

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

LAURA LELIS

**Abordagem dos maus tratos na infância em unidades de saúde
da família**

BOTUCATU

2010

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

LAURA LELIS

**Abordagem dos maus tratos na infância em unidades de saúde
da família**

**Relatório de pesquisa apresentado a Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho” como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu.**

Orientadora: Prof. Dr. Vera Lúcia Pamplona Tonete

BOTUCATU

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.

DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Lelis, Laura Garcia Leal.

Atenção aos maus tratos na infância por unidades de saúde da família /
Laura Garcia Leal Lelis. - Botucatu, 2010

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) -
Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista,
2010

Orientador: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Capes: 40403009

1. Enfermagem pediátrica. 2. Crianças – Maus-tratos. 3. Família.

Palavras-chave: Infância; Maus-tratos; Saúde da família.

**A Deus, meus pais e irmão,
dedico este trabalho**

Agradecimentos

À Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete pela orientação cuidadosa em todas as fases do desenvolvimento do presente trabalho.

As enfermeiras Mariana Claudio da Silva Sartori, Daniele C. A. Feitosa Gondo e Ana Paula Freneda de Freitas pela disponibilidade concedida a minha formação profissional durante todo o estágio curricular e realização desta pesquisa.

Às minhas colegas da XIX Turma do Curso de Graduação em Enfermagem – UNESP, pelo companheirismo e apoio durante todo nosso convívio acadêmico.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
OBJETIVOS.....	17
MÉTODO.....	18
RESULTADOS.....	24
DISCUSSÃO.....	40
CONCLUSÕES.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS.....	49

RESUMO

Abordagem dos maus tratos na infância em unidades de saúde da família

O objetivo geral desse estudo foi apreender as concepções e experiências profissionais quanto aos maus tratos contra criança, a partir de médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família implementada em município de médio porte do interior paulista. Trata-se de estudo descritivo qualitativo que abordou 20 profissionais, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas. Os dados obtidos foram analisados segundo o Método do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo sistematizados em cinco temas: Concepções sobre maus tratos na infância; Preparo profissional para atuação nessa área; Experiências profissionais quanto a esses agravos; Dificuldades e facilidades na atenção aos maus tratos na infância na Estratégia Saúde da Família; Propostas para promover a segurança na infância. Conclui-se que a atenção a esses tipos de agravos pelas unidades de saúde família configura-se como importante estratégia para promover a segurança da criança e apoiar a família, neste sentido. Entretanto, verifica-se que para a qualificação dessa atenção, há a necessidade de se investir na educação permanente da equipe multiprofissional. Também, urge efetivar a política municipal de atenção à violência na infância, especialmente na organização do trabalho integrado dos setores da saúde, educação, assistência social e justiça, incluindo ativamente a sociedade em geral, nesse processo.

Palavras-chave: Maus tratos; Infância; Saúde da Família.

ABSTRACT

Approach to child maltreatment in the family health units

The goal of this study was to apprehend conceptualizations and professional experiences concerning child maltreatment as reported by physicians and nurses working for the Family Health Strategy implemented in a medium-sized city in São Paulo state. It is a descriptive qualitative study in which 20 professionals were included and semi-structured taped interviews were used. The data obtained were analyzed according to the Collective Subject Discourse and systematized into five themes: Conceptualizations of child maltreatment; Professional training to work in this field; Professional experiences related to such aggravations; Difficult and easy aspects faced during care provision to child maltreatment in the Family Health Strategy; Proposals to promote child safety. It was concluded that care provision to such aggravation types by family health units is configured as an important strategy to promote child safety and support families in relation to this issue. However, it was observed that, in order to qualify professionals for such care provision, it is necessary to invest in continuing education for the multiprofessional team. Also, municipal policies concerning care provision to child abuse, particularly in the organization of integrated work of the health care, education, social welfare and justice sectors must be urgently established by actively including the general society in such process.

Key words: Maltreatment; Childhood; Family Health.

RESUMEN

Enfoque al maltrato infantil en las unidades de salud de la familia

El objetivo general de este estudio fue aprehender las concepciones y experiencias profesionales en cuanto a los malos tratos contra el niño, con la ayuda de médicos y enfermeros actuantes en la Estrategia Salud de la Familia implementada en un municipio de porte mediano del interior del Estado de São Paulo. Se trata de un estudio descriptivo cualitativo que abordó a 20 profesionales por medio de entrevistas semiestructuradas grabadas. Se analizaron los datos obtenidos según el Método del Discurso del Sujeto Colectivo, que fueron sistematizados en cinco temas: Concepciones sobre los malos tratos en la infancia; Preparación profesional para actuar en esa área; Experiencias profesionales en cuanto a esos agravios; Dificultades y facilidades enfrentadas en la atención a los malos tratos en la infancia en la Estrategia Salud de la Familia; Propuestas para promover la seguridad en la infancia. Se concluye que la atención a esos tipos de agravios por las unidades de salud de la familia es una estrategia importante para promover la seguridad del niño y apoyar a la familia en este sentido. Sin embargo, se nota que para cualificar esa atención, hace falta invertir en la educación permanente del equipo multiprofesional. Asimismo cabe afirmar la política municipal de atención a la violencia en la infancia, especialmente en la organización del trabajo integrado de los sectores de la salud, educación, asistencia social y justicia, incluyendo activamente a la sociedad en general en ese proceso.

Palabras clave: Malos tratos; Infancia; Salud de la Familia.

1. Introdução

Na atualidade, um dos temas centrais de interesse em saúde pública é a violência, devido a sua gravidade e repercussões no comprometimento da saúde e qualidade de vida das pessoas. Em relação à criança, a violência é uma violação de direitos, por negar-lhes a liberdade, a dignidade, o respeito e a oportunidade de crescer e se desenvolver em condições saudáveis⁽¹⁾.

Considera-se violência contra crianças e adolescentes como *"todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que as crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento"*^(2:22).

O abuso de crianças é um tema muito discutido atualmente e de extrema importância porque é reflexo das condições instáveis de muitos países emergentes que buscam adaptar-se à globalização da economia com grandes dificuldades⁽³⁾. No Brasil, país de economia emergente, ainda há fome, falta de recursos para educação e péssimas condições econômicas e sociais de grande parte da população, criando condições para a exposição de crianças a inúmeros agravos, dentre eles a violência e os maus tratos.

O termo criança maltratada refere-se a um dano ou ameaça de dano intencional provocado por alguém que cuida da criança, seja por um período curto ou longo⁽⁴⁾.

A literatura científica atual aponta os maus tratos como atos de violência social contra a criança no âmbito familiar, no âmbito institucional mais amplo ou pela sociedade, com uma carga cultural fortíssima e que podem ser classificados em quatro tipos: abuso emocional ou psicológico, abuso físico ou sevícias físicas; abuso sexual, negligência e abandono^(5,6).

Abuso emocional se refere a toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes, distanciamento, uso de coerção ou de manobras enganadoras, quando realizadas pelos pais ou por pessoas que cuidam da criança e que a prejudique em seu desenvolvimento social ou psicológico e ao crescimento biopsicossocial da criança⁽⁶⁾. Sabe-se que esse tipo de abuso pode provocar efeitos muito deletérios na formação de sua personalidade e na sua forma de encarar a vida. E, pela falta de materialidade que o ato atinge, sobretudo, o campo emocional e espiritual da vítima e pela falta de evidências imediatas de maus tratos, este tipo de violência é o mais difícil de ser identificado. No entanto, o olhar arguto e sensível do profissional e da equipe de saúde pode percebê-lo, freqüentemente, articulado aos demais tipos de maus tratos^(4,5).

Abuso físico é definido como dano físico não acidental resultante dos atos (ou omissões) de pais ou responsáveis que violam os padrões da comunidade no tocante aos cuidados a criança^(3,6). A síndrome da criança espancada é caracterizada por traumas severos e repetidos de crianças, em geral menores de três anos, causadas pelos pais ou responsáveis, muitas vezes a própria mãe. Tais espancamentos, devido à desproporção física entre agressor e vítima, e dada a intensidade e freqüência que são aplicados, geralmente causam lesões de apreciável gravidade, deixando importantes seqüelas, quando não acarretam o óbito. As manifestações consistem em: hematoma subdural, fraturas múltiplas,

queimaduras, lesões cerebrais, retardo grave do crescimento e desenvolvimento por falta de cuidados com a criança, edema dos tecidos moles ou escoriações da pele e morte súbita da criança. A criança sem condições de expressar qualquer tipo de defesa, como também de denunciar seu agressor, transforma-se em vítima ideal ou algoz^(3,5,7).

A síndrome da criança sacudida é causada pelo ato de sacudir bruscamente a criança pelos braços, geralmente crianças menores de seis meses, com frequência pela irritação com o seu choro, provocando o conhecido “efeito/lesão chicote”. Neste caso, através de acelerações e desacelerações incoordenadas e bruscas entre o crânio e o encéfalo pode ocorrer o aparecimento de hematoma subdural, lesões cerebrais e hemorragia retiniana. Fraturas ósseas por avulsão e reação peristal em ossos longos também podem ocorrer^(5,7). A intoxicação intencional é a indução ou coação a ingestão de produtos tóxicos tais como: álcool, drogas, medicamentos entre outros⁽⁴⁾.

O abuso sexual consiste em contatos e interações entre criança e adulto, sendo a criança usada para estimulação sexual do executor ou de outra pessoa que está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado. Esta forma de abuso inclui atos onde não há contato físico, como exibicionismo e “voyeurismo”, atos onde há contato físico, como físicos-genitais, contato oral-genital e uso sexual do ânus. A presença de violência ocorre através de estupro, brutalização ou mesmo assassinato de crianças. Tal situação ainda engloba exploração sexual visando lucros como é o caso da prostituição e da pornografia^(3,5,6). Prostituição infantil é a comercialização do corpo da criança e/ou adolescente para fins lucrativos, intra ou extra familiar⁽⁴⁾.

A negligência é uma falha persistente para atender as necessidades essenciais da criança por meio da omissão de tarefas e de responsabilidades dos pais. É considerada por vários autores como a mais comum das quatro formas de maus-tratos e é, provavelmente, uma forma de ameaça a vida. A

despeito de recursos econômicos dos pais, necessidades básicas de alimentação, roupa, higiene, supervisão, estímulo, cuidados médicos, segurança, educação, aconchego, amor e carinho não são fornecidos à criança negligenciada^(4,6).

Por causa da situação de miséria e de extrema pobreza em que muitas famílias vivem no Brasil, grande parte chefiada por mulheres que precisam trabalhar fora de casa para garantir a sobrevivência dos filhos, a identificação da negligência freqüentemente é um ato de difícil discernimento. Principalmente, quando o profissional ou a equipe de saúde se depara com o questionamento da existência de intencionalidade numa situação objetiva de negligência⁽⁵⁾.

A síndrome da criança por inanição, que pode ocorrer em associação com qualquer das formas de agressão infantil, representa, sem dúvida, a forma mais característica e mais grave de negligência. Leva freqüentemente à criança a caquexia e ao óbito, através de sonegação de alimentos e água⁽⁷⁾.

A indução à mendicância ocorre quando a família induz ou coage crianças mediante ameaças a pedir esmolas, em dinheiro ou espécie, em residência ou perambulando pelas ruas⁽⁴⁾.

A síndrome de Munchausen por procuração é definida como situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou por responsáveis. Esses adultos acabam então, por meio de uma patologia relacional, vitimando a criança e impingindo-lhe sofrimentos físicos como, por exemplo, fazendo exigências de exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, entre outros; e também lhes provocando

danos psicológicos, como é o caso da multiplicação de consultas e internações sem motivo clínico por parte da vítima⁽⁵⁾.

Atualmente, a literatura e, também, os documentos oficiais trazem dois conceitos sobre violência que cabe citar, a saber: violência intrafamiliar e violência doméstica.

A violência intrafamiliar é classificada como um evento comum. Atinge principalmente mulheres e crianças/adolescentes, causando graves problemas físicos, emocionais e sociais. Pesquisas em todo o mundo apontam-na como um problema expressivo. No Brasil, também há evidências de que se trata de um importante problema de saúde pública⁽⁹⁾.

A violência doméstica praticada contra crianças, segundo o Ministério da Saúde (MS) de nosso país, engloba os maus-tratos físicos, abusos sexuais e psicológicos e negligência/abandono⁽¹⁰⁾. Ela pode resultar em crianças mais agressivas, mudança de atitude nas escolas e na comunidade, problemas de saúde mental como depressão e ansiedade, fobias, insônia e baixa auto estima⁽⁸⁾. Sabe-se que a maioria desses maus-tratos é praticada no interior das famílias, mas também acontecem em instituições de internamento, na comunidade e no ambiente social em geral. Assim, a violência doméstica é a agressão contra a criança por aqueles que supostamente seriam seus protetores. Muitas crianças são vitimadas no silêncio de seus lares, onde o agressor geralmente conta com a cumplicidade de outro(s) membro(s) da família por medo, insegurança ou indecisão, numa posição de não comprometimento com o agredido⁽³⁾.

Alguns fatores que influenciam na ocorrência de violência contra as crianças, especialmente maus tratos, são: aspectos sociais, econômicos e culturais, como a desigualdade, a dominação de gênero e de gerações⁽⁸⁾.

Destaca-se que os maus tratos na infância da criança estão presentes em todo mundo, tendo seu contorno definido pela cultura de cada país. O padrão cultural de nossa sociedade tem o adulto como centro: a referência é o adulto e tudo que gira em torno deste período da existência humana. A criança deve aprender a obedecer. O relacionamento do adulto com a criança, muitas vezes, assume uma configuração autoritária, possibilitando situação de exercícios de poder quando a criança, em nome da disciplina e da obediência, é maltratada ou “coisificada”, como no caso do abuso sexual⁽³⁾.

Do ponto de vista legal, a criança é um bem do estado na condição de futuro cidadão. Neste sentido, a legislação prescreve que maltratar crianças é crime de ação pública que tramita sob a tutela do estado independentemente da vontade do ofendido^(3,6).

Submeter a criança a maus tratos é crime de ação penal pública e cabe aos membros responsáveis pelas equipes de saúde apresentar a denúncia às autoridades competentes. A justificativa para a denúncia está pautada em questões ético-legais. Os profissionais da saúde, ao denunciarem casos de abuso contra a criança cumprem o que está pautado em seu código de ética profissional, além de cumprir seu dever legal^(5,6).

Admitir a existência desse tipo de problema em lares socialmente insuspeitos é o único caminho para o rompimento do ciclo da violência e para o restabelecimento de condições dignas para o desenvolvimento e crescimento infantis. Nessas circunstâncias, a capacidade de diagnóstico da equipe de saúde, ao lado do apoio comunitário e de programas de prevenção da violência, podem

evitar, inclusive, os ferimentos secundários por maus tratos que são causas significativas de morte entre crianças ^(3,5).

Os reflexos da violência são percebidos nos serviços de saúde, através dos custos que representam e pela complexidade do atendimento. Dessa maneira, esses serviços têm um importante papel no enfrentamento da violência. No entanto, é comum que os profissionais dessa área cuidem das lesões físicas e, dificilmente se preocupem em prevenir ou diagnosticar a origem das lesões. Esse fato pode estar relacionado ao despreparo profissional ou à decisão de não se envolver com os casos ⁽⁷⁾.

A falta de preparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao serviço de saúde pode ser relacionada ao desconhecimento de como agir nesses casos. Além disso, existem vários problemas quanto à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional⁽⁹⁾.

Os casos notificados possuem grande importância, pois é através deles que se identifica a violência, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção⁽¹⁰⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a existência de serviços de qualidade para o atendimento de vítimas não fatais pode prevenir futuras fatalidades, reduzir sequelas de curto e longo prazo e ajudar os afetados a lidar com o impacto da violência interpessoal em suas vidas. Não existem, na maioria das instituições, equipes específicas para o atendimento de vítimas de violência⁽⁸⁾.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra as crianças e adolescentes (Art. 13), prevendo penas para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixassem de comunicar os casos de seu conhecimento (Art. 245)⁽¹¹⁾. Entretanto, entre o que se preconiza no ECA e a prática dos profissionais de saúde há ainda uma distância a ser vencida, uma vez que alguns profissionais não se sentem preparados para lidar com esses casos⁽¹²⁾.

Considera-se que, para abordar o problema dos maus tratos na infância, seja na sua prevenção ou em seu atendimento, a equipe de saúde deva estar preparada técnica e psicologicamente para a ampla frente de situações difíceis que possam estar implicadas. Dessa forma, acredita-se que investigações voltadas a apreensão da perspectiva desses profissionais sobre o tema são essenciais para instrumentalizar os esforços no sentido de qualificar a atenção dispensada às crianças e suas famílias usuárias dos serviços públicos de saúde.

2. Objetivos e Finalidade

O objetivo geral desse estudo foi apreender as concepções e experiências profissionais sobre maus tratos contra criança, a partir de médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família implementada em município de médio porte do interior paulista. Especificamente, pretendeu-se com esse estudo levantar as dificuldades e as possibilidades que os referidos profissionais apontam na abordagem preventiva e de atendimento frente a esses agravos.

Teve-se, portanto, a finalidade de colaborar com a qualificação da atenção à criança que possa sofrer esse tipo de violência, bem como à sua família.

3. Aspectos Metodológicos:

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo. E, por atender melhor aos propósitos estabelecidos, elegeu-se a abordagem qualitativa de pesquisa, considerada como aquela que se volta para um nível da realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, aquela que considera o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que por sua vez, correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A metodologia qualitativa é adequada quando se busca conhecer um determinado fenômeno através dos atores sociais e dos sentidos que eles atribuem aos objetos e às ações sociais que desenvolvem⁽¹³⁾.

3.2. Local de Estudo

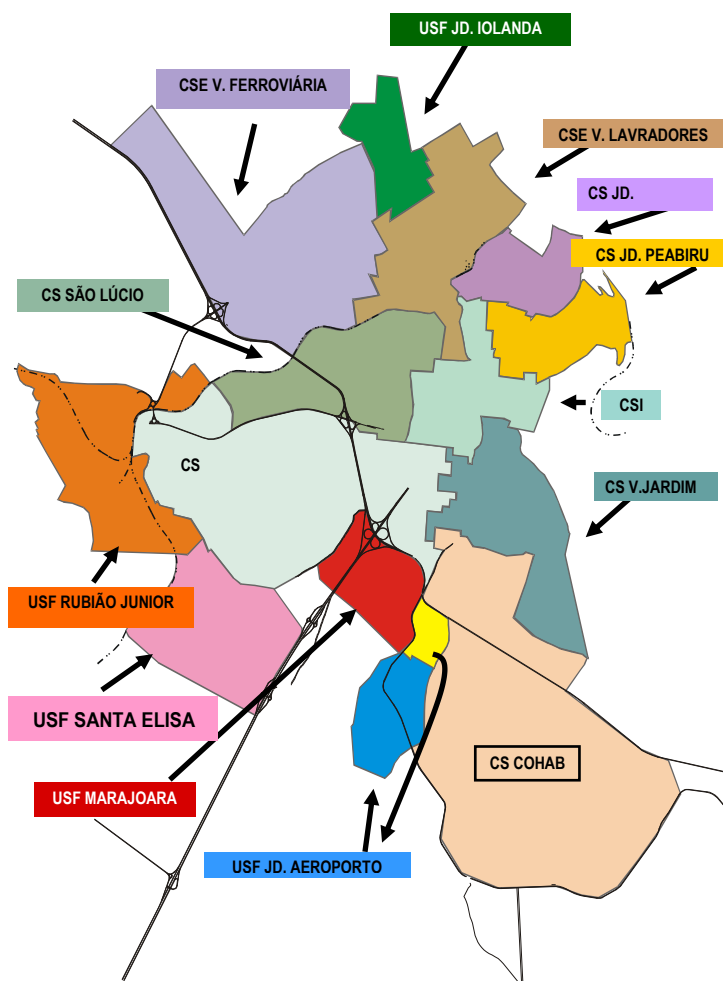
Esta investigação elegeu, como contexto institucional, a rede básica de saúde do município de Botucatu considerado de médio porte, com cerca de 120.000 habitantes, localizado na região centro-sul do estado de São Paulo. Mais especificamente, o estudo foi realizado em unidades de saúde que atuam sob a Estratégia Saúde da Família.

Atualmente, o município dispõe de 16 unidades do setor público prestadoras de serviços de atenção básica à saúde: três Policlínicas (Cecap, Jardim Cristina e Centro de Saúde Central - CS1); três Centros de Saúde (Vila Jardim, Cohab e São Lúcio); dois Centros de Saúde Escola (Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária); oito Unidades de Saúde da Família, com 10 equipes (Rubião Junior: com duas equipes, Parque Marajoara, Santa Elisa, Jardim Peabiru: com duas equipes, Jardim Iolanda, Jardim Aeroporto: com duas equipes, sendo que uma atende César Neto e Vitoriana).

A implantação da Estratégia Saúde da Família em Botucatu teve início em 2002, mediante um processo de reordenamento da rede, no qual algumas unidades básicas de saúde foram transformadas em unidades de saúde da família e outras foram criadas em áreas consideradas prioritárias, devido a diversos fatores: alto risco em saúde, baixa condição socioeconômica, difícil acesso aos serviços de saúde e demanda reprimida. Houve reuniões de sensibilização da população, novo estudo das áreas e, finalmente, aprovou-se a Estratégia no Conselho Municipal de Saúde (CMS), com inauguração das primeiras USF, em 2003.

Inicialmente, foram implantadas oito ESF em sete USF. Algumas foram construídas, como: USF Jardim Aeroporto (duas equipes) e USF Jardim Iolanda, outras foram adaptadas e reformadas: USF Rubião Júnior (duas equipes), USF Parque Marajoara e USF César Neto (pertencente à 2ª equipe do Jardim Aeroporto) e outras foram improvisadas, temporariamente, em casas alugadas: USF Jardim Santa Elisa e USF Vitoriana. Atualmente, a Estratégia Saúde da Família cobre cerca de 30% da população.

O mapa a seguir ilustra a distribuição geográfica destas unidades (Figura1).



3.3. Sujeitos do Estudo

Foi abordado um médico e um enfermeiro de cada equipe de saúde da família do município de Botucatu, em um total de 20 profissionais. Essas categorias profissionais foram priorizadas, pois são esses os responsáveis técnicos e legais pelo atendimento de problemas relacionados aos maus tratos na infância, nesse nível de assistência.

Destaca-se que número de entrevistas realizadas dependeu da qualidade das respostas obtidas, que segundo premissas da pesquisa qualitativa, é definido pelo critério de saturação dos dados, entendida como a inexistência de

dados novos que já não tivessem sido mencionados pelos respondentes às indagações do pesquisador, demonstrando a suficiência do material coletado para alcançar o objetivo estabelecido. Portanto, foram incluídos no estudo, sujeitos que forneceram dados ricos, interessantes e suficientes para exprimir as informações pretendidas⁽¹⁴⁾.

3.4. Técnica de Coleta dos Dados

Por meio da entrevista semi-estruturada, inicialmente, foi feita uma caracterização dos profissionais da área de saúde quanto: idade, sexo, tempo de formado, cursos realizados, especialmente sobre o tema, tempo de atuação em unidade de saúde da família e, em seguida, foram feitas questões norteadoras a respeito do tema, para os membros da equipe de saúde da família. (Anexo I)

Optou-se por este tipo de coleta de dados, pois se tem que desta forma, por meio do discurso, *que é o modo que naturalmente as pessoas pensam se torna possível o acesso a dados da realidade de caráter subjetivo, com a profundidade pretendida, ao mesmo tempo em que se valoriza a presença do investigador, oferecendo todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação*⁽¹⁵⁾.

A entrevista semi-estruturada possibilita, partindo de questões básicas relacionadas aos objetivos do estudo, as ampliações para outras que surgem à medida que as respostas vão sendo obtidas. Permite, também, que os entrevistados participem da elaboração do conteúdo da pesquisa⁽¹⁶⁾.

As entrevistas foram agendadas previamente pelo entrevistador com o entrevistado, na unidade de saúde no qual esse último trabalha, tomando os devidos cuidados para não haver interferência no andamento do serviço.

3.5. Procedimentos de Análise dos Dados

Para a organização e apresentação dos dados empregaram-se as quatro figuras metodológicas elaboradas por Lefèvre e colaboradores que são: *a ancoragem, a idéia central, as expressões chaves e o discurso do sujeito coletivo* ⁽¹⁵⁾.

Desta forma, pretendeu-se com a *ancoragem (A)*: destacar e distinguir os discursos nos quais encontramos marcas lingüísticas claras de teorias, hipóteses, conceitos, ideologias existentes na sociedade e na cultura, internalizados nos indivíduos; com a *idéia central (IC)*: apreender a(s) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos; com as *expressões chaves (EC)*: identificar o essencial do conteúdo discursivo dos seguimentos em que se divide o depoimento (que, em geral, correspondem às questões da pesquisa); e com a confrontação entre as *idéias centrais* e as *ancoragens* e, com o *discurso do sujeito coletivo (DSC)*: resgatar o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos, ou seja, não anular ou reduzir os discursos a uma categoria comum unificadora, buscando fazer precisamente o inverso, *reconstituir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra cabeças, tantos discursos síntese quantos se julgue necessário para*

expressar uma dada “figura”, ou seja um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno ⁽¹⁵⁾.

Em outras palavras, no DSC, a forma utilizada para tabular dados provenientes de questões abertas de pesquisa consiste na leitura das respostas e na identificação de uma palavra, um conceito, uma expressão que revele a essência do sentido da resposta. Desse modo, os discursos em estado bruto, são submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição que consiste, basicamente, na seleção das principais ancoragens e/ou idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos, e que termina sob uma forma sintética. Em síntese, o DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um ⁽¹⁵⁾.

3.6. Aspectos Éticos

A realização deste estudo foi aprovada por comitê de ética em pesquisa local, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa atendendo às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, inclusive com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Estudo Científico por todos os participantes (Anexo II).

4. Resultados

4.1. Caracterização dos entrevistados

Dos 20 profissionais da saúde entrevistados, oito eram enfermeiros e 12 médicos. Em relação ao sexo dos entrevistados, entre os enfermeiros, todos eram do sexo feminino. Dos 12 médicos entrevistados, oito eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino.

O ano de término da graduação dos enfermeiros variou de 1994 a 2007. Já o ano de formatura dos médicos variou de 1979 a 2007. Portanto, todos os profissionais de saúde estavam formados há mais de 3 anos.

Em relação à formação profissional após a graduação, as enfermeiras realizaram cursos de especialização e residência. Os cursos mencionados foram: Especialização em gerenciamento em enfermagem, Especialização em gestão em saúde, Especialização em cuidados de pré-natal e Residência em saúde da família. Quanto aos médicos, foram citados cursos de Especialização em doenças infecciosas, Especialização em homeopatia, Especialização em medicina do trabalho, Mestrado em obstetrícia, Residência em cardiologia, Residência em dermatologia estética, Residência em pediatria e Residência em saúde da família.

Quanto ao tempo de atuação em Unidade de Saúde da Família, as enfermeiras tiveram uma variação de 2 a 15 anos, já os médicos apresentaram uma variação de 5 meses a 11 anos. Mostrando que alguns médicos estão trabalhando a pouco tempo nesse modelo de atenção à saúde.

4.2. Atenção aos maus tratos na estratégia de saúde da família

Para uma primeira aproximação aos resultados de cunho qualitativo, a seguir, são apresentadas as idéias centrais que emergiram dos depoimentos dos profissionais por temas que, por sua vez, correspondem às questões centrais da presente investigação.

Tema 1: Concepções sobre maus tratos na infância

IC1: Existem vários tipos de maus tratos.

IC2: Podem ocorrer em qualquer lugar que a criança frequenta.

IC3: Maus tratos físicos são os mais frequentes e mais reconhecidos pela sociedade.

IC4: Negligência é um tipo muito comum de maus tratos com a criança, por vezes, de difícil reconhecimento como tal.

IC5: Há, também, casos de maus tratos de ordem psicológica.

IC6: Existe a violência sexual e exploração infantil.

IC7: Maus tratos se relacionam ao contexto de vida das crianças e de suas famílias.

IC8: Os maus tratos ocorrem, pois os pais ficam pouco tempo com os filhos.

Tema 2: Preparo profissional para atuação nessa área

IC9: Foram poucas as oportunidades para aprender a lidar com este tipo de agravo.

IC10: Já tive algumas capacitações específicas sobre esse tema.

IC11: Tenho aprendido sobre isso no exercício profissional.

Tema 3: Experiências profissionais quanto a esses agravos

IC12: É comum casos de maus tratos na área de atuação da unidade.

IC13: Não tive contato com casos de maus tratos físicos, só com casos negligência

IC14: Tem os casos de maus tratos físicos.

IC15: Casos de violência sexual também chegam a unidade.

IC16: Na atenção primária, o que está ao nosso alcance é orientar e conversar.

Tema 4: Dificuldades e facilidades na atenção aos maus tratos na infância na Estratégia Saúde da Família.

IC17: A abordagem de pais de crianças maltratadas é muito difícil.

IC18: Existe preocupação de quebrar vínculos estabelecidos com as famílias.

IC19: É difícil identificar e abordar mudanças de hábitos culturais que trazem problemas para as crianças.

IC20: As dificuldades estão relacionadas à questão social e às formas de resolução dos problemas.

IC21: Falta de capacitação e preparo profissional.

IC22: Falta apoio psicológico para a equipe.

IC23: Ainda há muito receio em denunciar os casos.

IC24: O que facilita é o melhor acesso às unidades de saúde da família e dos profissionais nos domicílios.

IC25: O trabalho dos agentes comunitários de saúde na identificação dos possíveis casos é muito importante.

IC26: Tem-se o apoio de serviço de referência para casos de violência sexual.

IC27: É fundamental o respaldo da equipe de Saúde Mental do município.

IC28: As escolas e creches que trazem os casos para a unidade contribuem para o melhor atendimento.

Tema 5: Propostas para promover a segurança na infância

IC29: Divulgação ampla sobre os maus tratos e formas de enfrentá-los pela sociedade.

IC30: Rede social de apoio às famílias e ação intersetorial.

IC31: É necessária a mudança de valores da sociedade em relação à infância.

IC32: Conscientização e educação dos pais e da comunidade de seus deveres e direitos em relação aos maus tratos.

IC33: Capacitação da equipe de saúde para diagnóstico e intervenção precoces..

IC34: Ter equipe multidisciplinar comprometida

Correspondendo às idéias centrais acima apontadas por temas, na sequência são apresentados os discursos do sujeito coletivo obtidos, com a indicação dos profissionais que contribuíram para a configuração dos mesmos, identificados pela letra correspondente à categoria profissional com o respectivo número (E: enfermeira – 1 a 8, M: médico/a – 1 a 12) e ao número da entrevista realizada (E – 1 a 20).

Tema 1: Concepções sobre maus tratos na infância

Na maioria das entrevistas nota-se que os profissionais de saúde possuem uma definição ampliada de maus-tratos contra a criança. Na qual estão incluídos os quatro tipos de abuso físico, o abuso psicológico, o abuso sexual e a negligência:

DSC1: Muitas vezes, as pessoas pensam em maus tratos só relacionados à agressão física. Não tem só a parte física, de agredir, bater. Tem também uma serie de contextos que podem caracterizar. Situações de maus tratos são muito

abrangentes. Eles começam desde a questão moral, desde a pré concepção, gravidez inesperada, até a negligência, agressão física, moral, verbal e sexual. Tudo que revela que não está sendo dado um cuidado e que leva a um sofrimento para a criança. Então, acho assim, que a criança é agredida em varias esferas e de varias formas, através da falta de cuidados. (M1E1, E1E2, E2E4, E3E5, M3E6, E4E7, M4E9, M8E14, M10E18, M11E19). **IC1:** Existem vários tipos de maus tratos.

Houve referência de que os maus-tratos contra a criança podem ocorrer em qualquer lugar que a criança tenha acesso, especialmente no domicílio e na escola:

DSC2: Os maus tratos começam dentro de casa e, também, no meio escolar ou qualquer outro ambiente que a criança tenha acesso. Então, acontecem tanto dentro de casa como fora de casa. Hoje em dia na escola, a relação professor/aluno mudou muito, pois antigamente o professor batia no aluno, já hoje tem uma agressão verbal maior, os professores não têm paciência de conversar, de repente tem núcleos escolares que não tem um apoio psicológico adequado, tanto para os professores quanto para os alunos (M1E1). **IC2:** Podem ocorrer em qualquer lugar que a criança frequenta.

Sobre os diferentes tipos de maus tratos os entrevistados relataram seus conhecimentos:

DSC3: Tem os maus tratos clássicos de agressão física que ocorrem com mais frequência e caracterizam-se por espancar, bater na criança. Ou seja, o uso abusivo da força. (M1E1, E1E2, M2E3, E2E4, E4E7, E5E8, M4E9, M5E11, M6E12, M7E13, M8E14, E7E15, M9E16, E8E17, M10E18, M12E20). **IC3:** Maus tratos físicos são os mais frequentes e mais reconhecidos pela sociedade.

DSC4: Uma questão de maus tratos contra a criança e que a gente vê muito é a negligência. Ela engloba a omissão daquelas necessidades básicas que a criança precisa dentro do desenvolvimento da sua infância, como o abandono da criança no próprio domicílio, sem um cuidador ou mesmo crianças que ficam com os irmãos mais velhos; falta de educação; falta de alimentação; falta de higiene; falta de limite; falta de estímulo para a criança frequentar a escola; falta de atenção; falta de proteção à criança, se ela esta exposta a algum risco a sua saúde; falta de compreensão, de carinho, de um ambiente de paz para a criança. Acho, também, que a não adesão a um tratamento que a criança precise. E são coisas difíceis, porque muitas vezes é coisa que a família tá acostumada a viver, por exemplo, não costuma dar banho todo dia. Então, às vezes, a gente percebe como maus tratos, mas são coisas cotidianas da

família. É tudo isso que a gente vivencia. (M1E1, E1E2, E2E4, M3E6, E4E7, E5E8, M5E11, M6E12, M7E13, M8E14, E7E15, M9E16, E8E17, M10E18, M12E20). **IC4:** Negligência é um tipo muito comum de maus tratos com a criança, por vezes, de difícil reconhecimento como tal.

DSC5: Às vezes, a gente pensa na violência só como agressão física, mas é mais do que isso. Muitas crianças são vítimas de maus tratos e há casos de maus tratos de ordem psicológica, como xingamentos que afetam a auto estima das crianças e podem gerar um adulto com problemas psicológicos. Muitas vezes, durante a consulta a mãe xinga a criança, fala mal da criança, trata a criança como um animal, fala coisas que desagradam e que não são boas pro crescimento psicológico da criança. Tudo isso envolve maus tratos. A forma ruim como se fala com a criança se caracteriza como maus tratos. Além disso, têm situações de pressão psicológica em que os pais se separam e a criança fica dividida ou naquelas em que se dá mais atenção para um filho do que para o outro. Agora está sendo muito divulgado o *bullying* que ocorre nas escolas (M1E1, E1E2, M2E3, E3E5, E4E7, M4E9, M8E14, E7E15, E8E17, M10E18, M12E20). **IC5:** Há, também, casos de maus tratos de ordem psicológica.

DSC6: Tem a questão de violência sexual que a criança pode sofrer um abuso por parte de um familiar, conhecido. Crianças que trabalham muito cedo e, também, o caso de pais que obrigam as crianças a pedir esmola nas ruas. (M2E3, E4E7, E5E8). **IC6:** Existe a violência sexual e exploração infantil.

Permeando as concepções sobre maus tratos, um médico e duas enfermeiras da ESF atribuíram a sua ocorrência ao meio social, cultural e econômico em que as crianças vivem:

DSC7: O não cuidar da criança, que a gente vê muito por trabalhar em uma área de periferia. A gente vê muitas famílias com número grande de filhos e sem condição de cuidar adequadamente, quer seja por condições financeiras ou porque foram gestações não planejadas ou porque a mãe não tem compressão e acha que não deve ser feito o cuidado. Isso é maus tratos, porque a mãe não tem o poder decisório de estar resolvendo se vai fazer ou não aquele cuidado. E há casos, também, de violência doméstica justamente em dependência do meio familiar em que a criança vive e das necessidades que tem ali. Quanto menor o nível cultural e menor os recursos dentro daquele núcleo familiar, maior será a incidência também de gerar aquela criança vítima de maus tratos de todos os tipos. Porque têm crianças que dentro do lar têm que lidar com o alcoolismo e com uma série de situações que podem, no final das contas, a criança ser a menos favorecida, porque é a que menos defesa tem de si. (M1E1, E2E4, E3E5). **IC7:** Maus tratos se relacionam ao contexto de vida das crianças e suas famílias.

Também, relacionando a ocorrência de maus tratos ao estilo de vida das famílias, foi dado destaque ao distanciamento dos pais do cotidiano de seus filhos:

DSC8: Os maus tratos ocorrem hoje, justamente, pelos pais terem menos tempo com os filhos, pois estão muitas vezes trabalhando. Ficam pouco tempo com os filhos, o pouco tempo que têm, não sabem lidar com eles. Acho que a falta de companhia dos pais também se caracteriza como maus tratos. Porque a mãe ou o pai fala de uma forma mais dura, mas isso está relacionado com a vida das pessoas, pois elas estão mais em função do trabalho e, geralmente pela sobrecarga de stress que eles têm no serviço, os pais acabam utilizando a criança como válvula de escape. Além disso, as crianças ficam mais sozinhas em casa. Hoje em dia os pais têm menos tolerância, paciência. (M1E1, E6E10).
IC8: Os maus tratos ocorrem, pois os pais ficam pouco tempo com os filhos.

Tema 2: Preparo profissional para atuação nessa área

Em relação ao preparo profissional para lidar com os maus tratos na infância, todos os entrevistados não relataram oportunidades de aprendizagem teórica e prática durante a graduação. E, para a maioria, não houve ações educativas específicas após a formatura sobre o tema:

DSC9: Depois da formatura não tive oportunidades para me preparar neste sentido. Na verdade, nem na graduação. Só algumas coisas pontuais na área de Pediatria, através de debates e na área de bioética, mas nada assim que eu lembre. Já tivemos algumas ações na Saúde Mental, tentando sensibilizar os funcionários sobre violência. Teve algumas situações de sensibilização que apareceram em algumas reuniões e, logo que entrei aqui, era uma demanda que as agentes traziam da área. Teve um curso uma vez que foi relacionado à infância e trabalho infantil. Falava sobre crianças que deixavam de estudar para ir trabalhar. Esse curso foi realizado pelo Centro de Referência ao Trabalhador. Recebo material sobre o assunto. Mas, capacitação específica sobre esse tema não teve (E1E2, E2E4, E3E5, E4E7, M4E9, E6E10, M6E12, M7E13, M8E14, M10E18, M11E19, M12E20). **IC9:** Foram poucas as oportunidades para aprender a lidar com este tipo de agravo.

Para alguns, por outro lado, houve oportunidades de aprendizagem sobre o tema após a formatura, seja por iniciativa própria ou institucional:

DSC10: Em São Paulo, tive curso sobre violência na infância e isso foi em 2002. Em Botucatu, no ano de 2003 e durante esses últimos cinco e seis anos que trabalhei na Prefeitura tive cursos de capacitação, mas não lembro a data. Eu já assisti varias palestras, cursos sobre o assunto e li alguns artigos que falavam sobre maus tratos contra a criança. (M2E3, M3E6, E5E8, M5E11, M9E16, E8E17) **IC10:** Já tive algumas capacitações específicas sobre esse tema.

Um médico e uma enfermeira revelaram que é na prática que os profissionais acabam se desenvolvendo para atender os casos que chegam à unidade de saúde da família:

DSC11: Mas, na prática é que a gente acaba se deparando com algumas situações e a gente tem que acabar se posicionando. Numa situação, fui ao pronto-socorro atrás do pessoal que faz o primeiro atendimento as crianças que sofreram violência sexual, para que eles orientassem o que devia ser feito nesses casos, porque quando entrei aqui não tinha a atuação da equipe de Saúde Mental do município (M1E1, E4E7) **IC11:** Tenho aprendido sobre isso no exercício profissional.

Tema 3: Experiências profissionais quanto a esses agravos

Quanto às experiências profissionais sobre o tema, nota-se que os casos de maus tratos na infância de algum modo são reportados às unidades de saúde da família, de diferentes formas e tipos:

DSC12: Isso é uma coisa que a gente vê muito aqui, quase que diariamente. Esse é um bairro muito violento, muitas crianças são criadas no meio da violência. A gente sempre consulta crianças com casos de maus tratos. Já faz muito tempo que trabalho no mesmo posto. Então, já conheço as famílias que maltratam as crianças. Infelizmente, vejo isso diariamente no posto, é muito triste. Vejo muitos casos de falta de higiene, agressão verbal e, também, agressão física. Logo que você me falou me veio uma situação de uma mãe que tinha rebaixamento mental e os filhos dessa mãe já haviam sido retirados do casal, porque os pais usavam as crianças para recolher lixo. Então, a gente acaba lidando em menor ou maior grau e, até provar a criança acaba sempre sofrendo (M1E1, M2E3, M7E13, M9E16, E8E17). **IC12:** É comum casos de maus tratos na área de atuação da unidade.

DSC13: Nunca tive contato com família que tivesse alguma agressão física, mas já tive casos de pais que não tem muita paciência com o filho, que são maus tratos. Estou acompanhando um caso de mau cuidado. Uma criança que

é cuidada pela avó, que deixa ela fazer tudo, comer o que quer. A criança está com sobrepeso e a mãe não fala nada. Tem outro caso de uma mãe que veio com a criança na unidade e a criança estava muito suja e a mãe não dava banho todos os dias na criança. (M1E1, M8E14, M12E20). **IC13:** Não tive contato com casos de maus tratos físicos, só com casos negligência

DSC14: Tem os casos de violência física. Há pouco tempo me deparei com um caso que a mãe era espancada pelo marido, pois ele usava drogas e ao mesmo tempo batia na mulher e nas duas crianças. E a mulher não larga dele. Então, a gente passou esse caso para a equipe da Saúde Mental. (E5E8, M4E9, M9E16, E8E17). **IC14:** Tem casos de maus tratos físicos.

DSC15: Em relação à violência sexual, infelizmente têm alguns casos na unidade. Teve uma criança com suspeita de violência sexual praticada pelo padrasto, mas hoje ele não convive com a mãe da criança, e essa criança tem um acompanhamento psicológico, porque com certeza sequelas ficam. Também, teve uma situação de maus-tratos, na qual a criança foi abusada sexualmente. A criança chegou num dia de campanha acompanhada pela irmã, era uma criança especial, ela vivia só com o pai. A criança foi levada para o Pronto Socorro e era acompanhada pela psicóloga da unidade. Também, teve o caso de uma criança que sofreu estupro no ambiente escolar, por colegas da escola, foi muito difícil, porque a própria família não acreditou na criança no início. Então, foi necessário fazer um trabalho com a família e com a criança para tentativa de superar o trauma. E, outro caso foi de uma criança que tinha uma queixa de fluxo menstrual com oito anos. O caso foi investigado e a menina disse que só a mãe colocava a mão na vagina. Então, o caso foi encaminhado para a assistente social e Conselho Tutelar. (E4E7, M4E9, E6E10, M10E18). **IC15:** Casos de violência sexual também chegam à unidade.

Tanto médicos como enfermeiras da ESF delimitaram o trabalho dos mesmos, principalmente, às ações de educação e comunicação em saúde:

DSC16: Na atenção primária, o que está ao nosso alcance é orientar e conversar. E, isso a gente faz durante as consultas de puericultura e dos adolescentes. Também, fazemos grupos de orientação. Na unidade de saúde que trabalho tem um grupo de pais que é realizado pra orientar os pais como lidar com os filhos que são agressivos, hiperativos. Nas consultas a gente conversa com as crianças e com os pais e, também, realiza grupos de puericultura. A gente orienta as mães, porque muitas vezes, elas não têm clareza do que é violência na infância. Então, algumas atividades estão sendo realizadas na atenção primária para ajudar os pais. (M1E1, E1E2, E4E7, M5E11, M7E13, M12E20). **IC16:** Na atenção primária, o que está ao nosso alcance é orientar e conversar.

Tema 4: Dificuldades e facilidades na atenção aos maus tratos na infância na Estratégia Saúde da Família

Em relação às dificuldades, os profissionais deram destaque à dificuldade em abordar os pais das crianças maltratadas, principalmente pelo receio em quebrar o vínculo estabelecido com os mesmos:

DSC17: A gente acaba tendo um conflito muito grande, por que os pais não estão preparados pra serem pais, tem muita gravidez na adolescência, as pessoas têm uma vida muito em função do trabalho e todo contexto familiar gera uma agressividade das mães. Uma vez, a gente foi fazer uma visita numa casa que a moça tinha um bebê e uma criança pequena e o marido estava preso. Ela tratava mal a criança, pois não conseguia lidar com os problemas dela e descontava na criança. É difícil lidar com um caso desses, porque você acaba se envolvendo nisso. E têm casos também da mãe, muitas vezes, deixar o padrasto bater na criança e ela deveria cuidar e proteger essa criança. Também, teve um caso de uma criança com 10 anos, trazida pela diretora da escola. Ela estava com uma falta de ar e foi examinada, mas não tinha nada. Então, eu fui falar com a diretora para saber um pouco da historia da criança, pois a minha suspeita era de que a falta de ar fosse emocional. A diretora me contou que a situação da criança era complicada, pois os pais usavam drogas na frente da criança, eles brigam muito na frente da criança. Chamei a mãe e conversei com ela. Foi nesse caso que tive que intervir de uma forma mais direta. E tem uma unidade que eu trabalhei que até hoje a criança fica em casa de custódia porque foi tirada dos pais. Tem o caso de um garoto de oito anos que sempre foge de casa, volta só depois de cinco dias. E quando ele volta pra casa os pais o tratam mal, dizem que ele não é mais filho deles. E, a gente está discutindo bastante esse caso, pois a gente não sabe o que fazer. (M1E1, E1E2, M2E3, E2E4, M3E6, E4E7, M5E11, M6E12). **IC17:** A abordagem de pais de crianças maltratadas é muito difícil.

DSC18: A gente se insere numa comunidade onde começa a ter intimidade com as famílias. Por um lado isso é bom, pois se conhece melhor as famílias, porém, por outro lado, isso não é tão bom, porque às vezes a gente precisa agir de forma mais enérgica, precisa ser mais incisivo. E, por estar tão próximo das pessoas, pode ser difícil falar com essa família. A Atenção Primária cria uma intimidade com essas famílias e cria um lado bom e um ruim. (M6E12). **IC18:** Existe preocupação de quebrar vínculos estabelecidos com as famílias.

Além disso, frente às determinantes macrossociais dos maus tratos na infância, os entrevistados apontaram a falta apoio para atuar e acompanhar os

desfechos dos casos, especialmente aqueles denunciados ao Conselho

Tutelar:

DSC19: Uma dificuldade é o trabalho com a população, porque as condições econômicas e sociais dessa população são muito baixas. Além disso, muitas pessoas consideram normal a criança estar com o pé no chão, com o nariz escorrendo, não ter o que comer, estar na rua, ter doença de pele, não ter leite. É normal a criança ser pobre e ter doenças e esse olhar tem que ser retirado. (E2E4, E4E7). **IC19:** É difícil identificar e abordar mudanças de hábitos culturais que trazem problemas para as crianças.

DSC20: Então, a gente tem dificuldade maior com a questão social. Com coisas que não estão na governabilidade da gente. Então, temos que articular com o serviço social, Conselho Tutelar. E, isso é um pouco complicado, traumatizante para a equipe. Porque já teve alguns problemas com o Conselho. Depois as pessoas vêm brigar com a gente. É bem complicada essa parte. Olha, uma dificuldade que vejo é que na vigência de uma suspeita a gente acaba denunciando, só que não se tem uma devolutiva do Conselho Tutelar. Ele não vem quase nunca. A gente passa o caso para o Conselho Tutelar, mas a gente sente que isso não vai pra frente. Assim, a gente sabe para que órgão tem que passar esses casos, mas a devolutiva e o seguimento desses casos acho muito difícil. Então, a gente só fica com o possível diagnóstico. Então, acho que, em alguns momentos, deveria ter uma intervenção mais enérgica, principalmente do Conselho Tutelar. Eu acho que o maior problema é a falta de retaguarda, respaldo do Conselho Tutelar e da assistente social. (E1E2, M3E6, E4E7, M7E13, M12E20). **IC20:** As dificuldades estão relacionadas à questão social e às formas de resolução dos problemas.

Grande parte dos entrevistados apontou a falta de sensibilização e preparo profissional para a promoção da segurança da criança, principalmente em relação à atuação frente aos casos que chegam às unidades:

DSC21: Eu acho que a maior dificuldade é a sensibilização dos profissionais. A primeira coisa é a falta de treinamento da equipe de saúde família em relação a isso. Muitos profissionais têm dificuldade para realizar o diagnóstico de maus tratos, pois muitas pessoas só pensam na agressão física e sexual como maus tratos. O principal é a falta de capacitação. Acho que deveria ser mais bem trabalhado em todos os aspectos, principalmente na nossa formação, durante a graduação, porque é um assunto que não é trabalhado. E quando cai o primeiro caso no dia a dia, durante o trabalho, você fica assustado e não acredita que isso aconteça. Então, a gente não é preparada. É um assunto que passa muito rápido na graduação. E eu acho que seria interessante ter um pouco mais de capacitação sobre esse tema, não só para os médicos e enfermeiros, como toda a equipe de saúde. Há, também, a falta de informação

de que caminhos se devem percorrer quando se depara com esses casos. Sei que se deve acionar o Conselho Tutelar, mas às vezes não sei como fazer para acionar. Quando entrei na Saúde da Família tive muita dificuldade. Acho que as principais dificuldades seriam quanto ao despreparo profissional. Basicamente, há limitação da atuação da gente. Muitas vezes a gente não consegue resolver muita coisa e, algumas vezes, a gente tem que encaminhar para os hospitais de referência para fazer o diagnóstico correto. Assim, corre-se o risco de perder o contato com a família e não ter acesso a casa. Por vezes, não tenho dificuldade no diagnóstico dos casos, mas tenho na abordagem e resolução dos casos. (E1E2, M2E3, E2E4, E3E5, M3E6, M4E9, E6E10, M10E18, M11E19, M12E20). **IC21:** Falta de capacitação e preparo profissional.

Um médico ressaltou que a equipe não tem preparo psicológico para lidar com casos desses tipos:

DSC22: Também, é difícil lidar com a equipe, porque não se tem um treinamento psicológico específico para isso. (M2E3). **IC22:** Falta apoio psicológico para a equipe.

As dificuldades quanto às denúncias dos casos suspeitos pela população, também, foram lembradas por profissionais das duas categorias:

DSC23: Na Atenção Primária seria a falta de notificação e a falta de denúncia. Têm algumas situações que você sabe que existem maus tratos contra a criança, porque alguns vizinhos comentam na unidade que aquele tio está abusando daquela criança, mas é difícil provar isso, porque a família não denuncia. Teve um caso de uma pessoa que quis ajudar uma criança, pois a criança apanhava muito da mãe, porque ela falava que o marido tinha saído de casa por causa da criança. Essa pessoa denunciou o caso para o Conselho Tutelar e a mãe descobriu e falou que iria matar a criança por causa da denúncia. Tem muitos casos de abandono que chegam à unidade. (E5E8, M4E9). **IC23:** Ainda há muito receio em denunciar os casos.

Quanto às facilidades para a atenção aos maus tratos na infância pela ESF, vários aspectos foram apontados pelos médicos e enfermeiras que abrangem desde características do modelo assistencial como proximidade dos usuários e o trabalho dos agentes comunitários de saúde, até o matriciamento da Equipe de Saúde Mental e apoio de serviço de referência:

DSC24: As facilidades seriam porque os pais têm mais acesso ao serviço do que antes e nós temos como chegar mais perto da família para estar ajudando. (M1E1, M8E14). **IC24:** O que facilita é o melhor acesso às unidades de saúde da família e dos profissionais nos domicílios.

DSC25: No caso da estratégia da saúde da família ter os agentes comunitários é algo que facilita, pois através dos cadastros feitos por eles, a gente tem proximidade com a população e eles geralmente são moradores dos bairros. Eles têm uma visão das pessoas que vivem na comunidade e percebem quando ocorre caso de maus tratos, porque eles vêem o dia-dia das famílias e trazem os casos para a unidade. Então, você consegue fazer facilmente esse diagnóstico. Isso é uma facilidade. (E1E2, M2E3, E3E5, M3E6, E4E7, M8E14). **IC25:** O trabalho dos agentes comunitários de saúde na identificação dos possíveis casos é muito importante.

DSC26: Uma das facilidades é que se tem o apoio da universidade para lidar com os casos de violência sexual. Tem como encaminhar para a Unesp. Isso ajuda bastante. (M2E3). **IC26:** Tem-se o apoio de serviço de referência para casos de violência sexual.

DSC27: Uma das facilidades é a atuação da equipe de Saúde Mental do município, que ajuda muito. Então, tem com quem você compartilhar esses casos. (E2E4, E4E7, E8E17, M10E18). **IC27:** É fundamental o respaldo da equipe de Saúde Mental do município.

Além disso, o trabalho intersetorial foi lembrado por um médico que apontou a importância das escolas e creches que trazem casos para a unidade:

DSC28: As escolas e creches que fazem o cuidado das crianças, pois eles trazem as crianças diretamente para a unidade (M9E16). **IC28:** As escolas e creches que trazem os casos para a unidade contribuem para o melhor atendimento.

Tema 5: Propostas para promover a segurança na infância

A partir das concepções e experiências acima relatadas, os entrevistados relacionaram várias propostas para a promoção da segurança na infância e prevenção de maus-tratos. Em uma perspectiva mais ampla, foi sugerida ampla

divulgação sobre o tema para a sociedade, com a finalidade de conscientizar e educar os pais e a comunidade sobre seus deveres e direitos em relação aos maus-tratos contra as crianças. Também, foi proposta a criação de uma rede social de apoio às famílias, contando com ação de vários setores para tal:

DSC29: Acho que é importante uma divulgação ampla não só da saúde e da escola, mas da mídia também. Por meio da televisão, rádio e campanhas do que são maus tratos, como evitar, como denunciar. Recentemente, apareceu na televisão uma lei que não deve se bater na criança, não sei ainda se foi aprovada. Às vezes, as leis podem ser radicais, mas tem pais que não possuem um limite entre bater e espancar. Então, a aprovação da lei é importante (M1E1, E1E2, M5E11, M7E13, M9E16). **IC29:** Divulgação ampla sobre os maus tratos e formas de enfrentá-los pela sociedade.

DSC30: Ter uma rede de apoio pra família, para os pais. Não só pela saúde, tem que ter cultura, educação e uma rede social que possa estar interligando as coisas, dando atividade para as pessoas, pois muitas delas não têm como ir ao cinema, numa atividade. Não é só a saúde que salva, tem a parte social, cultural. Deveria ter uma integração entre os serviços de saúde e da educação, pois é fundamental a interação entre os serviços. (M2E3, E2E4, E8E17). **IC30:** Rede social de apoio às famílias e ação intersetorial.

DSC31: Eu acho que tinha que ter uma mudança de comportamento, de sentido. Educação dos pais, por exemplo, não d'a para colocar filho no mundo por causa da bolsa família, não é? Não existem valores ou existem valores péssimos. Tudo isso é triste e se não tiver uma mudança agora, não tem volta. Eu fico triste quando vejo uma mãe puxando um filho pelo braço, sendo que eu trato meus filhos com tanto carinho. (M7E13). **IC31:** É necessária a mudança de valores da sociedade em relação à infância.

DSC32: A primeira coisa é a educação para pai, mãe, irmão mais velho, porque quem cria é quem vai proteger ou não a criança. Realizar grupos de pais de como devem abordar as crianças nas diversas faixas etárias. Pode ser em trabalho de grupos desde o planejamento familiar, o acompanhamento no pré-natal. Ter a sensibilidade de ver como esta sendo a gestação. Isso é extremamente importante. Mas, o principal seria uma educação a longo prazo, principalmente da escola, dos pais, da comunidade de uma forma geral. Então, a primeira coisa é a conscientização da comunidade em relação a isso, pois é um tema bem delicado. Muitas vezes, acontece uma agressão, e o vizinho ouve, mas se cala e não leva a diante. A população tem que saber que isso é uma obrigação dela. É importante estar denunciando o que está acontecendo com a criança, porque muitas vezes ela não tem como se defender. Outra

coisa importante seria a conscientização pessoal, assim tornando mais fácil depois em grupo, pois muitas vezes a mãe maltrata a criança na frente da auxiliar de enfermagem durante a pré-consultas e a funcionária não consegue perceber isso. É importante trabalhar com a conscientização dessa população. (M1E1, E3E5, M3E6, E4E7, E5E8, E6E10, M5E11, M8E14, M9E16, E8E17, M10E18, M11E19). **IC32:** Conscientização e educação dos pais e da comunidade de seus deveres e direitos em relação aos maus tratos.

No âmbito interno do setor saúde, os entrevistados sugeriram a realização de capacitações para as equipes, especialmente quanto ao diagnóstico e atuações precoces frente aos casos e, ao mesmo tempo, manter tais equipes comprometidas com o trabalho:

DSC33: Então, seriam importantes capacitações para a equipe de saúde e capacitar os agentes para identificarem casos suspeitos de violência. É muito importante saber fazer o diagnóstico precoce para a atuação precoce nas famílias, identificando os primeiros sinais, tentar ver porque está acontecendo aquilo e tentar evitar fazendo uma intervenção nessa família. (M1E1, M2E3, E3E5, M12E20). **IC33:** Capacitação da equipe de saúde para diagnóstico e intervenção precoces.

DSC34: Para a gente que trabalha em unidade de saúde da família ter uma equipe multidisciplinar, ter a sensibilidade e gostar do que faz. (M5E11, E6E10). **IC34:** Ter equipe multidisciplinar comprometida.

Em síntese dos cinco temas, pode-se apreender que:

- ✓ Os profissionais de saúde possuem uma definição bem ampliada de maus tratos na infância, englobando todos os seus tipos.
- ✓ A maior parte dos entrevistados se sente despreparada para atender esses casos. Falta educação permanente para a equipe de saúde da família. O tema deveria ser mais bem abordado durante a graduação.
- ✓ Em relação a experiências vividas sobre esse assunto, observou-se uma grande variedade de casos encontrados nas unidades.

- ✓ A respeito das principais dificuldades encontradas pelos profissionais em lidar com problemas relacionados a maus-tratos contra as crianças, destaca-se a dificuldade em abordar os pais que praticam a violência contra as crianças. Outro problema comentado foi à dificuldade em conseguir apoio para atuar e acompanhar os desfechos dos casos denunciados ao Conselho Tutelar.
- ✓ Dentre as facilidades destacadas pelos profissionais encontram-se: a proximidade com as famílias, o trabalho dos agentes comunitários de saúde e o trabalho conjunto com outros serviços.
- ✓ Em relação às formas de prevenção de maus-tratos, os profissionais, destacaram a importância de uma divulgação mais ampla sobre o tema. Também, foi valorizada a importância da conscientização e educação dos pais sobre os direitos e deveres com os seus filhos.

5. Discussão

Foi possível constatar que a maioria dos profissionais de saúde que atua sob a Estratégia Saúde da Família do Município de Botucatu possui um conceito ampliado sobre maus-tratos contra a criança. E, que nessa definição estão incluídos os quatro tipos classificados pelos documentos oficiais: abuso físico, o abuso psicológico, o abuso sexual, a negligência física e a negligência emocional^(6,17). Esses achados revelam que os entrevistados ancoram suas concepções sobre o tema na produção de conhecimentos científicos e técnicos, porém, por outros discursos que se configuraram, pode-se verificar que a experiência profissional também vem contribuindo para a formulação desses conceitos.

Muitos entrevistados também disseram que a violência contra a criança pode ocorrer em vários locais que ela frequenta. Pode ser no ambiente intrafamiliar ou na escola. É incontestável a gravidade da violência familiar. Ela apresenta-se de várias maneiras, provocando nas crianças diversas consequências⁽¹⁸⁾. Tem-se observado que essas crianças no meio escolar e na comunidade são mais agressivas em relação às outras. Além disso,

apresentam alguns problemas de saúde mental, como baixa auto-estima e depressão ⁽⁷⁾.

De fato, os maus-tratos contra a criança estão relacionados ao contexto de vida da criança e sua família. Muitas vezes, a população não tem uma qualidade de vida adequada e esse é, segundo os entrevistados, um dos fatores que contribui para a ocorrência de maus-tratos contra a criança, o que é corroborado pela literatura ⁽⁷⁾.

Quanto à questão de preparo profissional, os profissionais disseram que não tiveram capacitação para lidar com esses casos durante a graduação. Esse tema, para alguns, só foi abordado de forma mais geral após a formatura sendo que houve para outros algumas oportunidades de capacitação específica promovidas pela instituição ou mesmo por iniciativa própria. Mas, verificou-se para muitos é na prática profissional que se aprende sobre os maus-tratos contra a criança, pois é grande a proximidade com a população e freqüente esse tipo de agravo. Sobre esse aspecto, chama atenção que esse tema está sendo pouco valorizado pelo poder público municipal, pelo menos no que diz respeito a propostas de educação permanente em saúde que incluam a abordagem sobre o mesmo.

Contraditoriamente, verifica-se uma considerável inclusão pelas políticas públicas do tema violência contra criança e seu enfrentamento pela sociedade brasileira, sendo destacado o importante papel do setor saúde neste sentido ^(19,20).

Por meio dos discursos percebe-se que diferentes tipos de maus-tratos contra a criança estão sendo abordados nas unidades de saúde da família do município estudado. A violência contra crianças apresenta-se sob diversas formas, tanto que um sintoma ou sinal isolados, não permite afirmar sua existência, pois, ela possui vários tipos e várias causas ⁽²⁰⁾.

Segundo os profissionais, no âmbito das referidas unidades, a principal medida para promover a segurança para essas crianças e as demais da comunidade é a educação e a comunicação em saúde, em diferentes momentos da atenção e por diferentes categorias profissionais. Entretanto, quando se trata de abordar os pais ou responsáveis de crianças com suspeita ou vítimas confirmadas de maus tratos, é muito difícil a abordagem, pois muitas vezes eles negam ou, em muitos casos, há o receio de perder o vínculo com a família com uma interação inadequada. Além disso, a equipe de saúde sente falta de um apoio psicológico para atuar nesses casos

Os profissionais também não conseguem apoio para atuar e acompanhar os desfechos dos casos denunciados ao Conselho Tutelar. Na maioria das vezes, o profissional denuncia a situação para esse órgão ligado ao poder público, mas não recebe uma devolutiva dos casos, ou seja, não tem conhecimento sobre que medidas foram tomadas em relação à criança e sua família.

Há questões estruturais que dificultam o ato de notificação dos casos. De acordo com o ECA, os órgãos responsáveis em receber os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, são os Conselhos Tutelares, entretanto, eles não estão presentes em todos os municípios brasileiros, e nos locais que estão instalados funcionam muitas vezes em condições adversas: trabalhos recentes mostram a falta de infra-estrutura para seu funcionamento, a falta de serviços de retaguarda para executar as medidas aplicadas, a formação heterogênea dos conselheiros e a grande quantidade de serviços que estes órgãos enfrentam⁽¹¹⁾.

Por outro lado, uma das grandes facilidades mencionadas foi o trabalho dos agentes comunitários, pois eles ajudam na identificação dos casos, ao desempenharem as funções que lhes são determinadas oficialmente.

A facilitação promovida pelas escolas e creche em comunicar as suspeitas, ou mesmo situações de maus-tratos também foi destacada, indicando a importância do trabalho intersetorial. Sem dúvidas, as educadoras têm um contato maior com as crianças, pois as vê diariamente. Sabe-se que o papel do educador é muito importante. Ele ajuda identificando situações, encaminhando, ouvindo e acolhendo a família⁽²¹⁾.

Foi lembrada, também, a contribuição da equipe de Saúde Mental, que por meio de ações de matriciamento, por meio da discussão dos casos com a equipe de Saúde da Família, atuam efetivamente sob abordagem multidisciplinar.

A partir de suas concepções e experiências sobre os maus tratos na infância, os médicos e enfermeiros da ESF elaboraram algumas propostas de prevenção a esses agravos.

Uma proposta muito citada foi à divulgação ampla sobre maus tratos contra a criança e como agir nesses casos, pois muitas pessoas não têm conhecimento do que sejam. É muito importante educar e conscientizar os pais e a comunidade de quais são os seus direitos e deveres com as crianças. O ECA afirma que "Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais"⁽²¹⁾.

Finalmente, cabe ressaltar as sugestões para a capacitação das equipes de saúde, especialmente na detecção e atuação precoces de casos de maus tratos. Como já discutido, muitas vezes, eles se sentem despreparados para lidar com esses casos. Há evidências que profissionais da saúde possuem dificuldade na identificação dos casos de violência contra a criança, pois essa questão não tem sido trabalhada durante a formação acadêmica. Logo, faltam para muitos profissionais, informações básicas para a realização de um diagnóstico correto em relação a esse tema⁽¹¹⁾.

Muita coisa pode ser feita pelos trabalhadores de saúde da atenção primária. Atender de forma minuciosa a criança e sua família, observando a relação existente, orientando e encaminhando casos suspeitos (de maus-tratos, exploração econômica, prostituição infantil, entre outros) são atitudes que comprovadamente reduzem e previnem a violência⁽¹³⁾.

6. Conclusões

Com esse estudo foi possível descrever as concepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, médicos e enfermeiros, sobre maus-tratos contra as crianças, e suas experiências quanto a esse tema no município em foco. E, considerando os discursos do sujeito coletivo e suas respectivas idéias centrais, pode-se concluir que a atenção a esses tipos de agravos pelas unidades de saúde família configura-se como importante estratégia para promover a segurança da criança e apoiar a família, neste sentido. Entretanto, verifica-se que para a qualificação dessa atenção, há a necessidade de se investir na educação permanente das equipes multiprofissionais. Também, urge efetivar a política municipal de atenção à violência na infância, especialmente na organização da linha de cuidados para a atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violências, buscando a integração dos setores da saúde, educação, assistência social e justiça, incluindo ativamente a sociedade em geral, nesse processo.

Referências:

1. Pesce R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva 2009, vol.14, n.2, pp. 507-518.
2. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant 2001; 1:91-102.
3. Ogido R, Marmo DB, Davoli A, Filho JM. A violência doméstica contra a criança, Temas de Pediatria, v.68, p.5-32, 1999.
4. Del Rosso MA, Marmo DB, Keiralla DMB. Investigação de maus-tratos na infância e adolescência. Revista Pta. pediat.,v.8, p.80-87, 2000.
5. Brasil: Ministério da Saúde, Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília – DF, 2002, 96 p. (série cadernos de atenção básica; n. 8) – (série A normas e manuais técnicos; n. 131) (b).
6. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

7. Paiva LAS. Síndrome da criança negligenciada - Considerações gerais apresentação de caso; J.Bras. Med., v.73, p.19-28, 1997

8. Santos, LES, Ferriani MGC. A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. Rev. bras. Enferm 2007, vol.60, n.5, pp. 524-529.

9. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. Rev. Saúde Pública .2006, vol.40, n.4, pp.595-603.

10. Saliba O, Garbin CA, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev. Saúde Pública 2007, vol.41, n.3, pp. 472-477.

11. Goncalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública .2002, vol.18, n.1, pp. 315-319.

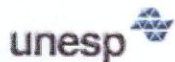
12. Gomes R, Junqueira MFPS, Silva COI, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Ciênc. saúde coletiva .2002, vol.7, n.2, pp. 275-283.

13. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª. ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p.9-29.

14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

15. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2000. p. 11 - 35.
16. Triviños ANS. Introdução a pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 4ª. Ed. São Paulo: Atlas, 1995. 176p.
17. Formosinho JO, Araujo SB. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educ. Pesqui.* [online]. 2002, vol.28, n.2, pp. 87-103.
18. Mascarenhas MDM. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 347-357.
19. Minayo MCS, Assis SG. Saúde e violência na infância e na adolescência, J. *Pediat.*, v.70, p. 263-266, 1994.
20. Brasil: Ministério da Saúde, Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília – DF, 2002, 48 p. (série A Normas e manuais técnicos, n. 167).
21. Granville AFG. Conhecimentos e percepção de professores sobre maus-tratos em crianças e adolescentes. *Saude soc.* [online]. 2009, vol.18, n.1, pp. 131-140.
22. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.2, pp. 481-491.

Anexos



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de março de 2.010

OF. 056/2010-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof.ª. Dr.ª. Vera Lucia Pamplona Tonete
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr.ª. Vera,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3450-2010) "Abordagem dos maus tratos na infância por unidades de saúde da família", a ser conduzido por Laura Garcia Leal Lelis, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 01 de março de 2.010.

SUGESTÃO DO CEP: Adequar título do Projeto (Interpretação dúbia)

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capellupi
Secretário do CEP

Anexo I

Roteiro de Entrevista no. _____

1- Identificação do entrevistado:

Iniciais do nome:

Idade:

Sexo:

Graduação:

Ano de formatura:

Pós graduação:

Tempo de atuação em Unidade de Saúde da Família:

Unidade de Saúde da Família de trabalho atual:

Observações:

2- Questões norteadoras

- 1) Em sua opinião, quais situações se caracterizam como de maus tratos contra a criança?
- 2) Você teve alguma oportunidade de sensibilização e/ou capacitação para atuar em situações de maus-tratos na infância? Qual (is)?
- 3) Em sua prática profissional, você já lidou em situações de maus tratos contra a criança? Discorra sobre ela(s).
- 4) Para você, quais são as principais dificuldades na atenção primária quanto aos maus tratos na infância? E quais são as facilidades?
- 5) Para prevenir a ocorrência de maus tratos na infância e atuar neste casos com maior qualidade o que acha necessário?

Anexo II

CARTA INFORMATIVA

Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Meu nome é Laura Garcia Leal Lelis, sou aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP. Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa, que tem como Título: “Abordagem dos maus tratos na infância em unidades de saúde da família”. Para participar desta pesquisa será necessário responder a uma entrevista que será realizada na unidade de saúde e peço autorização para utilizar o gravador para que eu não esqueça nenhuma informação e nem tenha que ficar anotando na hora das entrevistas. Em nenhum momento haverá identificação dos nomes dos participantes do estudo e o que for falado e escrito será sigiloso. Caso não aceite participar desta pesquisa, você terá a liberdade de dizer, sem que haja qualquer prejuízo. Declaro que o presente projeto de pesquisa foi explicado em detalhes e que este documento após aprovação do CEP será elaborado em duas vias, sendo um entregue ao sujeito da pesquisa e outro será mantido em arquivo pelo pesquisador.

Laura Garcia Leal Lelis¹

Profª Drª Vera Lúcia Pamplona Tonete²

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO CIENTÍFICO

(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa: “Abordagem dos maus tratos na infância em unidades de saúde da família”, realizado sob a orientação da Professora Drª Vera Lúcia Pamplona Tonete, concordo em participar da mesma. Estou ciente de que meu nome não será divulgado e que a aluna e professora estão disponíveis para responder a quaisquer perguntas e que posso retirar este meu consentimento, a qualquer tempo. Caso não seja bem atendido(a) durante a realização da pesquisa, poderei entrar em contato com a chefia do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina da UNESP.

Botucatu, ____ de _____ de _____

¹ Laura Garcia Leal Lelis (pesquisadora) – R. Miguel Di Credo, 259. Apto. A – Botucatu – Fone: (14) 88119267. e-mail: laura_lelis@hotmail.com

² Vera Lúcia Pamplona Tonete (orientadora) – R. General Telles, 1396, apto. 121 – Botucatu – Fones: 38155201 e-mail: pamp@fmb.unesp.br

