

DESAFIOS DOS PROFISSIONAL DE SAÚDE NA NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Layanne Bezerra Santiago¹

Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves²

RESUMO

Objeto: A violência contra crianças e adolescentes é responsável por altas taxas de mortalidade e de morbidade nessa faixa etária, configurando-se como um problema de saúde pública que necessita da ação conjunta de diversos profissionais e de políticas sociais setoriais. **Objetivos:** Compreender os sentidos atribuídos à notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de nível superior de um hospital pediátrico de Fortaleza - Ceará, identificando como tem ocorrido o processo de notificação. **Metodologia:** Pesquisa de natureza qualitativa que envolveu pesquisa bibliográfica, documental e trabalho de campo. **Conclusão:** Apesar de compreenderem a relevância da notificação, o despreparo e a falta de conhecimento desde a sua formação acadêmica, tornam a notificação e o trato com as situações de violência um desafio para os trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Criança. Adolescente. Violência Doméstica. Profissional de Saúde. Notificação.

ABSTRACT

Objective: The violence against children and adolescents is responsible for high rates of mortality and morbidity in this age group, which is a public health problem that requires the joint action of several professionals and sectoral social policies. **Objectives:** To understand the meanings attributed to the notification of cases of violence against children and adolescents by higher education professionals at a pediatric hospital in Fortaleza - Ceará, identifying the occurrence of the notification process. **Methodology:** Research of a qualitative nature that involved bibliographical research, documentary and field work. **Conclusion:** Although they understand the relevance of the notification, the lack of preparation and the lack of knowledge since their academic training, make notification and dealing with situations of violence a challenge for health workers.

Keywords: Children. Adolescents. Domestic violence. Healthcare professional. Notification.

¹ Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Maracanaú.

² Doutora em Microbiologia Médica pelo Universidade Federal do Ceará. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias da Universidade Estadual do Ceará. Graduada em Medicina Veterinária pela Universidade Estadual do Ceará.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno presente na vida humana desde seus primórdios, e se manifesta de diversas formas e intensidades. É a ação de um ser humano contra o outro provocada pelo abuso da força e de poder, ou a omissão de socorro quando esse outro pede ou precisa dele (BRASIL, 2014).

Ademais, historicamente alguns públicos estão mais expostos a vivenciar uma situação de violência, tais como crianças, adolescentes, idosos, homossexuais, negros e mulheres devido a estigmas e representações que os colocam a margem dos processos sociais.

Assim a violência contra crianças e adolescentes é uma realidade dolorosa, responsável por altas taxas de mortalidade e de morbidade nessa faixa etária. Em especial, neste texto iremos tratar da violência que tem como espaço de construção o ambiente doméstico e suas configurações afetivas. De acordo com Guerra (2011, p.32),

[a] violência doméstica contra crianças e adolescentes representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Deste modo, a violência é algo que traumatiza e deixa cicatrizes profundas tanto físicas como emocionais, causando vários tipos de problemas no presente, com repercussões sobre o futuro das vítimas (Santos, 2012). E, quando essa violência ocorre no espaço doméstico, as consequências podem ser ampliadas por envolver um vínculo entre vítima e agressor que recorrentemente impede que se quebre o circuito da violência.

Diante de tal realidade, entendemos que esse fenômeno se configura como um problema de saúde pública, pois afeta tanto aspectos físicos do sujeito vitimizado quanto gera influência na saúde mental, permeado ainda por fatores históricos e culturais, como o machismo, o patriarcado e a desigualdade econômica, que necessita da ação conjunta de diversos profissionais e de políticas sociais setoriais para prevenir e romper o ciclo de violência, assim como garantir o atendimento adequado à vítima e ao agressor.

Associado à perspectiva da intervenção sobre a violência contra crianças e

adolescentes, em 2001, o Ministério da Saúde incluiu a violência contra esse público na lista de agravos de notificação compulsória, reconhecendo-a como problema prioritário (Brasil, 2001). Para Minayo (2006), a violência não é, em si, um tema da área da saúde, porém a afeta por ocasionar lesões, traumas físicos, emocionais e mortes, o que acarreta na procura dos serviços de saúde. Neste sentido, para compreender o impacto da violência na saúde é preciso uma discussão conjunta dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida.

Em consonância com uma política de direitos da criança e do adolescente, o adequado é que o profissional que realize a notificação explique para a família as implicações que este ato pode trazer. É preciso encorajar os pais a fornecerem as informações necessárias, e mostrar que seu verdadeiro interesse é garantir os direitos da criança ou adolescente, em particular, e a família como um todo, evitando assim atitudes que possam dar um caráter policial (Santoro Jr, 2007).

Além disso, é imprescindível a continuidade do vínculo entre os serviços e a família, por meio da contrarreferência ou permanência do atendimento quando houver necessidade. Porém, para isso, pressupõe-se que é preciso que o profissional que realizou o atendimento e a notificação entenda o significado desse ato e encaminhe a vítima para a continuidade do cuidado na rede, tendo dimensão das reverberações que essas ações irão acarretar na vida daquela criança ou adolescente.

Ao trabalhar no Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS, percebemos que no cotidiano dos profissionais, corriqueiramente, há o contato com casos de suspeita ou confirmados de violência contra crianças ou adolescentes. No entanto, percebe-se uma dificuldade por parte de alguns profissionais em notificar os casos que surgem, existindo relatos de que não sabem o que devem fazer, quem acionar ou quais as consequências da notificação.

Em decorrência desse fato, surge o questionamento acerca de quais os desafios da notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes para os profissionais de nível superior que lidam com esses casos em seu cotidiano profissional dentro de um hospital pediátrico do Ceará.

Apesar de ser um hospital terciário, contando com uma vasta equipe multiprofissional, temos como realidade no hospital pesquisado um quantitativo baixo de casos notificados, sendo que todos foram feitos por médicos e acompanhados por assistentes sociais.

Por fim, tanto como objeto conceitual de pesquisa quanto como uma atividade da prática a notificação possibilita uma articulação com o projeto ético político do Serviço Social que tem como alguns dos seus princípios a justiça social, o aprofundamento da cidadania e a defesa por aqueles grupos mais oprimidos.

Diante do exposto, tem-se como objetivo geral desta pesquisa compreender os desafios à notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de nível superior de um hospital pediátrico do Ceará. Identificando como tem ocorrido o processo de notificação neste local, analisando o conhecimento dos profissionais sobre o tema em tela, o circuito da identificação da violência e sua notificação. E, por fim, compreendendo quais os sentidos que os profissionais de saúde atribuem sobre a exigência de notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

2 MÉTODO

A presente pesquisa é de cunho qualitativo, sendo realizada por meio de um exercício de investigação teórico-prático que desenvolvemos utilizando a pesquisa bibliográfica e documental. Apoiando-se ainda, na análise de dados institucionais e de autores de referência na área. Além do mais, realizamos entrevistas semiestruturadas. Para a análise do material obtido utilizamos a análise de conteúdo.

Segundo Minayo (2010), o método qualitativo é o que aplica ao estudo das relações, percepções e opiniões, conformando-se melhor a trabalhos de grupos e segmentos delimitados e focalizados. Lakatos e Marconi (2010) também explicam que essa abordagem se trata de uma pesquisa que tem como premissa, analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e, ainda, fornecendo análises mais detalhadas sobre as investigações, atitudes e tendências de comportamento.

O lócus da pesquisa foi a Pediatria Geral, composto pelo primeiro e segundo andar do prédio de internação Vânia Abreu do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), hospital terciário estadual de referência para tratamento de doenças e agravos de crianças e adolescentes do Ceará, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sendo instituição de pesquisa e ensino. Esses andares se caracterizam por receberem crianças e adolescentes com diversos tipos de sintomas para

investigação, sendo um dos cenários que os residentes da RIS-ESP/CE vivencia durante o seu percurso no hospital.

A pesquisa foi realizada com 06 profissionais de nível superior que atuam na equipe fixa da Pediatria Geral, abrangendo pelo menos um profissional de cada categoria que foi escolhido através de sorteio, sendo 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 01 fisioterapeuta, 01 médico, 01 nutricionista e 01 enfermeira.

A coleta dos dados foi por meio de entrevista semiestruturada (Apêndice A), com perguntas que buscavam acessar a experiência dos participantes, e suas percepções sobre o assunto deste estudo. As entrevistas foram realizadas em local seguro e sigiloso, em data e hora acordadas entre pesquisador e sujeitos da pesquisa.

Para Minayo e Deslandes (2007), o que torna a entrevista um importante instrumento para a coleta de dados na pesquisa social é a possibilidade de acessar condições estruturantes da realidade, sistemas de valores, normas e símbolos por meio do discurso do sujeito. A autora também coloca que a entrevista semiestruturada permite que o participante discorra sobre o tema proposto pelo pesquisador, sem “respostas ou condições pré-fixadas”.

Por fim, as entrevistas feitas com os profissionais foram gravadas e para que fosse possível interpretá-las, foram transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo, sendo as categorias de análise estabelecidas a partir do material obtido com as entrevistas. Essa metodologia possibilita ao pesquisador a compreensão e descrição dos conteúdos das mensagens através da análise dos significados ou significantes contidos nelas (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011), a análise categorial se caracteriza no desmembramento das entrevistas transcritas em categorias agrupadas analogicamente, permitindo estudar de modo qualitativo e obtendo significados de natureza psicológica, sociológica e histórica.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Infantil Albert Sabin sob o número 49775215.2.0000.5042, garantindo o sigilo quanto à identificação dos sujeitos, assim como a sua aquiescência em participar do estudo, obtida por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise das entrevistas, foi possível traçar o perfil dos sujeitos da pesquisa, compreender os significados atribuídos pelos profissionais de saúde do hospital pesquisado à notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes. As unidades de sentido encontradas condensaram os significados originários sobre a noção de infância e adolescência, violência e conhecimento e subnotificações e não-responsabilização. Discutiremos essas unidades, utilizando-se das falas dos sujeitos e da literatura disponível. Segue abaixo o quadro com o perfil dos sujeitos:

Quadro perfil dos sujeitos da pesquisa entrevistados

Nome	Profissão	Idade	Tempo de formação	Pós-Graduação	Formação na faculdade	Capacitação após faculdade
E1	Nutricionista	52 anos	27 anos	Sim	Não	Não
E2	Terapeuta ocupacional	57 anos	31 anos	Sim	Não	Não
E3	Fisioterapeuta	42 anos	20 anos	Sim	Não	Não
E4	Enfermeira	34 anos	06 anos	Não	Não	Não
E5	Assistente Social	44 anos	20 anos	Sim	Não	Sim
E6	Médica	59 anos	30 anos	Sim	Sim	Sim

Percebemos que prevalecem os 48 anos em relação à idade dos sujeitos da pesquisa, e que a maior parte tem acima de 20 anos de formação. Apesar de a formação profissional ser acima de 20 anos, somente um profissional havia tido capacitação sobre violência contra criança e adolescente durante a sua formação acadêmica, e dois tiveram capacitação após a faculdade. Essa relação mostra suas consequências na atuação profissional, de forma explícita, nas respostas dos sujeitos sobre a dificuldade em tratar acerca da violência e da notificação.

3.1 Noção de infância e adolescência no mundo

A infância e adolescência como são vistas e compreendidas hoje, é uma construção social relativamente recente no Ocidente, uma vez que as sociedades

atribuem à infância e adolescência um lugar de acordo com sua própria cultura, sendo tratada de maneira diferente em distintos momentos e lugares da história humana. Ou seja, o conceito de infância e adolescência tem sido construído historicamente e reflete os valores presentes na sociedade em diferentes períodos. Dessa forma, a ideia de infância e adolescência na atualidade não pode ser desvinculada da história, das diferentes visões em torno da criança e do adolescente que contribuíram para sua condição atual (Àries, 1981).

A imagem da criança como um ser puro, ingênuo, feliz e naturalmente bom se encontra presente nos discursos dos sujeitos da pesquisa. A infância é narrada como um tempo mágico, só de alegrias. Isso pode ser perceptível pelas falas dos profissionais:

“Eu acho que a infância é uma fase que você é feliz. Pelo menos é pra ser feliz. E assim é uma fase muito gostosa. Acho que é uma das melhores fases da vida da pessoa”. (E1)

“Ser criança é aquela que tem que brincar, tem que estudar, tem que curtir assim essa parte da vida brincando e realmente ao mesmo tempo tem que está fazendo as suas responsabilidades escolar”. (E3)

“Você tem que curtir a sua infância, você não ter malícia, você não ter responsabilidade de nada, você ser livre pra sonhar, pra brincar sem responsabilidade”. (E4)

“Ser criança é a fase mais lúdica, a fase da maior inocência, do maior cuidado”. (E6)

Podemos entender que o olhar dos profissionais mostra-se bastante influenciados pelas ideias dos chamados pedagogos românticos (Rousseau, Pestalozzi, Froebel), que exaltavam a criança como portadora de uma natureza essencialmente boa, que precisava ser preservada. Tem-se aqui a ideia de que a criança nasce boa e a sociedade a corrompe. A infância seria o tempo da inocência e da pureza.

Dessa forma Dahlberg e colaboradores (2003, p.66) destacam que:

Esta é a criança de Rousseau, refletindo a sua ideia da infância como o período inocente da vida de uma pessoa – os anos dourados – e a crença de que a capacidade de autorregulação e o inato da criança vão buscar a Virtude, a Verdade e a Beleza; é a sociedade que corrompe a bondade com a qual todas as crianças nascem.

Como afirmam Moreira e Vasconcelos (2003), muitas das representações sobre a infância convergem para uma concepção homogênea, independente do

contexto social, uma infância idealizada, perfeita e encantada que remete à teoria rousseuniana do “Bom Selvagem”.

Para as autoras, essas representações expressam uma visão utópica, compreendida como uma fase mágica e bela, “vivida por uma criança meiga, inocente, preservada da mágoa e do trabalho, ocupando seu tempo apenas no devaneio do brincar, tratada com carinho e proteção por uma família” (Moreira e Vasconcelos, 2003, p.167).

Porém, essas representações não expressam a realidade de todas as crianças, em especial das camadas populares, que precisam em alguns casos serem inseridas precocemente no trabalho, tendo que abandonar a escola, vivendo em situação precária, enfim, para as quais esse “paraíso da infância” é uma grande utopia.

Por outro lado, nas entrevistas também encontramos uma preocupação em considera-los enquanto sujeitos de direitos:

“Pra mim ser criança é a descoberta do mundo, do lúdico, de todas as formas de brincadeira. É ter direito a educação, a saúde, ao respeito, ao amor, a dignidade. (E2)

Eu sei que tem direito a ter lazer, toda criança tem direito a ter nacionalidade, tem direito a ter uma saúde, acompanhamento, educação e um horror de direito realmente”. (E3)

“Quando eu penso criança e adolescente, pra ambos, eu penso como um sujeito de direito e um ser humano em formação que tem suas vulnerabilidades por conta da idade, mas assim não deixa de ser um sujeito de direito”. (E5)

A Constituição Federal de 1988, resultado de lutas históricas, avançou amplamente enquanto instrumento democrático no Brasil, inovando inclusive na apresentação do artigo que assegura à criança e ao adolescente o status de sujeito de direitos. Foi assim, a partir da nova Constituição Federal de 1988 e da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança de 1989, que se efetivou eficazmente a construção e publicação da nova lei para a infância e adolescência: O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.

Dessa forma, somente a partir dos anos 90, crianças e adolescentes, antes vistos como “menores” sem direitos, passaram a figurar como sujeitos de direitos e deveres. De acordo com Andrade (2010), nessa construção de uma nova conceitualização sobre a infância está à ideia da criança cidadã, ou seja, a criança forte, competente, inteligente, com direito a voz e a ser ouvida. Enfim, um sujeito de

direitos.

Este fato modificou não só a forma de adjetivar a criança e o adolescente, mas, sobretudo, a maneira como a sociedade e o Estado devem os conceber e agir a fim de garantir seus direitos e seu desenvolvimento. Guerra (2011, p.84) resume esse período:

No Brasil, portanto, de meados da década de 1980 para frente, afigura-se como de fundamental importância a batalha pela garantia dos direitos da infância e da adolescência, aproveitando-se a oportunidade de mudança na nossa Constituição. Trava-se, então, intensa luta que culmina com uma vitória na Assembleia Nacional Constituinte, pela sedimentação dos direitos da infância e da adolescência no artigo 227 da nossa atual Constituição, e o caput deste artigo introduziu o enfoque e a substância básica da Convenção Internacional dos Direitos da Criança. Conquistada a vitória na Constituição, necessitava-se da elaboração de uma lei ordinária que revogasse a velha legislação do período autoritário. Nova luta iniciou, culminando com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ressalta-se que o conceito de sujeito de direitos não nega ou se contrapõe à representação de infância feliz e inocente, mas problematiza que tais adjetivos não é algo inerente à criança, mas são conceitos contextuais de acordo como cada sociedade possibilita a vivência da infância.

3.2 Violência e conhecimento dos profissionais da saúde

Segundo Minayo e Souza (1997), apesar de ser um processo social, a violência também é objeto de investigação da área da saúde, pois além de atender as vítimas, também tem a função de elaborar estratégias de prevenção.

Assim, o hospital é o local para onde se dirigem as vítimas com lesões, às vezes graves, e em risco de vida, por isso é o espaço em que se pode atuar para romper o círculo dessa violência (Magalhães et al., 2009).

Devido ao grande número de atingidos e à magnitude de suas sequelas, a violência adquiriu um caráter endêmico, convertendo-se em um dos mais graves problemas mundiais de saúde pública. Para Guerra (2011) a violência é considerada a negação de valores considerados universais: a liberdade, a igualdade e a vida.

No campo da saúde, somente a partir dos anos 60 é que se percebeu um real interesse para a questão da violência contra crianças, principalmente por parte da pediatria norte-americana, influenciada pelo movimento feminista, que denunciou as agressões ocorridas dentro dos lares. Temos como exemplo os casos acompanhados pelo Serviço de Pediatria do Hospital de Denver, no qual a partir da

experiência profissional, Kempe e Silverman criaram a expressão “Síndrome da Criança Espancada”. Essa definição, contudo, relatava apenas o uso da força física na agressão.

Mais tarde, esse conceito foi ampliado por Fontana, que mostrou que as crianças também podem ser agredidas emocionalmente. A expressão anterior foi, então, substituída por “Síndrome da Criança Maltratada”, incluindo-se a negligência, a omissão e os outros aspectos psicológicos (Santana-Tavira et al., 1998).

No Brasil, Guerra (2011) relata que os índios não utilizavam de castigos físicos para o disciplinamento dos filhos. Essa ideia somente foi introduzida no Brasil Colonial pelos jesuítas e coube somente ao primeiro Código de Menores (Mello Matos), de 1927, introduzir a matéria. Mas é somente com a implantação do ECA que a situação se modifica, principalmente no sentido de se propugnar a notificação obrigatória deste tipo de violência.

Contudo, podemos perceber que apesar de toda a legislação o chamado castigo moderado, por exemplo, a famosa palmadinha consiste numa prática defendida e “legitimada”, alegando ser realizada para o bem da criança, vide toda a polêmica gerada com a lei da palmada. Encontramos tal constatação na fala de um dos sujeitos:

“Essa história da lei da palmada mexe muito, porque os pais perderam o direito de dar uma palmadinha corretiva. Eu chamo uma palmada corretiva, porque isso aí não é a violência do modo geral, você bater, você espancar, como já vi aqui mesmo. Então eu não acho correto isso, mas repreender na hora que está fazendo alguma coisa errada, dar o limite, mostrar quem é o dono da idade, o autor da idade daquela criança, isso aí pra mim se perdeu. Porque vem a história de não pode bater e hoje em dia a gente está criando filhos, onde não está se dando limite e a violência está crescendo em consequência disso”. (E2)

Segundo Minayo (2001), podemos distinguir, no Brasil, uma violência do tipo estrutural, cujas expressões mais fortes são o trabalho infantil e a existência de crianças vivendo nas ruas e em instituições fechadas. A autora distingue dois termos para explicar essa violência estrutural, o primeiro é a violência social, cujas mais vivas manifestações configuram-se na violência doméstica, e o segundo é a violência delinquencial, na qual as crianças são vítimas e atores.

Ainda sobre a violência estrutural é aquela que incide sobre as condições de vida das pessoas, a partir de decisões históricas, econômicas e sociais que, pelo caráter de perenidade, acaba tendo uma conotação “natural”. É o caso do grande número de crianças vivendo em situação de rua e sem escolarização. Isso faz, por

exemplo, com que a exploração da mão-de-obra infantil seja erroneamente justificada como uma forma de as crianças garantirem seu próprio sustento.

Já para Guerra (2011), existem quatro tipos de violência doméstica reconhecidas: violência física, que corresponde a um conjunto de atos de força que tem como objetivo causar lesão, deixando marcas ou não; violência sexual, que corresponde a qualquer ato sexual abusivo praticado contra a criança e o adolescente, que envolve relações sexuais não desejadas, sendo a vítima obrigada a sujeitarem-se ao ato violento; violência psicológica, que é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano emocional, diminuindo a autoestima, a identidade ou desenvolvimento da criança e do adolescente; e negligência, que é gerada pela ausência de cuidados, onde a falta de diligência acerca dos cuidados físicos, sociais e emocionais acarreta grande dano ao desenvolvimento da criança e do adolescente.

Os sujeitos da pesquisa demonstraram conhecer os tipos de violência, mas não o conceito em si.

“A gente tem noção do que é a violência que são os maus tratos essas coisas, ou seja verbalmente ou seja fisicamente, tem vários tipos de violência”. (E3)

“Pra mim violência envolve todos os aspectos, não só físico, tem a questão da negligência também que acontece muito no dia a dia e por ser algo assim que as pessoas consideram simples, porque não foi uma violência física, que chama mais a atenção, as pessoas têm a tendência a achar que isso não é importante”. (E5)

“Eu entendo como uma criança ou adolescente vitimizado que está em condição de risco social em todos os aspectos, ou físico ou moral ou a negligência”. (E6)

Outro aspecto levantado é a questão dos sentimentos quando os profissionais se deparam e têm que atuar com esses casos, chamando atenção de um caso específico de uma criança que chamou a atenção de todo o hospital.

“A princípio me dá assim uma revolta. A gente sente aquela revolta, vontade de sair e dar uns tabefes na pessoa que fez aquilo, que atentou contra aquela criança ou contra aquele adolescente, mas ao mesmo tempo lamentar o fato da gente está de pé e mãos atadas e não poder tomar uma atitude, fazer alguma coisa assim”. (E2)

“A menina foi queimada a ferro, a menina foi cortada. Ela dizia que não queria fazer uma coisa ai a mãe vinha com o ferro quente, queimou as costas, as pernas, roía parece que a unha da menina. Quer dizer uma inocente daquelas como é que a pobi vai reagir, com tanta coisa dessa, tanta maldade. Assim, eu acho que quem tem filho se coloca numa situação

dessa entendeu? Eu ficava impressionada, arrasada com tanta coisa”. (E3)

“Emocionalmente, pra esses casos de violência extrema e principalmente assim uma violência sexual, mexe muito ainda comigo, muito mesmo” (E5)

Isso mostra a fragilidade emocional que os profissionais têm ao se deparar com casos de violência contra crianças e adolescentes. Sentimentos de revolta e impotência são relatados pelos sujeitos que se mostram comovidos com a situação apresentada.

Quando questionados em relação à rede de proteção dos direitos da criança e do adolescente, o Conselho Tutelar foi o mais citado, porém não existe o conhecimento da função real que ele exerce. Os demais órgãos poucos são conhecidos.

“Tem o conselho tutelar. A gente sabe, conheço. A rede de proteção eu realmente não tenho aprofundado conhecimento sobre não, mas assim a gente ouve falar, mas não assim que tenha lido ou estudado a respeito”. (E1)

“A gente só ouve falar em Conselho Tutelar, Conselho Tutelar. Então eu não sei”. (E2)

“Eu só conheço o Conselho Tutelar. Tem CAPS de criança? De criança e adolescente? Acho que só esses que eu conheço. E as casas também de, como é que se diz, de abrigo”. (E4)

“Então assim, a questão da rede em si a gente tem esse conhecimento, mas não é um procedimento que é linear a toda a equipe aqui não. Por exemplo, tem casos no meu entendimento que não seria o conselho tutelar só ou então não seria nem a primeira porta, porque acham assim que o conselho tutelar é como se eles tivessem aquele poder de executar então já de julgar e já de definir, mas tem muitos casos que eu já acompanhei que bastou ligar para uma secretaria de assistência do município, não foi nem CRAS, nem CREAS e falar sobre algum assunto assim com a necessidade daquela família ser acompanhada.” (E5)

O trabalho em rede é algo que deve ser valorizado e incentivado, pois no ambiente hospitalar os casos, após a alta, precisa que sejam dados seguimentos. Dessa forma (Magalhães et al., 2009, p.549) coloca que:

A equipe de saúde deve identificar organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, como: delegacias especializadas, Instituto Médico Legal (IML), Ministério Público, conselho tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), instituições como casas abrigos, creches, entre outros. Para dar melhor assistência à vítima, a defesa, o atendimento e a responsabilização devem trabalhar integradamente, viabilizando o processo das ações em rede.

Isso nos mostra a importância da articulação da rede para que o trabalho

iniciado tenha seguimento. O desconhecimento dessas instituições pelos profissionais, não conhecendo o funcionamento e os órgãos que podem ser acionados, pode prejudicar a continuidade do cuidado.

Em dezembro de 1993, o governador em exercício do Ceará, Ciro Gomes, sancionou a lei nº12.242 que criou nos hospitais pediátricos e nos hospitais e emergência da rede pública, conveniados – SUS e privada a Comissão de Atendimento e Prevenção de Maus-tratos em Crianças e Adolescentes. No hospital aqui analisado, tal Comissão não se mostra no momento atuante, não sendo conhecida nem pelos profissionais que lá atuam. Fato muito grave, pois por se tratar de um hospital pediátrico de referência do Estado do Ceará e pelo número de casos que anualmente chegam até ele, deveria ter um acompanhamento multiprofissional. Percebemos pelos relatos dos sujeitos que no passado existiu uma Comissão que era atuante e facilitava esse processo de notificação, mostrando a importância que ela teve na época. Como são expressos nessas citações:

“Olha até onde eu sei tinha uma equipe aqui que era responsável por estudar esses casos. Os profissionais de saúde faziam essa denúncia e chegaria a essa equipe. Eu não sei como é que está funcionando. Teve uma época que estava só funcionando proforma. Não sei como realmente está funcionando agora”. (E1)

“Assim eu perdi um pouco isso ai porque a gente tinha aqui antes a comissão de maus tratos e ai eu sabia, mas agora parece que ela perdeu um pouco eu não sei como é que está, está meio desativada. Quando estava ativada sim você sabia quais caminhos ia percorrer. Agora não sei como está a situação atual, se já voltou, mas eu sei que o caminho agora está sendo o Serviço Social. Que antes tinha profissional médico, profissional de serviço social, mas agora se você me perguntar quem é o médico que está na comissão eu não sei”. (E6)

3.3 Subnotificações e Não responsabilização

Em 2009, o Ministério da Saúde incluiu a notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, sendo realizada mediante o preenchimento de uma Ficha de Notificação.

O Ministério da Saúde por meio do SINAN considera violência como o uso intencional de 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

possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Quando indagados se já haviam feito alguma notificação, dos 6 sujeitos da pesquisa somente 2 já haviam feito, sendo a médica e a assistente social.

“Eu não me lembro de ter feito nenhuma notificação não, formal não. Mas quando você nota assim algum descaso da mãe com a criança, não alimentando entendeu? Então a gente vai por trás ou tenta conversar com a mãe, tenta envolver a equipe toda”. (E1)

“Notificar nunca notifiquei não, mas assim contra adolescente eu nunca vi até hoje, mas contra criança eu já vi nesses corredores, mãe bater nos meninos, puxar, dar puxão de orelha. Então isso aí eu já vi”. (E2)

Assim, percebemos que esse fenômeno é bastante subnotificado uma vez que a notificação de agravo por violência até o momento não constitui uma cultura na sociedade brasileira. (Minayo, 2002). Dessa forma, observamos que existe a questão de subnotificações, pelo fato dos profissionais presenciarem as situações, porém não saberem dar o devido seguimento. Azambuja (2005, p.11) relata sobre essa situação:

Cabe destacar que a subnotificação dos casos de violência contra crianças é um problema grave, na medida em que é partir de dados epidemiológicos que os governantes pautam as ações sociais de prevenção. Ao se mostrar como uma realidade desconhecida, ou mal conhecida, acaba por se configurar como mais uma forma de violência, que opera no nível estrutural: a invisibilidade (que vem acompanhada pelo descaso).

Notificar um caso de violência vai muito além de apenas preencher uma simples ficha. É uma exigência legal, fruto de uma luta contínua para que a violência perpetrada contra estes segmentos da população saísse do silêncio e do medo, assim como é condição para o reconhecimento dos direitos de crianças e adolescentes.

Além do mais, o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente prevê que os casos de suspeita ou confirmação de violência contra a criança ou o adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar das respectivas localidades, sem prejuízos de outras providências legais.

A notificação proporciona visibilidade epidemiológica e social ao problema da violência, possibilitando o planejamento de ações do setor saúde e de outros setores que lidam com a infância e adolescência, favorecendo o desenvolvimento e aprimoramento de redes de proteção e do Sistema de Garantia de Direitos.

A notificação nos serviços de saúde deve ser realizada todos os dias, em período integral (24 horas), sempre que houver atendimento de um caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. As normas, rotinas e o fluxo da notificação seguem o Manual do SINAN, sendo que três vias deverão ser preenchidas (em original ou em cópia) ao se notificar. Uma cópia ficará na unidade de saúde notificante, a outra deverá ser encaminhada para a vigilância epidemiológica e a terceira deverá ser enviada ao Conselho Tutelar ou as autoridades competentes, em conformidade com o ECA. Porém um fato importante sobre a epidemiologia foi relatado por um dos sujeitos da pesquisa:

“A gente entrou em contato com o setor de epidemiologia daqui. Aqui a epidemiologia começou a receber alguma via de notificação a partir do ano passado, porque a própria epidemiologia eles não têm esse entendimento que é pra notificar, que é de notificação compulsória, que é obrigatório e pior ainda, eles não conhecem nem a ficha”. (E5)

Assim, por não ser uma questão típica do campo da saúde, mas um problema social que a perpassa, alguns profissionais não tiveram oportunidade de estudar sobre a violência e as condutas a serem tomadas nesses casos durante sua formação acadêmica.

Quando questionados se haviam recebido alguma formação durante seu período de faculdade, somente um disse ter recebido algo bem básico. E em relação a aperfeiçoamentos posteriores sobre a temática, dois profissionais relataram alguma experiência.

“Na faculdade não, mas assim já na época do estágio, o meu estágio foi no juizado, a gente foi na delegacia da mulher. Então assim enquanto estudante eu tive aproximação com essa questão da violência. Mas curso mesmo foi depois, bem depois”. (E5)

“Quando a gente passa na cadeira que é de médico legista a gente tem aquela formação, mas não especificamente voltada, bem básica. No mestrado sim, pois é de saúde da criança”. (E6)

É perceptível também a falta de investimento na formação dos profissionais na própria instituição, complicando a ausência de formação advinda da graduação e acarretando sérios entraves no cuidado a esses pacientes, haja vista que os profissionais não são preparados para lidar com a questão, mas lidam cotidianamente com ela.

“Olha eu não sei assim a fundo, não conheço nada de estatuto do ECA”. (E2)

“A minha menina estava até estudando esses dias o ECA. Tem que ter os direitos, um horror de direito que eu estava vendo. Mas realmente assim não li”. (E3)

“A gente tem que participar de cursos, de treinamento e, no entanto, aqui não tem. A gente sabe que é a escadinha. A gente observa, passa pro serviço social, serviço social notifica, vai pro conselho, do conselho se achar vai para uma casa de abrigo e assim vai. Eu acho que as escadinhas são essas. É que a gente nunca teve treinamento, aqui não”. (E4)

Dessa forma, os profissionais de saúde, ao se depararem com essa situação, muitas vezes sentem dúvidas ou não sabem a maneira mais correta de agir. O que nos faz supor que, por isso, encontrem dificuldades tanto para fazer o diagnóstico como para reconhecer a melhor forma de atendimento e encaminhamento.

“Eu geralmente, como nunca notifiquei, eu procuro sempre o serviço social para que ele tome uma providencia. Aí assim se eu não encontrar eu aviso para o pessoal da enfermagem, pra enfermeira do bloco. Então eu acho que qualquer profissional poderia, mas como eu nunca fiz, eu sempre chamo a assistente social. Relato para a assistente social para ela tomar as devidas providências”. (E2)

“Eu não sei que ficha é essa, se é o médico que colhe esses dados. Mas eu não sei quem é que faz. É o médico? É o serviço social também?”. (E3)

“Acho que é chamar primeiramente o serviço social né para tomar a frente, para ver as possíveis causas que está ocasionando aquele tipo de violência pra elas notificarem e chamar o conselho”. (E4)

Os profissionais se mostram despreparados para atuar nesses casos, não sabendo o que fazer ou se eles mesmos podem notificar. A reverberação desse fato é a omissão dos profissionais diante da situação, reagindo apenas no campo da emoção. Fato colocado na fala da profissional de assistente social:

“Eles não procuram fazer o que a lei diz, a questão da escrita mesmo, da notificação. Eles têm receio, principalmente quando o caso é de uma violência assim extrema, eles têm receio de fazer isso, eles não sabem quais os trâmites. Então assim já chegou ao ponto de acontecer o caso e o médico olhar pra mim e dizer assim: “Sim quem preenche? Que ficha é essa que eu nunca vi?”. Então assim muito grave, porque é muito falho e aqui existe muita subnotificação realmente. Agora não só no hospital, mas nas outras áreas que a gente trabalha, quando se fala de violência, notificação, sempre tem aquela coisa “vai lá no serviço social”. Eles acham que o serviço social é como se a gente tivesse mais próximo, e realmente a gente tá”. (E5)

Uma das possíveis explicações é o fato de que algumas categorias consideram a notificação como um ato privativo de algum profissional específico, geralmente o assistente social. Indo por vezes contra seus códigos de ética

profissionais e o que o ECA estabelece em seu artigo 245 dispendo que: se o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, sofrerá uma infração administrativa, tendo como pena multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Analisando os códigos de ética das 6 categorias que participaram dessa pesquisa, 5 deles traziam informações sobre a importância da notificação dos casos de violência pelos profissionais, enquanto que somente o da Fisioterapia não citava nada a respeito da denúncia em suas linhas. Almeida e colaboradores (2012, p.110) colocam que:

No entanto, muitos desses profissionais encontram-se despreparados para conduta adequada perante uma situação de violência, ou simplesmente não sabem reconhecer lesões e/ou comportamentos característicos de pacientes que são vítimas desse fenômeno, levando ao baixo número de notificações. Esse despreparo e a não notificação podem ser decorrentes de uma discussão deficiente sobre o tema na graduação e/ou pelo desconhecimento sobre as penalidades que podem ser submetidos por omissão.

Apesar do pouco conhecimento por parte de alguns profissionais sobre o processo de notificação, todos percebiam a relevância que esse ato tem para a vida das crianças e adolescentes.

“Eu acho que tem que notificar mesmo porque não tem como uma criança dessa ficar sofrendo com isso”. (E3)

“Por que como é que você vai coibir um tipo de violência dessas se não é nada notificado? Se a sociedade não sabe, não tem conhecimento”. (E4)

“Então ela é um passo superimportante porque não tem como você fazer um atendimento, fazer um encaminhamento de uma situação dessa de violência, sem está ali documentado, sem está ali escrito. É importante a nível de epidemiologia também, para que seja trabalhado essa situação da violência”. (E6)

Diante das discussões aqui apresentadas, percebe-se que apesar das fragilidades em notificar, os profissionais demonstram sensibilidade em reconhecer este ato como dever profissional e direito da criança e do adolescente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A notificação constitui-se como um instrumento de proteção à criança ou adolescente que está temporariamente naquela instituição. Seu objetivo principal é iniciar um processo para tentar interromper a violência no âmbito familiar, além de permitir conhecer a magnitude da violência, tipificando suas várias formas e caracterizando o perfil tanto da vítima como do agressor.

No caso dos profissionais da saúde, que desempenham um papel fundamental no âmbito das políticas de superação da violência e de suas consequências, notificar significa alertar as autoridades competentes de que essa criança ou esse adolescente, bem como sua família, precisam de ajuda. A participação das instituições de saúde no enfrentamento desse problema é um elo de fundamental importância para que seja possível desencadear os mecanismos de proteção e de tratamento.

Atualmente, no hospital não existe concretamente uma Comissão de Violência contra Criança e Adolescente para atuar e acompanhar os casos. A falta de uma organização e uma comissão atuante também tem contribuído para manifestações de insegurança e de medo dos profissionais quanto às possíveis consequências para o denunciante, além da falta de preparo de como agir ao se deparar com uma situação de violência.

O ECA respalda e apoia a notificação, porém a falta de confiança dos profissionais, associada à falta de capacitação de como executar tal ato e como realizar o acompanhamento, pode impedir que a notificação seja efetivada, apesar da exigência legal contida no referido Estatuto. Alguns profissionais, por falta de conhecimento e por insegurança, deixam de agir diante de uma situação de violência ou até mesmo agem de forma errônea.

Assim, a partir das falas dos sujeitos, é possível concluir que, apesar deles compreenderem a relevância da notificação, o despreparo e a falta de conhecimento desde a sua formação acadêmica sobre o processo, tornam a notificação e o trato com as situações de violência um desafio para os trabalhadores da saúde.

Por isso, faz-se necessário que a instituição hospitalar ofereça suporte aos profissionais, capacitando-os para que se sintam preparados para realizar as notificações, sendo necessário esclarecê-las e desmitificá-las. Além de fornecer subsídios para que a intervenção profissional nos casos de violência contra criança e adolescente ocorra de forma eficaz e ética possível, na tentativa de minimizar a

violência e os danos causados por ela, ampliando a dimensão do cuidado destinado a esse público.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.H.V.; SILVA, M.L.C.A.; MUSSE, J.O.; MARQUES, J.A.M. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. *Arq Odontol*, Belo Horizonte, v. 48, n.2, p. 102-115, abr/jun. 2012.

ANDRADE, L.B.P. *Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais*. São Paulo: UNESP, 2010.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família* – Trad. Dora Flaksman. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

AZAMBUJA, M.P.R. Violência Doméstica: Reflexões sobre o Agir Profissional. *Psicologia ciência e profissão*, Brasília, v.25, n.1, p. 4-13, mar. 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedinas Brasil, 2011.

BRASIL. Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 12.242, de 29.12.93. *Fica criado, nos Hospitais Pediátricos e nos Hospitais de Emergência da rede pública, conveniados – SUS e privada a Comissão de Atendimento e Prevenção aos Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes, e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências* / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DAHLBERG, G.; MOSS, P.; PENCE, A. *Qualidade na educação da primeira infância: perspectivas pós-modernas*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GUERRA, V.N.A. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2010.

MAGALHÃES, M.L.C.; et al. O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 37, n.10, p. 548-551, out. 2009.

MINAYO, M.C.S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

_____. Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Social, Questão de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v.1, n.2, p.91-102, mai/ago. 2001.

_____. *O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes*. Violência e criança. São Paulo: Edusp, 2002.

MINAYO, M. C.S.; DESLANDES, S.F. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n.3, p. 513-531, jan/nov. 1997.

MOREIRA, E.M.; VASCONCELLOS, K.E. L. Infância, infâncias: o ser criança em espaços socialmente distintos. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, s/v, n.76, p. 165-180, nov. 2003.

SANTANA-TAVIRA, R.; SÁNCHEZ-AHEDO, R.; HERRERA-BASTO, E. El Maltrato Infantil: un Problema Mundial. *Salud Pública*, México, s/v, n.40, p. 58-65, jan/fev. 1998.

SANTORO JUNIOR, M. Vitimização física: a conduta médica. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. 2. ed. São Paulo: Iglu, 2007.

SANTOS, C.A. *Enfrentamento da revitimização: a escuta de crianças vítimas de violência sexual*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2012.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DADOS PESSOAIS

Nº:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Tempo de profissão:

Tempo de função:

Se for professor, qual matéria leciona?

Tem pós-graduação? Se sim, qual?

ENTREVISTA

1. O que é ser criança?
2. E o que é ser adolescente?
3. O que é violência?
4. Para você o que é violência contra crianças e adolescentes?
5. Como tem ocorrido a notificação de violências contra crianças e adolescentes em seu setor?
6. Já fez alguma notificação? Se sim, o que lhe motivou? Se não, o que impediu?
7. Você se sente preparado para atuar nestes casos?
8. Você sabe a quem encaminhar? Conhece a rede de proteção?
9. Quem deve atender ou notificar essas situações?
10. De que forma você compreende a notificação?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada **“DESAFIOS DOS PROFISSIONIS DE SAÚDE NA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA”**.

O objetivo da pesquisa é compreender os sentidos atribuídos à notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de nível superior do Hospital Infantil Albert Sabin.

Caso você concorde em participar desse estudo, será realizada uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas em um local seguro, onde não haja interrupções e incômodos. Caso haja algum constrangimento ou emoção incômoda, você será respeitado (a) e acolhido (a), sendo você quem decidirá se a entrevista continuará ou se será interrompida.

Pedimos permissão para gravar suas respostas para que não seja perdida nenhuma informação. Nessa gravação, não é colocado seu nome e sim um número. Portanto, sua identidade será mantida em sigilo e os dados a serem utilizados serão anônimos, ou seja: não se pode saber quem disse as respostas. Ao final da pesquisa, a gravação será destruída.

Você é livre para escolher participar da pesquisa e sua decisão será respeitada sem qualquer prejuízo, assim também como pode desistir a qualquer momento e pedir informações sobre esse estudo e seus resultados. Sua participação é voluntária, o que dizer que não existe pagamento a ser feito.

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin com o objetivo de se analisarem as questões éticas da pesquisa com seres humanos. O Comitê fica localizado no Centro de Estudos do Hospital Infantil Albert Sabin, na Rua Tertuliano Sales, 544 - Vila União, Fortaleza – CE, o telefone para contato é (85) 3101-4200.

Esse estudo vai produzir informações para a apresentação de um trabalho de conclusão de pós-graduação, e será apresentado para uma banca de professores e para o público interessado. Essa pesquisa pode também gerar trabalhos científicos que poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem citar nomes, mas mostrando algumas informações de forma impessoal e geral.

Os dados que obtivermos na pesquisa são importantes para podermos

compreender os sentidos atribuídos à notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de nível superior do Hospital Infantil Albert Sabin.

Você terá esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer ponto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Poderá entrar em contato com a Pesquisadora Responsável através do e-mail layanne.santiago@hotmail.com para esclarecimento de dúvidas ou divulgação de resultados; bem como dirigir-se até a instituição onde a pesquisa será realizada no endereço Rua Tertuliano Sales, 544 - Vila União, Fortaleza – CE.

CONSENTIMENTO:

Eu, _____ fui bem informado (a) sobre a pesquisa antes falada e estou bem esclarecido para decidir participar dela, ficando claro de que minha participação é voluntária e confidencial, podendo vir a retirar este consentimento a qualquer momento sem prejuízos. Estou ciente do passo a passo da pesquisa, da garantia de apoio, confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, declaro que concordo em participar de espontânea vontade desse estudo.

Sujeito

Pesquisadora