.⁹³

Não foi mencionada pelos entrevistados a reprodução das experiências de violência familiar vividas durante a infância. Um estudo abrangendo 8.145 famílias destaca que pais que sofreram violência quando crianças apresentavam um índice de violência contra os seus filhos duas vezes maior do que aqueles que não sofreram violência.⁹²

Nas falas analisadas inexistiu a agressão como forma de educar. A respeito dessa violência praticada pelas mães, considera-se que as agressões físicas e as de ordem psicológica são remanescentes de uma cultura que compreende os castigos ou punições corporais e a desqualificação moral ou a humilhação da pessoa como recursos de socialização e práticas educativas.⁷

Assim, alguns autores concordam que a violência intrafamiliar é frequentemente justificada pelos agressores como forma de educar e corrigir transgressões de comportamento.⁵³

Neste conjunto de explicações sobre o porquê as crianças são maltratadas desponta a estrutura familiar e a fragilidade da criança como justificativas para tal.

Em relação ao conhecimento que os alunos possuem, eles respondem que não receberam ou desenvolveram nenhum tipo de informação específica sobre maus tratos contra criança e o adolescente.

O papel do profissional de saúde está em intervir neste ciclo a fim de minimizar marcas no desenvolvimento humano, assim, faz-se necessário refletir como a academia, como órgão formador, está preparando seus alunos para identificar e apontar estratégias num contexto sócio-político-cultural que envolve a violência à criança. A Universidade, como um dos lócus de produção de conhecimento, é parte constitutiva da sociedade e do Estado e, com tal, cabe-lhe, mesmo considerando os limites de sua especificidade, uma responsabilidade política na condução e no destino histórico deste processo de transformação em que se engaja.³⁹

4.5 O fazer sobre os atendimentos e a rede de cuidados.

Ao perguntar o que se pode fazer às crianças maltratadas existe a intencionalidade de analisar as dificuldades, as barreiras sobre a atitude em notificar, bem como, as redes de proteção a pessoas em situação de violência ou redes de prevenção à violência.

Parte-se do conceito de rede, amplamente utilizado na sociedade de informação, definido como um conjunto de nós que se encontram interconectados. Esses nós configuram e determinam os fluxos de informação e comunicação existentes entre essas conexões.⁹⁴

Abordar sobre redes de proteção ou rede de prevenção no fenômeno da violência significou investigar o quanto o estudante tem de conhecimento sobre o que ela oferece de potencial para intervir, interromper, tratar ou superar a violência a que está submetida milhares de crianças e adolescentes.

Os entrevistados identificam a importância da existência de uma rede integrada de apoio para que possam melhor complementar o trabalho multidisciplinar.

[...] trabalhar todos os meios que a criança vive desde a escola, em casa, familiares, Unidades de Saúde da Família (USF), se possível todos estes órgãos andar em conjunto, com apoio das equipes multiprofissionais (M1).

[...] ter meios que envolva equipes não só entre enfermeiros e médicos (M3).

[...] a assistente social para investigar (E4).

[...] e equipe multiprofissional (M5).

[...] o ECA que protege a criança (E4).

[...] outras entidades que possam fazer alguma coisa (M3).

Sobre a atuação ao identificar uma criança vitimizada é nítido, nas falas, a cobrança da obrigatoriedade em denunciar. A maioria dos entrevistados cita a importância das medidas ou dos órgãos de proteção após a identificação da criança que sofre maus tratos:

[...] acionar o... (dificuldade em lembrar o órgão) Conselho Tutelar (M2).

[...] quando identifica tem que acionar o Conselho Tutelar (M3, M4 e M5).

[...] notificação, Conselho Tutelar, não sei se realmente acontece (E3).

[...] ação conjunta para não ter prejuízo na sua qualidade de vida (M1).

[...] acompanhamento profissional para diminuir traumas futuros (E1).

Para os participantes do estudo, a autoridade competente citada é o Conselho Tutelar e as atitudes frente à violência intrafamiliar estão relacionadas às suas concepções sobre a questão, embora, não tenham nenhuma experiência vivenciada. Apenas têm conhecimento do órgão protetor para estes casos, o que reforça as dificuldades de intervenções efetivas no caso de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

[...] identificar e ter ações. Sabe que existe e não quer enxergar (E6).

Essa lacuna mostra a necessidade de contextualizar o fenômeno da violência entre acadêmicos para entender o significado a ele atribuído pelos diversos atores envolvidos, para que se formule assistência adequada. Do ponto de vista legal, os profissionais de saúde são obrigados a denunciar a suspeita ou confirmação de vitimização doméstica de crianças e adolescentes às autoridades competentes.⁹⁵

Como mencionado anteriormente, a violência só é facilmente identificada quando visível aos olhos de quem atende, quem cuida e, conseqüentemente, espera-se que a notificação ocorra por parte destes. É a notificação de casos que dá visibilidade ao fenômeno da violência, permitindo estabelecer uma dimensão epidemiológica do problema e criar políticas públicas para o enfrentamento e prevenção.⁹⁶

Casos não notificados mostram a necessidade de um processo de educação continuada com os profissionais envolvidos, como apontam alguns autores.^{79, 97}

As dificuldades apresentadas pelos participantes dessa pesquisa são equivalentes às encontradas em estudos nacionais e internacionais.⁹⁶⁻⁹⁷ As seguintes falas relatam como justificativa da subnotificação, a dificuldade em diagnosticar a violência, além da oscilação entre a crença e a descrença da resolubilidade dos casos. Nessas citações encontram-se incertezas quanto ao fenômeno da violência.

[...] mas tem que ter certeza daquilo (M3).

[...] ter muita certeza do que está fazendo (E3).

[...] eu nunca vi como fica o resultado disso (M2).

[...] não sei se realmente acontece (E3).

Muitas vezes, os entrevistados idealizam possibilidades de afastar a vítima do meio em que sofre a agressão, bem como, tratar o agressor.

[...] afastar as crianças de quem maltrata (E2).

[...] tirar a criança dos pais (M3).

[...] tratar as pessoas que maltratam essas crianças (E2).

[...] medidas de afastar a criança do agressor (M4).

[...] porque só afastar não vai ter fim (E2).

[...] para que não ocorra novamente (M4).

[...] saber por que são maltratadas (E2).

Entre os entrevistados, há aqueles que entendem o ato violento como fazendo parte de um ciclo de gerações, onde as vítimas poderão repeti-los futuramente.

[...] ficam traumatizadas e acabam repetindo este mesmo erro no futuro (E1).

[...] interromper o ciclo da violência (E5).

[...] tem que interferir (E6).

As crianças iniciam um processo de aprendizagem da violência como um modo de estar e de viver e, na idade adulta, poderão reproduzir o modelo.⁹⁸ A violência pode ser determinada por uma reprodução da violência sofrida no passado, ou seja, um adulto que quando criança foi violentada, passa a vitimar seus filhos. Alguns estudos referem que crianças vítimas de violência, mais tarde, serão os agressores.⁹⁹

Nenhum dos entrevistados menciona a violência como forma de educar, embora, está camuflada em nossa sociedade através de valores sociais e históricos de que a criança é dependente e submissa ao adulto, e que é preciso castigá-la como forma de aprendizado, um conceito imposto pela sociedade refletindo no comportamento, não considerando a criança como pessoa humana com direitos.

Um dos motivos da dificuldade de denúncia seria a reprodução de padrões culturais em que se aceita a punição física como medida educativa.³¹

A possibilidade de tornar visível a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente exige dos profissionais de saúde um novo olhar para a situação.

É necessário contextualizar a violência e as suas relações e reconhecer que esse fenômeno não é doença do agressor e nem doença da vítima, mas sim, a consequência de uma dinâmica relacional complexa, tornando-se importante problema social que tem repercussões das quais decorrem agravos à saúde ¹⁰⁰. Há, por trás de um caso de violência contra criança ou adolescente, um contexto que necessita ser avaliado e assistido, apontando para um atendimento que focalize não

apenas a vítima, mas toda a situação e os agentes envolvidos no ato violento. Isto requer um exercício de reflexão, perseverança e compromisso.

As contribuições dos resultados deste estudo concentram-se nos estudantes de Medicina e Enfermagem. Acreditamos que esses sujeitos possam ser mais bem preparados na formação para a identificação e encaminhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar. É possível que o baixo grau de identificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente e as subnotificações sejam decorrentes do despreparo na formação acadêmica.

A subjetividade é um fator muito marcante e presente neste contexto, talvez pelo fato de que trabalhar com violência doméstica é trabalhar com frustrações constantes, com situações que remetem a sentimentos diversos em alguns momentos, onde o profissional que não está preparado acaba deixando-se levar por vivências pessoais, diferentes orientações, crenças, medo impedindo de ter uma visão clara da situação apresentada. Muitas vezes busca-se por provas concretas para a realização da denúncia.

Segundo Silva¹⁰¹, desde 1980 os juízes vêm sendo sensibilizados, através de um trabalho de esclarecimento, sobre a importância do aspecto dinâmico e emocional e sobre a compreensão do que é subjetividade, uma vez que esta visão começa a fazer parte da formação dos juízes na Escola Superior de Magistratura.

O Estatuto da Criança e do Adolescente⁹⁵ fala sobre a importância de ser dotado de sensibilidade, a fim de poder julgar na área da infância e da juventude. E, mais do que possuir esta sensibilidade, tem o dever de agir em fina sintonia com ela em prol do bem-estar do assistido.

Um novo olhar se faz necessário no entendimento desta prática, pois traz situações e sentimentos que não podem ser mensurados através de normas. Para isto, parcerias devem ser efetivadas e fortalecidas. Profissionais devem ser formados para estarem mais flexíveis, dispostos a traçar novos percursos e criar novas alternativas no tratamento dado às formas de violência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram analisadas as percepções que os estudantes de Medicina e Enfermagem apresentam diante da violência infantil.

Os resultados foram analisados e confrontados com a literatura, o que permitiu obter parâmetros norteadores para a aprendizagem e desenvolvimento do assunto em questão, além da possibilidade de oferecer instrumentos para novas pesquisas.

O estudante tem clareza da existência da violência, suas formas e as justificativas dadas. Valorizam a notificação e tem clareza da pobreza das políticas públicas, mas tem dificuldade em identificar quem sofre ou não algum tipo de violência.

Também foi possível a identificação de lacunas no processo ensino aprendizagem para posteriores mudanças. A lacuna está em como diagnosticar a violência infantil nos serviços de saúde. Um dos entraves à identificação e notificação dos maus tratos relaciona-se à falta de informações básicas que os profissionais dispõem para realizar um diagnóstico diferencial, ressaltando que tal questão não é contemplada na maioria dos currículos de graduação.⁷⁶ De fato, os entrevistados afirmam que a intervenção no cotidiano da violência contra a criança e o adolescente faz-se necessário e imprescindível, mas estão despreparados para uma identificação efetiva, não se sentindo capacitados para lidar com o problema e incapazes de uma intervenção assertiva frente à problemática.

Dessa forma, conclui-se que a formação destes profissionais que lidam com a violência intrafamiliar ainda precisa ser bastante trabalhada. Baseado no que foi exposto, a violência e suas conseqüências são uma grande questão a serem enfrentadas pelos profissionais de saúde, que não podem ignorar esse problema e que podem contribuir para sua resolução através de medidas preventivas, terapêuticas e de pesquisa.

No intuito de minimizar estes aspectos, a Universidade poderia criar estratégias, rede de apoio, articulação entre diferentes perspectivas disciplinares, bem como, diferentes ações curriculares para incrementar a formação e dar suporte ou subsídios nestas atividades. Estratégias também junto aos docentes como as rodas de Educação Permanente para refletir sobre o trabalho envolvendo a temática em questão.

REFERÊNCIAS

1. De Lorenzi DRS, Pontalti L, Flech RM. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. Rev Cient AMECS 2001; 10:47-52.
2. Brêtas JRS, Silva CV, Quirino MD, Ribeiro CA, Kurashima AY, Meira AOS. O enfermeiro frente à criança vitimizada. Acta Paul Enferm. 1994;7(1):3-10.
3. O Código de Hamurabi. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo. Comissão de Direitos Humanos. 2009 [citado 2009 Abr 07]. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-à-criação-da-Sociedade-das-Naçõesaté-1919/codigo-de-hamurabi.html>
4. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. Rev Latinoam Enferm. 2000;8(4):22-9.
5. Yunes J. Prefácio. In: Westphal MF. Violência e criança. São Paulo: EDUSP; 2002. p. 11-2.
6. Ariès P. Prefácio. In: Ariès P. A história social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara; 1981. p. 17.
7. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor ma-terno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
8. Tomio AGS. A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Conselho Tutelar no município de Itajaí – SC [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000. 168 p.
9. Assis SG, Constantino P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 163-89.
10. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF. Violência e criança. São Paulo: EDUSP; 2002. p. 95-114.
11. Gonçalves HSG. Infância e violência no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): NAU/FAPERJ; 2003.
12. Azevedo MA, Guerra VNA. Pondo os pingos nos is: guia prático para compreender o fenômeno: módulo 1A/B do Telecurso de Especialização em Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes. São Paulo (SP): LACRI/IPUSP/USP; 1994.

13. Straus MA, Gelles RJ, Cariola, TC. Physical violence in american families: risk factors and adaptations to violence in 8145 families. New Brunswick: Transaction Publisher; 1995.
14. Azevedo MA, Guerra VNA. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo (SP): Iglu; 1989. p. 10-5.
15. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública. 1994;10(supl 1):7-18.
16. Azevedo MA, Guerra VA. A violência doméstica na infância e na adolescência. São Paulo (SP): Robe Editorial; 1995.
17. Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. Cad. Saúde Pública. 1994;10(supl 1):126-34.
18. Deslandes SF. Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde: análise da atuação do CRAMI – Campinas [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 1993. 197 p.
19. Vasgotello L, Oliveira AS, Silva AM, Donofrio V, Moreno TCM. Práticas de escolas públicas e privadas diante da violência doméstica em São Paulo. Psic [Internet]. 2006 jun [citado 22 jan 2013];7(1):87-94. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a11.pdf>
20. Maldonado MT. Caminhos da prevenção da violência doméstica e escolar: construindo a paz. Adolesc Latinoam. 1998;1(2):111-7.
21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF) Violência contra a criança e o adolescente – proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica, 1993.
22. Araujo M. F. Violência e abuso sexual na família. Psicologia em Estudo. 2002; 7(2), 3-11.
23. Koller S. H., & De Antoni C. A pesquisa ecológica sobre violência no microsistema familiar. In S. H. Koller (Org.). Ecologia do Desenvolvimento Humano. 2004. São Paulo: Casa do Psicólogo.
24. Emery R. E., & Laumann-Billings L. An overview of the nature, causes e consequences of abusive family relationships. American Psychologist. 1998; 53(2), 121-135.
25. Debarbieux E. (2001) A violência na escola francesa: 30 anos de construção social do objeto (1967-1997). Educação e Pesquisa, 27(1), 163-193.
26. Camargo CL, Buralli KO. Violência familiar contra crianças e adolescentes. Salvador (BA): Ultragraph; 1998.
27. Azevedo M.A. & Guerra V.N.A. Infância e Violência Fatal em Família, SP, Iglu: 1998.

28. Dubovitz H. Pediatrician's Role in Preventing Child Maltreatment. *Ped. Clin. N. Am.* 37: 989-1001, 1990.
29. Canha J. Criança maltratada. Revisão casuística do Hospital Pediátrico de Coimbra, in *Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria (ed.), A Criança Maltratada*, 1996 pp. 130-5.
30. Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (12), dez. 2008. p. 2926-2936.
31. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília (DF): Ministério da Justiça; 1990.
32. Constituição da República Federativa do Brasil, 1998.
33. UNICEF. A Infância Brasileira no Ano das Nações Unidas para a Infância. Brasília, 1988.
34. Gomes R. A abordagem dos maus – tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro (RJ), v.7(2), 2002. p.275-283.
35. Gonçalves HS, Ferreira, AL A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, jan./fev. 2002. p. 315-9.
36. Secretaria Estadual de Saúde. Rio de Janeiro (RJ). Resolução nº 1354 de 14 de julho de 1999. Rio de Janeiro, 1999.
37. Minayo MCS. Violencia contra crianças e adolescentes: questão social, questão da saúde. *Ver.Bras. Saúde Mater.-Infant.*,2000. v.1, n.2, p.91-102.
38. Pires JM et al. Barreiras para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil* V.5,n. 1, jan/mar, 2005.p. 103.
39. Bourroul MLM, Rea MF, Botazzo C. Interface-Comunicação, Saúde e Educação V.12, n.27, p:737 –48, outubro/dez.2008.
40. Lefevre F. Violação e violência: resgatando a violação como fato cultural. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v.2, n.2, p. 36-42, jul/dez., 1992.
41. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
42. Severino AJ. Metodologia do Trabalho Científico, São Paulo, Cortez, 2004.

43. Brasil. Lei Orgânica do SUS - nº 8.080. Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social, Brasília, 19 de setembro de 1990.
44. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
45. Polit F, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
46. Comitê de Ética em Pesquisa conforme promulgação da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil 1996.
47. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro, Hucitec - Abrasco, 1992.
48. Lopes MVG, Tavares Jr PA. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. *Pediatria Moderna* 2000; 36(10): 684-8.
49. Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência. [citado 2005 Fev 28]. Disponível em: <http://www.abrapia.org.br>.
50. Oliveira VLA. A violência doméstica contra crianças e adolescentes no Município de Curitiba. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.
51. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde* 2005; 12(1): 42-9.
52. Oliveira VLA, Ribeiro CR, Albuquerque C. Notificação obrigatória da violência ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes: construindo uma rede de proteção. *Divulg Saúde Debate* 2003; 26(4): 66-72.
53. Ristum M. O conceito de violência de professores do ensino fundamental. [tese de Doutorado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2001.
54. Bastos ACS. Intervenção Frente a Problemas Decorrentes da Violência Contra a Psicologia em Estudo, 7(2), 3-11. Criança no Contexto Familiar. *Revista de Psicologia*, 1995/1996, 13(1/2), 14(1/2), 77-87.
55. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).
56. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25(Supl 1):9-21.
57. Schimtt BD, Kempe CH. Neglect and abuse of children. In: Vaughan VD, McKay RJ, Nelson WE, eds. *Textbook of Pediatrics*. 10ª ed. Philadelphia, Pennsylvania. Saunders, 1975:30-39.

58. Azevedo MA. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, organizadora. Violência e criança. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p. 125-135.
59. Silva MAS. Violência contra crianças - quebrando o pacto do silêncio. In: Ferrari DCA, Vecina TCC, organizadores. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora; 2002. p. 73-80.
60. Assis SG, Deslandes SF. Abuso físico em diferentes contextos de sociabilização infanto-juvenil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 47-57.
61. Costa MCO, Souza RP. Abordagem da criança e do adolescente. In: Costa MCO, Souza RP, organizadores. Semiologia e atenção primária à criança e ao adolescente. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p.76-91.
62. Silva LMP, Nascimento CAD, Silva IR, Guimarães KN et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
63. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo em um programa de intervenção. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(1):143-9.
64. Scodelario AS, Camargo CNMF, Ferrari DCA, Silva MAS, Miyahara RP. O fim da omissão: a implantação de pólos de prevenção à violência doméstica. São Paulo: Fundação Abrinq, Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientia; 2004.
65. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(4):1124-33.
66. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Cienc Saude Coletiva*. 1999;4(1):81
67. Brasil. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 296 p.
68. Garrison EG. Psychological maltreatment of children: an emerging focus for inquiry and concern. *Am Psychol* 1987; 42:157-9.
69. Rosenberg MS. New directions for research on the psychological maltreatment of children. *Am Psychol* 1987; 42:166-71.
70. Hart SN. A major threat to children's mental health. Psychological maltreatment. *Am Psychol* 1987; 42:160-5.

71. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde : relatório de situação : Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
72. Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. Invest Educ Enferm. 2001;19(1):38-45.
73. Mendez-Hernandez P, Valdez-Santiago R, Viniestra-Velazquez L, Riviera-Riviera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Publica Mex. 2003;45(6):472-82.
74. Taquette SR. Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro (RJ): EDUERJ; 2007.
75. Braz M, Cardoso MHC. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2000, vol.8, n.1, pp. 91-97.
76. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. 2007.
77. Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o "olhar" da enfermagem. Cienc Saude Coletiva. 2005;10(2):419-31.
78. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. Ver Bras Saúde Matern Infant (Recife) 2005 jan./mar.;5(1):103-8.
79. Wright RJ, Wright RO, Farnan L, Isaac NE. Response to child abuse in the pediatric emergency department: need for continued education. Pediatr Emerg Care 1999 Dec;15(6):376-82.
80. Johnson CF. Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. Pediatr Int 2002 Oct;44(5):554-60.
81. Grassano E. Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas. São Paulo: 1996. Casa do Psicólogo.
82. Leite CN, Oliveira RK, Camerini MB, Ramos C, Moscardini AC. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. Arq Cienc Saude 2006;13:22-6.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde as crianças e adolescentes. Prevenção de violência e promoção da cultura de paz. Você é a peça principal para enfrentar este problema. Brasília, 2009.
84. Fontes EM, Lira MMFL. Violência física contra a criança e o adolescente. In Vilela, LF. (Coord.). Enfrentando a violência na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2005.

85. Silva VA, Ferriani MGC. Violência doméstica: do visível ao invisível. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007, vol.15, n.2, pp. 275-281.
86. Costa MCO, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa H L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. Cienc Saude Colet. 2007;12(5):235-241.
87. Cardoso ES, Santana JSS, Ferriani MGC. Criança e adolescente vítima de maus-tratos: informações dos enfermeiros de um hospital público. Rev Enferm UERJ 2006;14(4):524-30.
88. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF. The battered child syndrome. JAMA 1962; 181:17-24.
89. Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência doméstica contra a criança (Parte I). J. pediatr. (Rio J.). 1995; 71(6):313-316: violência doméstica, maltrato infantil, abuso infantil.
90. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V., McIntyre-Smith A., & Jaffe P. G. The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. 2003. Clinical Child and Family Psychology Review, 6, 171-187.
91. Hochgraf PB, Brasiliano S. Treatment services for substance abuse that are responsive to gender. A Brazilian experience with drug dependent women. In: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. New York: United Nations Publication. 2004. p. 57-96.
92. Brancalhone PG., Fogo JC., & Williams L. C. A. Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. 2004. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20, 113-117.
93. Lippi JRS. Abuso e negligência na infância: Prevenção e direitos. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, 1990:61-88.
94. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
95. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Segundo o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990: Art. 245. 1990.
96. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. Acta Paul Enferm. 2008;21(4):602-8.
97. Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. Pediatr Ann 2005 May;34(5):349-56.

98. Machado Carla e Gonçalves, Rui Abrunhosa. *Violência e Vítimas de Crimes*. Coimbra: Quarteto. Machado e Gonçalves, 2003, pág. 203.
99. Hennes H. Uma revisão das estatísticas de violência entre crianças e adolescentes nos EUA. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Violência entre Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1998. p.1-14.
100. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008, vol.16, n.1, pp. 136-141.
101. Silva DMP. *Psicologia Jurídica no Processo Civil Brasileiro*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.39, 2003.

APÊNDICE 1**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1-Identificação

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Curso: _____ Série: _____

1. Qual o significado do termo “criança vitimizada”?
2. Como é abordada a violência na sua formação?
3. Como você identifica ou percebe uma “criança vitimizada”?
4. Por que as crianças são maltratadas?
5. O que se pode fazer às “crianças maltratadas”? Existe resolubilidade?

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: **A Identificação da Criança Vitimizada: Percepções de Estudantes de Medicina e Enfermagem.**

Pesquisador responsável: Maria das Neves Firmino da Silva

1. Objetivos/Método

Esta pesquisa busca identificar como médicos e enfermeiros da Faculdade de Medicina de Marília percebem uma criança que sofre qualquer tipo de violência e qual a conduta tomada diante desta percepção. O método utilizado será através da aplicação de um questionário, com entrevista gravada e transcrita posteriormente.

2. Estou ciente de que terei:

- A garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação;
- A segurança de que a minha participação não trará qualquer prejuízo a minha pessoa;
- As informações sobre os resultados de estudo quando solicitado;
- Ciência da publicação dos resultados da pesquisa.

3. Eu, _____, RG nº _____, concordo em participar deste estudo e estou ciente e de acordo com o supracitado.

Marília, ____ de _____ de 20____.

Entrevistado (a) _____

Assinatura

Pesquisadora _____

Maria das Neves Firmino da Silva/ RG 17916291-3

Coren 47536 Fone: (14)3414-1029

e-mail: nevesfamema@hotmail.com