

# CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE MARINGÁ FRENTE A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE<sup>1</sup>

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PROFESSIONALS OF HEALTH OF MARINGÁ  
FRONT FAITHS THE FAMILY VIOLENCE AGAINST THE CHILD AND THE ADOLESCENT

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y LA CREENCIA DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE  
MARINGÁ FRENTE A LA VIOLENCIA DE LA FAMILIA CONTRA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Sonia Silva Marcon\*  
Lailla Ketly Tiradentes\*\*  
Eliane Sayuri Kato\*\*\*

**RESUMO:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza quali-quantitativa, desenvolvido junto a 32 profissionais da área da saúde. Os dados foram coletados nos meses de janeiro a junho de 2000 através de entrevista semi-estruturada. Os resultados demonstraram que a questão da violência doméstica não foi abordada na formação básica da maioria dos entrevistados (65%), no entanto, na prática profissional o enfrentamento de casos reais já foi vivenciada por 90% deles, sendo que de forma geral e, em termos percentuais, as atitudes tomadas não correspondem às referidas na situação hipotética, especialmente quando a vítima é criança. Conclui-se que à despeito da importância e do papel dos profissionais de saúde no diagnóstico, prevenção e intervenção em situações de violência doméstica, na maioria das vezes estes não recebem formação e nem se sentem preparados para uma atuação eficaz, seja no sentido de apoiar e capacitar a vítima para enfrentar a situação ou para perceber o agressor como alguém que precisa de ajuda para vencer o problema.

**DESCRITORES:** Violência doméstica; Ocupações em saúde; Criança; Adolescente.

## INTRODUÇÃO

O conceito de saúde definido pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como sendo um estado harmônico que engloba o bem estar físico, psíquico e social pressupõe uma preocupação com os vários aspectos da existência humana e dos diferentes grupos sociais que compõem a sociedade. Pressupõe também a preocupação com a redução das diversas formas de desigualdades e injustiças que permeiam a sociedade.

Portanto, da mesma forma que, enquanto profissionais de saúde, consideramos fundamental reduzir as desigualdades que fazem com que a tuberculose e a diarreia, entre outras doenças, atinjam principalmente os meios socioeconômicos mais desfavorecidos, temos que pensar também na redução de outros tipos de desigualdade que interferem no alcance desse estado harmônico.

A desigualdade entre os gêneros feminino/masculino; adulto/infantil e a assimetria existente entre aquele que manda e o que obedece legitimada pela sociedade, constitui um obstáculo que por muitos é considerado intransponível. Entretanto, apesar de presente em toda a história da humanidade e em todas as classes (Viezzler, 1989; Vaitzman 1989), consideramos que essa assimetria não é dada pela natureza, ela é uma construção social, isto porque a maneira de agir do ser humano tem como causa, fatores individuais e sociais e não próprias da natureza humana, tão pouco como herança biológica.

---

<sup>1</sup> Projeto de Iniciação Científica – UEM, 1999-2000.

\* Doutora em Filosofia da Enfermagem. Departamento de Enfermagem da UEM.

\*\* Acadêmica do 2º ano do Curso de Enfermagem da UEM.

\*\*\* Acadêmica do 3º ano do Curso de Enfermagem da UEM.

É enquanto construção social que percebemos que a família faz parte da sociedade, influencia e pode ser influenciada pela mesma, podendo assim, originar desta relação um de seus fenômenos mais críticos: a violência doméstica, que é aquela praticada dentro de casa, tendo como vítima e agressor, membros da própria família.

Cabe salientar no entanto, que se é construção social, conseqüentemente, é possível de ser modificada. Porém, não havendo intervenção externa, o ciclo da violência poderá reproduzir-se incessantemente. Assim sendo, a conscientização de sua existência em lares socialmente insuspeitos, é o único caminho para o rompimento do ciclo de violência e restabelecimento de condições dignas para o desenvolvimento e crescimento infantis, pois como afirmam Elsen et al (1997) "... o ambiente doméstico, uma vez bem estruturado, serve de apoio à criança e/ou adolescente, sendo a influência mais poderosa para a sua formação".

A violência doméstica é um fenômeno "virulentamente democrático", já que atinge indivíduos de todas as etnias, classes sociais ou religião, embora seja mais visível nas classes populares, as quais estão mais sujeitas à exposição social e conseqüente perda de sua privacidade. Atualmente, tem sido considerada como problema de saúde pública, pois tem ganhado importantes espaços estatísticos, sendo com isso um tema de emergência discutido em todas as classes sociais, além de estar associada à diversos fatores, como desorganização familiar (instabilidade), alcoolismo (dificuldade do agressor em suportar perdas e frustrações), punição como educação (autoritarismo) e antecedentes psiquiátricos (fragilidade, depressão).

No Brasil, observamos que 65% dos casos de vítimas agredidas por familiares e/ou parentes, são mulheres, expressão que se repete em diversos outros países, do 1º ou 3º mundo (Bunch, 1991). São dados que revelam o poder masculino manifesto numa estrutura social culturalmente patriarcal, na qual a desigualdade transforma as diferenças homem/mulher, adulto/criança, em relações de violência dentro da esfera doméstica. Observamos deste modo que, conforme aponta a literatura relacionada com as questões de violência, muitas das mulheres conheceram a violência ainda em sua infância, como vítimas e/ou testemunhas de abusos sofridos por elas e/ou por suas mães. Tal fato pode, segundo uma perspectiva baseada na reflexão sobre a incorporação do habitus (Bourdieu e Passerom, 1987), gerar uma maior tolerância e envolvimento com relação à violência, que acaba por se cotidianizar, se intensificar e até mesmo se "banalizar" como algo comum ou até esperado, na condição de mulher ou criança.

Neste contexto, comumente insurge-se as instituições de saúde como uma das instâncias de extrema responsabilidade para a transformação social. Elas representam uma opção possível, na tentativa de se retirar as vítimas, em especial as crianças, dessas situações de violência, devendo os profissionais de saúde, empenharem-se para realizar um trabalho de reconhecimento e encaminhamento (denúncias) dos casos de violência por eles identificados.

Para tanto, acreditamos que os profissionais necessitam de apoio no que diz respeito a uma atuação efetiva em situações de Violência Doméstica (doravante VD).

A violência doméstica, especificamente contra a criança/adolescente, é definida por Azevedo; Guerra (1997), como:

"Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças ou adolescentes que sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica de um lado uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto, de outro uma coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que as crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento".

Este tipo de violência pode manifestar-se de diferentes formas: física, sexual, psicológica e até mesmo negligência, sendo que na vida real das famílias, dificilmente são encontradas isoladas; apresentam-se em conjunto, e geralmente com a predominância de uma delas.

De acordo com o Suplemento do PNDA, 1988 (Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios), no período de um ano, no conjunto do país, mais de 1 milhão de pessoas se declararam vítimas de agressão física. Desse total, 20 % eram crianças e adolescentes, sendo 61 % meninos e 39 % meninas na faixa etária de 0 a 17 anos.

Considerando-se o agente agressor, constata-se que as crianças e adolescentes foram agredidos, principalmente, por pessoas conhecidas (52 %), seguida de pessoas desconhecidas (27 %), parentes (18 %) e policiais (3 %).

Os relatórios apresentados por alunos do Curso de Especialização em Violência Doméstica contra crianças e adolescentes (TeleLACRI, 1996, 1997), revelam o crescimento desta problemática no Brasil. Por exemplo, em levantamento realizado no ano de 1996 em 29 municípios brasileiros identificou-se que a negligência foi o tipo de violência doméstica contra a criança e o adolescente mais notificado (575 casos), seguida da violência física com 525 notificações e da violência sexual com 95 casos, sendo 83 em crianças/adolescentes do sexo feminino e 12 nos de sexo masculino. Não foi encontrada nenhuma notificação de violência psicológica (TeleLACRI, 1996). Já em 1997, em um universo de 52 municípios localizados em 13 estados, a violência física destacou-se em primeira posição com 1.382 notificações, seguida pela negligência com 382 casos; violência sexual com 366 casos e violência psicológica com 53 casos (TeleLACRI, 1997).

No Brasil, segundo Azevedo e Guerra (1997), em 1985, 6 milhões de meninas, correspondendo a 20 % da população feminina entre 0 e 19 anos e 3,1 milhões de meninos (10 % da população masculina) foram vitimizadas sexualmente, perfazendo um total de 9,1 milhões de crianças por ano. As autoras citam ainda que 540.000 meninas foram vitimizadas por parentes, sendo que com 300.000 ocorreu incesto pai-filha, o que é altamente alarmante, uma vez que destas, 114.000 posteriormente tentaram o suicídio.

A família que vivencia alguma forma de violência doméstica, de certa forma, abandona seu lado protetor e assume o lado agressor, pois as pessoas são vitimadas no silêncio de seus lares, onde o agressor geralmente conta com a cumplicidade de outros membros da família por medo, insegurança ou indecisão, numa postura de não comprometimento com o agredido e de dependência (tanto financeira como psicológica) com o agressor.

Percebe-se que a cada dia novos casos de violência contra a criança e o adolescente dão entrada nos Conselhos Tutelares e Delegacias de Proteção ao Menor. Entretanto, as estatísticas não revelam a real dimensão desta situação alarmante em que muitas crianças e adolescentes ainda estão enfrentando calados e amedrontados. Vários fatores podem estar ocorrendo para este fato; entre os quais se destaca a não conscientização da sociedade sobre a necessidade de denunciar às autoridades competentes os casos de violência doméstica, devido principalmente à crença de que a família é uma instituição sagrada e que sabe o que é melhor para seus membros.

Além da sociedade civil, os órgãos de saúde que atendem as crianças e adolescentes tem o dever de notificar os casos de Violência Doméstica que atendem. Esta obrigatoriedade está inserida nos artigos 13 e 245 do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1991). No artigo 18 do ECA constata-se que "... é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-as a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório e constrangedor". Aos profissionais, o artigo 245 do ECA, prevê, como infração administrativa a não notificação dos casos de seu conhecimento.

São responsáveis pela notificação os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, e todos os cidadãos. A notificação por sua vez, pode ser feita aos Conselhos Tutelares; Justiça da Infância e da Juventude; Organizações de defesa dos direitos da criança, governamentais ou não.

Além do Estatuto da Criança e do Adolescente, as Secretarias de Estado da Saúde de alguns Estados e Municípios brasileiros, incluem no rol de doenças e agravos de notificação, os casos de suspeita ou comprovação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, o que demonstra uma preocupação explícita com o aumento da violência nesta faixa etária e suas conseqüentes seqüelas.

Infelizmente, mesmo diante da lei e da realidade brutal que nos deparamos os órgãos de assistência à saúde (postos de saúde, hospitais, serviços de emergências e profissionais de todos os níveis e categorias) de forma geral, ainda não se conscientizaram da necessidade de notificações; muitos casos continuam sendo omitidos, decorrentes por exemplo do pouco conhecimento sobre o fenômeno "Violência Doméstica". Isto por sua vez, favorece um baixo envolvimento dos profissionais da área de saúde na identificação e notificação dos casos por eles atendidos.

A par desta realidade, estes profissionais necessitam entender sua importância no processo de identificação, atendimento, apoio às vítimas e prevenção de novos casos, precisando para tanto estarem qualificados (Costa, 1996); uma vez que é o setor de saúde o lugar para onde emergem grande parte dos casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente não identificados, a priori, como tal.

Na realidade, hoje no Brasil já existem alguns órgãos na área da saúde mobilizando-se em prol de uma sistematização dos conhecimentos relacionados a esta questão. Segundo Deslandes (1994), tanto no Brasil

como nos Estados Unidos foram os pediatras que trouxeram para os serviços de Saúde o tema da Violência Doméstica ligada à questão da prevenção, crescimento e desenvolvimento.

No entanto, qualquer intervenção referente ao fenômeno da Violência Doméstica é extremamente complexa, envolvendo aspectos políticos, sociais e econômicos, culturais e de segurança pública, entre outros, ultrapassando a esfera específica da saúde, no que tange ao atendimento clínico propriamente dito (Gomes et al, 1996); e exigindo uma parceria entre todos os profissionais diretamente ligados ao atendimento de crianças e adolescentes.

Minimizar a Violência Doméstica constitui tarefa coletiva, cabendo a todos, principalmente aos profissionais de saúde, denunciar esta condição aos órgãos competentes; além de promover programas de informação para a comunidade, que possibilitem identificar precocemente a população de risco e, com isso, diminuir as conseqüências provenientes da mesma.

Conhecer, portanto, se as maneiras como os profissionais agem, são coerentes com o modo com que teoricamente pensam, mais especificamente, se existe coerência entre crenças e atitudes, constitui condição importante para embasar estratégias de sensibilização junto a esses profissionais, seja durante a sua formação ou na vida profissional.

## OBJETIVO

Identificar os conhecimentos, crenças e atitudes dos profissionais de saúde frente a Violência Doméstica.

## METODOLOGIA

Para desenvolvimento deste estudo, do tipo exploratório – descritivo, optamos pelos pressupostos do método quali-quantitativo no que concerne à sua forma interpretativa.

Os dados foram coletados na cidade de Maringá/Pr, no período de janeiro a julho de 2000. A população alvo do estudo, foram os profissionais da área de saúde que atuam na rede básica de assistência à saúde e alguns docentes do curso de medicina (2) e enfermagem (1) que atuam na área pediátrica. A amostra, do tipo não probabilística, foi selecionada por conveniência, ou seja, fizeram parte da amostra todos aqueles que, ao contato telefônico, concordaram em participar do estudo e, que tiveram condições de realizar a entrevista em horário previamente agendado ou ainda, que devolveram o instrumento de coleta de dados.

Cabe destacar que em algumas situações, a única alternativa possível, foi a de deixar o instrumento de coleta de dados para ser recolhido posteriormente; porém, embora o prazo para responder os questionários fosse determinado pelos próprios profissionais, esta foi uma estratégia que apresentou pouco resultado, já que apenas 4 dos 28 instrumentos distribuídos foram devolvidos, apesar das inúmeras tentativas de recolhimento dos mesmos. Após 3 e até 4 tentativas, os questionários não devolvidos foram excluídos da pesquisa.

A amostra efetivamente estudada está constituída de 32 profissionais, sendo sete médicos, uma psicóloga e vinte e quatro enfermeiras. A diferença, além de estar relacionada ao maior número de profissionais enfermeiros em atuação na rede básica quando comparado ao número de psicólogos, e de maior tempo de permanência no serviço, quando comparado com o profissional médico; também guarda relação com as características de atuação destes profissionais (trancados dentro dos consultórios). Pode demonstrar também, maior disponibilidade pessoal de indivíduos de uma categoria do que de outras, em participar de pesquisas; visto que até mudanças na estratégia de coleta de dados foram implementadas, como por exemplo o fato de deixar o instrumento de coleta de dados para ser respondido e recolhido posteriormente, sem no entanto surtirem os efeitos esperados, apesar de as pessoas inicialmente se colocarem à disposição para tal.

O instrumento, constituído de onze questões abertas, foi elaborado pelas próprias autoras e submetido a validação aparente e de conteúdo por dois docentes do Departamento de Enfermagem, portadores do título de mestre, os quais apresentaram apenas algumas sugestões na estruturação das questões, as quais foram integralmente acatadas.

A solicitação de participação no estudo foi feita verbalmente, ocasião em que apresentamos informações sobre os objetivos do estudo, as estratégias que seriam utilizadas no seu desenvolvimento, o

tipo de participação que se deseja e que esta era livre. Neste momento também foi garantido anonimato quanto as informações prestadas, bem como sigilo de toda e qualquer informação que pudesse comprometer a privacidade dos envolvidos.

Ademais, tendo em vista a confidencialidade e a privacidade dos informantes, bem como o não prejuízo no desenvolvimento de suas atividades, as entrevistas foram realizadas individualmente, em ambiente reservado e determinado pelos mesmos; além de terem sido agendadas de acordo com suas disponibilidades. Elas tiveram uma duração média de 20 a 30 minutos e, na maioria dos casos (19 – 59,4%), após autorização verbal, foram gravadas.

Os dados foram analisados de forma interpretativa através de categorização por temas. Para tanto, foram levadas em consideração apenas e unicamente as respostas dos sujeitos como unidades de análise; assim, cada entrevista foi transcrita em sua totalidade e após, submetida a tratamento. Inicialmente, foi efetuada uma leitura flutuante e individual do conjunto de dados, em seguida, cada entrevista foi lida e relida em grupo para captação de suas particularidades e, finalmente, buscou-se identificar as características de cada situação.

Os resultados das entrevistas estão descritos de forma a desvelar as crenças e as atitudes dos profissionais em estudo quanto à violência doméstica.

## INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para facilitar a interpretação e discussão dos dados coletados, estes foram trabalhados sob uma organização, onde traduzimos e discutimos as questões da entrevista realizada em três tópicos básicos: concepções sobre violência doméstica, atitudes e comportamentos diante de casos de violência doméstica e formação/preparo dos profissionais para atuar diante de casos de Violência Doméstica.

### CONCEPÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Ao analisarmos as respostas dos profissionais de saúde entrevistados sobre a definição de violência doméstica (VD) constatamos que estes fizeram referência a quatro categorias básicas: o local de ocorrência, os tipos de ocorrências, os agressores e as vítimas.

"Toda violência que ocorre no ambiente familiar, intra-domiciliar, principalmente contra a mulher e a criança."

"...aquela em que os pais espancam os filhos."

"...é o abuso sexual."

De maneira geral, para os profissionais de saúde estudados, violência doméstica é aquela praticada no espaço de moradia e por seus próprios familiares como: pais, irmãos, tios e marido. É executada principalmente contra mulheres e crianças, através da agressão física, verbal, psicológica, moral, sexual e negligência.

Quando analisado de forma geral ele está de acordo com o conceito de VD descrito por muitos autores. Contudo, o que nos preocupa e chama a atenção é o fato de que, se analisarmos individualmente as respostas dos entrevistados, constatamos que muitos deles apresentam um conhecimento a respeito um tanto quanto restrito o que lhes possibilita formular um conceito de VD de pouca amplitude, visto que as respostas de alguns tendem a ser vagas e fragmentadas, o que nos permite afirmar que ainda são raros os casos em que a violência doméstica é concebida em sentido mais amplo, revelando o quanto este conceito ainda precisa ser discutido e trabalhado na área da saúde.

Ao fazerem referência aos tipos de agressões que consideram como VD, os profissionais de saúde em questão, citaram várias formas, sendo a violência física considerada a mais freqüente.

"As físicas podem não ser as mais freqüentes, mas são as que mais chegam nos serviços de saúde"

"... apesar de negar que é violência doméstica, dá para perceber, pois acontecem em locais estranhos e com muita freqüência".

Este fato pode estar relacionado à presença de “sinais” mais aparentes, os quais são capazes de despertar a atenção/suspeita dos profissionais quanto a existência de violência e/ou maus tratos. Este tipo de violência, “envolve o emprego de força física, de forma não acidental, causando diversos tipos de ferimentos” (Brasil, 1993), conceito este coerente com as manifestações dos profissionais em estudo, os quais afirmaram ser aquela que pode ocorrer através da agressão “com a mão ou qualquer instrumento”, se manifestar através de “ato único ou espancamentos” e causar “lesões corporais”.

“... violência física em geral, por ser mais visível e que chama mais atenção.”

“Violência física contra a mulher e os filhos.”

“Quando a pessoa exerce domínio pela força.”

O diagnóstico deste tipo de violência portanto, é efetuado pelos profissionais de saúde principalmente através da percepção sobre a presença de sinais físicos de agressão (20 – 64,5%) tais como: “hematomas, arranhões, queimaduras, lesões corporais, fraturas, ...”. Marcon e Fanhani (1999), ao analisarem as respostas de professores de primeiro grau sobre sinais que os levam a suspeitar de VD em seus alunos, encontraram resultados semelhantes, pois identificaram que entre 285 citações diferenciadas, 86 (30,2%) delas se relacionavam à condição e aspecto físico das crianças, tais como presença de hematomas, cortes, machucados ou olheiras, entre outros.

Voltando ao presente estudo, cabe destacar que alguns profissionais fizeram referência à localização do trauma como condição importante para desencadear a suspeita de VD:

“... traumatismos que não são muito bem explicados ou locais de traumatismos na criança em regiões onde não são comuns” .

“... apresentação de múltiplos ferimentos ou ferimentos de repetição” .

“... lesões corporais que dá para perceber que foi provocado e não acidental como é relatado”.

A dificuldade de diagnosticar os maus tratos também foi observada por Damergian (1986), em inúmeros casos de crianças que, necessitando de atendimentos médicos, são obrigadas (ou pelos pais ou pelo medo) a dizerem que caíram e se machucaram. Segundo este autor, os casos de violência mais evidentes são os que envolvem lesões corporais ou outros sintomas relacionados. Estes geralmente são atendidos nos serviços de saúde, a partir de queixas vagas e incoerentes. Quando a suspeita de maus tratos não ocorre, o diagnóstico pode estar equivocado e, conseqüentemente, toda a conduta.

Ainda que o aspecto terapêutico possa ser garantido no atendimento médico, quando não se detecta a violência, esta poderá repetir-se, permanecendo a criança exposta a agressões, com conseqüências nefastas como a erosão e desagregação da infância (Marmo, Davoli e Ogido, 1995).

A violência psicológica constitui o segundo tipo mais freqüente de violência doméstica referida pelos profissionais de saúde em estudo,

“Em relação à criança ocorre quando o adulto responsável não lhe dá condições básicas de cuidados físicos (violência por omissão), de atenção solicitada por ela (diálogo ou contexto físico – violência psicológica)”.

“ É a falta de compreensão e respeito para com as pessoas que vivem no ambiente familiar”.

Segundo Farinatti, et al (1993), a violência psicológica “... consiste em atos ou omissões por parte do adulto responsável, os quais são julgados nocivos à psique e que transgridem as regras comunitárias e sociais no tocante à criação dos filhos”. Cabe destacar que alguns profissionais, influenciados pela freqüência de relatos desta natureza, acabam também por banalizar e a não valorizar este tipo de ocorrência no trato com os usuários dos serviços onde atuam.

Foram também citadas a violência moral, o abuso sexual e a negligência. A violência sexual “refere-se ao envolvimento de crianças e adolescentes dependentes, imaturos desenvolvimentalmente, em atividades sexuais que eles não compreendem totalmente, às quais são incapazes de dar um consentimento informado e que violam os tabus sociais dos papéis familiares” (Scheter e Roberger citados por Furniss, 1993), além de objetivarem “a gratificação das demandas e desejos sexuais da pessoa que comete o abuso” (Furniss, 1993).

Finalmente, por negligência, entende-se “privar a criança de algo que ela necessita, quando isso é essencial ao seu desenvolvimento sadio. Pode significar omissão em termos de cuidados básicos como: privação de medicamentos, alimentos, ausência de proteção contra inclemências do meio, como o frio e o calor” (Deslandes, 1994).

“... abandono, descaso, dormir para fora, falta de atenção às necessidades alimentares, banho e sono”.

Os profissionais em estudo também demonstraram perceber a presença de violência doméstica através de distúrbios no comportamento e/ou conduta da vítima, porém ressaltaram que esse tipo de percepção é bem mais difícil, o que acreditamos estar relacionado à necessidade de conhecer previamente características desse comportamento e/ou conduta. De qualquer forma, ela também tem sido evidenciada através da manifestação de medo excessivo, retraimento, agressividade, timidez, agitação, insegurança, depressão, atraso no desenvolvimento psicomotor, auto-estima diminuída, entre outros.

“Sinais físicos, insegurança, atraso no desenvolvimento, retraimento, agressividade”.

As opiniões dos profissionais de saúde entrevistados sobre as possíveis causas de violência doméstica, quando analisadas no conjunto, demonstraram ser coerentes com o que tem sido divulgado na literatura; porém, quando vistas de forma individual, identifica-se a existência de uma tendência em apresentar concepções fragmentadas, já que boa parte deles hiper-valorizam a questão social:

“A violência doméstica está presente em todas as classes sociais mas é mais comum, pelas próprias condições sócio-econômicas, nas classes mais baixas”.

A grande maioria, no entanto, faz referência a outros fatores de caráter mais determinantes como, por exemplo, o alcoolismo, o desemprego, os distúrbios de comportamento, educação, cultura, formação, entre outros:

“O quadro social é importante, (contribui mas não é o determinante) pois existe violência em todas as classes”.

Cabe destacar que 43,7% dos entrevistados apontaram a desestruturação familiar como um dos principais fatores determinantes da Violência Doméstica, como pode ser observado nas falas apresentadas a seguir:

“Quando ninguém tem uma conduta certa, age sem olhar a razão, levando a violência”.

“Um ambiente familiar sem amor, com muita discórdia, a criança já cresce com essa raiz (violência) e carrega este peso quando constitui a sua família, continua com a violência”.

Isto vem ao encontro do que é afirmado por Souza (1999), de que o tipo mais freqüente de violência a que estão sujeitas as crianças e adolescentes é aquele denominado estrutural, decorrente de uma vivência cotidiana marcada pela falta de estrutura familiar, de recursos financeiros, informações, abuso de poder e presença de alcoolismo.

A influência do contexto no agravamento da situação de violência doméstica em nosso meio é percebida através de algumas cifras nas quais se identifica que, em 1990, 53,5% das crianças e adolescentes brasileiros entre 0-17 anos, encontram-se em famílias que percebem uma renda mensal de até ½ salário mínimo mensal (IBGE, 1992). São 32 milhões de crianças e jovens vivendo em situação de pobreza e miséria, ou seja, dois milhões a mais do que no início da década de 80. Essa situação de pobreza traz consigo múltiplos agravos à saúde e à vida decorrente, em grande parte, da total ausência de suporte econômico-social às famílias.

A pobreza, segundo Dimenstein (1993), gera a desintegração familiar e com esta vem junto a violência. No Brasil, a concentração da riqueza nas mãos de poucas pessoas, constitui uma das principais causas de

miséria e pobreza, pois 50% da população brasileira vegeta sem as mínimas condições de vida, enquanto 10% apropriam-se de quase toda a riqueza nacional.

Estes dados nos dão uma idéia de como vivem as crianças e adolescentes vítimas da violência estrutural característica de sociedades como a brasileira, marcada por profundas desigualdades na distribuição da riqueza social. São essas crianças e adolescentes chamadas de grupo de alto risco que têm uma imediata probabilidade de sofrer cotidiana e permanentemente a violação de seus direitos humanos mais elementares devido ao profundo processo de espoliação a que são submetidas: direito à vida, saúde, alimentação, educação, segurança, lazer, entre outros (Art. 7º, ECA).

Ademais, as falas dos profissionais demonstram que para eles a violência doméstica se encontra inserida em um círculo vicioso, ou seja, violência gera violência, ambiente sem amor levará um indivíduo a se tornar cada vez mais violento, participante desse círculo desestruturador.

#### ATITUDES E COMPORTAMENTOS DIANTE DE CASOS (REAIS E HIPOTÉTICOS) DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Ao se investigar as atitudes e comportamentos diante de uma situação hipotética de violência doméstica, conduzida através do questionamento: "Se você em sua prática profissional suspeitasse de um caso de violência doméstica, que atitude(s) tomaria?" Constatamos que os profissionais tomariam diferentes atitudes, considerando basicamente duas questões, o fato da vítima ser criança ou mulher e a gravidade das ocorrências. No caso de vítima mulher existe uma tendência, por parte da grande maioria, em afirmar que trabalhariam com a conscientização da mesma sobre seus direitos, acompanhada de orientação sobre os caminhos a serem seguidos para efetivação de denúncia, ou seja, os profissionais em suas manifestações demonstraram reconhecer que cabe ao indivíduo adulto a decisão de denunciar ou não.

"Eu praticamente não faço nada, o paciente é quem decide".

"Se for adulto apenas orientar ao invés de notificar a delegacia..., mostrar as alternativas que a pessoa tem para estar se defendendo".

No caso de crianças, embora exista uma norma na Secretaria de Saúde de Maringá de que todo caso suspeito de violência doméstica contra criança e adolescente deva ser denunciado, os profissionais demonstraram que não concordam que isto deva ocorrer sempre e principalmente antes de outras tentativas. Para eles, quando não envolver risco de vida para a criança, o ideal é tentar diálogo com a família, acompanhado de assistência individualizada e em caráter multiprofissional. Quando esta estratégia não surtir os resultados esperados, aí sim, segundo eles, a denúncia deve ser efetivada.

"Depende muito do tipo de violência. Quando for grave retirar a criança do meio e comunicar o Conselho Tutelar. Quando não tiver risco de vida para a criança, encaminhar para o psicólogo".

"Em caso de criança antes de notificar tem-se uma conversa indireta com os pais, de orientação".

Quando se investiga a vivência de casos reais, identifica-se primeiramente que a maioria dos entrevistados (27 – 84%) já enfrentou esta situação, especialmente contra a criança (72%) ou a mulher (50%), já que apenas um profissional relatou ter enfrentado caso de violência da esposa contra o marido.

"A mãe traz a criança com outros problemas e não com a queixa direta, o choque é grande e prefere abafar o caso".

"Já vivenciei muitos casos de mulheres agredidas pelo amasio ou esposo".

Quando se compara o comportamento adotado pelos profissionais em situações reais de violência doméstica com as atitudes referidas em situações hipotéticas, constatamos a presença de divergências, conforme pode ser verificado no Quadro 1.





denúncias efetivadas no período de fevereiro de 1998 a março de 1990 no Programa SOS Crianças da Secretaria de Estado do Menor em São Paulo.

Muitos profissionais, por não terem uma visão mais ampla sobre o assunto, ao depararem com uma situação dessa natureza, sentem-se inseguros e incapazes de promover os encaminhamentos necessários para minimizar e/ou solucionar a problemática.

Alguns relatos nos permitiram inferir que é a insegurança, determinada pelo desconhecimento que leva alguns profissionais a literalmente “fugir” de situações desta natureza. Isto é confirmado quando se identifica que apenas 28% dos entrevistados referem segurança para enfrentar, profissionalmente, casos desta natureza. Os demais, 38% não se sentem completamente preparados pois se percebem desarmados em certas situações, apesar de possuírem conhecimento do que fazer e como fazer e 31% afirmam não se sentirem, de forma alguma, preparados.

“Hoje sim, mas já fiquei perdida. Cresci muito em fazer parte do Conselho Tutelar, é uma pena que nem todos têm essa oportunidade, muitas vezes porque não querem se envolver”.

Estes dados são, no mínimo, alarmantes. O crescente número de crianças hospitalizadas por quaisquer motivos e que apresentam evidências de maus tratos, em suas diversas manifestações, é uma realidade, evidenciando a importância de maior capacitação e atenção por parte dos profissionais de saúde para o atendimento destes casos, em toda sua complexidade.

Cabe destacar que muitas vezes, a “preparação” a que se referem os profissionais é decorrente muito mais de um interesse pessoal em relação a este assunto do que proveniente de sua formação:

“Sinto-me preparada porque eu quero, gosto e acho que tenho que ir atrás; tenho uma responsabilidade com a comunidade que atendo, como sou chefe eles me procuram e vejo a tamanha responsabilidade que tenho”.

O crescente número de registros de crianças vítimas de negligência ou maus tratos nas instituições hospitalares, tem mobilizado algumas equipes de saúde multidisciplinar, no sentido de criar mecanismos de detecção e prevenção da violência, organizando-se em grupos de estudos, comitês de proteção à criança e adolescente na própria instituição. Estes, segundo Motta (1999), desenvolvem um trabalho de fundamental importância, não só no sentido de instrumentalizar as equipes de saúde na detecção precoce, tratamento e prevenção de negligência e maus tratos, e também tendo em vista a manutenção da integridade física, emocional e moral da criança e adolescente.

Algumas experiências têm demonstrado que a existência de grupos de apoio/discussão na esfera institucional, além de motivar o profissional para a importância de seu papel social, também tem contribuído para fundamentar o seu agir profissional junto à criança vítima de violência e junto à família infratora, em uma perspectiva interdisciplinar. Infelizmente, representam, ainda, experiências isoladas, como a do Hospital das Clínicas de Porto Alegre que desde 1986, mantém um Programa de Proteção à Criança (Almoarques, Jungblut e Issi, 1999). Iniciativas desta natureza são de extrema importância pois como afirma Jungblut (1999), em algumas situações encontramos profissionais desinformados e despreparados para trabalharem com a complexidade da violência, o que os leva a traduzirem na repetição de tarefas autônomas, um trabalho reprodutor de violência sob guarda institucional.

A maioria dos entrevistados (81%), afirmou ter interesse em realizar leituras sobre esse assunto em artigos científicos, jornais e revistas. Os demais entrevistados, 19%, disseram que este tema não chama atenção em suas leituras, talvez por este estar fora da realidade dos mesmos, ou ainda, pela falta de conscientização de que é um problema de saúde pública e pela negação por já ter vivido um caso pessoal ou até mesmo profissional.

Todos os entrevistados tinham conhecimento de pelo menos um local para efetuar denúncia dos casos de violência doméstica, sendo que a maioria (81%), mencionou o Conselho Tutelar e a Delegacia da Mulher. Houve ainda, aqueles que citaram o SOS Criança, a Delegacia, Juiz, Imprensa, entre outros órgãos públicos.

Contudo, os profissionais reclamam que o fato de efetivar a denúncia nem sempre representa solução para o problema de violência doméstica, já que em muitos casos, consideram que nada é feito no sentido de proteger a vítima e nem de tratar o agressor. Os casos tidos como resolvidos foram referidos por nove profissionais (31%), tendo resultado em prisão do agressor (três casos), separação do casal (dois casos) e afastamento

provisório da criança (três casos). Cabe destacar que uma queixa freqüente que existe é o fato dos profissionais não serem comunicados oficialmente sobre o andamento do caso após a denúncia. Além disso, também existe a queixa de que a atuação dos órgãos competentes não é satisfatória, pois é acima de tudo, fragmentada e muito mais no sentido retirar do que de incluir, ou seja, quase nunca no sentido de preservar a família.

"Nenhuma das soluções que vi me agradou" (enfermeira)

"... é tudo varrido para baixo do tapete" (enfermeira)

Um dos entrevistados relatou por exemplo, um caso de suspeita de manipulação de genitais em criança menor de um ano e que ficou assustado com a atitude, já que no outro dia, antes de qualquer investigação o padrasto da criança já estava preso e o caso divulgado em todos os jornais da cidade.

O descontentamento com o desfecho dos casos de violência doméstica denunciadas não é exclusivo dos profissionais de saúde, Souza (1999), preocupada com esta questão acompanhou a trajetória de 24 casos de abuso sexual, denunciados no Conselho Tutelar de Campo Mourão, dos quais 13 caracterizados como violência doméstica. A autora constatou que a prática comum se reduziu a notificar o agressor, ouvir a vítima e em alguns casos, encaminhar a vítima ao psicólogo para poucas sessões. Constatou ainda, na delegacia da cidade, que foi denunciado um maior número de casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes e que lá, as providências e encaminhamentos tiveram um cunho mais profissional, já que houve notificação do agressor, registro da agressão e encaminhamento de "Termo Circunstanciado" para o Fórum da cidade. Contudo, conclui que é muito reduzido o número de casos que chega a ser julgado e menor ainda o dos que cumprem as penas impostas.

Souza (1999), relata que durante sua investigação teve oportunidade de acompanhar um caso de maus tratos a uma adolescente, onde constatou que ambos, o agressor e a mãe (por estarem sendo negligentes) foram notificados a comparecerem ao Conselho, onde foram ouvidos e repreendidos. A adolescente também foi ouvida, tendo sido encaminhada para acompanhamento com uma psicóloga, com quem teve duas sessões e que após o caso foi tido como encerrado. Após seis meses as agressões voltaram a acontecer e desta feita, a direção da escola, motivada pela denúncia das colegas de classe da vítima, denunciou o caso novamente no Conselho Tutelar. Pós algum tempo, houve novamente queixas da vítima junto à direção do colégio que acionou mais uma vez o Conselho, e este informou que já tinha feito tudo o que podia, pois o agressor já havia sido notificado e até repreendido e que inclusive, não havia respondido (comparecido) às últimas notificações.

Pelo que se vê, na verdade, o Conselho Tutelar pouco tem feito, no sentido de proteger verdadeiramente a vítima, já que dificilmente faz acompanhamento dos casos denunciados ou encaminhamentos para outros órgãos competentes, deixando a vítima à mercê de sua própria sorte.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da violência é o grande desafio da preocupação integral com a criança. Neste sentido a abordagem inicial pelos profissionais de saúde faz-se extremamente importante, sendo que a atitude suspeita é o primeiro passo para o diagnóstico diferencial. Caso não seja possível um diagnóstico imediato, é necessário o acompanhamento do caso até que um diagnóstico seguro seja estabelecido. O mau trato contra a criança é um crime, cabendo a cada um de nós, enquanto cidadãos, denunciá-lo às autoridades competentes.

A quantidade de pessoas (principalmente mulheres e crianças) vítimas de VD que a denunciam ainda é pequena em relação a extensão do problema. Podemos considerar, sem medo de errar, que as denúncias que chegam a público representam apenas a ponta de um iceberg. São várias as razões que levam as pessoas a sofrerem caladas, dentre elas podemos citar a dificuldade de entender a violência sofrida como consequência de relações sociais assimétricas e o fato do agressor, na grande maioria das vezes, ter uma relação afetiva com a vítima.

Assim sendo, ressaltamos a importância do papel dos profissionais de saúde enquanto aliados na luta para o reconhecimento e combate da VD. Percebe-se que a identificação da VD influencia, inclusive, na forma com que estes irão abordar a criança vítima de violência e, portanto, tem influência direta no resultado desse tratamento.

No entanto, os dados deste estudo nos mostram que grande parte dos profissionais de saúde entrevistados referiram não se sentirem adequadamente preparados para enfrentarem ocorrências de violência doméstica e que, muitos deles, avaliam como negativa a experiência que tiveram nesta área, o que parece estar, em grande medida, relacionado com os desfechos dados aos casos.

No entanto, consideramos que conhecer a ineficiência dos órgãos competentes só reforça a importância dos profissionais de saúde se conscientizarem sobre seu papel no diagnóstico, prevenção e intervenção em situações de violência doméstica. Consciência de que seu papel vai muito além de efetuar ou incentivar a denúncia. Trata-se portanto de um compromisso ético e moral com a vida e com a qualidade deste viver. Mas, para tanto, os profissionais precisam receber formação que lhes possibilite atuação eficaz, seja no sentido de apoiar e capacitar a vítima para enfrentar a situação ou para perceber o agressor como alguém que precisa de ajuda para vencer o problema. Contudo, o que se verifica tanto na fala dos informantes como no conteúdo programático dos cursos de graduação da área da saúde, é que este assunto sequer é abordado.

A atuação profissional e a qualidade da mesma, é de suma importância para o rompimento do ciclo de violência, pois assim como nos casos de alcoolismo, há uma tendência de repetição na idade adulta, de fatos vivenciados na infância.

Diante do exposto, consideramos relevante a inclusão do tema Violência Doméstica, em especial contra a criança e adolescente, como conteúdo programático nos cursos de formação e reciclagem dos profissionais de saúde, de forma a possibilitar aos mesmos enfrentar adequadamente este problema. Da mesma forma que consideramos de extrema valia a inclusão e discussão deste tema também nos currículos escolares, viabilizando à criança e adolescentes a conscientização sobre seus direitos, tendo em vista a prevenção e identificação de situações de violência.

**ABSTRACT:** It is a descriptive-exploratory study of quali-quantitative nature, developed with 32 professionals. The data were collected in the months of January to June of 2000 through semi-structured interview. The results demonstrated that the subject of the domestic violence was not approached in the basic formation of most of the interviewees (65%), however, in the professional practice the enfrentamento of real cases had already been experienced by 90% of them, and in a general way and, in percentage terms, the attitudes don't correspond to referred ones in the hypothetical situation, especially when the victim is a child. It is concluded that in spite of the importance and the healths professionals' of health paper in the diagnosis, prevention and intervention in situations of domestic violence, most of the time these ones neither receive formation nor feel prepared for an effective performance, be in the sense of supporting and to qualifying the victim to face the situation or to notice the aggressor as somebody that needs help to solve the problem.

**KEY WORDS:** Domestic violence; Health occupations; Children; Adolescent.

**RESUMEN:** Es un estudio descriptivo-exploratorio de la naturaleza quali-cuantitativa, desarrollado con 32 profesionales. Los datos fueron recogidos en los meses de enero a junio de 2000 através de entrevista semi-estructurada. Los resultados demostraram que el tema violencia doméstica no fue abordado en la formación básica de la mayoría de los entrevistados (65%), sin embargo, en la práctica profesional, el enfrentamento de casos verdaderos ya fue experimentado por 90%, y de manera general, en porcentaje, las actitudes no correspondem a lo que uno referiram en una situación hipotética, especialmente cuando la víctima es un niño. En conclusion, a pesar de la importancia y el papel de los profesionales de la salud en el diagnostico, prevención y intervención en situaciones de violencia doméstica, en mayoría del tiempo este uno no recibe formación ni sente preparados para uno eficaz funcionamiento, sea en sentido de apoyo y calificar víctima para hacer frente a la situación o percibir el agresor como alguien que necesita de ayuda para solucionar el problema.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia doméstica; Empleos en salud; Niños; Adolescencia.

## REFERÊNCIAS

- 1 ALMOARQUEG, S. R.; JUNGBLUT, I. C. O.; ISSI, H. B. Trabalhando pela reconstrução da infância: o papel da enfermeira da unidade de internação pediátrica no Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 506-509, 1999.
- 2 AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Apostila I do Telecurso/LACRI/USP. São Paulo, 1997.
- 3 BOURDIEU, P.; PASSEROM, J.C. A reprodução. São Paulo: Francisco Alves, 1987.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Violência contra a criança e o adolescente. Proposta de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Minha Gente. Lei nº 8069, de 13 de junho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1991. INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS. Brasília, v. 1, n. 2, jul. 1992.
- 6 BUNCH, C. Os direitos da mulher como direitos humanos: uma nova visão. In: Muyer y violencia domestica (coletivo). Instituto de la Muyer. Santiago: 1991.
- 7 COSTA, J. F. Editorial. In: Saúde em Foco. v.5, n.13. Ago. 1996.
- 8 DAMERGIAN, S. Entre a vida e a morte: a violência contra a infância nos grandes centros urbanos. In STEINER, M. H. F. (Org.). Quando a criança não tem vez: violência e desamor. São Paulo: Pioneira, 1986.
- 9 DESLANDES, S. F. Prevenir violência: um desafio para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994.
- 10 DIMENSTAIN, G. O cidadão de papel: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. São Paulo: Ática, 1993.
- 11 ELSÉN, I. et al. Um momento para reflexão... um tempo para ação: programa preventivo da Violência Sexual Doméstica. Florianópolis. Monografia do IV Telecurso de Especialização em Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes. 1997.
- 12 FARINATTI, F. et al. Pediatria social: a criança maltratada. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 1993.
- 13 FURNISS, T. Abuso sexual da Criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.
- 14 GOMES, M. A. et al. Violência contra a criança e o adolescente: pensando nosso papel. Saúde em Foco. v.5, n.13. Ago. 1996.
- 15 IBGE. Departamento de Emprego e Rendimento. Condições de vida e renda per capita dos brasileiros. Rio de Janeiro: 1992.
- 16 JUNGBLUT, I. C. O. Cuidando de crianças maltratadas em um hospital público: reflexões sobre a prática de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 449-454, 1999.
- 17 MARCON, S. S.; FANHANI, F. B. A violência doméstica na perspectiva de professores de 1º grau. In: CONGRESSO INTERNACIONAL: FAMÍLIA E VIOLÊNCIA, 1999, Florianópolis. Resumo. Florianópolis, 1999. p. 303.
- 18 MARMO, D. B; DAVOLI, A.; OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança. *J. Ped.*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 6, nov/ dez. 1995.
- 19 MOTTA, M. G. C. Comitê de proteção de maus tratos à criança: uma realidade nas instituições? *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 318-321, 1999.
- 20 SOUZA, L. M. Vitimização sexual em crianças e adolescentes no município de Campo Mourão: espaço de silêncio da lei, da sociedade e da família. Maringá, 1999, 47p. Monografia (Especialização em Políticas Sociais: infância e adolescência). Departamento de Ciências Sociais – Universidade Estadual de Maringá.
- 21 TELELACRI. Dados de pesquisa realizada por alunos do III Telecurso de Especialização em Violência Doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo, 1996. (mimeografado).
- 22 TELELACRI. Dados de pesquisa realizada por alunos do IV Telecurso de Especialização em Violência Doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo, 1997. (mimeografado).
- 23 VAITSMAN, J. Biologia e História (ou, Por que a igualdade é possível). In: LABRA, M. E. (Org.). Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. P. 25-38.
- 24 VIEZZER, M.. O problema não está na mulher. São Paulo: Cortez, 1989.