

Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria

Evaluation of the multiprofessional assistance given to cases of intrafamiliar violence in a pediatric unit

Manuela Costa Melo¹
Rosilane de Carvalho Cristo²
Ivone Kamada²

Resumo

Objetivo: avaliar o atendimento multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar na unidade de pediatria do Hospital Regional da Asa Norte, em Brasília.

Método: é um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que teve como amostra, 39 profissionais da equipe multiprofissional da unidade. Foi utilizado como instrumento uma entrevista semi-estruturada.

Resultados: verificou-se que 48,7% dos entrevistados pertencem à classe de auxiliar de enfermagem, 25,6% são médicos, 15,4% técnicos de enfermagem e 10,3% enfermeiros. Na distribuição de prioridades no atendimento prestado à vítima de violência intrafamiliar, na unidade pediátrica pesquisada foi observado que 28,21% disseram que o fundamental seria o acolhimento da criança e do acompanhante e em segundo (17,95%) informar aos órgãos de segurança pública. Somente 12,8% dos profissionais mencionaram a notificação como uma importante medida.

Conclusão: este estudo possibilitou constatar que esses profissionais acreditam que o atendimento deve ser conduzido por uma equipe multiprofissional, e que só a denúncia não é suficiente.

Palavras-chave: violência intrafamiliar, enfermagem pediátrica, criança.

Abstract

Objective: to evaluate the multiprofessional attendance given to cases of domestic violence in pediatric unit of Hospital Regional da Asa Norte in Brasilia.

Method: it is a descriptive study with a qualitative approach. It has a sample of 39 professionals from the multiprofessional health team of that pediatric unit. A semistructured interview was used as instrument.

Results: the results showed that 48.7% of the interviewees were auxiliary nurses; 25.6% physicians; 15.4% nursing technicians and 10.3% nurses. In relation the attendance given to the victims of domestic violence, 28.21% interviewees said that the services to be provided should be accommodation for children and their companions, while 17.95% mentioned that is important

¹ Unidade de Pediatria do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, Brasil.

² Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

Correspondência

Manuela Costa Melo
HIGS 709 Quadra Q Casa 22
Brasília, Distrito Federal, Brasil
70360-717
manuelamelo@terra.com.br

Recebido em 30/setembro/2005
Aprovado em 14/março/2006

to inform the public security agencies and only 12.8% that notification is an important measure.

Conclusion: this study made it possible to show the opinion of professional who believe that this kind of attention must be delivered by multidisciplinary health team; and that only police notification alone is not enough.

Key words: domestic violence, pediatric nursing, children.

Introdução

A violência intrafamiliar é um problema universal e constitui sério problema de saúde pública e obstáculo para o desenvolvimento social e econômico. Expressa dinâmica de poder/afeto, nas quais estão presentes relações de subordinação/dominação¹.

O conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica distinguiu-se da intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados ou pessoas que convivem esporadicamente¹.

É um problema que atinge milhares de pessoas de forma silenciosa e dissimuladamente¹. As estatísticas ainda são modestas, mas poderiam ser maiores se não houvesse omissão da família, dos vizinhos e dos profissionais².

1 Panorama geral

A violência intrafamiliar está presente desde tempos imemoriais. Na Grécia e na Roma Antiga o infanticídio era comum, os gregos eliminavam imediatamente recém-nascidos portadores de deficiência física, pois o defeito físico comprometeria toda a descendência. A tradição egípcia não punia o infanticídio, mas os pais que matassem crianças tinham que ninar o corpo durante 72 horas para desencorajar a repetição do ato³.

Na França, do século 19, a honra da família era o bem maior e se traduzia na fidelidade da mulher casada a seu marido, e na reclusão da mulher solteira no lar, em respeito ao nome paterno. Para ocultar o deslize do sexo extramarital, a mulher não hesitava em recorrer ao infanticídio, pois os

costumes lhe ensinaram que o crime sexual é mais grave que o assassinato³.

A medicina grega, a tradição egípcia e os conflitos morais da França mostram que os atos gratuitos aos olhos da moderna cultura ocidental ganham sentido na inscrição cultural. Vê-se que o fenômeno da violência é mais complexo e tênue do que se imagina.

Desde o início do século 9, nos EUA, há relatos de alguns trabalhos, como o do pediatra e radiologista Dr. Caffey. Ele começou a observar traumas não identificados em crianças e levantou a hipótese de serem agressões dos pais. Em 1951, Silvermann ficou atento a este mesmo problema. Em 1961, a partir de uma conferência, Kempe levou para o mundo este assunto e enfatizou que a patologia dos pais abusivos apresentava características de imaturidade e vida sexual promíscua⁴.

2 Prejuízos desse ato

Várias conseqüências são relacionadas a esse problema. Para a criança, o déficit no crescimento, o distúrbio psiquiátrico, o comportamento anti-social, a delinqüência adulta perpetuando o ciclo da violência e da morte são algumas delas. As conseqüências para a família envolvem desestruturação familiar, a perda do vínculo afetivo e a perda da referência. Já para a sociedade, há um aumento da criminalidade e da prostituição e aumento dos custos com a saúde e a educação⁵.

Os sinais e sintomas encontrados durante o exame físico incluem lesões produzidas por objetos agressores; equimoses e hematomas; alopecia resultante de arrancamento brutal dos cabelos; lesões endobuciais; fâcias de boxeador;

lesões na área genital e períneo; sangramento; infecções e retardo psicomotor sem etiologia definida apresentando melhora quando a criança se separa da família (hospitalização); comportamento regressivo, autodestrutivo e submisso; retardo pondero-estatural por aporte calórico inadequado¹.

3 Proteção às vítimas

A década de 90 representou para o Brasil um período de eventos significativos em relação à política para a infância e adolescência. Após a promulgação da Constituição em 1988, desencadeou-se intensa mobilização do governo e da sociedade civil para tornar possível a aprovação, em 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que incorpora os princípios da doutrina de proteção integral da Convenção sobre os Direitos da Criança. O ECA torna obrigatória a comunicação de qualquer caso de abuso ou maus-tratos confirmados ou não ao Estado, por meio do Conselho Tutelar².

O Conselho Tutelar é uma instituição criada pelo ECA nos artigos 131 a 140, que possui a finalidade de zelar pelo cumprimento dos direitos a esses indivíduos em formação. O Conselho Tutelar da localidade deve ser criado por Lei Municipal⁷. Os conselheiros tutelares devem, no mínimo, ter reconhecida idoneidade moral, idade superior a 21 anos e residir no município. A atuação do Conselho se dá a partir de uma denúncia ou notificação, de forma confidencial, e é assegurado à família o sigilo^{2,6}.

O profissional ao abordar situações de violência intrafamiliar, deve estar capacitado a desenvolver atitude compreensiva e não julgadora. As vítimas deverão ter garantido ambulatório específico e multiprofissional para o atendimento de suas demandas sociais, psicológicas e ginecológicas, de modo a proporcionar sua reestruturação emocional e psicológica e sua reintegração social². A família não deve ser culpada e sim acolhida.

4 Prevenção: ação necessária

A política de prevenção deve atingir todas as pessoas vítimas de violência ou que tenham contato com as vítimas nas diferentes etapas do processo. Tal política deve atuar na sensibilização, capacitação e possibilitar um atendimento integral e de qualidade.

As ações preventivas primária, secundária e terciária ocorrem para romper o ciclo da violência. A primária focaliza a eliminação ou redução dos fatores sociais, culturais e ambientais que favorecem os maus tratos. A secundária atua em situações já existentes de caráter leve até moderado, viabilizando suporte e encaminhamento dos casos, impedindo a sua repetição e/ou agravamento. A terciária refere-se ao acompanhamento integral à vítima e ao agressor⁷.

5 Notificar: ato indispensável

O reconhecimento da ocorrência de maus-tratos contra crianças e adolescentes trouxe como consequência direta a necessidade de protegê-las. Tal proteção tem início oficialmente com a notificação da violência. A notificação viabiliza um sistema de registro com informações mais fidedignas, permite construir formas de promoção e prevenção; possibilita certificar se o atendimento à vítima de maus tratos está incorporado às rotinas institucionais; é um instrumento de controle epidemiológico e determina a necessidade de investimento em núcleo de vigilância e assistência. Deve ser considerado como instrumento da política pública de prevenção aos maus tratos e promoção de proteção⁸.

A legislação brasileira, embora clara quanto à obrigação de notificar, oferece pouca orientação aos profissionais, e a notificação de uma suspeita fica na prática a cargo da consciência individual do profissional; o que pode contribuir tanto para a subnotificação quanto para a notificação em excesso⁹.

Para se criar um sistema de notificação é preciso vencer vários desafios: o primeiro é incorporar esse procedimento à rotina das atividades de atendimento, o segundo, é sensibilizar e capacitar os profissionais e o terceiro, formar alianças e parcerias necessárias. Essas alianças e parcerias precisam ser feitas dentro da própria rede de saúde e com outras instituições destinadas ao bem estar das crianças e adolescentes.

Na tentativa da construção de uma melhor abordagem entre a equipe interdisciplinar e a vítima em questão, é necessário que ocorra a notificação dos casos atendidos e a orientação às vítimas sobre a necessidade da denúncia a autoridade competente, favorecendo a ruptura do pacto do silêncio e do processo de dominação do agressor.

Metodologia

Para o alcance do objetivo estabelecido que é avaliar a assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar em uma unidade de pediatria, foi desenvolvida uma pesquisa descritiva a partir de uma abordagem qualitativa. O cenário escolhido foi a unidade de pediatria localizada no Hospital Regional da Asa Norte, em Brasília, hospital geral de médio porte, com grande demanda de assistência a pacientes atendidos pelo SUS e que tem por finalidade a prestação de assistência, ensino e pesquisa.

Pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, inclui pesquisas que tem por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. São habitualmente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática¹⁰.

Segundo Minayo¹¹, a abordagem qualitativa se preocupa, nas ciências sociais com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, pois na visão de Minayo¹¹, nessa forma de entrevista o informante aborda livremente o tema proposto e é utilizado um roteiro apenas para organizar e não direcionar os dados. As falas foram gravadas individualmente, a fim de garantir o caráter fidedigno dos relatos seguido de transcrição literal. Para garantir o anonimato, os profissionais foram identificados por nomes de cores.

O projeto foi encaminhado, apreciado e autorizado pelos comitês de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB) e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2004, no referido hospital. Os dados foram agrupados e relacionados seguindo o objetivo. O instrumento foi previamente testado em quatro profissionais. Todos que participaram da pesquisa concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa teve como critério de inclusão os funcionários que trabalhavam no setor com tempo maior ou igual há seis meses. A equipe interprofissional do setor é composta por 55 profissionais, destes, o questionário foi aplicado a 39 que constituíram a amostra do estudo. Os outros 16 não participaram por recusa (3) ou por não atenderem ao critério de inclusão (13).

A entrevista foi apresentada em duas partes: a primeira, estruturada, referente às características da instituição e do profissional, interesse de participar de cursos de aperfeiçoamento no atendimento às vítimas de violência intrafamiliar e ter presenciado ou não atendimentos dessa natureza; e a segunda, não estruturada, com duas perguntas: a primeira sobre o que seria violência intrafamiliar e a segunda sobre qual o procedimento diante do relato de um caso de violência. E posteriormente foi apresentado e entregue o fluxograma de atendimento com as rotinas de enfermagem, médicas e da assistência social.

Resultados e discussão

A equipe multiprofissional que atende os casos de violência intrafamiliar segue a orientação do manual da SES-DF “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual”⁷. A equipe foi capacitada por meio de sensibilizações realizadas no setor, pela Gerência de Saúde da Comunidade.

Verificou-se que 19 (48,7%) dos entrevistados pertencem à classe de auxiliar de enfermagem, 10 (25,6%) são médicos, 6 (15,4%) técnicos de enfermagem e 4 (10,3%) enfermeiros. Trata-se de um grupo diversificado de profissionais, enriquecendo, assim, a qualidade das respostas dadas. Na unidade pesquisada, o primeiro profissional a ter o contato com a vítima e a realizar a anamnese é o responsável pelo preenchimento da ficha de notificação.

Quando indagamos aos entrevistados sobre o interesse ou não de participar de cursos de aperfeiçoamento no atendimento às vítimas de violência intrafamiliar oferecidos pela SES-DF, 34 (87,1%) mostraram interesse, tendo como justificativa um melhor preparo para o atendimento na ocorrência de novos casos e 5 (12,9%) não manifestaram interesse. É constatada a possibilidade e a viabilidade de programar ações necessárias para modificar ou tentar modificar a realidade nesse tipo de atendimento.

Dos conceitos emitidos sobre violência, poucos profissionais relacionaram a violência a traumas psicológicos; muitos consideraram que a violência se encontra mais envolvida com as agressões físicas, caracterizando que a questão física aparece mais notável do que a agressão psicológica, já que esta não é perceptível aos olhos menos atentos, o que não reduz a importância das conseqüências desta última no crescimento e desenvolvimento sadio das crianças.

A respeito da questão sobre prioridades no atendimento diante do relato de um caso de violência, foi observado que 11 (28,21%) entrevistados disseram que o fundamental seria o acolhimento da criança e do acompanhante,

para oferecer orientação e suporte, salvo em situação de risco iminente ou quando é constatado que a família não tem capacidade de tomar decisões. Na seqüência de prioridades, 7 (17,95%) lembraram de informar aos órgãos da segurança pública. Percebe-se o quanto a equipe multiprofissional encara como importante a forma como a criança é recebida na unidade hospitalar. (Tabela 1)

Ressalta-se a baixa prioridade das notificações, de apenas 5 (12,8%), o que demonstra a necessidade de sensibilizar e capacitar o grupo. Os outros resultados foram mais ou menos homogêneos. Nesse levantamento de prioridades não foi mencionado o trabalho do Conselho Tutelar, parceria tão necessária ao trabalho com as vítimas e a família.

Tabela 1

Distribuição das prioridades de atendimento prestado à vítima de violência intrafamiliar, informados pelos profissionais da unidade pediátrica do Hospital Regional da Asa Norte. Brasília, 2004.

Procedimento	n	%
Acolhimento	11	28,21
Plantão policial/ DPCA*	07	17,95
Notificação	05	12,82
Serviço social/ psicólogo	05	12,82
Acompanhamento	03	7,69
Enfermeiro	03	7,69
Médico/anamnese	02	5,13
Vara da Infância	02	5,13
Medicação	01	2,56
Total	39	100,00

* DPCA: Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente

Observa-se que a equipe sabe o caminho a ser seguido, mas a escolha é feita aleatoriamente, de forma não sistematizada e os profissionais assumem papéis e procedem de acordo com seu conhecimento e vivência acumulados. Estes resultados demonstram que a distribuição do manual da SES-DF⁷ e as sensibilizações *in loco* não foram suficientes para que a assistência fosse feita de forma rápida, correta e segura.

Na discussão sobre as prioridades de atendimento, foi levantada a questão sobre a parte jurídica e lembrado o trabalho exercido pela

Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e Juventude. Essa Promotoria tem função institucional de assegurar os direitos fundamentais das crianças e adolescentes, exercendo atuação judicial e extrajudicial na busca da materialização dos instrumentos e normas do ECA.

Neste trabalho, a análise dos aspectos abordados sobre o atendimento mostrou que é preciso, mais do que nunca, reunir forças para enfrentar esta questão. É necessário superar a omissão e construir uma ação permanente capaz de encarar esse problema social que atinge tantas crianças e adolescentes em todo o mundo.

Considerações finais

O tema desenvolvido foi escolhido por ter sido observado um aumento no atendimento dos casos de violência envolvendo crianças nessa unidade de saúde e, em contrapartida, o despreparo de alguns profissionais em lidar com o atendimento desses casos.

É de fundamental importância o contínuo aperfeiçoamento e o compartilhamento do conhecimento pela equipe multiprofissional. Foi observada, neste estudo, a necessidade da formação de profissionais de saúde aptos a lidar com a criança e com a família envolvida com a violência intrafamiliar.

É importante ressaltar, por tratar-se de uma tarefa difícil, mas não impossível de ser enfrentada, que a solução depende da transformação das relações sociais e integração das políticas públicas voltadas para esse fim.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientação para prática em serviço/Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília; 2001.
2. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Orientação para profissionais de saúde no atendimento à criança e ao adolescente vítima de maus-tratos. Brasília; 2002.
3. Perrot M. Dramas e conflitos familiares. In: Pariès & G. Duby. História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra. São Paulo: Companhia das Letras; 1992.
4. Brito LMT. Temas de Psicologia Jurídica. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999.
5. Unicef. Situação da Infância Brasileira 2001: desenvolvimento infantil os primeiros anos de vida. Brasília; 2001.
6. Brasil. Ministério da Justiça. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 2002.
7. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual. Brasília; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus tratos contra criança e adolescente: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília; 2002.
9. Ferreira AL, Gonçalves HS. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18(1):315-319.
10. Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 3.ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas; 1991.
11. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.