



Atendimento a vítimas de violência infantojuvenil: sentimentos de profissionais de um centro de atenção psicossocial

Care for children and adolescents victims of violence: feelings of professionals from a psychosocial care center

Atención a las víctimas de violencia infantojuvenil: sentimientos de profesionales de un centro de atención psicossocial

Manoella Souza da Silva¹

Viviane Marten Milbrath¹

Vera Lucia Freitag²

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz¹

Jéssica Stragliotto Bazzan¹

Karine Lemes Maciel¹

1. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

Objetivo: desvelar os sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde, atuantes em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, no cuidado à criança e ao adolescente vítima de violência. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com dez profissionais da equipe multidisciplinar, entre maio e junho de 2017. A interpretação dos dados ocorreu com base na análise temática. **Resultados:** apresentados em dois temas: *O contato com a violência: sentimentos que emergem;* e *Entre a razão e a emoção: o contato com o autor da violência.* Evidenciou-se uma multiplicidade de sentimentos que acometem os profissionais envolvidos no cuidado à criança/adolescente vitimizada. **Conclusão e implicações para a prática:** a partir dos resultados, identifica-se que os profissionais possuem dificuldades na assistência à criança/adolescente vítima de violência, necessitando elaborar estratégias para lidar com a gama de sentimentos que emerge ao realizar esse. Para tanto, acredita-se ser preciso melhorar a atenção na rede de assistência, visando diminuir os níveis de sobrecarga emocional e melhorar a qualidade de vida das vítimas e dos profissionais, em prol da resolutividade dos casos e de um processo de trabalho mais saudável.

Palavras-chave: Violência; Maus-Tratos Infantis; Adolescente; Pessoal de Saúde; Cuidado.

ABSTRACT

Objective: to unveil the feelings experienced by health professionals working at a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (*Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil*) in the care for children and adolescents victims of violence. **Methodology:** qualitative, descriptive and exploratory research, carried out in a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (*Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil*). Data were collected through a semi-structured interview with ten professionals from the multidisciplinary team between May and June 2017. Data interpretation was based on the thematic analysis. **Results:** there were two themes: *Contact with violence: feelings that emerge;* and *Between reason and emotion: contact with the perpetrator of violence.* It was evidenced a multiplicity of feelings that affect the professionals involved in the care for children/adolescents victims. **Conclusion and implications for practice:** from the results, it is identified that professionals have difficulties in caring for children/adolescents victims of violence, with a need to devise strategies to deal with the range of feelings that emerge when performing this. In order to do so, it is believed that it is necessary to improve attention in the care network in order to reduce emotional levels overload and improve quality of life of victims and professionals, in order to solve problems for a healthier working process.

Keywords: Violence; Child Abuse; Adolescent; Health Personnel; Care.

RESUMEN

Objetivo: desvelar los sentimientos vivenciados por los profesionales de salud, actuando en un Centro de Atención Psicossocial Infantojuvenil (*Centro de Atención Psicossocial Infanto-Juvenil*) en el cuidado a niños y adolescentes víctimas de violencia. **Metodología:** pesquisa cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada en un Centro de Atención Psicossocial Infantojuvenil (*Centro de Atención Psicossocial Infanto-Juvenil*). Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista semiestructurada con diez profesionales del equipo multidisciplinario, entre mayo y junio 2017. La interpretación de los datos ocurrió con base en el análisis temático. **Resultados:** se presentaron en dos temas: *El contacto con la violencia: sentimientos que emergem;* y *Entre la razón y la emoción: el contacto con el autor de la violencia.* Se evidenció una multiplicidad de sentimientos que acomete a los profesionales involucrados en el cuidado de niños/adolescentes victimizados. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** a partir de los resultados, se identifican que los profesionales tienen dificultades en la asistencia a los niños/adolescentes víctimas de violencia, necesitando elaborar estrategias para lidiar con la gama de sentimientos que emergem durante su realización. Para ello, es necesario mejorar la atención en la red de asistencia con el fin de disminuir los niveles de sobrecarga emocional y mejorar la calidad de vida de las víctimas y los profesionales, en favor de la resolución de los casos y de un proceso de trabajo más sano.

Palabras clave: Violencia; Maltrato a los Niños; Adolescente; Personal de Salud; Cuidado.

Autor correspondente:

Vera Lucia Freitag.
E-mail: verafreitag@hotmail.com.

Recebido em 21/07/2018.
Aprovado em 26/02/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0215

INTRODUÇÃO

A violência contra a criança e o adolescente é definida como qualquer conduta de ação ou omissão, agressão ou coerção, que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico ou social. Compreende-se que nenhuma forma de violência contra crianças e adolescentes é justificável e que todas podem ser prevenidas. No entanto, esse tipo de problema ainda prevalece em todos os países do mundo, independente de raça, cultura, classe social e nível de escolaridade, caracterizando-se como um grave problema de saúde pública mundial.¹

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2011, foram registrados 39.281 atendimentos, na faixa etária de zero a 19 anos de idade, pelo Sistema Único de Saúde, no que se refere a casos de violência. No Brasil, a faixa etária de maior índice de atendimentos é a de menores de um ano de idade, com 118,9 para 100 mil crianças. A faixa etária dos 15 aos 19 anos conta com 84,6 atendimentos para cada 100 mil adolescentes.² Em 2014, foram registrados 62.645 casos de violência contra crianças e adolescentes. Desses, 5.648 em menores de um ano; 8.546 em crianças de um a quatro anos; 8.212 em crianças de cinco a nove anos; 15.963 em adolescentes de 10 a 14 anos; e 24.276 contra adolescentes de 15 a 19 anos.³

Perante a magnitude das estatísticas e a complexidade de situações de violência, faz-se necessário um olhar ampliado a todo o contexto envolvido, profissionais de saúde, crianças/adolescentes e o núcleo familiar como um todo. Todavia, os profissionais de saúde precisam estar qualificados para o cuidado, a fim de que as ações sejam adequadas e resolutivas, levando em conta toda a rede envolvida nas intervenções práticas, buscando tornar a experiência da violência menos dolorosa e traumática possível para crianças e adolescentes.

Entretanto, a maioria dos profissionais de saúde não se sente capacitada para atender a esses casos, visto que muitos sentimentos estão envolvidos no processo de cuidado às crianças e aos adolescentes vítimas de violência, fato que gera impacto na abordagem dos casos pelos profissionais envolvidos. Além disso, esses profissionais estão expostos a sofrer represálias por parte do autor da violência que, muitas vezes, já tem um histórico de perpetração de violência.⁴ O medo surge como sentimento recorrente nos profissionais envolvidos no cuidado, pela exposição dos mesmos a situações de risco, quando o autor da violência é um membro da família da criança. Porém, alguns profissionais não se calam diante dos casos de violência e confrontam os perigos para ajudar a vítima a sair do ciclo de agressões.⁵

Estudos⁶⁻⁷ têm pautado as questões de violência, em especial as que envolvem a família das crianças e dos adolescentes, no sentido de refletir sobre o mundo-vida dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros. Esse mundo é composto por diversas dimensões que geram um constante estado de atenção e reações que impõem uma gama de sentimentos, tais como revolta, inquietação, tristeza e sensação de impotência, as quais precisam ser internamente manejadas, no transcorrer

de seu atendimento. Contudo, os profissionais relacionam-se com os atores desse contexto, em questões desafiadoras que envolvem o gerenciamento de emoções, muitas vezes sem apoio, sentindo-se afetados em suas habilidades, o que dificulta a proteção à vítima de violência.⁶⁻⁷

Desse modo, os profissionais envolvidos no cuidado às crianças e aos adolescentes expostos à violência precisam conhecer a situação em que vivem essas pessoas e suas famílias para, assim, poderem contribuir com o cuidado, na tentativa de ajudar a melhorar essa condição. Para tanto, é imprescindível um diálogo harmonioso e saudável com vistas ao favorecimento de atitudes e comportamentos sem violência.⁸

Assim, evidencia-se a necessidade de um olhar voltado aos profissionais que atuam nos casos de violência, considerando a carga emocional intensa a que estão submetidos,⁹⁻¹⁰ desenvolvendo sentimentos que os impactam profundamente. É preciso, por parte dos profissionais, o preparo para tratar assuntos de grande complexidade, a fim de que esse cuidado possa abranger o acolhimento à singularidade e ao sofrimento emocional de cada criança e adolescente, no seu contexto de vida e família. Além disso, os profissionais devem estar capacitados para a detecção dos maus-tratos, a notificação e o encaminhamento para as redes de proteção e apoio; de modo a garantir às crianças os seus direitos, um cuidado digno e mais resolutividade.

Dentre os locais que acolhem as crianças vítimas de violência, tem-se o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI) que faz parte da Rede de Atenção à Saúde Mental municipal e atende crianças com diagnóstico de transtorno mental anterior ou posterior à situação de abuso. Essas são encaminhadas pelo CASE, Conselho tutelar, Escolas, Promotoria de Justiça e Unidades Básicas de Saúde.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que compreendem serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que atuam sob uma ótica interdisciplinar. Eles são compostos por uma equipe multiprofissional, realizando, prioritariamente, atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, visando garantir o exercício da cidadania e a inclusão social da família. Essa equipe trabalha em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde.¹¹

Sob essa ótica, o presente estudo tem por objetivo desvelar os sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde atuantes em um CAPSI, no cuidado à criança e ao adolescente vítimas de violência.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, realizada entre os meses de maio e julho do ano de 2017. Os dados foram coletados em um CAPSI situado em uma cidade do sul do estado do Rio Grande do Sul (RS). Esse serviço possui, em média, 200 usuários regulares, sendo que a entrada no CAPSI ocorre por encaminhamento pelo Centro de Atenção à Saúde Escolar (CASE), Conselho tutelar,

Escolas, Promotoria de Justiça, Unidades Básicas de Saúde ou ainda pessoas que chegam ao serviço buscando atendimento sem encaminhamento prévio. Salienta-se que esse serviço faz parte da Rede de Atenção à Saúde Mental do referido município. A aproximação dos pesquisadores com o campo ocorreu durante o estágio curricular final da faculdade de enfermagem de uma das autoras.

Os profissionais atuantes na unidade eram um médico psiquiatra, um clínico geral, um pediatra, dois enfermeiros, um técnico de enfermagem, dois assistentes sociais, cinco psicólogos, um educador físico e dois professores de educação artística. Desses, participaram do estudo dez profissionais, sendo um médico psiquiatra, dois enfermeiros, um assistente social, três psicólogos, um educador físico, um técnico superior em artes e um técnico superior em música. A abordagem desses se deu por contato direto da pesquisadora principal que, mediante aceite verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizou a coleta das informações por meio de uma entrevista semiestruturada.

Como critérios de inclusão foram respeitados: ser profissional que compõe a equipe multiprofissional do serviço; estar atuante no serviço no período da pesquisa; permitir que a entrevista fosse gravada; e concordar em participar da pesquisa, assinando o TCLE, autorizando, assim, a utilização e a publicação dos dados. Foram excluídos os profissionais que estavam em licença saúde ou de férias no período da coleta.

Para responder ao objetivo da pesquisa, utilizou-se a seguinte questão norteadora durante as entrevistas: como você se sente ao cuidar da criança/adolescente vítima de violência? Todas as entrevistas foram gravadas e, após, transcritas na íntegra para a análise. Elas ocorreram individualmente, em uma sala privativa na própria instituição, e tiveram duração média de 30 minutos.

Para delimitar o número de participantes, seguiu-se o critério de saturação de dados¹². Para tanto, primeiramente, transcreveram-se as entrevistas, extraindo os códigos iniciais. Após essa etapa, categorizou-se os códigos pela prevalência e tipo. Então, identificou-se que cada código obteve profundidade e complexidade suficientes para compreensão da questão estudada. Assim, a saturação deve considerar riqueza de dados derivados de cada questão, que contribui para a compreensão, não apenas a presença ou a frequência de um problema¹². Portanto, neste estudo, a saturação foi alcançada com 10 entrevistas, compreendendo-se que os dados forneciam profundidade e complexidade suficientes para entender o fenômeno de interesse.

Para a interpretação dos dados, utilizou-se a análise temática de Braun e Clarke que se constitui em um método para identificar, analisar e relatar padrões (temas), dentro dos dados, organizar e descrever todo o conjunto de dados em detalhes, além de interpretar aspectos do tema de pesquisa. A pesquisa molda-se em seis fases: 1ª fase: familiarizando com seus dados; 2ª fase: gerando códigos iniciais; 3ª fase: buscando por temas; 4ª fase: revisando os temas; 5ª fase: definindo e nomeando temas; 6ª fase: produzindo o relatório¹³.

A seguir, apresenta-se uma tabela exemplificando os passos seguidos na análise:

Texto	Códigos iniciais	Temas intermediários	Tema final
Medo, medo de estar tomando alguma atitude, porque tudo isso implica não só no meu agir [...] implica no que as outras instituições vão fazer e a gente fica com medo de realmente expor a criança, de se expor também. Então, é isso, medo, ansiedade, frustração [...] (P1)	Sentimentos vivenciados	Sentimentos ao cuidar da criança/adolescente vítima de violência	O contato com a violência: sentimentos que emergem
Tem vezes que a gente fica muito irritado, com raiva [...] (P6).	Sentimentos vivenciados	Sentimentos em relação ao agressor	Entre a razão e a emoção: o contato com o autor da violência

Destaca-se que os códigos e temas foram validados por dois pesquisadores.

A pesquisa foi conduzida, respeitando os preceitos éticos definidos pela Resolução nº. 466/12¹⁴ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o Parecer nº 2.014.644 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 67048217.4.0000.5317, em 12 de abril de 2017.

RESULTADOS

Os resultados da análise dos dados, referentes aos sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde no cuidado à criança/adolescente vítima de violência, foram organizados em dois temas: a) *O contato com a violência: sentimentos que emergem*; e b) *Entre a razão e a emoção: o contato com o autor da violência*.

O contato com a violência: sentimentos que emergem

Esse tema remete aos sentimentos dos profissionais perante os casos de violência em relação à criança, ao adolescente e suas famílias. Assim, ao dar voz aos participantes, foi possível

perceber uma multiplicidade de sentimentos que circunda o processo de cuidado por parte dos profissionais diretamente ligados às vítimas de violência. Dentre eles, destaca-se a impotência em relação à resolutividade dos casos de violência, evidenciada nas falas que seguem.

A gente consegue resolver algumas coisas aqui, mas são poucas, então [...] eu me sinto impotente em relação à violência, assim, de todos os tipos [...] esse sentimento [...] é bem forte. [...] porque a gente tem esse conjunto de ferramentas pessoais, de equipe, de rede e tudo, mas a gente não pode esquecer que a gente está lidando com pessoas, com crianças, com adolescentes. [...] tu está ouvindo a mãe falar, "ah eu já pedi proteção, ele já saiu de casa", mas eles estão aqui, ela está me dizendo que ele passou de carro, que foi na escola [...]. Eu me sinto impotente, no sentido de resolutividade, assim [...] (P5).

Eu me sinto impotente, porque realmente a gente não está lá dentro, ele vai voltar para a casa (P8).

Eu me sinto muito mal, porque tu vai tomar uma atitude para ajudar e tu vê que aquilo ali não ajudou em nada, até piorou. [...] eu me sinto impotente, muitas vezes, em não poder ajudar eles, porque, na verdade, eles (se referindo à família) precisam de um tratamento. [...] eu não vou poder estar dentro da casa deles para estar falando, "olha, vamos pensar, vamos ver como a gente vai resolver" (P9).

Outro ponto identificado nas falas foi o medo em relação à exposição da criança e do adolescente, bem como de si mesmo enquanto profissional envolvido no cuidado destes.

Medo, medo de estar tomando alguma atitude, porque tudo isso implica não só no meu agir [...] implica no que as outras instituições vão fazer, e a gente fica com medo de realmente expor a criança, de se expor também, então é isso, medo, ansiedade [...]. Já houve casos em que a gente passa a informação e não se mantém o anonimato de quem fez a denúncia, [...], então, termina algumas situações chegando a conhecimento da família quem fez a denúncia (P1).

[...] saber que tu tem que tomar uma decisão e que aquela decisão vai afetar ela (criança) e, muitas vezes, vai prejudicar [...]. Então, eu tenho muito medo dessas coisas de envolver conselho tutelar, e encaminhar para outros serviços é preocupante, porque eu não sei como é essa coisa do cuidado (referindo-se às instituições de abrigo) [...]. Às vezes, as decisões que tu toma de acionar conselho e procurar uma melhor solução, [...]

são coisas que não vão ajudar em nada e até prejudicar [...] (P9).

Outro ponto destacado pelos profissionais se refere à sua preocupação com as consequências da violência na vida da criança e do adolescente.

[...] dependendo do tipo de sintomatologia que a criança e o adolescente têm, a agressão pode agravar o quadro. [...] a agressão não ajuda ninguém, muito menos aquele que apanha e também não ajuda aquele que bate, porque ele não vai se sentir melhor porque bateu na criança. A criança não vai melhorar, não vai resolver os problemas [...] batendo neles (P3).

A frustração, perante o desfecho dos casos após a identificação e atuação da equipe, aparece como sentimento apontado pelos participantes.

Frustração em alguns momentos, porque as coisas, às vezes, não vão como a gente quer, não têm o desfecho que a gente espera (P1).

Frustração, às vezes, a gente vê como é difícil mudar, pois têm pequenas violências, se posso dizer esse termo, que acontecem dentro da família, aquela agressão, aquele puxão de orelha, que, às vezes, a gente tenta falar com o pai, tenta falar com a mãe, mas é difícil de mudar isso (P2).

Além disso, os profissionais também referiram sentir sobrecarga emocional por lidarem diariamente com situações de violência contra a criança e o adolescente.

A gente tem que lidar e tentar fazer o melhor possível, mas é uma sobrecarga bem pesada, assim, trabalhar com crianças e adolescentes vítimas de violência (P2).

Às vezes, a gente chora, eu choro, assim, às vezes, o dia desse menino mesmo eu fui para o banheiro chorar [...]. Teve uma situação da criança chegar, estava bem agitada, assim, ela chegou perto de mim, estava aquela marquinha na camiseta, um pouquinho da marca e aí eu suspeitei. Eu pedi para eles irem para uma sala, pedi para examinar ele e pedi para ele tirar a camisinha e tal, com a concordância da mãe, e ele estava todo marcado, assim, as costas, nos flancos, pernas, perto das nádegas, na coxa, estava todo marcado (P5).

As falas remetem à sobrecarga emocional do profissional ao lidar com os casos de violência infantil, tendo em vista a dificuldade de manejo da criança e do adolescente e da famí-

lia, bem como a preocupação em oferecer cuidado integral que garanta a segurança e o bem-estar da criança e do adolescente, retirando a vítima do ciclo violento. Alguns entrevistados relataram sentirem-se revoltados e, por vezes, abismados, perante as situações de violência, pois consideram a violência contra a criança e o adolescente algo inaceitável, principalmente quando cometidos por membros da família.

Saber que uma criança, que um usuário nosso apanha, muitas vezes, porque é doente. É muito complicado a gente ouvir, ou crianças que são doentes porque apanham, de tanto que apanham, é muito difícil de ouvir [...]. Eu tenho uma revolta muito grande (P4).

Além da revolta ao se depararem com casos de violência contra a criança e o adolescente, percebe-se que alguns tipos de violência acentuam esse sentimento, pois mobilizam questões pessoais que remetem ao juízo de valor perante as vivências do ser humano, como expressado nas seguintes falas:

Eu lido melhor com questões de violência física do que violência sexual, mas é uma coisa, assim, que me choca bastante. Eu acho bem difícil, não é uma coisa fácil assim de trabalhar, os relatos são bem marcantes, são questões de agressões, muito de vivência dessas crianças, assim, que me impressionam bastante. [...] a violência física ela é difícil também, mas para mim já é mais fácil de lidar, de abordar, de falar do que a violência sexual (P2).

[...] a gente tem dificuldade em entender porque que faz, principalmente o abuso sexual, eu acho que dos piores é o pior, sabe? Dos piores dos tipos de violência para mim, é o mais difícil de trabalhar (P5).

É, acho que depende do tipo de violência, algumas deixam a gente mais irritada (P6).

Percebe-se que independente do tipo de violência sofrida pela criança ou pelo adolescente, os profissionais sentem-se sobrecarregados ao prestar o cuidado, uma vez que se percebem impotentes e frustrados devido à falta de resolutividade da maioria das ações adotadas.

Entre a razão e a emoção: o contato com o autor da violência

Esse tema buscou trazer os relatos que refletiram os sentimentos dos profissionais, em relação ao autor da violência. Identificou-se que a maioria dos participantes relatou sentimentos de raiva e incompreensão. Porém, os mesmos percebem que não podem deixar esses sentimentos interferirem no atendimento à criança, ao adolescente e à sua família.

Às vezes, é inevitável tu sentir raiva [...], alguns momentos a gente fica assim, não sei se é sentimento, mas é incompreensão daquela pessoa (P1).

Têm vezes que a gente fica muito irritado, com raiva [...]. (P6).

Ah, é complicado assim, porque [...] tu não concorda com a ação deles e até entende o que tem por trás, toda uma realidade, mas a gente não fica simpático a essas pessoas. Eu procuro entender porque que levou. Está bem, esse é o contexto que fez o que ela fez, mas tu não fica simpático com a pessoa por ela ter feito isso. Então, eu não fico solidário com a pessoa [...]. (P8).

O abusador já é mais complicado, tu estás ali na frente do abusador e ele vai negar a vida toda, o abusador nunca é, ele é o perfeito, ele não sabe de nada, ele não viu nada. Então, assim, têm horas que eu acho que tenho vontade de saltar, mas não podemos, porque ele vai responder por isso tudo perante a justiça (P10).

As falas remetem a sentimentos negativos em relação ao autor da violência, considerando a incompreensão dos profissionais quanto aos atos de violência física e psicológica aos quais as vítimas são submetidas. Apesar disso, os entrevistados entendem que os seus sentimentos não podem interferir no atendimento a esses casos, pois a partir do momento em que o emocional começa a agir, 'a razão perde espaço', prejudicando a assistência adequada às vítimas e suas famílias, conforme as falas a seguir:

[...] a gente não pode demonstrar muito isso, porque sabe que o familiar vai se fechar de uma forma que a gente nunca vai conseguir ouvir deles a informação que precisa. [...] a gente tenta não transparecer e tenta ouvir de uma forma que a gente não demonstre o espanto e a repulsa que isso nos causa [...]. Então, a gente tem que tentar transparecer uma serenidade e relatar isso e transcrever no prontuário deles sem o nosso juízo de valor, tentar transcrever o fato sem interpretar (P4).

A gente faz o manejo, a gente tenta lidar com aquilo, ajudar a família no enfrentamento e tenta, porque olha só [...] eu vou auxiliar ela no enfrentamento de uma violência que ela está cometendo [...]. Eu não posso simplesmente julgar ela e dizer que ela é culpada e deu está resolvido o problema [...] Não sou Deus, que desceu na terra e faço justiça. Então, eu acho que a gente precisa ser imparcial, às vezes, precisamos até nos distanciar de alguns juízos de valores (P5).

[...] ninguém gosta de ver as misérias do mundo, mas naquele momento o mecanismo psíquico, assim, dá para desligar, porque se eu entrar, "ah o pai bateu na criança é um monstro", me sentir mal, revoltado, irritado ou com pena não dá, o atendimento não vai funcionar [...]. Tento não fazer juízo de valor assim, depois é outra coisa, depois eu posso ter a minha revolta, mas naquele momento eu acho que eu consigo separar (P7).

Nesse contexto, surge a incompreensão quanto à violência contra a criança e o adolescente, tendo em vista que, na maioria dos casos vivenciados dentro do serviço, a violência parte de algum membro da família.

Mais é incompreensão daquela pessoa (autor de violência). Porque essa pessoa faz isso, sabe? Tu não acha uma resposta (P1).

Por mais que a criança e o adolescente tenham feito algo de errado, nada justifica ele ser agredido em função do erro. Ai, no momento que eu vejo uma agressão, a agressão, geralmente, ela é uma reação a algo que aconteceu, e aí tu já não tem um, tu tem dois erros, uma agressão leva a outra, que leva a outra, e aí se torna uma bola de neve (P3).

Porque tudo que as crianças têm é correr para a mãe, é correr para o pai. Se não puder correr para eles, vão correr para quem? (P4).

Os discursos remetem à falta de compreensão dos entrevistados acerca da violência intrafamiliar, principalmente quando as violências partem de um membro com grande grau de proximidade à criança e ao adolescente, como a mãe e o pai. Assim, os profissionais não conseguem assimilar os motivos que possam levar à violência, considerando inaceitável tal situação, uma vez que, culturalmente, espera-se que os pais protejam seus filhos.

Grande parte dos profissionais entrevistados referiu não se permitir formar julgamentos em relação ao autor de violência, apesar de esse contato remeter a sentimentos, como a raiva e a incompreensão, consideram que julgar somente atrapalha a assistência prestada às crianças, aos adolescentes e às suas famílias. Em contrapartida, um dos entrevistados referiu sentir pena dos autores da violência, pois considera que a família se sobrecarrega com as questões de vulnerabilidade econômica e social, não possuindo, por vezes, entendimento do mal que causam às vítimas.

[...] eu sinto muita pena dessas pessoas, porque eles não sabem, eles não têm noção do que eles estão fazendo. São pessoas muito vulneráveis e também têm problemas que precisam ser resolvidos. Então, o meu sentimento por eles é um sentimento de pena, porque eles tão per-

doendo uma parte boa da vida deles [...] transformando tudo em um caos, eles não têm noção do mal que eles fazem às pessoas (P9).

Nessa fala, observa-se que o participante compreende a violência como parte de um contexto de adversidade, no qual a família sofre altos níveis de sobrecarga no cuidado à criança e ao adolescente, tendo condições limitadas para tanto.

DISCUSSÃO

O sentimento de impotência que acomete os profissionais relaciona-se, em grande parte, à falta de resolução dos casos, considerando que, após a identificação da violência, a criança e o adolescente retornam ao ambiente em que ela ocorre. Dessa forma, é possível intervir, significativamente, no ambiente familiar e social das vítimas. Os profissionais se sentem, muitas vezes, impotentes diante da precariedade da rede de saúde no âmbito do SUS, devido à demora dos encaminhamentos e à abordagem não efetiva dos órgãos de proteção à criança e ao adolescente, perante os casos de violência contra essa população.¹⁵

Para o estudo⁸, existem também dificuldades relacionadas à falta de articulação da rede de proteção e assistência infanto-juvenil. Essa sensação remete ainda à incapacidade do profissional em cessar completamente a dor das vítimas, porém, não somente a dor física, mas também aquela que ultrapassa os limites físicos do corpo e atinge a essência do ser humano.⁶ Os profissionais que experienciam essa sensação de impotência acabam por subestimar seus conhecimentos e sua competência em atuar diante dos casos, fato que pode prejudicar no cuidado prestado.¹⁶

Nesse ponto, é difícil os profissionais encontrarem resultados significativos para que se sintam realmente ajudando a criança e o adolescente a superarem as sequelas deixadas pela violência. Soma-se a isso a sensação de impunidade do agressor diante dos casos, fato que faz com que os profissionais não consigam entender sua assistência como efetiva.⁵ Complementarmente, as barreiras jurídicas do país acentuam esse sentimento, visto que, muitas vezes, as crianças e os adolescentes, vítimas de violência, retornam ao ambiente em que ocorreu a violência, sem que haja responsabilização do autor da violência.¹⁷

Os profissionais também receiam que suas ações possam impactar de forma negativa no cotidiano dessas crianças e desses adolescentes, considerando que a notificação pode aumentar a exposição da criança e do adolescente às situações de risco, quando o autor da violência é um membro da sua família e, por vezes, reside no mesmo local que a vítima.⁵ Portanto, a notificação, muitas vezes, não resulta positivamente para o bem-estar das crianças e dos adolescentes⁵, pois eles retornam ao ambiente em que ocorre a violência e, assim, podem sofrer algum tipo de repressão por parte da família, após ter exposto as situações de violência aos profissionais do serviço.

Para outro estudo¹⁸, o medo e a insegurança dos profissio-

nais também estão relacionados à falta de sigilo do Conselho Tutelar que, por vezes, expõe o denunciante à família, deixando-o suscetível a sofrer algum tipo de repressão. Dessa forma, o fluxo não sigiloso da notificação provoca medo a quem a realiza, expondo as vítimas e também os profissionais que estão em contato com o caso.

Nesse sentido, entende-se que os sentimentos de impotência, frustração, medo, desamparo e insegurança dos profissionais de saúde fazem parte de um contexto que, muitas vezes, vai além de suas possibilidades. Contudo, faz-se necessário que os profissionais mantenham o compromisso ético, estabelecendo relações de cuidado com a vítima e a família no sentido de co-operação, em especial com o cuidador principal da criança ou do adolescente.

Outro ponto destacado nas entrevistas relaciona-se com a compreensão que os profissionais possuem acerca das consequências que a violência traz para a vida da criança e do adolescente. Esta relaciona-se à prevalência de transtornos mentais graves decorrentes da violência infantil. Estudo¹⁹ relaciona a violência infantil com o surgimento de doenças psíquicas. Assim, a violência contra a criança e o adolescente é um importante fator de risco para o surgimento e o agravamento de transtornos mentais.²⁰ Nesse contexto, é necessário que os envolvidos recebam suporte de uma rede interdisciplinar que possibilite condições de prevenção e ajustamento psicossocial e cultural dentro do contexto familiar, fortalecendo as relações entre os membros da família e conscientizando sobre as formas de educar, sem que haja diferenciação de adulto para criança, no que se refere à força física.²¹

As falas evidenciam ainda o sentimento de frustração dos entrevistados diante da falta de resolutividade das suas ações nas situações de violência, considerando a dificuldade em promover mudanças nos hábitos culturais e sociais das famílias das crianças vitimizadas, fato que impossibilita sua atuação efetiva perante os casos. Sob essa ótica, cabe ao profissional de saúde não somente cuidar das consequências que a violência traz para a criança e o adolescente, mas também seu papel ético e profissional perante a proteção das vítimas e suas famílias. Portanto, o enfoque não é buscar culpados na situação, mas, sim, buscar alternativas para a resolutividade dos casos.

O atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência gera sobrecarga emocional para o profissional, pois ele precisa lidar com esses casos, não estigmatizando os envolvidos, mesmo revoltando-se com as situações experienciadas. O trabalho em saúde é considerado, por sua complexidade, um fator acentuado para o aparecimento de sobrecarga emocional nos profissionais de saúde, tendo em vista o seu censo de responsabilidade com o bem-estar das crianças e dos adolescentes que, apesar de os satisfazerem, também os sobrecarregam, gerando estresse nos profissionais.⁷

Neste estudo, os profissionais ressaltaram a dificuldade maior em lidar com certos tipos de violência, como a sexual. Esta pode estar relacionada à revolta e incompreensão que as situações de violência sexual causam. Tal sentimento acentua-

-se quando se trata de violência desferida contra crianças e adolescentes, uma vez que são indivíduos que não possuem o poder de se defender diante da condição que lhes é imposta. Alguns profissionais sofrem mais ao se depararem com casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, pois se veem em meio a conflitos culturais e éticos, considerando a obscuridade que permeia a violação de todos os direitos das vítimas, nesses casos, especialmente, o direito sobre o próprio corpo.²² Assim, ao se confrontarem com a violência sexual infanto-juvenil, os profissionais não conseguem lidar com a complexidade que os casos exigem, visto que englobam questões morais e culturais que, se não forem trabalhadas, podem dificultar o cuidado às vítimas e às famílias.²³

Estudos⁶⁻¹⁸ referem que cuidar de crianças e adolescentes vítimas de violência gera, nos profissionais de saúde, uma variedade de sentimentos negativos, tendo em vista a complexidade dos casos e a vulnerabilidade emocional das vítimas. Assim, muitos profissionais têm dificuldade de manejar os próprios sentimentos, o que resulta em sobrecarga emocional.⁶⁻¹⁸ Complementarmente, acredita-se que essa sobrecarga possa comprometer o cuidado às vítimas no contexto do CAPSI, prejudicando a assistência às crianças ou aos adolescentes e às suas famílias, causando danos à saúde dos profissionais que são submetidos ao atendimento dessa demanda de expressiva complexidade.

O fato de a família estar envolvida no cuidado e, muitas vezes, partir dela a violência, exige dos profissionais a capacidade de lidar com sua incompreensão e seu julgamento, prestando, assim, uma assistência integral para a vítima e a sua família, o que pode acentuar os níveis de estresse e de sobrecarga emocional.²² A incompreensão, o julgamento e a sobrecarga são desafios que os profissionais enfrentam. Assim, compreende-se que além do preparo técnico/científico que o profissional necessita, é fundamental também a educação continuada e o acompanhamento psicológico para atender a esses casos complexos, favorecendo a elaboração de estratégias de cuidado mais efetivas.

O julgamento aos autores de violência é um dos principais obstáculos para o atendimento de vítimas de violência infantil, tendo em vista a incapacidade dos profissionais em se despirem de seus preconceitos.⁶ Portanto, os profissionais de saúde precisam estar capacitados para atuar com as famílias, visando diminuir os níveis de sobrecarga dos cuidadores e, consequentemente, auxiliando na manutenção da qualidade de vida das crianças e dos adolescentes, bem como de seu ciclo familiar.²⁴

Ainda, pode-se observar, nas entrevistas, o sentimento de pena que os profissionais possuem das famílias em que ocorrem os casos de violência. Eles compreendem que essas situações, muitas vezes, são geradas por uma condição de vulnerabilidade socioeconômica onde os agressores não compreendem a dimensão dos impactos negativos gerados pela violência, tanto para as crianças e os adolescentes quanto para si próprios.

Nessas situações de violência, os profissionais de saúde precisam elaborar estratégias de atuação com vistas a compreender a história de vida das pessoas que assistem, bem como de suas redes sociais e familiares, e as vulnerabilidades

relacionadas a cada caso. Dessa forma, é necessário constituir espaços de reflexão sobre a prática, com base nas situações vivenciadas, proporcionando a atuação multiprofissional com decisões compartilhadas e trabalho em rede.²⁵

Ademais, estudo aponta o estabelecimento do vínculo como estratégia imprescindível para proporcionar uma assistência mais adequada às necessidades das crianças e dos adolescentes e de suas famílias, uma vez que este favorece uma ligação mais humana e singular.⁸

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Considerando o objetivo proposto, a pesquisa desvelou vários fatores que podem interferir diretamente na qualidade do cuidado prestado, identificando os sentimentos que emergem nos profissionais de saúde ao prestarem atendimento às crianças vítimas de violência, dentre eles, impotência, medo, frustração, revolta e raiva. Além disso, evidenciou-se também a sobrecarga emocional a que são expostos devido aos conflitos éticos, culturais e legais. No entanto, revelaram-se também sentimentos positivos e de satisfação profissional e pessoal, em que os profissionais percebem-se como promotores de mudanças na vida das crianças e dos adolescentes e suas famílias.

Como implicações para a prática, pode-se considerar que este estudo aponta para a necessidade de elaboração de estratégias que qualifiquem os profissionais para o enfrentamento de dificuldades na assistência às vítimas de violência e suas famílias. Em especial, para o enfermeiro, que, assim como os outros profissionais da saúde, possui uma importante função na prevenção, notificação e enfrentamento dos casos. Nesse contexto, é preciso ampliar o investimento em ações que favoreçam a prevenção e o reconhecimento da violência infanto-juvenil, sobretudo, a partir de estratégias articuladas em rede, entre os setores de saúde e de educação. Soma-se a necessidade da inserção da temática, tanto no processo de educação continuada quanto na formação acadêmica, a partir da inclusão da temática nos currículos mínimos de graduação.

Evidenciou-se, ainda, nesta pesquisa, a falta de respaldo legal aos profissionais pelos órgãos de proteção, bem como a desarticulação da rede de atenção à criança e ao adolescente vítima de violência, fatos que se apresentam como obstáculos no cuidado integral a esses indivíduos. Assim, a multiplicidade de sentimentos produzidos pelos profissionais diante das situações expostas vem à tona, dificultando seu processo de trabalho e aporte emocional.

O estudo apresenta limitações no que tange às peculiaridades regionais, visto que representa uma específica realidade, abrangendo apenas um serviço de saúde. Acredita-se que mais pesquisas com profissionais que atuam em outros serviços da rede, tais como o conselho tutelar, serviços de assistência social e escolas, possam contribuir para ampliar a visibilidade acerca

da temática, apontando para possíveis articulações na rede de assistência infanto-juvenil.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano, R eds.; Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: WHO; 2002.
2. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos; 2015.
3. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Informações de Saúde. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências - Brasil. Frequência por faixa etária segundo UF notificação, período 2014 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 Nov 22]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>
4. Souza RG, Santos DV. Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 Jul/Sep; [cited Nov 15]; 23(2):783-800. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000300007>
5. Aragão AS, Ferrari MGC, Vendruscollo TS, Souza SL, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2013 Jan/Feb; [cited Oct 20]; 21(no. esp):172-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700022&script=sci_arttext&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700022>
6. Angelo M, Prado SI, Cruz AC, Ribeiro MO. Nurses' experiences caring for child victims of domestic violence: a phenomenological analysis. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Jul/Sep; [cited 2017 Nov 10]; 22(3):585-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300003&script=sci_arttext&tlng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300003>
7. Taylor J, Smith P, Taylor J. A hermeneutic phenomenological study exploring the experience health practitioners have when working with families to safeguard children and the invisibility of the emotions work involved. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017 Feb; [cited Nov 20]; 26(3-4):557-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27487468>. DOI: 10.1111/jocn.13486
8. Freitas RJM, Moura NA, Monteiro ARM. Violence against children/adolescents in psychic suffering and nursing care: reflections of social phenomenology. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 Apr; [cited Oct 28]; 37(1):e52887. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100702. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.52887>
9. Apostólico MR, Hino P, Egry EY. Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 Apr; [cited 2017 Nov 2]; 47(2):320-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200007>
10. Salomão PR, Wegner W, Canabarro ST. Children and teenagers living in orphanages victims of violence: dilemmas and nursing perspectives. *Rev Rene* [Internet]. 2014 May/Jul; [cited Nov 10]; 15(3):391-401. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3184/0>. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000300003
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

12. Hennink MM, Kaiser BK, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qual Health Res* [Internet]. 2017; [cited 2018 Dec 8]; 27(4):591-608. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1049732316665344?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2009;3(2):77-101. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
15. Maia JN, Ferrari RAP, Gabani FL, Tacla MTGM, Reis TB, Fernandes MLC. Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. *Rev Rene* [Internet]. 2016 Sep/Oct; [cited Nov 10]; 17(5):593-601. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/6179>. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000500003
16. Valera IMA, Almeida EC, Baldissera VDA, Jaques AE, Bueno SMV. Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2015 Jul/Sep; [cited Oct 23]; 17(3):103-11. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/14142>. DOI:<https://doi.org/10.21722/rbps.v17i3.14142>
17. Amaral LVOQ, Gomes AMA, Figueiredo SV, Gomes ILV. The meaning of care for child victims of violence from the perspective of health professionals. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 Dec; [cited Nov 3]; 34(4):146-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400019>
18. Oliveira SM, Fatha LCP, Rosa VL, Ferreira CD, Gomes GC, Xavier DM. Reporting of violence against children and adolescents: action of nurses in basic health units. *Rev Enferm UFRJ* [Internet]. 2013 Dec; [cited 2017 Nov 10]; 21(no.espe1):594-9. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a06.pdf>
19. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalence of mental disorders among children and adolescents and associated factors: a systematic review. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2014 Oct/Dec; [cited 2017 Oct 25]; 63(4):360-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400360. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000046>
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
21. Silva RS, Gonçalves MA. A ocorrência de Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes Abusados Sexualmente. *Uniciências* [Internet]. 2015; [cited 2017 Nov 9]; 19(1):72-8. Available from: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/uniciencias/article/view/3158>. DOI:<http://dx.doi.org/10.17921/1415-5141.2015v19n1p%25p>
22. Santana RP, Santana JS. Violence against children and adolescents as perceived by health personnel. *Rev Enferm UFRJ* [Internet]. 2016; [cited 2017 Nov 10]; 24(4):e7070. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v24n4/v24n4a06.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.7070>
23. Schek, G, Silva, MR. SD, Lacharité C, Cêzar-Vaz MR, Bueno MEN, Ventura J. Professional practices that silence domestic violence against children and adolescents. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, [Internet]. 2018 [cited 2019 Abr 02];27(1) e1680016: 1-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/en_0104-0707-tce-27-01-e1680016.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001680016>.
24. Buriola AA, Vicente JB, Zurita RCM, Marcon SS. Overload of caregivers of children or adolescents suffering from mental disorder in the city of Maringá, Paraná. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 Apr/Jun; [cited 2017 Nov 15]; 20(2):344-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0344.pdf>. DOI: 10.5935/1414-8145.20160047
25. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc* [Internet]. 2014; [cited 2014 Dec 5]; 23(3):814-27. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2014.v23n3/814-827/pt>