

Crianças em Situação de Violência Intrafamiliar: Conceitos, Vivências e Sentimentos de Graduandos de Medicina

Children in Situation of Intra-Family Violence: Concepts, Personal Experiences and Feelings of Undergraduate Medical Students

Nilma Lazara de Almeida Cruz Santos^I

Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima^{II}

Rosely Cabral de Carvalho^I

RESUMO

Introdução: O objetivo do estudo foi conhecer as concepções de violência entre acadêmicos dos cursos de Medicina do estado da Bahia, suas vivências com o fenômeno e orientação quanto ao encaminhamento dos casos. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 20 graduandos de cursos de Medicina de instituições públicas do estado da Bahia. Coletaram-se os dados por meio de um formulário eletrônico via web, disponibilizado no Google Forms, e os discentes foram informados sobre o endereço da página por meio de e-mail. **Resultados:** A maioria dos discentes afirmou que o tema violência contra a criança foi abordado durante a graduação. Concepções compartilhadas pela maioria dos discentes sobre o tema estão relacionadas às definições da violência como agravos físicos infringidos às vítimas, porém identificaram-se, além de aspectos subjetivos, definições mais amplas da percepção social, contemplando diferentes dimensões do fenômeno. Os sentimentos vivenciados em face de situações de violência mais frequentemente citados foram impotência, medo, tristeza, despreparo, compaixão, empatia, revolta e raiva. Para os discentes, as dificuldades encontradas na abordagem das vítimas da violência decorrem da falta de preparo na formação e de posicionamentos relacionados ao próprio médico, como medo de envolvimento e responsabilização. Mencionaram-se ainda características inerentes às crianças e descrença nos órgãos de proteção. **Conclusão:** Embora os discentes tenham relatado contato com o tema durante a graduação, a maioria avaliou a formação como insuficiente. O despreparo profissional para a abordagem de temas médico-sociais, a exemplo da violência, tem sido atribuído em parte ao viés biologicista da formação médica. Nesse sentido, destaca-se a compreensão da violência como fenômeno essencialmente sócio-histórico, em detrimento das diferentes dimensões do agravo que implicam o processo saúde-doença. Nessa perspectiva, tal viés obscurece o reconhecimento das diversas manifestações da violência como objeto do trabalho em saúde, sugerindo a necessidade de uma abordagem ampliada na formação médica que possa contemplar a complexidade do tema.

PALAVRAS-CHAVE

- Criança.
- Violência.
- Saúde.
- Ensino Superior.
- Formação Médica.

^IUniversidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brazil.

^{II}Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brazil.

KEY-WORDS

- Child.
- Violence.
- Health.
- Higher Education.
- Medical Training.

ABSTRACT

Introduction: The objective of the study was to learn about the concepts of violence among medical undergraduate students in the state of Bahia, their personal experiences with the phenomenon and advice regarding case referral. **Method:** a qualitative research was carried out with 20 undergraduate medical students from public institutions in the state of Bahia. The data were collected via the web through an electronic file made available by Google Forms. The students were informed about the page address through an e-mail. **Results:** Most of the students said that the topic of "Violence against Children" was addressed during their undergraduate years. Shared conceptions by most of the students on the subject are related to the definitions of violence as physical injuries inflicted on the victims, but broader definitions of social and subjective perception, encompassing different dimensions of the phenomenon were also identified. The most frequently cited feelings experienced in situations of violence were the following: helplessness, fear, sadness, unpreparedness, compassion, empathy, anger and rage. The difficulties that the students encountered in approaching the victims of violence stem from the lack of preparation in the training and from the positions related to the physicians themselves, such as fear of involvement and accountability. The inherent characteristics of children and distrust in protective services were also mentioned. **Conclusion:** Although the students reported having contact with the topic during graduation, most of them evaluated the training as insufficient. The lack of professional preparation to approach the medical-social issues, such as violence, has been partially attributed to the biologist bias of the medical training. In this sense, we highlight the understanding of violence as an essentially social and historical phenomenon, to the detriment of the different dimensions of the illness that imply in the health-disease process. From this perspective, this bias obscures the recognition of the different manifestations of violence as objects of healthcare work, suggesting a need for a broader approach in medical education, which can help to contemplate the complexity of the subject.

Recebido em 12/8/19

Aceito em 1/11/19

INTRODUÇÃO

A inclusão da violência na agenda da saúde pública mundial, os movimentos no sentido do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito e o desenvolvimento das políticas públicas sociais voltadas para essa população contribuíram para a visibilidade dos maus-tratos contra as crianças como um problema global.

Muito embora a infância seja tradicionalmente idealizada como uma etapa marcada por fragilidade e inocência, tem sido demonstrado que tal fenômeno faz parte do cotidiano de milhares de crianças¹. O artigo 19 da Convenção dos Direitos da Criança destaca a responsabilidade dos Estados no que se refere à proteção das crianças contra todas as formas de maus-tratos. A proteção aludida por esse artigo inclui uma ampla gama de ações e omissões, tais como abuso sexual, físico e emocional, negligência e exploração².

Historicamente a violência contra a criança é um fenômeno crônico. Em contradição aos princípios dos direitos humanos e imperativos do desenvolvimento infantil, tem sido documentada em todos os países do mundo, independentemente de cultura, classe social, educação, renda e etnia³. Mundialmente, nos mais variados espaços de convivência, as crianças são expostas e submetidas a diversas manifestações de violência, ou seja, abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, podendo resultar em danos físicos e psicológicos e prejuízo ao crescimento, ao desenvolvimento e à maturação⁴. Entre os perpetradores, destacam-se os pais e outros familiares ou cuidadores, além de professores, empregadores, agentes da lei por meio de medidas punitivas e os pares.

Corroborando a magnitude do problema, Hillis, Mercy, Amobi e Kress⁵ apontam que mais da metade dessa população em todo o mundo experimentou alguma forma de violência no ano anterior à realização

do estudo. Entretanto, a subnotificação de casos tem sido relatada por estudiosos, a exemplo de Gonçalves e Ferreira⁶ e Chen, Huang e Feng⁷. O silêncio que envolve a violência contra as crianças tem sido atribuído à apresentação multifacetada e à ocorrência na privacidade do contexto da família, sendo perpetrada muitas vezes por indivíduos que deveriam prover proteção e cuidado. O medo que as crianças têm de relatar a violência contra elas, a aceitação social e cultural da violência, a ausência de proibição legal explícita de castigo corporal e o desconhecimento de formas seguras ou confiáveis para a denúncia contribuem ainda para a invisibilidade do fenômeno³.

Os médicos desempenham um papel importante relacionado às oportunidades de identificação de crianças em situação de violência durante as visitas rotineiras de supervisão à saúde, bem como em serviços na emergência. Para Wirtz et al.⁸, esses profissionais não devem se limitar apenas a reconhecer crianças em situações de vulnerabilidade, mas também devem ter habilidades para presumir isso, mesmo em circunstâncias menos evidentes, ainda que a queixa aparentemente não se relacione a violência, abuso ou negligência. Nesse contexto, vale salientar que instrumentos normativos legais obrigam esses profissionais a relatar os casos suspeitos, além dos preceitos éticos que os norteiam a utilizar suas habilidades para promover saúde, segurança e bem-estar aos pacientes⁹.

A dificuldade encontrada pelo médico para identificar as crianças vitimadas, a relutância observada para notificar uma suspeita de abuso e o desconforto com o manejo da criança e da família têm sido atribuídos à falta de treinamento e formação sobre o problema. Nesse sentido, a educação médica deve proporcionar a esse profissional preparo durante a formação para identificar o abuso infantil, notificar as suspeitas às autoridades competentes e colaborar com a interpretação de informações

médicas, além de lidar com as consequências de traumas físicos e psicológicos, oferecendo suporte às famílias em situação de violência¹⁰⁻¹².

No Brasil, a Constituição de 1988 redefiniu a posição e a representação da criança na sociedade, reconhecendo-a como sujeito de direitos e objeto de proteção integral, antecipando as diretrizes da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada no ano seguinte, em 1989¹³. A partir de 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁴, esse grupo etário teve seus direitos reconhecidos e assegurados. No contexto da estrutura de amparo e defesa dessa população, tornou-se obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2006, foi publicada a Portaria nº 1.356, que instituiu o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). A partir de 2009, o componente de vigilância contínua do Viva foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos Notificados, adequando-se as suas normas específicas de padronização de coleta e envio de dados¹⁵. Em 2011, a violência tornou-se um evento de notificação compulsória em todo o país, por meio do preenchimento da ficha de notificação em situação confirmada ou suspeita de violência¹⁶.

Para Souza et al.¹⁷, apesar do reconhecido esforço no âmbito da saúde pública, no sentido de recomendar as ações e práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção da violência intrafamiliar e a fixação de diretrizes referentes à capacitação de recursos humanos em relação à implementação da política específica, as modificações curriculares nessa direção ainda são lentas, pontuais e pouco conhecidas. No que se refere, especificamente, à formação médica na graduação para o cuidado de crianças em situação de violência, os estudos brasileiros são escassos. Koifman Menezes e Bohrer¹⁸, em pesquisa sobre a abordagem da violência contra crianças na graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), assinalam que para a maioria dos alunos o tema foi abordado, porém de forma insuficiente, uma vez que persistiram dúvidas e insegurança.

Diante do exposto e considerando que a formação médica repercutirá na atenção à saúde de crianças em situação de violência, nos diferentes contextos de assistência à saúde, o presente estudo objetivou conhecer as concepções de violência entre acadêmicos dos cursos de Medicina do estado da Bahia, suas vivências com o fenômeno e orientação quanto ao encaminhamento dos casos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho qualitativo, que visou conhecer as percepções de estudantes de graduação em Medicina sobre o tema violência contra crianças na formação médica. O cenário da pesquisa foi constituído por instituições de ensino superior (IES) de Medicina do estado da Bahia. Foram convidadas para participar do estudo todas as instituições públicas e privadas que já tivessem formado ao menos uma turma de graduação em Medicina. Preencheram esse critério de inclusão nove IES, porém apenas sete concederam carta de anuência para inserção no estudo.

O instrumento de pesquisa, construído para apreender as concepções acerca do tema da violência intrafamiliar e da abordagem durante a formação médica, foi um formulário eletrônico, disponibilizado no Google Forms, em que constam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os dados sociodemográficos e 14 questões abertas e 11 fechadas. Os discentes foram convidados a participar da pesquisa por meio de *e-mail*, no qual se explicitaram os objetivos do estudo e solicitou-

se a autorização para sua participação. Para responder às questões, o participante deveria acessar a *homepage* do formulário, assinalar a opção de concordância com o TCLE e, ao final, enviar as informações para o pesquisador. Salienta-se que o caráter sigiloso foi contemplado, visto que não foi dada ao respondente a opção de se identificar.

O formulário eletrônico tem sido utilizado de forma crescente por pesquisadores em diferentes áreas do conhecimento, a exemplo das ciências sociais, da psicologia, economia e educação. Vasconcellos-Guedes e Guedes¹⁹ apontam que, entre as vantagens desse recurso, destacam-se a rapidez no envio, a coleta e o armazenamento de dados, a facilidade de acesso às populações em diferentes regiões e o baixo custo. No tocante às limitações, citam a impessoalidade e questões de privacidade, a possibilidade de o respondente considerar o e-mail como não desejado, a invasão de privacidade ou o lixo eletrônico e ainda a baixa taxa de respostas.

Foram convidados 314 discentes por meio de *e-mails* semanais, totalizando seis remessas no período de setembro a novembro de 2018, conforme experiência relatada por Barros²⁰. Responderam ao convite 20 discentes, correspondendo a 6,37% do total, percentual inferior ao alcançado por esse autor, o qual obteve 10% de respostas no estudo citado.

Para a organização e análise dos dados, optou-se pela análise de conteúdo, a qual, de acordo com Bardin²¹, constitui-se de múltiplas técnicas com o objetivo de descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Operacionalmente, procedeu-se à análise temática de conteúdo²², objetivando a demarcação dos núcleos de sentido que denotam “relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes ao discurso” (p. 316) e suas principais categorias. Essa fase foi organizada em três etapas de acordo com sequência preconizada por Minayo²²: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (Parecer CEP nº 2.776.388) em 18 de julho de 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Foram incluídos no estudo 20 discentes de instituições públicas do estado da Bahia: dez de IES estaduais (de E1 a E10) e dez de IES federais (de F1 a F10). A idade dos participantes variou de 23 a 41 anos (Idade média 27,3 anos), sendo 11 do sexo feminino e nove do sexo masculino, todos solteiros. Cerca da metade (11/20) alegou ter vivenciado situações de violência na vida pessoal. A maioria (18/20) relatou atendimento de casos de violência e (19/20) informou que houve abordagem do tema durante a graduação, entretanto apenas um discente relatou conhecer a ficha Viva. Todos consideraram que o tema violência diz respeito aos médicos e que a abordagem da violência contra a criança é importante para a formação desses profissionais.

A partir dos discursos dos discentes das diferentes IES, emergiram os núcleos de sentido representativos das falas, e, por meio das unidades analíticas elaboradas, foram delineadas duas categorias empíricas para análise: 1. violência: conceitos, vivências e sentimentos entre discentes de Medicina e 2. (in)visibilidade da violência contra a criança na formação médica.

Violência: concepções, vivências e sentimentos entre discentes de Medicina
Misse²³ ressalta que a categoria violência comporta múltiplos

significados na contemporaneidade. Para o autor, o termo não pode ser utilizado no singular, pois “não existe violência, mas violências, múltiplas, plurais, em diferentes graus de visibilidade, de abstração e de definição de suas alteridades” (p. 43). Nesse sentido, Minayo e Souza²⁴ apontam para o caráter complexo, polissêmico e controverso da violência. Trata-se de fenômeno multifacetado de distribuição global, que permeia o tecido social, revelando contradições e formas de dominação, seja no âmbito da família ou da sociedade. Ribeiro e Silva²⁵, em pesquisa sobre a notificação compulsória de violência, observaram falta de clareza na conceituação desse fenômeno entre profissionais de saúde da atenção básica. Para esses autores, tal lacuna pode repercutir na atuação desses profissionais no cuidado de crianças em situação de violência.

Na presente pesquisa, quando inquiridos acerca do conceito de violência, os sujeitos do estudo afirmaram que a violência se configura, sobretudo, por atos de agressão física, psicológica e sexual ou negligência. Esses aspectos podem ser ilustrados nas seguintes respostas:

Qualquer ato que atente contra a integridade física, moral e psicológica de alguém (E3).

Ato de crueldade, seja física ou moral (E5).

Tortura física ou psicológica (F5).

Abuso físico, psicológico, sexual ou negligência (F9).

As concepções proferidas pelos discentes estão em consonância com o *Relatório mundial sobre violência e saúde*, divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁶, o qual define o problema como “uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (p. 5).

Embora para a maioria dos discentes os conceitos sobre violência estejam relacionados aos agravos físicos infringidos às vítimas, definições mais amplas e subjetivas contemplando diferentes dimensões do fenômeno foram identificadas:

Toda e qualquer forma de coerção ou abuso, mediada por desequilíbrio de poder, intencionalmente utilizada para ferir física, psicológica, moral ou financeiramente outrem, seja um indivíduo ou uma comunidade (E4).

Qualquer ato que viole a integridade física, mental, social ou qualquer dimensão humana (E7).

Uma agressão contra a dignidade do indivíduo (F1).

Qualquer ato agressivo ou intimidador para forçar alguém a fazer algo que não deseja (F10).

Esses conceitos remetem à compreensão da violência como violação aos direitos humanos. Nesse sentido, Piovesan²⁷, ao discorrer sobre a concepção contemporânea de direitos humanos, aponta para a universalidade e indivisibilidade dos direitos. Assim, todo ser humano é concebido como sendo essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade, e a garantia dos direitos civis e políticos é

condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. Tal compreensão converge para a abordagem da violência baseada em direitos por meio de uma perspectiva ampliada de saúde, que considera qualquer agravo que afeta a multidimensionalidade da pessoa, seja ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais ou à qualidade de vida, como parte da atuação do setor de saúde²⁸.

O fenômeno da violência é capaz de produzir múltiplos sentimentos em quem a vivencia, tanto na vida pessoal como na abordagem de pessoas em situação de violência. Diferentes pesquisadores têm relatado sentimentos ambíguos de repulsa, revolta, impotência e medo^{29,30}.

Em relação às vivências, nos cenários de práticas no contexto de ensino/aprendizagem, a maioria dos discentes declarou ter participado do atendimento de pessoas em situação de violência. Tais atendimentos provocaram sentimentos diversos, tendo sido relatados com mais frequência a impotência, o medo, a tristeza e o despreparo.

Tristeza e desconforto (E3).

Tristeza e insegurança para lidar com a situação (E4).

Despreparo (F2).

Sensação de impotência (F4).

Necessidade de intervir de alguma forma. Sem saber como (F8).

Desespero. Anseio por ajudar (F9).

Me senti profundamente desestruturada e despreparada para lidar com o paciente em uma situação tão vulnerável (F10).

Esses resultados estão de acordo com o estudo realizado por Rosa, Boing, Schraiber e Coelho¹¹ com acadêmicos de diferentes cursos da área de saúde (Enfermagem, Medicina e Odontologia), cujos sentimentos predominantes perante situações de violência foram impotência e medo.

Outros sentimentos, a exemplo de raiva e de revolta em face das formas graves de violência, notadamente a violência sexual contra crianças e adolescentes, têm sido destacados por diferentes pesquisadores^{31,32}. Entre os discentes participantes da presente pesquisa, tais sentimentos também foram relatados:

“Revoltada” (E8).

“Repulsa pelo comportamento humano inadequado” (E9).

A mobilização emocional em face de situações de violência ocasiona sensações como empatia, pena e compaixão, denotando postura humanizada do profissional³³. A empatia tem sido reconhecida como um elemento-chave no âmbito das profissões relacionadas ao cuidado. Schweller³⁴ aponta que na atualidade o conceito multidimensional da empatia é o mais utilizado, englobando os componentes afetivo e cognitivo. Segundo esse autor, a dimensão afetiva diz respeito à capacidade de o indivíduo se sensibilizar com as experiências do outro, enquanto a cognitiva representa a capacidade de entender o outro e comunicar esse entendimento, associada à intenção de ajudar. Esses sentimentos foram vivenciados pelos sujeitos da presente pesquisa:

“Compaixão” (E1).

“Empatia pelo agredido” (E10).

“Pena/empatia” (F5).

Arratia³⁵ elenca o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, o respeito pelo outro e os valores humanísticos como sendo os componentes éticos fundamentais para o enfrentamento da violência pelos profissionais de saúde. Para Florêncio, Ferreira Filha e Sá³⁶, tais componentes poderiam ser resumidos na palavra “empatia”.

A (in)visibilidade da violência contra a criança na formação médica

A maioria dos discentes de Medicina afirmou que o tema violência foi abordado durante a graduação. Os componentes curriculares envolvidos mais citados foram pediatria, ética e saúde coletiva, além de consultas médicas realizadas no internato. Entretanto, no que se refere ao fluxo de notificação e acionamento dos órgãos de acolhimento às crianças vítimas de violência, apenas um discente afirmou conhecer o Viva e 11 citaram o Conselho Tutelar ao serem indagados acerca dos encaminhamentos dos casos.

No Brasil, os preceitos provindos da Constituição de 1988 e a promulgação do ECA (1990) representaram um marco no reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito. Nesse contexto, o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) foi estruturado visando à garantia e proteção dos direitos universais de crianças e adolescentes. Vale ressaltar que a legislação brasileira determina que os casos envolvendo violência contra a criança ou o adolescente devam ser notificados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. Na inexistência deste, deverá ser encaminhado para a Vara da Infância e Juventude³⁷.

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível o conhecimento de tal sistema para que o médico cumpra seu papel ético e legal no cuidado das vítimas de violência. No que se refere a esse quesito, a maioria dos graduandos de Medicina alegou pouco ou nenhum conhecimento:

Não tenho conhecimento (E1).

Quase nada (E2).

Não sei falar muito sobre (E7).

Não conheço muito bem o sistema (F7).

Que os direitos específicos de crianças e adolescentes são abordados no ECA (F8).

Não tenho muita ideia. Conheço o Conselho Tutelar, mas não sei exatamente seu funcionamento (F10).

Embora tenham demonstrado desconhecimento acerca do SGDCA, os discentes de Medicina foram unânimes ao reconhecerem o papel do médico na proteção e garantia dos direitos da criança e do adolescente:

O médico pode contribuir para que um círculo vicioso de violência seja quebrado e aquela criança ou adolescente possa ter uma vida digna (E2).

Identificar situações de violência sofridas pelo indivíduo, realizar acompanhamento integral das demandas geradas por este problema, ofertar apoio psicológico e tratamentos adequados, e prestar auxílio à investigação por órgãos competentes (E4).

Atentar para a garantia dos direitos, orientar os familiares, cobrar caso não estejam sendo garantidos [...] (E6).

Por ser uma profissão que preza pela vida e qualidade de vida tem o papel como um dos agentes de proteção desses direitos através da observação dos sinais de violência e busca das autoridades responsáveis para dirigir o caso (F2).

Orientação dos pais e responsáveis. Busca ativa por problemas relacionados à violência. Garantir segurança da criança através do Conselho Tutelar quando necessário (F9).

O médico pode identificar traumas, maus-tratos, abusos e negligências no trato familiar da criança e procurar ajuda para o paciente (F10).

A notificação e o encaminhamento dos casos são procedimentos cruciais no enfrentamento da violência contra a criança. Para além da possibilidade de interromper esse ciclo e desencadear medidas de proteção em nível individual, tal ação favorece a visibilidade do fenômeno, uma vez que esses registros permitem seu dimensionamento, do ponto de vista epidemiológico, e podem contribuir para a elaboração de políticas públicas voltadas ao problema.

No que tange à atuação dos médicos no cuidado de crianças em situação de violência, é fundamental que tais profissionais conheçam suas responsabilidades e atribuições no contexto da equipe de saúde. As opiniões dos discentes acerca das causas das dificuldades encontradas pelos médicos para diagnosticar e encaminhar pacientes vítimas da violência convergiram para a falta de preparo na formação acadêmica (55%), seguida por questões relacionadas ao próprio médico (40%). Características inerentes a esse período do ciclo vital e a descrença nos órgãos de proteção também foram citadas:

Devido à deficiência das bases curriculares das escolas médicas, onde abordam tal questão de forma superficial (E1).

Precaução ao se levantar suspeita de violência e medo de se envolverem em situação de violência com o possível agressor (E7).

Falta de preparo (E10).

Porque não somos bem preparados no ambiente acadêmico a lidar com esse tipo de situação (F7).

As crianças muitas vezes não manifestam seus pensamentos de maneira direta; descrença no discurso das crianças; descrença no serviço social/Conselho Tutelar; crença em “o melhor para a criança é estar com seus pais”; consultas cada vez mais rápidas, focadas em problemas pontuais, que sejam facilmente resolvidos (F9).

Porque não somos devidamente orientados, desde a graduação. E porque a maioria dos médicos está pouco preocupada em tratar além de distúrbios orgânicos (F10).

Tais resultados são discordantes em relação aos achados do estudo de Rosa, Boing, Schraiber e Coelho¹¹, no qual as dificuldades do profissional de saúde em identificar vítimas de violência no desempenho de suas atividades, na visão de graduandos da área de saúde, estão vinculadas a

ele mesmo, o que é seguido por fatores inerentes aos pacientes e, apenas para 22,8%, à formação. Entretanto, as dificuldades enumeradas pelos sujeitos da presente pesquisa têm sido referidas em estudos brasileiros e internacionais.

Gomes, Pinheiro, Silva e Junger.³⁸ relatam que, entre as explicações para a invisibilidade da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde, destacam-se lacunas na formação profissional, principalmente entre médicos e enfermeiros.

Na mesma direção, Bannwart e Brino³⁹, em pesquisa a respeito das dificuldades encontradas por médicos pediatras na identificação e notificação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, observaram despreparo do profissional para lidar com vítimas de violência. Em nível internacional, Vullimay e Sullivan⁴⁰ relataram, entre as razões citadas por médicos para falhas na identificação e, conseqüentemente, na notificação, ausência de formação relevante na temática. Gilbert et al.⁴¹ alertam para a necessidade de formação de profissionais para o manejo de crianças em situação de violência, em especial no âmbito dos cuidados primários, tendo em vista a pouca quantidade de encaminhamentos realizados por esse setor para os serviços de proteção à criança, apesar do contato constante com as famílias. Corroborando tais estudos, pesquisadores em diferentes contextos apontam que médicos que receberam treinamento adequado para a identificação de violência contra a criança tiveram melhores práticas no que se refere à notificação dos casos^{42,43}.

Os resultados encontrados neste estudo apontam para a necessidade, na formação médica, de conteúdos e experiências práticas de compreensão e domínio ante as situações de suspeição e diagnóstico com capacidade reflexiva, ética e legal, buscando a multidisciplinariedade, com senso de responsabilidade e compromisso com a garantia da doutrina de proteção integral às crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de formação de profissionais capacitados para reconhecer a violência que atinge crianças e adolescentes e responder a ela tem sido amplamente reconhecida. Resultados de diferentes estudos apontam que, nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina, no que se refere aos diferentes cenários teóricos e práticos de ensino, a incorporação do tema ainda tem se revelado discreta e pontual.

O despreparo profissional para a abordagem de temas médico-sociais tem sido atribuído em parte ao viés biologicista da formação médica, em detrimento da sensibilização para agravos de diferentes dimensões que implicam o processo saúde-doença. Nessa perspectiva, tal viés obscurece o reconhecimento das diversas manifestações da violência como objeto do trabalho em saúde.

Como limitações do presente estudo, cuja coleta de dados ocorreu por meio de formulário eletrônico autoaplicável, verificou-se a baixa taxa de resposta, restringindo o alcance de possíveis generalizações. Entretanto, os resultados sugerem lacunas na formação médica relacionadas ao tema violência contra a criança. Foi interessante constatar que, embora os discentes tenham relatado contato com o tema durante a graduação, a maioria avaliou a formação como insuficiente.

As falas dos discentes de Medicina apontam para a existência de pontos cegos na formação a serem reconhecidos e desvendados. Barreiras que limitam a possibilidade de identificação da criança em situação de violência precisam ser mais avaliadas. Entre a rotina e as demandas que tecem os contornos do fazer, entre a visibilidade e a invisibilidade

do fenômeno no cotidiano dos profissionais de saúde, a escuta e o olhar ampliado no processo do cuidado podem ser decisivos na identificação de casos de violência contra a criança.

REFERÊNCIAS

1. Todres J. Violence, exploitation, and the rights of the child. In: Kilkelly U, Liefwaard T. International human rights of children: international human rights. Singapore: Spring; 2018. p. 1-23.
2. Freeman M. The moral status of children: essays on the rights of the child. London: Martinus Nijhoff; 1997.
3. Pinheiro PS. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children [acesso em 7 jan 2019]. New York: United Nation; 2006. Disponível em: https://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG_violencestudy_en.pdf.
4. World Health Organization . Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2006.
5. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* 2016;137(3):e20154079.
6. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Cad. Saúde Pública* 2002;18(1):315-9.
7. Chen Y, Huang JL, Feng J. Clinical competency in child maltreatment for community nurses in Taiwan. *Int J Nurs Pract* 2015;21(1):21-6.
8. Wirtz AL, Alvarez C, Guedes AC, Brumana L, Modvar C, Glass N. Violence against children in Latin America and Caribbean countries: a comprehensive review of national health sector efforts in prevention and response. *BMC Public Health* 2016;16(1):1-16. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3562-3>
9. Saliba O, Garbin CA, Garbin AJ, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Públ.* 2007;41(3):472-7.
10. Christian CW. Professional education in child abuse and neglect. *Pediatrics* 2018;122(Suppl 1):S13-7.
11. Rosa R, Boing AF, Schraiber LB, Coelho EB. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. *Interface (Botucatu)* 2010;14(32):81-90.
12. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin I, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc.* 2011;20(1):147-55.
13. Perez JR, Passone EF. Social policies for children and adolescents in Brazil. *Cad. Pesq.* 2010; 40(140):649-73.
14. Brasil. Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 27 set 1990; Seção 1, p. 1.
15. Assis SG, Avanci J, Pesce R, Pires T, Gomes D. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012;17(9):2305-17.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
17. Souza ER, Ribeiro A, Penna LH, Ferreira AL, Santos NC, Tavares

- CM. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(5):1709-19.
18. Koifman L, Menezes RM, Bohrer K. The approach of the theme "violence against children" in UFF Medical School. *Rev. bras. educ. med.* 2012;36(2):172-9.
19. Vasconcellos-Guedes L, Guedes LF. E-surveys: vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via internet no contexto da pesquisa científica. In: *Anais do X SemeAd - Seminário em Administração FEA/USP; 2007 ago 9-10; São Paulo, Brasil. São Paulo: EAD/FEA; 2007 [acesso em 21 abr 2019]. Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/420.pdf>.*
20. Barros NF. *As ciências sociais na educação médica.* São Paulo: Hucitec; 2016.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2016.
22. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2014.
23. Misse M. *Malandros, marginais e vagabundos & a acumulação social da violência no Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro. Tese [Doutorado] – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; 1999 (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia).
24. Minayo MCS, Souza ER. *Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.* *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos* 1997;4(3):513-31.
25. Ribeiro, RU, Silva AL. *Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais?* *Revista LEVS* 2018; 21:115-30.
26. Krug E, Dahlberg L, Mercy JA, Zwi A, Lozano R, editores. *Relatório mundial sobre violência e saúde.* Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
27. Piovesan F. *Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea.* In: Schilling ML, organizador. *Caderno de direito constitucional: direitos humanos e direito constitucional internacional: módulo V.* São Paulo: Emagis; 2006. p. 15-37.
28. World Health Organization. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook.* Geneva: WHO; 2014.
29. Braz M, Cardoso MH. *Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos.* *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2000;8(1):91-7.
30. Correa ME, Labronici LM, Trigueiro T. *Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual.* *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2009;17(3):289-94.
31. Woiski RO, Rocha DL. *Cuidado à criança vítima de violência sexual.* *Esc. Anna Nery* 2010; 14(1):143-50.
32. Bourroul ML, Rea MF, Botazzo C. *Residentes de pediatria diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes.* *Interface (Botucatu)* 2008;12(27):737-48.
33. Reis MJ, Lopes MHB, Higa R, Turato ER, Chvatal VL, Bedone AJ. *Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual.* *Rev. Saúde Públ.* 2010;44(2):325-31.
34. Schweller M. *O ensino de empatia no curso de graduação em medicina.* Campinas. Tese [Doutorado] – Universidade Estadual de Campinas; 2014 (Doutorado em Clínica Médica)
35. Arratia FA. *Aspectos éticos vulnerados en situaciones de violencia: su importancia en la formación de enfermería.* *Invest Educ Enferm* 2005;23(2):104-16.
36. Florêncio MVL, Ferreira Filha MO, Sá LD. *A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão.* *Rev. Eletr. Enf.* 2007;9(3):847-57 [acesso em 13 ago 2017]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>.
37. Garbin CA, Dias IA, Rovida TA, Garbin AJ. *Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento.* *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(6):1879-90.
38. Gomes R, Pinheiro MF, Silva CO, Junger WL. *The approach to bad treatment against children and teenagers in a public health-care unit.* *Ciênc. Saúde Colet.* 2002;7(2):275-83.
39. Bannwart TH, Brino RE. *Difficulties to identify and report cases of abuse against children and adolescents from the viewpoint of pediatricians.* *Rev. Paul. Pediatr.* 2011;29(2):138-45.
40. Vullimay AP, Sullivan R. *Reporting child abuse: pediatrician's experiences with the child protection system.* *Child Abuse Negl* 2000;24(11):1461-70.
41. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P et al. *Recognizing and responding to child maltreatment.* *Lancet* 2009;373(9658):167-80.
42. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K et al. *Barriers for reporter of child abuse by pediatricians.* *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2005;5(1):103-8.
43. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E. *From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making.* *Pediatrics* 2008;122(3):611-9.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

As autoras participaram igualmente de todas as etapas de desenvolvimento desta pesquisa, incluindo pesquisa bibliográfica, planejamento inicial, seleção e elaboração de instrumentos de coleta de dados, realização da coleta de dados, dos dados coletados, elaboração, revisão e submissão de texto para publicação.

CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não haver conflitos de interesse neste estudo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Medicina UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana
Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte
CEP 44036-900 - Feira de Santana - Bahia
nlacsantos@uefs.br



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.