

A invisibilidade da violência psicológica pelos profissionais de saúde

The invisibility of psychological violence by health professionals

Tatiane Britto da Silveira¹, Adriane Maria Netto de Oliveira¹, Simone Algeri², Lulie Rosane Odeh Susin¹, Ana Luiza Muccillo Baisch¹, Leticia Amico Marques¹, Priscila Arruda da Silva¹

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.122818>

Resumo:

Introdução: A violência intrafamiliar é um problema social e de saúde pública e, atualmente, tem seus índices aumentados. Encontra-se presente em todas as classes sociais, étnicas ou grau de escolaridade.

Objetivo: Identificar as ações utilizadas pelos profissionais de saúde que trabalham nas Unidades Básicas Saúde da Família (UBSFs) para reconhecer os casos de violência psicológica contra a criança.

Método: Este trabalho é uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Foi utilizada a análise de conteúdo temática dos dados. Realizou-se entrevistas com 24 profissionais que trabalham em UBSFs, em um município do sul do Brasil.

Resultados: Observou-se que os sintomas físicos são priorizados e ocorre a subestimação da saúde mental, principalmente da violência psicológica.

Conclusões: Identificou-se que os profissionais das UBSFs não conseguem intervir de maneira eficaz, devido a dificuldade na identificação dos casos de violência intrafamiliar e da ausência de capacitação para atuar nos casos de violência contra a criança.

Palavras-chave: violência, saúde mental, criança, políticas públicas de saúde.

INTRODUÇÃO

A violência contra a criança é preocupante, uma vez que existem dados alarmantes em relação ao aumento da sua incidência. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) indicam que, no mundo, 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos abaixo de 18 anos sofreram abuso sexual em 2002¹.

No Brasil, a Secretaria de Direitos Humanos constatou que, no primeiro semestre de 2014 houve 54.931 casos de violência contra a criança. Estudo realizado em uma cidade no sul do Brasil², demonstra que as faixas etárias mais atingidas ficam entre 5 a 9 anos de idade, com 5.695 casos (33,5%), entre 10 a 14 anos, com 4.840 casos (28,5%), seguidas por crianças de 1 a 4 anos, com 18,1%. Observa-se que fatores externos estão associados as situações de violência, tais como, o uso de álcool e/ou outras drogas, famílias enfrentando situações de vulnerabilidade e, pais e/ou cuidadores que consideram a punição física como método de disciplina³.

A OMS reconhece que a violência vem crescendo assustadoramente no mundo e, as mulheres e crianças são as principais vítimas^{4,5}. Podemos definir violência como o uso intencional da força física ou a relação de poder, de forma concreta ou por meio de ameaças, podendo ser realizada contra si próprio, contra outra pessoa ou, contra um grupo ou comunidade, resultando em lesão, dano psicológico, problemas no desenvolvimento, privação de liberdade ou morte⁶.

A violência contra criança pode ser caracterizada como doméstica e/ou intrafamiliar. A primeira inclui os familiares e demais integrantes do convívio cotidiano no ambiente familiar sem que, obrigatoriamente existam laços consanguíneos e exerçam funções parentais. O agressor pode ser também empregados ou pessoas que visitem esporadicamente a vítima⁷. A segunda é compreendida como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de algum membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum familiar ou pessoas que passam a assumir a função pa-

1 Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rua General Osório, s/n – Centro – Rio Grande/RS. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

2 Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGS). Rua São Manoel, 963- Santa Cecília - Porto Alegre/ RS. Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil.

Corresponding author: Tatiane Britto da Silveira. - taty.psyco30@gmail.com

Suggested citation: Silveira TB, Oliveira AMN, Algeri S, Susin LRO, Baisch ALM, Marques LA, et al. The invisibility of psychological violence by health professionals. *J Hum Growth Dev.* 2016; 26(3): 345-351. Doi <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.122818>

Manuscript submitted: 04 Jun 2016, accepted for publication 14 Jul 2016.

rental e que tenham uma relação de poder com o outro⁸.

Geralmente, a violência ocorre no espaço intrafamiliar e, na maioria das vezes, se configura em um segredo familiar. Os segredos podem ocorrer a partir de fatos reais ocultados por vergonha, culpa ou fantasias, os quais se mantêm implícitos. Esses se manifestam de forma consciente ou inconsciente, são partilhados com os membros da família e transmitidos entre as gerações, confundindo-se, às vezes, com o mito familiar, sendo este último, o conjunto de crenças compartilhadas nesse grupo social^{9,10}.

Devido ao enraizamento em diferentes culturas, é consenso na literatura, que a violência tem múltiplas causas, o que exige intervenções multidisciplinares, o funcionamento adequado e eficaz da rede de suporte social, a fim de atender as necessidades das famílias que vivenciam tal problema. Em função disso é importante conhecer os diversos fatores que influenciam no agravamento da violência, entre eles, destacam-se, o histórico de violência na família, a vitimização prévia, cinco ou mais gestações e problemas com alcoolismo e/ou outras drogas.

Entretanto, características culturais, familiares e de gênero, tais como valorização do casamento e da independência econômica, parecem mediar às associações das características sociodemográficas, como: idade, escolaridade e cor da pele, com os eventos de violência entre o casal¹¹.

É perceptível que a proporção de casos de violência cresce a cada dia e, quando uma pessoa sofre algum tipo de violência, ao chegar nos serviços de saúde apresentando sintomas decorrentes da mesma, não recebe dos profissionais, o atendimento adequado, possivelmente porque estes estão despreparados para manejarem com tal situação¹².

Diante da dificuldade dos profissionais em reconhecer a violência psicológica, o que leva a manutenção da mesma e o não rompimento deste ciclo, o objetivo é identificar as ações utilizadas pelos profissionais de saúde que trabalham nas Unidades Básicas Saúde da Família (UBSFs) para reconhecer os casos de violência psicológica contra a criança.

■ MÉTODO

Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo. Este tipo de pesquisa prioriza o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde e facilita a compreensão das relações com maior profundidade, dos processos e dos fenômenos que não podem ser traduzidos por meio da sua redução à operacionalização de hipóteses e variáveis.

Participantes e local da pesquisa

A pesquisa foi realizada nas UBSFs de uma cidade do sul do Brasil, escolhidas em função da sua localização, ou seja, em territórios com maior índice de famílias em situação de vulnerabilidade e violência, os quais foram por meio do mapa da violência publicado no jornal local.

Foram entrevistados 24 profissionais. Para este artigo utilizou-se as falas de sete (7) profissionais, sendo

um (1) Agente Comunitário de Saúde, dois (2) Enfermeiros, dois (2) Médicos e dois (2) Técnicos de Enfermagem. A utilização de um número menor de participantes se deu em função da extensão do artigo e limitação do número de palavras para publicação.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada, contendo questões norteadoras referentes à violência intrafamiliar contra a criança e a conduta dos profissionais frente a esta problemática.

A duração foi em torno de 20 minutos com cada participante, apresentando algumas variações, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, sendo que obtivemos entrevista de 5 minutos e outra de 30 minutos. Estas foram gravadas, mediante autorização e, posteriormente transcritas.

Análise de dados

Os dados foram analisados por meio da análise de temática de conteúdo. Essa foi realizada em três etapas, a primeira, pré-análise: na qual foram organizados os discursos dos profissionais; a segunda etapa consistiu na exploração do material, quando os dados foram agrupados por semelhanças e diferenças, após várias leituras dos mesmos; e, por último, foi realizado o tratamento dos dados que buscou a interpretação dos significados atribuídos às falas, pelos participantes, a partir da revisão de literatura referente ao tema do estudo.

Da análise emergiram duas categorias, mas, a fim de aprofundar a interpretação dos dados, neste artigo, utilizou-se a seguinte: *priorização dos cuidados físicos e subestimação da saúde mental*.

Aspectos éticos

Foram respeitados os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os profissionais receberam informações sobre os objetivos e metodologia da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), por meio do parecer de nº 47/2015.

Os participantes foram identificados pela primeira letra da sua profissão, seguida pelo número da entrevista, conforme a sequência por área profissional.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Priorização dos cuidados físicos e subestimação da saúde mental

Neste estudo foi possível identificar a priorização da detecção e cuidados referentes aos sinais e sintomas físicos, no entanto, fica evidente a negligência relativa à saúde psíquica. Os profissionais de saúde focam sua atuação nas patologias possíveis de serem examinadas e visualizadas. Os discentes quando passam a atuar como profissionais não se sentem suficientemente preparados para abordar os aspectos psicológicos do indivíduo, pois estes

são mais difíceis de serem diagnosticados, uma vez que não existem avaliações capazes de mensurar diretamente tais problemas, diferente do que acontece com as evidências clínicas^{1,13}.

Na saúde mental, percebe-se que algumas condutas dos profissionais, necessárias para um atendimento efetivo, tais como acolhimento, empatia e suporte, ainda são precárias em sua execução. A recuperação da saúde mental, onde se inclui a Violência Psicológica, caminha a passos lentos, sem amparo e respaldo por parte dos governantes, tendo em vista que o gestor das UBSFs é municipal e, compete a ele, estimular e supervisionar as capacitações se estão sendo realizadas ou não, e quais os temas abordados na educação permanente para os profissionais lotados nestes locais.

Sendo esta pesquisa voltada para a violência contra a criança é evidente que a atenção à saúde mental infanto-juvenil é reconhecida como um grave problema de saúde pública integrante das ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o movimento da Reforma Sanitária, sedimentada com a construção do SUS, e o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e responsabilidades pela promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, foi redefinida a posição do Estado em relação à assistência e à elaboração de políticas públicas voltadas a tal população¹⁴.

Em função disso, é possível perceber que o governo federal se preocupa em garantir a saúde mental das crianças. A seguir identifica-se que é preconizada a saúde integral da criança, não havendo fragmentação entre os aspectos físicos e psicológicos:

Não há produção de saúde sem produção de saúde mental. Logo, é preciso levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos, por exemplo), não será possível tratar sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo. Muitos sintomas físicos têm origem em situações de sofrimento psíquico de origens diversas (na relação com instituições, com a família e consigo mesmo, entre outras)¹⁵.

A partir dessa nova visão, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), constituído por equipe interdisciplinar que realiza, prioritariamente, atendimento às crianças com sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais graves e persistentes, entre eles, psicoses, transtornos de humor, transtornos somatoformes e transtornos dissociativos, os quais são psicopatologias que, na maioria das vezes, impossibilitam ou dificultam o estabelecimento de relações sociais saudáveis e a construção de projetos de vida, bem como, a criação de vínculo, devido a tendência ao isolamento social.

O CAPSi atua de forma territorial, tanto nas situações de crise, como nas ações de reabilitação psicossocial. Embora seja referência em saúde mental para a criança e adolescente, geralmente, os profissionais das UBSFs encontram dificuldade em fazer o encaminhamento para este

dispositivo, no município em que foi realizado o presente estudo, seja pela demanda excessiva nesse local ou pelo desconhecimento do funcionamento da rede de apoio em saúde. Se estes obstáculos fossem superados, provavelmente, o CAPSi e a UBSF realizariam um trabalho conjunto, prestando o cuidado integral a criança e a família.

Embora tenha passado 25 anos do sancionamento do ECA, caminhamos vagarosamente frente a saúde mental e, quando se une os dois contextos, criança e violência, torna-se ainda mais difícil os avanços nesta área. O medo representa um dos fatores de maior influência nos casos negligenciados de violência. Tendo em vista que este sentimento interfere na tomada de decisões frente aos casos de violência intrafamiliar, seja pelo receio da família, da comunidade ou do profissional em fazer um diagnóstico errôneo. Fato que é possível explicar pela falta de conhecimento e de respaldo acerca do tema.

Estudo realizado na cidade de Fortaleza/CE¹⁶, em UBSFs, apresentou percentual significativo de profissionais que se depararam com casos de violência contra a criança. Destes, 62,2%, afirmaram ter medo do envolvimento legal. Corroborando, outro estudo efetivado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Embu/SP¹⁷, apontou que os profissionais também sentiam medo de se envolver com os casos de violência, por não possuírem respaldo das unidades de saúde e devido aos familiares da vítima fazerem ameaças, ficando o profissional impotente e sem ter a quem recorrer para realizar as intervenções necessárias.

Partindo do pressuposto que, quando existem sintomas evidentes de violência, os profissionais apontam o medo como uma das principais características para evitar medidas decisivas, como notificação e/ou denúncia, percebe-se que quando se trata da violência psicológica, cuja identificação é mais difícil de ser realizada, possivelmente esse sentimento se acentua, deixando-os ainda mais impotentes frente aos casos.

Porém, se não forem realizadas intervenções com essas famílias, sequelas irão se manifestar nas crianças, a curto, médio ou longo prazo. São os pais ou cuidadores que irão contribuir para que ocorra o desenvolvimento saudável, ou não, das crianças. Quando os cuidadores são responsáveis pelo desencadeamento de psicopatologias, suas condutas promovem a manutenção do ciclo da violência.

A fim de ajudar na conduta dos profissionais, as diretrizes de Saúde Mental Infantojuvenil, propostas pelo Ministério da Saúde (MS) sugerem que os cuidados a essa população específica, sejam implementados em diversos serviços de saúde, entre eles, na UBS, UBSFs, CAPSi, ambulatorios e hospitais gerais que, articulados a uma rede intersetorial, têm como meta principal, a inclusão social de seus usuários e a integralidade¹⁸.

No entanto, as capacitações realizadas para os profissionais das UBSFs, são focadas nas doenças, tais como: doenças sexualmente transmissíveis, diabetes e hipertensão, não seguindo o preconizado pelas diretrizes, como a integralidade. Fica evidente na fala dos entrevistados, a ausência de preocupação com a saúde psíquica e, que, a maioria, não recebeu informações relativas ao manejo e intervenções a serem realizadas nos casos de violência. Os

profissionais das UBSFs, desta pesquisa, ao serem questionados acerca da violência psicológica, relataram casos de outros tipos de violência, mostrando que não sabem identificá-la.

Sendo assim, trabalhar em territórios com alta incidência de vulnerabilidade, sendo o cotidiano permeado pela violência, faz-se necessário ações urgentes, voltadas para o manejo desse problema, a fim de que seja realizada a prevenção primária, secundária e terciária, buscando promover a saúde da população que ali reside. Sem a devida capacitação, os atendimentos permanecerão centrados na doença física e a saúde mental continuará subestimada. As falas a seguir ratificam a ausência de capacitação para identificar a violência psicológica:

“Na prefeitura, para nós, não tivemos. A gente precisaria ter, não só no caso assim de violência contra criança, mas até violência contra mulher que acontece muito, mas esse tipo de treinamento, não tivemos. Essa capacitação não temos. Então a gente vai mais ou menos pela experiência que a gente tem de vida, né?” (AC8).

“Treinamento, treinamento, eu não tive. Acho que até as agentes de saúde, não sei te informar, mas acho que não tiveram. Eu acho que até tem treinamento, mas o que eu tenho é que eu trabalhei desde 73, eu trabalhei no Pronto Socorro, eu trabalhei no hospital, eu trabalhei na Pediatria, que tu vê coisas terríveis em Neonatologia. Então tu vai vendo e vai juntando tudo isso aí” (Enf4).

Faz-se necessário ampliar o olhar acerca da violência, não o restringindo somente aos aspectos biológicos, mas reconhecendo-o como um problema que gera comprometimento social, relacional, econômico, cultural e histórico. Notificar os casos pode auxiliar na desnaturalização e desconstrução social de comportamentos ainda aceitos no interior das famílias, prejudicando a saúde e qualidade de vida de crianças e adolescentes¹⁹.

As crianças e adolescentes vítimas de violência podem não apresentar evidências físicas, o que torna a investigação dos antecedentes e história pregressa dessas pessoas relevante e imprescindível para o conhecimento do contexto violento em que vivem.

Um instrumento que auxiliaria na detecção dos casos é o Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (IFVD)²⁰ que é constituído por 57 frases sobre sentimentos com relação a situações do cotidiano. A criança deve responder de acordo com o que sente, é de fácil aplicação e, a criança responderá “sim” ou “não”. Em função de não ser um teste psicológico, que é de uso exclusivo do psicólogo, o IFVD pode ser utilizado por outros profissionais que trabalhem diretamente com esta realidade.

O presente estudo mostra a dificuldade que os profissionais possuem para identificar a violência contra a criança. No entanto, se fosse realizada a capacitação dos mesmos para manejarem com tal problema e, nessa, fosse incluído o inventário, como ferramenta facilitadora para o reconhecimento dos casos, esses iriam se familiarizar com os sinais e sintomas da violência psicológica e fariam um diagnóstico efetivo, tendo respaldo e suporte para realizarem as demais intervenções necessárias.

A identificação precoce da violência previne novas ocorrências, oferecendo a proteção necessária à vítima e a assistência adequada à família. Salienta-se que “a importância do diagnóstico precoce está em ajudar a família e a criança, evitando consequências de maior gravidade, permitindo o tratamento e prevenindo a recorrência”²¹. A fim de incentivar a participação dos profissionais, faz-se necessário um novo olhar relativo aos Agravos por Causas Externas, ou seja, mais abrangente, não sendo focado apenas nos sintomas físicos, pois são encarados como eventos previsíveis e, portanto, passíveis de prevenção²².

Para que os profissionais de saúde consigam prevenir a violência intrafamiliar é imprescindível aprofundar os conhecimentos acerca desse tema, o qual deve ocorrer desde o início da formação profissional. As capacitações, por sua vez, devem ser permanentes e, desta forma, a atuação seria mais efetiva frente aos casos de violência²³.

Neste estudo observa-se o quanto as falas dos entrevistados vão ao encontro dos autores mencionados, já que os profissionais continuam despreparados, não havendo um suporte teórico-prático, e utilizando como recurso apenas suas experiências de vida, que podem ser distorcidas ou negligenciadas quando se refere ao atendimento dos casos de violência:

“Para identificar não! Mas, no início, quando eu vim trabalhar aqui, há 7 anos atrás, neste momento, a Secretaria de Saúde estava oferecendo muitos cursos de capacitação para os trabalhadores da saúde. Era uma outra gestão, então pensavam de outra forma. Hoje está bem parado. Principalmente em relação a estratégia, eu vejo “zero” de capacitação, não só para trabalhar com esta temática, mas com outras tantas” (M2).

Na fala anterior percebe-se que diretrizes, tanto do MS, como da UBSF, que definem em um dos seus tópicos a capacitação dos profissionais, não estão ocorrendo no município estudado, o que se constitui em fator de risco e um dado alarmante frente à situação que as comunidades dessas áreas de abrangência vivenciam. O atendimento integral do paciente, que também faz parte das diretrizes, fica fragilizado, pois os profissionais não possuem o conhecimento necessário para atuar de modo a promover a saúde. A ausência das capacitações se confirma na fala seguinte:

“Não! Nada! Autodidata! Por experiência, por leitura, mas nada de curso” (M1).

Compreende-se que, embora os profissionais das UBSFs ocupem posição estratégica para identificar os casos de violência, esta prática encontra desafios, destacando-se a pouca formação profissional relativa ao tema e, quanto às ações que devem realizar, entre elas, a notificação. Acredita-se que isso acontece devido a sua formação, a qual prioriza as evidências clínicas dos casos de violência, tais como: hematomas, fissuras, arranhões, entre outras.

Esta situação pode se constituir um entrave no diagnóstico da violência psicológica, pois alguns dos seus sintomas são: baixa autoestima, excessiva irritabilidade e baixo rendimento escolar, que geralmente, passam despercebidos. Nem sempre a vitimização mostra sinais clínicos e, quando ocorre, as lesões correspondem às formas graves ou casos de revitimização²².

Porém, observa-se na fala a seguir que, até mesmo quando existe uma marca mais explícita da violência, nenhuma atitude é tomada pelo profissional:

“Teve um caso que eu atendi, que eu acredito que tenha acontecido alguma coisa, a criança tava com o olho roxo. A mãe disse que a criança tinha caído, mas era o formato de um punho, bem no olho mesmo. Mas ela não deu abertura, não deu nada, como ela disse que caiu, eu não dei encaminhamento nenhum” (Enf3).

Neste caso, o profissional identifica a violência física, porém, mantém uma conduta passiva. Se, mediante a visibilidade da agressão, não foi realizada nenhuma intervenção, no caso da violência psicológica, provavelmente, isto também não irá ocorrer, pois sua detecção é ainda mais difícil, passando despercebida, na maioria das vezes. O manejo deveria incluir o acompanhamento desta família, por meio da visita domiciliar (VD), fazer a notificação do caso ao Conselho Tutelar e o encaminhamento da família para um serviço de referência, se as suspeitas fossem confirmadas.

Por fim, o profissional acabou omitindo-se, não há como afirmar quais os sentimentos envolvidos para tal, mas o “não fazer” implica em gerar o agravamento da violência. Os profissionais das UBSFs têm como dispositivo a VD, que permite conhecer as condições de vida dos usuários e ter maior compreensão das relações existentes no contexto familiar. O discurso a seguir, evidencia a importância da VD:

“Acho que a visita domiciliar, que é uma ferramenta bem importante. Porque dentro do consultório, tem muito da narrativa do adulto em relação à criança, é a narrativa do adulto. Pode até pegar elementos. Quando tu faz a abordagem no domicílio, se tornam evidentes coisas que dentro do consultório tu não vai ver. Ali tu vai ver o universo que eles se relacionam, que é na casa das pessoas... É na rua que a gente vai ver esta relação de violência mais explícita, no consultório é mais difícil de se perceber” (M2).

Destaca-se a importância da VD nas situações de violência intrafamiliar, já que “através da visita domiciliar, as manifestações da violência contra crianças e adolescentes ficam mais perceptíveis, pois além de possibilitarem a compreensão da dinâmica familiar e comunitária, permitem também, o desenvolvimento de ações preventivas e educativas”²⁴.

No caso da violência psicológica, no local deste estudo, aparece a dificuldade de fazer a busca ativa ou verificar se existe uma demanda reprimida, já que não existem, no momento, subsídios para identificação da mesma, se for reconhecida, não há conhecimento para manejar com a situação, tais como preencher a ficha de notificação, quem pode preenchê-la e para onde deve encaminhar.

A realidade do local da pesquisa não difere do restante do Brasil e de outros países, como os Estados Unidos da América (EUA). Estudo realizado em ambos os países¹³, faz uma correlação sobre o enfrentamento da violência contra a criança, refere-se a uma pesquisa documental de leis, portarias e normativas relativas à notificação compulsória. O resultado obtido nos dois

países mostra a existência de leis que responsabilizam os profissionais de saúde pela notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra criança, sendo que, nos EUA esta é extensiva aos líderes religiosos e professores.

Em ambos os contextos, foi identificado que, muitos profissionais se vêem num dilema ético, uma vez que, na maioria das situações, o princípio da integridade familiar se contrapõe ao princípio dos interesses da criança. Observa-se que, nos EUA, onde a notificação é utilizada há aproximadamente quarenta anos, ainda existem dificuldades no que se refere ao preparo dos profissionais para reconhecerem os indicadores de violência.

No que tange ao presente estudo, também se identifica que ocorrem dificuldades ou não há o reconhecimento da violência psicológica. As falas abaixo clarificam a situação em que os profissionais se encontram:

“Não! Nada, nada, nada! Em relação a este tipo de coisa não! O que seria bem importante, porque a gente lida muito com isto aqui. Mas como te disse mais é físico, o psicológico com certeza deve ter, mas passa despercebido. Infelizmente!” (Tec. Enf1).

“Que eu saiba, especialmente, para violência contra a criança não tem. Tem sobre criança, mas de uma forma geral, mas que aborda tudo. Às vezes, tem reunião, sobre droga, mas que abrange sobre tudo, nada específico sobre o tema violência...” (Tec. Enf3).

Todavia, alguns itens são importantes e fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de prevenção: identificar a população de alto risco; considerar o contexto cultural e demográfico dos participantes; obter a participação da comunidade e dos pais no planejamento das intervenções; estabelecer metas e objetivos bem definidos, para que não se corra o risco de sair do escopo; elaborar material educativo, pois facilita a compreensão dos envolvidos; capacitar/orientar os pais através de grupos, no atendimento individual e nas VDs²⁵.

Este estudo evidenciou que, os profissionais de saúde apenas conseguem identificar a população de alto risco devido ao contexto de vulnerabilidade que estão inseridos. Sendo assim, as estratégias utilizadas são ineficazes, pois contemplam o cuidado integral das famílias que vivenciam a violência. Não há uma ação específica para detectar a violência psicológica contra a criança.

Os profissionais possuem esta percepção, tanto que durante a pesquisa um dos fatores limites foi a participação dos profissionais. Alguns sentiram que seu trabalho estava sendo avaliado, solicitando que o pesquisador retornasse em outro momento, permitindo que houvesse tempo para maiores informações sobre a temática.

Toda via, ao iniciar o presente estudo acreditava-se que a visibilidade da violência psicológica até poderia ocorrer, mas com dificuldade, porém, ao longo da coleta de dados *in loco* percebeu-se uma complexidade bem maior. O despreparo dos profissionais de saúde das UBSFs intensifica os agravos da violência intrafamiliar.

A visibilidade da violência continua sendo fragmentada e, tem o olhar voltado para sua existência, mediante a evidência dos sintomas físicos. Como a violência

psicológica não deixa marcas aparentes é difícil identificá-la e, por conta disso, tem um prognóstico desfavorável no que se refere à promoção da saúde mental.

Esta pesquisa apresenta importantes contribuições para a Saúde Pública e Coletiva, tendo em vista que se constitui em um alerta aos profissionais de saúde, ao atenderem uma criança vítima de violência, pois é importante que tenham uma visão ampliada acerca do contexto em que ela se encontra inserida, a fim de que possa obter dados para identificar a violência intrafamiliar, em especial, a psicológica, pois não é possível mensurar a forma como ela interpreta sua vivência e quais danos emocionais podem ser ocasionados.

Identificou-se que os profissionais das UBSFs não conseguem intervir de maneira eficaz, devido a dificulda-

de na identificação dos casos de violência intrafamiliar e da ausência de capacitação para atuar nos casos de violência contra a criança. Sendo necessário maior supervisão dos governos municipal, estadual e federal quanto à implementação efetiva das Políticas Públicas de Saúde, a fim de que instrumentalizem os profissionais de saúde para realizarem intervenções que diminuam a incidência da violência e, com isso, previnam a violência psicológica e promovam a saúde da família.

Acredita-se que este trabalho é inovador, pois priorizou a violência psicológica, tema pouco divulgado e estudado pelos pesquisadores de diferentes áreas, sendo difícil encontrá-lo na literatura nacional e internacional, bem como, ter instrumentos que possam facilitar sua identificação.

■ REFERÊNCIAS

1. Paixão ACW, Deslandes SF. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. *Saude Soc.* 2010; 19(1):114-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000100009>
2. Franzin LCS, Franzin FM, Moysés ST. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevalência em cidade do sul do Brasil. *Colloquium Vitae.* 2012;4(2):79-84.
3. Barros ACMW, Bastos OM, Pone MVS, Deslandes SF. A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical: análise dos fatores de proteção e de vulnerabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(5):1493-1500. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500035>
4. World Health Organization (WHO). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO: 2006.
5. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20 (2):266-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200008>
6. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet.* 2002;360(9339):1083-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
7. Almeida AA, Miranda OB, Lourenço LM. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: uma revisão bibliométrica. *Rev Interinst Psicol.* 2013; 6(2):298-311.
8. Carnut L, Faquim J. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *J Manag Prim Health Care.* 2014;5(1):62-70.
9. Furlotti T. Segredos de família: violência doméstica contra crianças e adolescentes na São Paulo das primeiras décadas do século XX. *Diálogos.* 2000; 4(1):237-42.
10. Ferreira VB. Humilhação e vergonha, um diálogo entre os enfoques sistêmicos e psicanalíticos. *Rev Psiquiatr Clín.* 2011; 38(4):168-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000400010>
11. Bohna F, Lourenço L, Brum C. Violência doméstica: um estudo bibliométrico. *Arq Bras Psicol.* 2011;63(1):87-100.
12. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(spe):903-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000700012>
13. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface.* 2011; 15(38):819-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000040>
14. Reis AOA, Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Bertolino Neto MM. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
16. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15 (2):481-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200025>
17. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. *Saúde Soc.* 2010;20(1):136-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100016>

18. Santos DCM, Jorge MSB, Freitas CHA, Queiroz MVO. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(6):845-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000600020>
19. Oliveira SM, Fatha LCP, Rosa VL, Ferreira CD, Gomes GC, Xavier DM. Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de unidades básicas. *Rev Enf UERJ.* 2013;21(1):594-9.
20. Tardivo LSLPC, Pinto Junior AA. Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Vetor;* 2010.
21. Gomes LS, Pinto TCA, Costa EMMB, Ferreira JMS, Cavalcanti SALB, Granville-Garcia AF. Perception of students of dentistry on abuse in childhood. *Odontol Clín Cient.* 2011;10 (1):73-8.
22. Lima M CCS, Costa MCO, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2011;35(1):118-37.
23. Netto de Oliveira AM, Marques LA, Silva PA, Prestes RC, Biondi HS, Silva BT. Percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):424-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000092014>
24. Giordani JMA, Cezar PK, Campos G, Kretzmman FG, Kocourek S. Características dos profissionais de saúde da família no atendimento de violência contra crianças e adolescentes. *Rev Enf UFSM.* 2015;5(2): 316-326. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769216375>
25. Silva SA, Oliveira N. Diagnóstico de saúde de uma população atendida pelo programa de saúde da família em Alfenas-MG. *Rev APS.* 2010;13(2):182

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Abstract:

Introduction: Domestic violence is a social and public health problem and its rates are currently increasing. It is present in all social classes, ethnicities and educational levels.

Objective: To analyse the actions done by health professionals who work in Basic Health Units (BHUs) to recognise cases of psychological violence against children.

Methods: This is a qualitative, descriptive and exploratory study. It used an analysis of the thematic data content. Interviews were conducted with 24 professionals working in BHUs in a city in southern Brazil.

Results: It was observed that physical symptoms are prioritised and there is an underestimation of mental health issues, especially those relating to psychological violence.

Conclusions: It was identified that professionals from the BHUs cannot intervene effectively because of the difficulty in identifying cases of domestic violence and their lack of training for dealing with cases of violence against children.

Keywords: violence, mental health, child health public policy.