



MAUS-TRATOS CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: PERCEPÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO SUL DO BRASIL.

BUNN, Renata Couto de Arruda¹
CAMPOS, Audrilara Arruda Rodrigues²
SANTOS, Igor Fonseca dos³
KUHNNEN, Mirian⁴
OLIVEIRA, Maria Conceição de⁵

RESUMO

O objetivo deste estudo é compreender a percepção acerca de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes, junto aos profissionais de equipes de saúde da família que atuam numa unidade básica de saúde de um município de médio porte do sul do Brasil. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, sendo utilizada entrevista semi-estruturada. A análise temática se deu a partir das categorias: o papel dos serviços de saúde; problema de saúde pública; conhecimento e prática na identificação de maus-tratos, atitude diante de casos e percepção das causas. Na percepção dos profissionais é papel do serviço de saúde atuar, identificar e prevenir os casos de maus-tratos. Na prática enfrentam dificuldades de realizar a identificação, não estão articulados como equipe para enfrentar o problema e praticamente desconhecem o processo oficial de notificação. Com isso, além da pouca resolatividade em termos dos encaminhamentos necessários, constatou-se uma quase ausência de ações de prevenção. As percepções encontradas nesse estudo indicam a necessidade de estruturar estratégias visando à educação permanente dos profissionais de saúde, maior divulgação dos materiais elaborados pelo Ministério da Saúde, planejamento de ações integradas e a utilização de protocolos.

Palavras-chave: Maus-tratos, Profissionais da Saúde, Atenção Primária à saúde.

¹Especialista em Saúde da Família. Docente do curso de odontologia, coordenadora adjunta e preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC.

²Docente da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC.

³Especialista em Saúde Coletiva. Docente do curso de odontologia da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC.

⁴Enfer Mestre em Saúde Coletiva. Docente do curso de odontologia e Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC.

⁵Doutora em Ciências Humanas

INTRODUÇÃO

Os maus-tratos contra a criança e o adolescente, são considerados, como as formas de violência social com maior possibilidade de prevenção pelos serviços de saúde (BRASI,2002). Nas últimas décadas, a promoção dos direitos e a proteção da criança e do adolescente em situação de vulnerabilidade e riscos, têm colocado progressivamente uma série de desafios aos serviços de saúde, no domínio dos maus-tratos. O Estatuto da Criança e do Adolescente – (ECA) aponta a importância do papel dos profissionais de saúde e de educação no que se refere à identificação e à obrigatoriedade da notificação de casos (BRASIL,1997). A violência contra a criança e o adolescente é um problema global que ocorre de diversas maneiras e está profundamente enraizado nas práticas culturais, econômicas e sociais (KRUG et al, 2002).

O conceito de maus-tratos é multidimensional e a sua visibilidade depende do contexto cultural e profissional. Enquanto um fenômeno complexo, os maus-tratos podem assumir múltiplas facetas, sempre causando impactos de sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afetivas, psicológicas e sociais, algumas delas irreversíveis, a médio e longo prazo ou, em casos extremos, podem provocar a morte.

Dentre as prioridades do Pacto pela Vida para o biênio 2010-2011, publicadas na Portaria nº 2.669 do Ministério da Saúde (BRASIL,2009), está a “atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência. Portanto passa a ser também de responsabilidade da equipe multiprofissional ampliar a rede de prevenção de violência e promoção de saúde bem como de ampliar a cobertura de notificações/investigações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Apesar dos avanços em termos de maior informação e do aprimoramento de instrumentos de notificação, a violência caracteriza-se ainda, como uma “epidemia escondida” pela falta de estatísticas e pelo silêncio da população (BRICARELLO,1999). Os dados epidemiológicos sobre maus-tratos infantis e a dificuldade de obtenção de dados oficiais fidedignos sobre o tema, o número de vítimas, tanto o Brasil, quanto outros países, ainda é uma realidade, mesmo assim, o número de casos, vêm atingindo proporções alarmantes nos últimos anos e está presente em todas as camadas sociais; havendo um consenso geral de que devido à sub-notificação, os dados sejam expressivamente maiores que os divulgados (KRUG et al, 2002).

Há uma estimativa de que apenas 20% das ocorrências sejam denunciadas, visto que a notificação dos casos a órgãos competentes é uma prática pouco exercida (MASSONI et al, 2011). No Brasil, a violência contra crianças e adolescentes consiste como primeira causa de morte na faixa de cinco a dezenove anos e a segunda no período de um a quatro anos. Em Lages, para o ano de 2007, 33,3% dos óbitos na faixa etária dos 5 aos 19 anos foram devido a causas externas (BRASIL, 2010).

Entendendo-se a Estratégia de Saúde da Família, como a porta de entrada ao sistema de saúde, é esperado que os profissionais fiquem atentos ao problema em sua prática diária, para tanto, espera-se que estejam habilitados para prevenir, diagnosticar, tratar e notificar os casos de maus-tratos, cumprindo o que determina o Ministério da Saúde. As práticas dos profissionais são decisivas para que sejam implantadas as Políticas Públicas de Saúde. Isso implica a necessidade de ações responsivas às necessidades de saúde e que a violência contra a criança e o adolescente passe a ser vivenciada no cotidiano dos serviços, como um grave problema de saúde pública, pois, sempre repercute negativamente sobre os vários aspectos de sua qualidade de vida. Diante desse contexto, o presente estudo objetivou compreender a percepção e a atuação de profissionais que fazem parte de duas equipes de saúde da família, acerca de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes em uma Unidade Básica de Saúde de um município de médio porte do sul do Brasil.

METODOLOGIA

Este estudo utilizou uma abordagem qualitativa, efetuando entrevistas semi-estruturadas individuais, junto a duas equipes de Saúde da Família de uma UBS da zona urbana do município de Lages, Santa Catarina

O município de Lages está situado na região serrana de Santa Catarina distante 176,5 Km da capital do estado, Florianópolis. Historicamente constituída como cidade-pólo regional, concentra atividades de referência no comércio, na educação e nos serviços de saúde. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) a população estimada para 2010 foi de 156.737 habitantes. O município conta com uma rede de serviços da Atenção Primária composta por 49 Unidades Básica de Saúde (UBS), 43 Equipes de ESF, 6 Equipes Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS) e 37 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Os registros de casos de maus-tratos a criança e ao adolescente do Conselho Tutelar do município, do período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007,

apontaram 3.074 ocorrências, constituindo um problema de saúde pública relevante e um desafio para os profissionais e gestores do SUS (ARRUDA, GRECHOVIASKI, CAVAZZOLA, 2008).

O trabalho de campo foi realizado durante o mês de agosto de 2010 e os sujeitos do estudo foram os profissionais que concordaram em participar totalizando 22 (vinte e duas) entrevistas: um médico, dois enfermeiros, dois cirurgiões-dentista, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de saúde bucal, três técnicos de enfermagem e doze agentes comunitários de saúde. O roteiro da entrevista consistia em dez perguntas com os seguintes temas norteadores: conhecimento e prática na identificação de maus-tratos; atitude diante de casos; percepção das causas; como se apresentam os casos de maus-tratos; papel dos serviços de saúde; maus-tratos como problema de saúde pública.

Segundo Minayo (2010), existem várias modalidades de análise de conteúdo sendo a modalidade análise temática a mais simples e considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que se presentes significam alguma coisa para o objeto analítico visado. Neste estudo, as entrevistas foram analisadas a partir do método hermenêutico-dialético, seguindo a proposta de interpretação qualitativa de Minayo. Os dados foram ordenados e transcritos pela pesquisadora. Os relatos foram organizados com o objetivo de classificar as categorias pesquisadas visando uma interpretação que buscasse homogeneidades e diferenciações por meio de comparações e contrastes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Planalto Catarinense.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Dos 22 profissionais da ESF que participaram do estudo, 81,2 % são mulheres, com idade entre 20 e 55 anos, a maioria não possui especialização e 77,3% estão atuando no serviço público há menos de um ano. Praticamente a metade dos profissionais, em algum momento da sua vivência no serviço de saúde, diagnosticou e encaminhou um caso de maus-tratos com vítimas em diferentes faixas etárias.

PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com relação ao papel dos serviços de saúde perante os maus-tratos contra a criança e o adolescente para os entrevistados, os principais aspectos pautam-se em *atuar* (orientar, encaminhar), e *identificar*, porém não se sentem preparados para isso. Há um certo consenso que é atribuição de Agente Comunitário de Saúde (ACS) tal identificação: “*Tem que intervir. Não pode ser omissos. É papel do ACS trazer os casos e intervirmos em equipe. A equipe tem que se posicionar.*”, [Ent 4] “*os ACS poderiam trazer esses casos para as UBS. Pois estão na casa, é mais fácil que nós que estamos de fora*” [Ent 5]. Esses depoimentos denotam a pouca existência de uma escuta e olhar diferenciados pelos profissionais no seu cotidiano de trabalho, na busca e identificação de maus-tratos que não ganham uma visibilidade expressiva, como no caso de lesões físicas. Apenas uma pessoa salientou o aspecto multiprofissional para o enfrentamento dos casos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), compete às Equipes de Saúde da Família “conhecer, discutir e buscar a identificação dos fatores de risco na população adscrita, para facilitar a definição de ações a serem desenvolvidas”, objetivando com isso, “intervir preventivamente ou confirmar um diagnóstico, visando a adoção das medidas adequadas às diversas situações de violência intrafamiliar”.

Os profissionais reconhecem que o “*serviço de saúde é um dos lugares que mais tem chance de intervir e encaminhar*” [Ent 2]; sendo necessário uma ampliação de competências para o trabalho junto à população e para ampliar a resolutividade, “*Inicial seria a informação da população, a prevenção, promoção da saúde e bem estar. E em casos que já tem o agravamento, saber resolver*” [Ent 9].

Estudos realizados em vários países têm destacado a necessidade de educação continuada, para profissionais da área de assistência à saúde relacionada ao reconhecimento e relato de sinais, sintomas e negligências (KRUG,2002).

Um aspecto salientado pelos profissionais é a ênfase na “prevenção” dos maus-tratos e nos “encaminhamentos”. Nos depoimentos colhidos, os profissionais que relataram já ter realizado encaminhamentos, estes foram ao Conselho tutelar ou para outros profissionais do serviço ou da rede de saúde, principalmente para assistente social, médico e enfermeira: “*Procurar orientação de enfermeira para saber que medida tomar.*” [Ent 14]. Para alguns profissionais “notificar” os casos, pode implicar vulnerabilidade e riscos aos quais ficariam expostos, necessitando uma rede mais sólida: “*Prevenção tem, mas com parcerias, não só a UBS tem a responsabilidade, eu sozinha não faria nada* [Ent 17]; *denunciar você tem*

retaliação, eles ameaçam a gente, teria que ter uma ligação desde ACS ate o judiciário” [Ent 19].

Pouco mencionado pelos profissionais foi o aspecto relativo à atuação em equipe, ou mesmo à ação intersetorial promovida a partir dos serviços de saúde, sendo uma percepção central a questão do 'encaminhar', ainda um tanto inespecífica, e não pautada numa rede integrada de atenção e de cuidado promovida a partir dos serviços de saúde. “Orientação psicológica, encaminhamentos, conversar com a família” [Ent 14]. “Avaliar, encaminhar ao órgão responsável e acompanhamento posterior” [Ent 10].

Outro aspecto que não foi abordado refere-se à questão do registro dos casos nos serviços de saúde, não havendo a percepção de que gerar indicadores que evidenciem esta problemática é um dos papéis essenciais do serviço. Pressupõe-se que esta (não) prática encontra-se presente em todos os níveis da atenção à saúde, como evidenciam os estudos de Moura et al.(2008) e de Martins e Mello Jorge (2009), uma vez que, além do fato da política acerca dos aspectos da violência não estar implantada de forma efetiva, o modelo como o sistema de informação está construído, de certo modo também dificulta, pois, os códigos utilizados são baseados em lesões ou em causas acidentais, ou ainda se expressam como patologia orgânica, não sendo portanto, devidamente registrados.

MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SUA IDENTIFICAÇÃO NO SERVIÇO

As percepções dos profissionais sobre a identificação dos maus-tratos e se consideram que estes sejam um problema de saúde pública têm muitos elementos comuns, desse modo são analisados conjuntamente.

Os *sinais, sintomas* e o *comportamento* são os aspectos mais citados como forma de identificar a ocorrência de maus-tratos pelos profissionais. Gomes et al.,2002^b afirmam que a “a atitude dos profissionais frente à abordagem dos maus-tratos cometidos contra a criança e o adolescente se encontra intimamente relacionada com a visibilidade ou não que o problema assume em seu cotidiano.” Moreira et al, (2013), afirma , que geralmete, o profissional de saúde identifica uma situação de violência quando esta é evidenciada por meio de sinais clínicos.

Tal visibilidade ganha expressão de forma diversa entre os profissionais investigados, indo desde aqueles que relatam não saber identificar, passando por aqueles casos onde há

nítida evidência de negligência no cuidado: “*Caso clínico, descuido, verminoses, infecções respiratórias que vão deixando ficar grave, não adesão ao tratamento, uso de droga pelas crianças*” [Ent 9]; “*Maus-tratos em criança é tudo. Podemos identificar em palavras, descuido, não levar a escola*” [Ent 4]. Neste sentido, os profissionais de saúde necessitam estar atentos e capacitados para identificar situações de negligência, cujos sinais podem ser mais subjetivos do que a agressão física.

Para a maior parte dos entrevistados, além da negligência, a identificação se dá principalmente em dois eixos: o primeiro se refere aos sinais visíveis de violência física “*Sinais físicos, psicológicos, hematomas, quebras, dente fraturado*”; “*A agressão física não vem muito pra mim (...) hematomas.*” [Ent 1]; “*Tudo que não cumprimos e que esta no Estatuto da Criança. Dor de dente é um mau-trato* [Ent 4]”. Massoni et al (2010), apontam que vários estudos têm evidenciado que é grande o número de lesões oriundas de maus-tratos infantis envolve a região orofacial: cabeça, face, boca e pescoço, sendo que muitas vezes, são buscados tratamentos odontológicos para estes casos, o que coloca o cirurgião-dentista em uma posição oportuna para identificar ambos os aspectos, relativos à negligência odontológica infantil e às violências, porém, para isso, este profissional deve saber reconhecer os sinais de maus-tratos e identificar as formas de ajudar as vítimas (CFO,2015).

No segundo eixo foram ressaltados aqueles casos em que há aspectos mais “invisíveis” que para detectar implicaria uma maior observação dos aspectos comportamentais e relacionais das crianças, adolescentes e das famílias: “*Criança tem medo de entrar em contato com as outras pessoas, se tranca*” [Ent 11]; “*Criança muito quieta, não socializa, não brinca com as outras crianças*” [Ent 12]; “*Sinais, agressividade delas, atitude dos pais com as crianças, choro constante*” [Ent 9].

Carvalho (2002), coloca que a criança vítima de maus-tratos, geralmente recusa o contato físico, o toque e evita dar beijo, tenta esconder as lesões, sendo uma criança mais arredia, que não se integra no grupo, mais retraída e não fala com ninguém com medo do agressor, que a subjuga pela autoridade e coerção. A criança pode se tornar mais agressiva com os pais e com colegas de escola, tanto a agressividade quanto o retraimento são indicadores de algum problema. Falta de apetite ou excesso, a insônia ou muito sono, enurese noturna e a recusa da criança em não querer mais frequentar a escola podem aflorar nesta situação.

Em relação à percepção de maus-tratos contra a criança e o adolescente como um problema de saúde pública, a maioria dos entrevistados percebem afirmativamente como um

problema de saúde pública: *“É um problema de saúde pública, pois na maioria das vezes é com os mais carentes”*[Ent 7]; *“É com certeza. A saúde pública faz um trabalho integrado com a família, em todos os aspectos, físico, emocional, social”* [Ent 10]. Outro aspecto que surgiu novamente é a noção de negligência: *Não levar uma criança doente a UBS, falta de alimentação, criança com verminose, local onde a criança vive*”[Ent 6].

Porém, alguns profissionais não percebem a violência como um problema de saúde pública, não reconhecendo a magnitude do problema, o que vai determinar a forma de atuar na prevenção ou mesmo encaminhando esses casos aos órgãos competentes. *“Acho que não é, é um problema dos pais”*[Ent 18]; *“Não sei se é de saúde pública, ou de educação, pode ser da base da família”* [Ent 19].

Segundo Moreira et al (2013), *“a violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno histórico e manifesta-se como problema de Saúde Pública pelo impacto provocado na morbimortalidade do grupo, assim como pelas repercussões negativas na qualidade de vida das vítimas”*.

Ainda que vários aspectos tenham sido relatados sobre a questão da identificação e prevenção dos maus-tratos, em termos práticos a grande maioria dos entrevistados ao ser questionado de que forma se apresentam os maus-tratos relata ter dificuldades ou jamais ter identificado no cotidiano de trabalho no serviço da UBS. *“Raramente acontece”*[Ent 11] ; *“Ate agora não encontrei ninguém”*[Ent 13]; *“No local onde moro já presenciei, mas no meu trabalho (área), não”*[Ent 14]; *“Na minha área não identifiquei nenhum.” “Nunca presenciei. Acho que é mais psicológico”*[Ent 16]; *“Aqui não se apresenta. Não vi evidências”*[Ent 6]; *“Não é comum. Na minha área tem mais idosos”*[Ent 17].

A violência provoca grande impacto no perfil de morbi-mortalidade da população. Apesar disso, como um problema de saúde é uma idéia recente, pois sempre foi tratada como um problema da segurança pública, da justiça ou dos programas de proteção. Por isso a grande maioria dos profissionais de saúde ainda tem dificuldades em abordá-la. Geralmente esses profissionais se limitam a cuidar das lesões decorrentes da agressão sem se preocupar com as causas e as consequências do ato violento (MINAYO,2007).

Infelizmente estudos sobre a temática maus-tratos não são foco de interesse da maioria dos trabalhadores da saúde, e estes não costumam discutir o assunto nas unidades de saúde. Esse distanciamento pode ser justificado pelo fato de a violência não ser um problema de saúde típico, e por isso, não tem sido estudada na maioria das matrizes curriculares dos cursos de graduações e pós-graduações (MOREIRA,et al 2013).

Uma hipótese para a dificuldade de identificar os casos de maus-tratos, está relacionada à falta de preparo por parte dos profissionais em detectar sinais e sintomas, trazendo como consequência a não-notificação (Gomes et al 2002^a).

Outro aspecto a ser assinalado, é que, com muita frequência, a criança ou o adolescente que sofre maus-tratos não apresenta sinais evidentes de violência física, mas ao mesmo tempo apresenta outras evidências que podem estar relacionadas à privação emocional, nutricional, negligência e abuso, mas muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam o diagnóstico com um mínimo de acurácia (BRASIL, 2002).

A principal consequência, é que apesar das determinações legais contidas no ECA, a sub-notificação da violência é uma realidade no Brasil, indicando a presença de dificuldades técnicas específicas do processo de notificar (BRASIL, 2010). No presente estudo, ainda que sensibilizados em termos da importância da notificação, os profissionais demonstram, como descrito a seguir, que têm dificuldades para realizá-la.

ATTITUDE DIANTE DE CASOS DE MAUS-TRATOS

No que diz respeito à atitude diante da detecção de um caso, os profissionais colocam que agiriam investigando de forma mais efetiva ou denunciando/encaminhando ao conselho tutelar. *“Seria ligar para a polícia e para o conselho tutelar”*[Ent 2]; *“Denunciaria ao Conselho Tutelar”*[Ent 3]. Porém, além disso, diferentes atitudes foram mencionadas tais como: *“conversaria com a equipe, encaminhar para Ministério e Assistente Social; “Encaminhar ao órgão responsável (conselho tutelar), porém pouco adianta”* [Ent 21].

Outro aspecto que surgiu é referente à possibilidade de diálogo com familiares, evidenciando a necessidade de uma abordagem mais ampliada do problema: *“Conversar com os pais para identificar o problema, muitos casos é por desinformação dos pais (em patologias) e tentar resolver internamente, a população tem as condições sócio-econômicas muito baixas, não tem orientação, reproduzem o que vive”* [Ent 4].”

Nesse sentido Martins e Mello Jorge (2009) salientam ainda que “alguns autores apontam que a negligência se posiciona entre os limites da pobreza e dos maus-tratos, pois a miséria impossibilita a família de prover os requisitos básicos para os cuidados com a criança.”

A identificação da existência de maus-tratos contra crianças e adolescentes por

profissionais de saúde implica diretamente medidas para a necessária proteção, tendo como medida a notificação da violência à autoridade competente¹⁷.

O Ministério da Saúde¹ coloca que,

A definição “mais abrangente de notificação de maus-tratos a criança e adolescente é uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor”. A definição citada e o objetivo proposto significam, portanto, que notificação não é e nem vale como denúncia policial.

Luna et al., (2010), salientam que o registro adequado, vai apontar para a dimensão do problema auxiliando no planejamento responsivo para atender as vítimas de violência nas UBS, sendo extensivo ao sistema de saúde. Nesta mesma linha de pensamento, Ferreira e Schramm (2000), dão ênfase para a importância dos dados epidemiológicos como um dos papéis da notificação, além de permitir a construção de rede multiprofissional e intersetorial a partir da área da saúde como o sistema legal.

No presente estudo, nem sempre esta percepção está presente no cotidiano dos serviços, à notificação está imputado mais o significado de denúncia do que de formação de rede de proteção. Isso se explicita em alguns depoimentos: “*Denunciar é muito difícil. O Conselho Tutelar não faz muita coisa*”[Ent 12]; “*Não estamos preparados. Não tem o olhar para identificar. E nem atento para isso. Já vem da formação essa dificuldade*”[Ent 1]; “*Seria ligar para a polícia e para o conselho tutelar*”. “*Denunciaria ao Conselho Tutelar*”[Ent 3 e 7].

Os profissionais entrevistados não referiram que seguem um protocolo para os encaminhamentos necessários, demonstrando uma desarticulação enquanto equipe. Na prática ainda que conheçam os sinais e sintomas e não encontrar dificuldades de realizar a identificação, esta praticamente não ocorre de fato e se sentem despreparados para as ações de prevenção. Ainda que considerem que a realização dessas ações seja papel da equipe, para muitos profissionais identificar os casos é principalmente atribuição do Agente Comunitário de Saúde, devido à proximidade com as famílias. Mesmo que numa equipe, os diferentes profissionais assumam papéis e procedem de acordo com seu conhecimento e vivência acumulados, a equipe deve criar mecanismos para compartilhar as experiências e adotar práticas comuns (BRASIL, 2011).

Visando modificar a carência dos serviços e para que estes dêem respostas adequadas, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). publicou os *Cadernos de Atenção Básica-Violência intrafamiliar-Orientações para a prática em serviço*. Outro documento lançado pelo Ministério da Saúde com este propósito e com uma sugestão de protocolo é o *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violências-Orientações para gestores e profissionais de saúde* (BRASIL, 2010).

Neste sentido, vale ressaltar um aspecto essencial, em que a questão da percepção sobre os maus tratos, a sua visibilidade e a conduta dos profissionais estão intimamente ligadas. Como apontam Gomes et al (2002^b):

A reflexão sobre os conceitos dos diferentes tipos de maus-tratos e as idéias a eles associadas contribuem para se entender os possíveis encaminhamentos que esses profissionais dão a tais casos quando identificáveis. Assim, a efetivação de um atendimento depende da possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos. Por outro lado, ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir em seu atendimento.

No que se refere aos aspectos legais, Cavalcanti (2001), relata que a denúncia do fato é o caminho recomendado e de escolha, pois uma vez que o profissional tome conhecimento do mesmo e não comunique a autoridade incorrerá em ilícito legal. O notificante é o elemento que torna pública a violência contra a criança, e pode ser considerado um ator importante na rede de proteção à criança (GONÇALVES, 1999). Entretanto, os profissionais sentem-se inseguros de realizar alguma ação; com temores tais como retaliação, ameaça, medo que descubram que denunciou, conforme já explicitado na categoria acima, sobre o papel dos serviços de saúde.

PERCEPÇÃO DAS CAUSAS DE MAUS-TRATOS CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

A compreensão de que a principal causa de maus-tratos é o fator socioeconômico foi verificado nas falas dos entrevistados, porém estudos demonstram que os agressores pertencem a todos os grupos socioeconômicos.

“A principal causa é o fator sócio-econômico (falta de instrução, dinheiro; ignorância).” “A maioria é a falta de estrutura econômica e social e tudo gera violência, escolaridade, eles não aprendem como cuidar dos filhos [Ent 5]. De acordo com Carvalho et al.(2001), maus-tratos constituem um sério problema social que permeia diversos segmentos

socioeconômicos, culturais e éticos. Estudos estatísticos anuais revelam incidências de maus-tratos, cada vez maiores, em diversos países, mesmo naqueles considerados econômica e democraticamente fortes.

“Pai alcoólatra pode ser, talvez, depende, é complicado.” “Destemperamento da pessoa, descontrole emocional, problemas mentais, não tem paciência.” [Ent 14].; “São vários, pais que bebem, criança deixa de fazer alguma tarefa” [Ent 15] ;“Gravidez não planejada. Filho não é do pai ou da mãe.” [Ent 16] ; Gravidez não desejada, falta de condições financeiras, problemas mentais” [Ent 17].

Moura et al.(2000), citam que são vários os estudos realizados a fim de detectar os possíveis motivos pelos quais os pais ou responsáveis são levados a maltratarem seus filhos. Estes podem apresentar todos os níveis de escolaridade, estão distribuídos em todas as regiões demográficas e pertencem a todos os grupos socioeconômicos.

“Acredito que o fator sócio-econômico é muito importante, a própria estrutura familiar, se é mau tratado, vai reproduzir, falta de estudo, bebida, prostituição, psico-social. Vários fatores” [Ent 6]; “Emprego, estudo dos pais, usuário de droga. Vários fatores” [Ent 5].

Além da desestruturação familiar, outros fatores além dos socioeconômicos, como apontado acima, como os aspectos ligados a transtornos psiquiátricos e outros, são fatores determinantes ou condicionantes para a ocorrência dos maus-tratos.

Cabe ressaltar que, mesmo que haja toda uma série de determinações sociais, com os limites conseqüentes que são enfrentados no dia-a-dia e que são percebidos pelos profissionais, um dos entrevistados, colocou a seguinte reflexão: *“Não tem justificativa. Não tem pobreza, não existe nada que justifique. Os pais descontam nas crianças suas frustrações, em quem não pode se defender” [Ent 2].*

Sendo assim, a etiologia dos maus-tratos em crianças e adolescentes é multifatorial, e baseia-se principalmente na interação entre três fatores: atributos da personalidade dos pais, características da própria criança e a situação do ambiente familiar (DYM,1995).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), algumas condições são relacionadas aos pais como: pais com histórico de maus-tratos, dependência de drogas, baixa auto-estima, prostituição, abuso sexual ou rejeição/abandono na infância, gravidez de pais adolescentes sem suporte psicossocial, gravidez não planejada e ou negada, gravidez de risco, depressão na gravidez, falta de acompanhamento pré-natal, expectativas parentais demasiadamente altas em relação às crianças e estilo disciplinar rigoroso. O alcoolismo é apontado também como

uma explicação para a ocorrência de maus-tratos, segundo Gomes et al.(2002^a) sobretudo ocasionando violências incontroláveis e, no caso de ser crônico, provocando negligência e abandono dos cuidados com o filho.

Trabalhar com os determinantes sociais de saúde e compreender quais os limites entre a precariedade de certas famílias que levam aos maus-tratos e a atenção satisfatória das crianças talvez seja um dos principais desafios para os profissionais de saúde que lidam com populações em situação de grande vulnerabilidade social. A compreensão das dinâmicas familiares e a capacidade de distinguir situações em que há maior risco, ou que já esteja presente a ocorrência de maus-tratos contra a criança e o adolescente é de extrema relevância, tornando-se progressivamente atribuições imprescindíveis, requeridas aos profissionais que atuam nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as situações de maus-tratos a criança e ao adolescente é muito incipiente e que a intervenção efetiva ainda está em processo de construção. Ao mesmo tempo corrobora para os estudos que buscam avaliar de que forma os serviços de saúde detectam e encaminham essas situações no cotidiano de suas práticas.

Na percepção dos profissionais deste estudo, é papel do serviço de saúde atuar, identificar e prevenir os casos de maus-tratos. No entanto, a equipe multiprofissional não se encontra preparada para estas ações e praticamente desconhece o processo oficial de notificação. Na prática enfrentam dificuldades de realizar a identificação e, não estão articulados como equipe para enfrentar este problema. Neste sentido, a forma como os profissionais de saúde percebem os casos de maus-tratos influencia diretamente suas práticas, implicando pouca notificação dos casos devido ao despreparo em lidar com as situações de violência em geral. Com isso, além da pouca resolutividade em termos dos encaminhamentos necessários a serem realizados constatou-se uma quase ausência de ações de prevenção. Ficou evidente o desconhecimento de fluxos ou protocolos de notificação diante de casos de maus-tratos.

As percepções encontradas nesse estudo indicam a necessidade de estruturar estratégias frente à complexidade da violência cometida contra crianças e adolescentes, visando a educação permanente dos gestores e profissionais de saúde para uma atuação mais

efetiva junto às famílias em que ocorrem maus-tratos a criança e ao adolescente, ou outras formas de violência. Sugere-se maior divulgação dos materiais elaborados pelo Ministério da Saúde, capacitação profissional, planejamento de ações integradas e a utilização de fluxo/protocolos.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, R.C.; GRECHOVIASKI, E.C.; CAVAZZOLA, A.S. **Ocorrência de Maus-Tratos na Infância e Adolescência na Cidade de Lages-SC no Período de 2005 a 2007**. Lages: Uniplac, 2008 (Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em odontologia).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Ministério da Justiça, Brasília, 110pp, 1997

BRASIL. Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01. Brasília. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**,. 2001. [citado 17 março 2011]. Disponível em: prosaude.org/.../port_737_polt_reducao_acid_morbimortalidade.pdf

BRASIL. **Portaria nº 2.669** de 06 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011. DOU (Diário Oficial da União . Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669_versao_impresao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e**

profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRICARELLO, S. **Infância espancada**. *Pediatria Moderna*, 35(11):5,1999.

CARVALHO, A.C.R. **Diagnóstico: abuso infantil**. *Rev Bras Odontol*. 2002; 59(3): 180-3.

_____; GARRIDO, L.C.; BARROS, S.G.; ALVES, A.C. **Abuso e negligencia**: estudo na Delegacia de Repressão aos Crimes contra a Criança e o Adolescente. *JBP*. 2001 18 (4): 117-

CAVALCANTI, A.L. **Maus-tratos infantis**: guia de orientação para profissionais de saúde. João Pessoa: Idéia, 2001.

DYM, H. **The abuse patient**. *Dent Clin North Ame*. 39(3):621-35,1995.

FERREIRA, A.L.; SCHRAMM, F.R. **Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde**. *Revista de Saúde Pública*. 2000; 34(6): 659-665

GOMES, R.; DESLADES, S.F.; VEIGA, M.M.; BHERING, C.; SANTOS, J.F.C. **Por que as crianças são maltratadas?** Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad Saúde Pública*. 2002a; 18(3): 707-714.

GOMES, R.; JUNQUEIRA, M. F. P. S.; OLIVEIRA, C.; LEITE, J.W. **A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2002b; 7(2): 275-283.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde**. *Caderno de Saúde Pública*. 2002; 18(1): 315-319 [citado 3 abril 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n1/8168.pdf>

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L.; MARQUES, M.J.V. **Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica.** Rev Saúde Pública. 1999; 33(6): 547-53.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010.** [citado 02 janeiro 2011]. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>

KRUG, E.G. ET AL., eds. **World report on violence and health.** Geneva. World Health Organization. 2002.

LUNA, G.L.M.; FERREIRA R.C.; VIEIRA, L.J.S.V. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família.** Ciência e Saúde Coletiva 2010; 15(2):481-491.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P. **Negligência e abandono de crianças e adolescentes: análise dos casos notificados em município do Paraná, Brasil.** Pediatria (São Paulo) 2009;31(3):186-97

MASSONI, A.C.L.T.; FERREIRA, A.M.B.; ARAGÃO A.K.R.; MENEZES, V.A.; COLARES, V. **Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica.** Ciência e Saúde Coletiva 2010; 15(2):403-410. [citado 20 janeiro 2011]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012321012.pdf>

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. (revisada). São Paulo: Hucitec; 2007.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Programa Aviso por Maus-Tratos contra crianças ou Adolescentes - APOMT.** Florianópolis. 2006 [citado 3 maio 2010]. Disponível em http://www.mp.sc.gov.br/portalsiteconteudocaocijprogramasapomt2006_web.pdf.

MOURA, A.T.M.S.; MORAES C.L.; REICHENHEIM M.E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (12): 2926-2936, dez,2008. [citado 12 novembro 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/22.pdf>

_____, D.P.S.; TOLEDO A.O.; BEZERRA A.C.B. **Reconhecimento de crianças vítimas de maus-tratos**- Responsabilidade do Odontopediatra. JBP.2000; 14(3): 318-22.

MOREIRA, G.A.R. et al. **Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes**. Rev Paul Pediatr 2013; 31(2):223-30