

Artigo original
VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
EXPERIENCES OF NURSES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN ATTENTION TO CHILDREN AND ADOLESCENTS VICTIM OF DOMESTIC VIOLENCE

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto¹; Maria da Penha de Sousa Santos²; Marcos Fábio Alexandre Nicolau³; Isabel Cristina Kowal Olm Cunha⁴; Maria Helena Machado⁵

RESUMO

A violência é um importante problema legal e de saúde pública, que vem acometendo cidadãos nas diversas faixas etárias, principalmente, crianças e adolescentes. Esta pesquisa teve como objetivos: descrever as necessidades de educação permanente e as qualificações vivenciadas por enfermeiras para a prevenção e detecção de casos de violência contra crianças e adolescentes no território da Estratégia Saúde da Família (ESF); Identificar as principais facilidades e dificuldades encontradas por estas na prevenção, detecção e interrupção do agravo derivado da violência doméstica; e, caracterizar a rede de apoio assistencial à criança e ao adolescente vítima de violência, que é acionada pela enfermeira e equipe da ESF, após a identificação do agravo. Estudo exploratório-descritivo, sob a abordagem qualitativa, desenvolvido com nove enfermeiras da ESF de Cariré – Ceará. As informações foram coletadas por meio de um questionário, e sistematizadas a partir do referencial de Minayo, o que remeteu às seguintes categorias analíticas: Necessidades de educação permanente e qualificações vivenciadas pelas enfermeiras para a prevenção e detecção de casos de violência; Facilidades vivenciadas e dificuldades encontradas na atenção às crianças e adolescentes vitimados; e, a Rede de apoio à criança e ao adolescente vitimado. O estudo mostra que as enfermeiras reconhecem a necessidade de sensibilização da equipe da ESF e de educação permanente, bem como a articulação com a rede de apoio social, para prevenção da violência e apoio às crianças e adolescentes vitimadas.

Palavras-chave: Enfermagem. Trabalho. Estratégia Saúde da Família. Violência. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

Violence is an important legal and public health problem, which is affecting people in different age groups, especially children and adolescents. This research aimed to describe the need of permanent education and the qualifications experienced by nurses for the prevention and detection of cases of violence against children within the Family Health Strategy (FHS); Identify key strengths and difficulties encountered by those in the prevention, detection and interruption of grievance derived from domestic violence; and characterize the network of welfare support to child and adolescent victims of violence, which is triggered by the nurse and staff of FHS, after identification of the grievance. Exploratory-descriptive study, under the qualitative approach, developed with nine nurses of the FHS of Cariré - Ceará. Information was collected through a questionnaire, and systematized from the benchmark Minayo, which sent the following analytical categories: need of permanent education and qualifications experienced by nurses for the prevention and detection of violence; Facilities and difficulties experienced in the care of children and adolescents victimized; and the network of support for children and adolescents victimized. The study shows that nurses recognize the need for awareness of the FHS staff and permanent education, as well as coordination with the social support network, to prevent violence and support for children and adolescents victimized.

Keywords: Nurse. Work. Family Health Program. Violence. Child. Adolescent.

¹Enfermeiro Sanitarista. Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família UVA/FIOCRUZ/RENASF. Sobral, CE. E-mail: rosemirone-to@gmail.com

²Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE. E-mail: penhampss@hotmail.com

³Filósofo. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Curso de Filosofia da UVA; Colaborador do Mestrado Profissional em Saúde da Família UVA/FIOCRUZ/RENASF. Sobral, CE. E-mail: marcosmcj@yahoo.com.br

⁴Enfermeira. Livre-Docente, Professora Adjunta e Líder Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem-GEPAG da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP. E-mail: isabelcunha@unifesp.br

⁵Socióloga. Doutora em Sociologia. Pesquisadora Titular ENSP-FIOCRUZ. Coordenadora do NERHUS e do OBSERVARH-ENSP. São Paulo, SP. E-mail: helenamachado@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Crianças são traídas diariamente pelo silêncio, pela omissão e pela impunidade. Professores que agrediram sexualmente alunos continuam a dar aulas. Policiais que torturaram crianças na frente de testemunhas não são afastados de suas funções. Funcionários de orfanatos que sujeitam crianças a níveis chocantes de crueldade e negligência não sofrem nenhuma consequência. Muito frequentemente, crianças são vitimizadas duas vezes: inicialmente pelo abuso inicial e posteriormente pelo fato de as autoridades não punirem seus agressores.

(Jo Becker, Conselho Editorial do Estudo do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre Violência contra a Criança).

A violência deriva de um fenômeno histórico-social, sendo esta considerada um problema de saúde pública, por sua magnitude, amplitude e impacto, que causa sobre a saúde individual e coletiva, por conta dos agravos/danos físicos, psicológicos, emocionais e espirituais irreversíveis, inferindo diretamente na expectativa e na qualidade de vida dos sujeitos violentados, principalmente, em jovens e adolescentes, o que influi no aumento dos cuidados e custos com atenção à saúde, a ausência no trabalho e na escola, além da desestruturação familiar e pessoal. Situação esta, que exige dos serviços da saúde, uma adaptação às novas práticas assistenciais, a partir de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar visando o bem-estar dos sujeitos (cf. MINAYO, 2007; BRASIL, 2008; MATOSO et al., 2014).

Em 2001, nos Estados Unidos da América (EUA), morreram duas mil crianças vítimas de maus-tratos, uma média de cinco a seis crianças por dia. Destas, 85% tinham idade inferior a seis anos, 44% com menos de um ano (cf. BONNER, 2003). No Brasil, de 1990 a 2000, morreram 211.918 crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violências, sendo 59.203 crianças de zero a nove anos de idade; 33.512 adolescentes de 10 a 14 anos e, 119.203 de 15 a 19 anos (cf. IPEA, 2006). Segundo dados da Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância, 12% dos 55,6 milhões de brasileiros menores de 14 anos são vítimas, anualmente, de alguma forma de violência (cf. UNICEF, 2012). Esses números impressionam, principalmente quando confrontados aos 146.824 óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, ocorridos neste grupo etário, no mesmo período (cf. IPEA, 2006).

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno peculiar, extenso e intenso, que merece estudos aprofundados e bem contextualizados, dada à diversidade cultural, social e econômica dos sub-grupos (cf. OLIVEIRA et al., 2013); pois, a infância é uma das fases mais vulneráveis, pela sua inocência e imaturidade; e a adolescência pelas grandes transformações físicas e emocionais particulares desta fase do desenvolvimento humano. Frente a essa problemática buscou-se a realização desta pesquisa, levando em consideração o processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), por esta vim se constituindo, como um espaço de expansão político-profissional para a Enfermagem brasileira, principalmente, nos aspectos relacionados ao trabalho, emprego, como também na construção de novas práticas e saberes (cf. XIMENES NETO et al., 2011).

Acreditando, portanto, na importância do enfermeiro e de seu processo de trabalho, para a melhoria da atenção à criança e ao adolescente, já que estão em constante contato com as famílias, e estes sen-

do informados sobre o que acontece na comunidade. E, durante as consultas de puericultura ou de demanda livre, ou até mesmo nas visitas aos lares que podem ser detectados fatores de risco, sinais e sintomas de violência contra as crianças e adolescentes, e ainda, orientar às famílias sobre a temática abordada e tomar as atitudes necessárias diante do fato. Além disso, poderão juntamente com a equipe da ESF debater a participação de todos na prevenção da violência contra crianças e adolescentes (cf. BRASIL, 2010).

Contudo, é esta realidade na qual se pretende pesquisar, a partir dos seguintes objetivos: descrever as necessidades de educação permanente e as qualificações vivenciadas por enfermeiras para a prevenção e detecção de casos de violência contra crianças e adolescentes no território da ESF; Identificar as principais facilidades e dificuldades encontradas por estas na prevenção, detecção e interrupção do agravo derivado da violência doméstica; e, caracterizar a rede de apoio assistencial à criança e ao adolescente vítima de violência, que é acionada pela enfermeira e equipe da ESF, após a identificação do agravo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao focalizar a violência contra crianças e adolescentes nesse estudo, analisamos a prática de profissionais de equipes da ESF no enfrentamento dessa problemática. No entanto, para erigir uma reflexão científica sobre a temática compreendemos ser necessário um breve estudo do conceito de violência e as questões éticas e de formação profissional nele implicadas, já que os problemas que suscita nos deixam um verdadeiro leque de interrogações à prática dos profissionais da saúde quanto a esse ponto.

De antemão, cabe-nos compreender que a violência e a ética se fazem comum no aspecto racional, uma vez que ambas necessitam da razão para existir e, por isso, são inerentes exclusivamente ao ser humano, único animal racional. A ética diz respeito a nossa experiência cotidiana, pois nos leva a pensar sobre os valores que adotamos, o sentido dos atos que praticamos e a maneira pela qual tomamos decisões e assumimos responsabilidades em nossa vida e, enquanto ciência filosófica, tem por objetivo elaborar uma reflexão sobre os problemas fundamentais da ação, tais como: a finalidade e o sentido da vida humana, os fundamentos da obrigação e do dever, a natureza do bem e do mal, o valor da consciência moral, entre outros. O que pode ser sintetizado por duas questões, uma de âmbito particular e outra de âmbito universal: “Como devo agir?” e “Que vida eu quero viver?”.

A primeira diz respeito aos deveres e regras que organizam a vida social, por isso seu âmbito é o da *particularidade*, pois varia de acordo com o tempo e o espaço que nos encontramos. Por exemplo: o que é moralmente aceitável para mim, brasileiro do século XXI, pode não ser aceitável do ponto de vista moral de um *talibã* da segunda metade do século XX. Supõe assim a execução de um ato, que deve estar de acordo com um código de conduta próprio de minha realidade. Já a pergunta “Que vida eu quero viver?”, assume um aspecto mais abrangente e atemporal, sendo uma pergunta relacionada ao ideal de uma *vida*

boa, ou seja, de uma busca pela *felicidade*. A ética passa a representar a análise de questões de âmbito universal, que transcendem o aspecto secular.

Por sua vez, o conceito de violência é histórico e culturalmente definido, podendo variar de grupo para grupo, mas, de um modo geral, definida como a ação intencional que causa dano físico, psíquico, emocional ou social a um sujeito, grupo ou comunidade. Dentre as várias classificações de violência, destacamos dois tipos: Intrafamiliar ou violência doméstica, que se subdivide em física, sexual, psicológica, negligência, entre outras; e a violência extrafamiliar, que se expressa nos tipos institucional, social, urbana ou macro violência. Cabe saber que qualquer outro animal sempre se guiará por seu *instinto*, já o homem possui uma opção: se deixar guiar pela consciência. Em “Anatomia da Destrutividade Humana”, de 1973, o pensador frankfurtiano E. Fromm salienta essa peculiaridade humana frente aos demais animais: o homem é o único animal que elimina e tortura conscientemente. É escandaloso: somos os únicos que eliminam e torturam os membros de sua própria espécie, sem qualquer motivo! Racionalizamos a violência, pois, segundo Fromm, podemos sentir prazer em praticá-la (cf. FROMM, 1973). E o elemento necessário ao ato ético, ou antiético, é a *consciência da ação*. Somente ela pode acarretar responsabilidade de um sujeito ético. O que faz pensar: praticar violência é uma “escolha”.

De acordo com Oliveira Filho et al. (2009), essa escolha não é um fenômeno exclusivo de nossos dias, ao contrário, se olharmos a nossa história constatamos que tal ato sempre ocorreu e está inteiramente vinculada à nossa existência e cultura. No entanto, não podemos simplesmente aceitá-lo como um aspecto inevitável de nossa condição humana, pois também é de nossa natureza a formulação de estratégias de prevenção ou limitação da mesma. E se a violência doméstica fora um dia justificada como fator pedagógico, a apreensão moderna da ideia de infância nos fez perceber as questões éticas implicadas e as consequências nefastas infligidas por tais práticas aos nossos infantes e adolescentes, a ponto de elencar não apenas a violência física, mas também as psicológica, afetiva e moral.

Experiências devastadoras que inúmeras crianças e adolescentes são acometidos, prejudicando seu desenvolvimento e tolhendo a possibilidade da tão esperada *vida boa*. No entanto, não se sabe ainda a real extensão disso. Ainda não temos parâmetros para responder questões básicas, como as elaboradas por Waksman e Harada (2011): “Quais os efeitos da violência nas crianças?”; “Quantas crianças são afetadas pela violência ao redor do mundo?” e “O que pode ser feito para fazer a diferença?”.

Na verdade, já possuímos alguns projetos e programas de atenção e cuidados às vítimas de tal violência, como bem descrevemos no decorrer do artigo, governos, como o de Cariré - CE, vem implantando e assumindo uma série de políticas públicas, no entanto, as mesmas não surtem o efeito desejado justamente porque não é possível medir a real dimensão desse tipo de violência em nosso país. Todos somos conscientes que os números oficiais devem ser bem maiores do que os divulgados, e isso se dá em virtude de uma significativa subnotificação dos casos por parte daqueles profissionais que atendem às vítimas – seja da área da saúde, da educação ou da segurança pública. E segundo Dahlberg & Krug (2007):

A prevenção da violência, segundo o enfoque da saúde pública, começa com uma descrição das proporções e do impacto do problema. Aqui se descreve o que é atualmente conhecido sobre os padrões globais de violência, fazendo uso das informações compiladas na base de dados sobre mortalidade da OMS e da Versão I do projeto para 2000 da Carga Global de Doenças da OMS, bem como de levantamentos e estudos especiais sobre violência.

Dentre esses serviços de atendimento básico que servem de base para o levantamento de dados sobre os casos de violência doméstica, salienta-se aquele prestado pelos profissionais da saúde, e constata-se, como vamos apresentar, que os mesmos ainda não estão capacitados para realizar a notificação dos casos de vítimas dessa violência no exercer de sua profissão, restringindo-se ao cuidado ambulatorial e emergencial. Logo, o registro desses casos é escasso, o que, dentre outros fatores, está relacionado ao despreparo dos profissionais ao se deparar com tais casos. Uma formação insuficiente nesse quesito ou mesmo a falta de sensibilidade para detectar a necessidade do registro aos órgãos e autoridades competentes é um dos principais problemas enfrentados pelos profissionais da saúde, em nosso caso, das enfermeiras da ESF. Outro fator a ser considerado é o receio que temos de nos envolver em questões consideradas de âmbito privado, pois gera uma expectativa negativa de represália por parte do agressor após a denúncia.

A omissão do profissional configura crime, já que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – determina a denúncia obrigatória de casos de maus-tratos, como podemos ver no Artigo 245:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimentos de saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Pena de multa de três a vinte salários-referência, aplicando-se o dobro no caso de reincidência (BRASIL, 1990).

Em nosso estudo de caso, as profissionais estão mais preocupadas em preparar-se para a detecção, condução jurídica e acompanhamento de tais casos, pois, na prática, a falta do conhecimento científico apropriado para detecção precoce dos sinais suspeitos de maus-tratos, além dos procedimentos e garantias para o atendimento integral à criança e ao adolescente são os principais desafios impostos a sua intervenção. Um programa de educação permanente deve pressupor uma formação que contemple as necessidades do cotidiano profissional e, no caso da violência doméstica, as questões de ordem ética, científica e jurídica devem receber uma especial atenção, como bem frisam as profissionais que participaram do estudo.

Saliba et al. (2007) enfatizam que, apenas recentemente os maus-tratos à crianças e adolescentes vem sendo considerados tema a ser incluído nos currículos da área da saúde, bem como a temática da violência em geral. Embora não se possa desconsiderar, em termos de saúde pública, a questão da violência, os programas de cursos universitários, técnicos e de educação permanente não deram, no decorrer dos anos, a importância que tal fenômeno merece. O problema é que o não diagnóstico e intervenção precoce resultam em consequências fatais para as vítimas, seja de ordem física ou psíquica.

METODOLOGIA

O estudo é do tipo exploratório-descritivo, sob a abordagem qualitativa. Utilizou-se esta tipologia de estudo por buscar informações acerca do processo de trabalho do enfermeiro frente aos casos de violência praticada contra a criança e adolescentes e descrevê-las numa perspectiva sócio-sanitária.

A pesquisa foi realizada nos territórios da ESF do município de Cariré – Ceará, durante o período de fevereiro a junho de 2012. O município de Cariré possui nove equipes da ESF, sendo sete na zona rural, atuando em dez Centros de Saúde da Família (CSF). O município ainda conta com um Centro de Cuidados Complementares e Reabilitação e um Centro Integrado de Atenção à Saúde – Policlínica. O modelo de atenção à saúde adotado é o de Município Saudável, e tem como missão “Promover saúde com qualidade de vida, por meio de ações intersetoriais, para a construção de um município saudável”. (CARIRÉ, 2009)

O município de Cariré tem uma população de 19.354 habitantes, a população de zero a 14 anos corresponde a 47,18% da faixa etária de zero a 24 anos. Isto indica um perfil jovem da população e a necessidade de políticas públicas efetivas voltadas para esta. O município possui 120 crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil, envolvidas em ações sociais do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); destas 85 crianças e adolescentes sofreram algum tipo de violência doméstica, e 15 alguma forma de exploração sexual e oito cumprem medidas sócio-educativas (Idem, 2008).

Quanto aos sujeitos do estudo, estes são nove enfermeiras da ESF, sendo duas da Sede e sete na zona Rural do Município. Para preservação da identidade de cada enfermeira, os nomes foram substituídos por nome de flores: Rosa, Gardênia, Margarida, Jasmim, Violeta, Tulipa, Orquídea, Azaléia e Verbena. Os sujeitos do estudo apresentam o seguinte perfil:

1. **Rosa** – 42 anos, casada, formada há 19 anos, Especialização em Saúde da Família, atua na ESF há 12 anos.
2. **Gardênia** – 30 anos, casada, formada há sete anos, Especialização em Saúde da Família, atua na ESF há sete anos.
3. **Margarida** – 29 anos, solteira, formada há quatro anos, Especialização em Saúde da Família, atua na ESF há três anos.
4. **Jasmim** – 25 anos, solteira, formada há quatro anos, Especialização em Saúde da Família, atua na ESF há quatro anos.
5. **Violeta** – 34 anos, solteira, formada há 11 anos, Especialização em Saúde da Família e Saúde Integral ao adolescente na ESF, atua na ESF há 11 anos.
6. **Tulipa** – 27 anos, solteira, formada há 10 meses, Especialização em Saúde Pública, atua na ESF há 10 meses.
7. **Orquídea** – 27 anos, solteira, formada há um ano e seis meses, atua na ESF há um ano e seis meses.

8. Azaléia – 33 anos, casada, formada há 10 anos, Especialização em Saúde da Família e Educação Profissional em Saúde: Enfermagem, atua na ESF há 10 anos.

9. Verbena – 37 anos, solteira, formada há 13 anos, não tem especialização, atua na ESF há 12 anos.

A coleta das informações foi realizada por meio de um questionário, composto por perguntas abertas, contendo as seguintes variáveis: as qualificações vivenciadas acerca da temática da atenção à criança e ao adolescente violentado; as necessidades de educação permanente; as facilidades e dificuldades enfrentadas pela enfermeira ao promover atenção à criança e ao adolescente vitimado; e a rede de apoio. O contato com os sujeitos do estudo para aplicação do questionário ocorreu durante a reunião da roda semanal das equipes da ESF, na Sede no Município. Inicialmente, foi apresentado às enfermeiras os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, os questionários foram entregues para serem preenchidos, após detalhada leitura destes.

Em seguida, as informações obtidas foram sistematizadas em categorias temáticas e analíticas, conforme o referencial de Minayo (2007), as quais reúnem e organizam os principais temas e assuntos comuns encontrados nas respostas dos diversos sujeitos da pesquisa. As categorias abstraídas a partir das falas dos sujeitos foram: a) Necessidades de educação permanente e qualificações vivenciadas pelas enfermeiras para a prevenção e detecção de casos de violência; b) Facilidades vivenciadas e dificuldades encontradas na atenção às crianças e adolescentes vitimados; e, a c) Rede de apoio à criança e ao adolescente vitimado.

O estudo respeitou aos principais éticos e legais da pesquisa, conforme o emanado pela Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa é um subprojeto de pesquisa intitulada “Enfermagem no Território da Estratégia Saúde da Família: perfil, fazeres, saberes e necessidades de educação permanente dos enfermeiros de Sobral-CE”. Seu protocolo de pesquisa foi, inicialmente, cadastrado no SISNEP e, em seguida, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA), protocolo de pesquisa nº. 392.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O enfermeiro como articulador da Atenção Primária à Saúde (APS) tem atribuições básicas na atenção à criança e ao adolescente vitimado pela violência doméstica, dando apoio à família para obter informações sobre o fato, capacitando os componentes da equipe para reconhecimento desta, auxiliando-os também na classificação e encaminhamentos necessários. Além de buscar o bem estar individual e coletivo, físico e psicológico, da vítima e da família (SBP et al., 2001).

Categorias Abstraídas

Necessidades de educação permanente e qualificações vivenciadas por enfermeiras para a prevenção e detecção de casos de violência

No que diz respeito à qualificação como forma de melhorar a atenção à criança e ao adolescente vitimado, a maioria relatou não ter vivenciado nenhum tipo de qualificação a respeito da temática em questão, a não ser durante a graduação. Mas citaram as suas maiores necessidades de qualificação/educação permanente para melhorar seu desempenho na atenção às vítimas, as seguintes:

Se fosse possível o AIDPI [Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância]; um treinamento sobre crianças e adolescentes vítimas de violência seria muito importante [...] (Margarida).

Como agir diante de um caso de violência. Estatuto da Criança e do Adolescente. Acompanhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência domiciliar (Orquídea).

Capacitação a respeito da reabilitação da criança/adolescente e sua família e a respeito dos primeiros cuidados prestados (Azaléia).

Gostaria de capacitação quanto às questões éticas e legais à assistência de crianças e adolescentes vítimas de violência, e educação permanente a todos os profissionais da equipe de saúde para sensibilização do sigilo, acolhimento e encaminhamento/acompanhamento adequado das vítimas de violência (Verbena).

Dos sujeitos do estudo, três referiram a necessidade de qualificação em abordagem à criança e ao adolescente vitimado; e três no acompanhamento das vítimas. Portanto, para a eficiente detecção dos casos é de grande importância, profissionais qualificados, para uma melhor identificação e busca de ferramentas necessárias para atuar nas situações de violência, legitimar as denúncias e encaminhamento, assim como os cuidados necessários à redução dos danos causados às vítimas.

Dentre as estratégias para qualificar os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), tem a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, institucionalizada pelo Ministério da Saúde em 2004, que busca a mudança das técnicas de formação, de assistência, de formulação de políticas, de informação popular e de controle social no setor saúde. A Educação Permanente se fundamenta na aprendizagem expressiva, que ocorre quando aprender uma inovação faz sentido (BRASIL, 2005).

Assim, a qualificação dos profissionais da saúde, principalmente os da ESF é essencial, para o desenvolvimento teórico, tecnológico e político, tanto do campo da atenção, como da gestão no território, atribuindo novas situações a serem enfrentadas diariamente. A Educação Permanente em Saúde admite um novo significado do processo de trabalho, por seu exercício ser desenvolvido em serviço, com suas necessidades de saúde conhecidas ou não (cf. XIMENES NETO, 2007).

Contudo, percebe-se a necessidade de educação permanente em relação a algumas práticas cotidianas, principalmente, no que diz respeito às estratégias de prevenção da violência, apesar de já existir no município um programa de Educação Permanente.

No entanto, percebe-se que as enfermeiras constantemente têm buscado qualificar-se, com a intenção de melhorar a qualidade de seu trabalho na ESF, por meio de cursos em nível de Especialização em Saúde da Família e/ou Saúde Pública, que foram citadas pela maioria. Mesmo assim, ainda são muitas as

fragilidades na atuação das enfermeiras, para uma atenção adequada no cuidado com às famílias, sujeitos e populações, principalmente, os grupos em situação de risco e vulnerabilidade social (cf. BRASIL, 2010; XIMENES NETO et al., 2012). Pois, sabemos que cultura profissional não se impõe mudanças para melhorá-la, mas sim por meio de trocas de práticas e saberes com caráter reflexivo (XIMENES NETO et al., 2012).

Facilidades vivenciadas e dificuldades encontradas na atenção às crianças e adolescentes vitimados

As facilidades apontadas pelas enfermeiras na abordagem à criança e ao adolescente no território da ESF são:

Acesso aos medicamentos contraceptivos e medicação, realização de exames, profissionais qualificados para o aconselhamento (Rosa).

[...] uma rede de apoio, como profissionais da saúde, ACS, profissionais do Conselho Tutelar e do Núcleo de apoio à Saúde da Família-NASF (Jasmim).

Existência de Conselho Tutelar atuante; Existência de Conselho da Criança e Adolescente; Existência do NASF; Apoio dos ACS (Azaléia).

Uma enfermeira respondeu não ter nenhuma facilidade na abordagem às vítimas. Já quatro delas relataram a parceria com o Conselho Tutelar. Outras facilidades citadas foram a existência do NASF e o apoio dos ACS. A Enfermeira Margarida, apesar de não ter vivenciado casos desse tipo de violência em seu território de atuação demonstrou conhecer a rede de apoio no combate à violência.

Nos casos de violência, o

papel do enfermeiro se torna bastante significativo, pois, quando diagnosticada a agressão física, cabe a ele orientar o seu paciente da forma mais pertinente, respeitando as particularidades do ser, o que gera um vínculo de confiança fundamental para que as orientações dadas por eles sejam seguidas” (MATOSO et al., p. 79, 2014)

As dificuldades apontadas pelas enfermeiras foram:

A Família; o preconceito; o medo da pessoa em se expor (Rosa).

Não temos qualificação para abordar estes casos. Como trabalhar com a família. Como trabalhar com o agressor (Gardênia).

É um assunto de difícil abordagem, pois muitas vezes tentam esconder a violência ocorrida. Identificar o agressor e tomar as medidas cabíveis gera por vezes indisposição com os envolvidos (Jasmim).

Falta uma melhor articulação entre equipe da saúde e Conselho Tutelar e outros órgãos (Violeta).

Falta de melhor apoio à família. Falta de punição aos agressores. Falta de rede de proteção a vítima e à família (Azaléia).

Quanto às dificuldades três citaram a identificação, a abordagem e a punição dos agressores como principais problemas; assim como, a abordagem e acompanhamento familiar, além da falta de qualificação. Em pesquisa realizada com uma equipe de Enfermagem, acerca da abordagem de casos de violência, as principais dificuldades identificadas foram: o despreparo para lidar com o sujeito violentado; a falta de comprometimento institucional em relação ao apoio psicológico; além da qualificação das enfermeiras para lidar com as vítimas de violência (cf. LEAL; LOPES, 2005).

Apesar de todas as dificuldades apresentadas pelas enfermeiras do estudo, há iniciativas muito bem sucedidas no combate à violência doméstica contra crianças e adolescentes, como a notificação obrigatória de suspeita ou confirmação de maus-tratos aos Conselhos Tutelares, instituída pelo Ministério da Saúde na Portaria GM/MS nº 1968/2001 e de acordo com o Artigo 13 de Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), como um compromisso dos setores de Saúde e Educação, para com a população brasileira de não serem omissos diante da violência. Recentemente, destaca-se a implantação do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e o início dos preparativos para implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (Portaria MS/GM nº 936, 19 de maio de 2004). (cf. AZEVEDO; GUERRA, 2011)

Além disso, houve a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) de acordo com as Portarias nº 1.356, de 23 de junho de 2006, e nº 1.384, de 12 de junho de 2007, que é uma das principais ações para o enfrentamento das causas externas na conjuntura do SUS do Brasil (cf. *Ibidem*). Além dessas iniciativas há o encaminhamento para redes intersetoriais dos casos que necessitam de um acompanhamento específico, destacando os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, escolas e outras instituições educativas, Centros de Referência de Assistência Especializados (CREAS) e Órgãos da Justiça e Promotorias Públicas (BRASIL, 2008).

A Enfermeira Violeta aponta como dificuldade a falta de articulação da equipe da saúde com a rede de apoio, situação esta que dificulta a identificação, abordagem e um agir efetivo na violência doméstica. Para tanto, é “imprescindível que haja um trabalho em equipe multidisciplinar, pois um diagnóstico precoce da situação permite a elaboração de planos de cuidados adequados” (BRASIL, 2009).

Rede de apoio à criança e ao adolescente vitimado

Para a maioria das enfermeiras do estudo, a rede de apoio disponível, a exemplo do Conselho Tutelar e do Ministério Público, é mais utilizada, como forma de assistência às vítimas. Quanto ao aporte legal apontado pelos profissionais da saúde, estes tendem a compreender a violência doméstica como problemática, no que diz respeito à esfera da Segurança Pública e à Justiça, e não na perspectiva da atenção à saúde (ALGERI; SOUZA, 2006).

A violência doméstica é uma realidade inegável, sendo responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade, apresentando-se, portanto, como um grave problema de saúde pública em nosso país, o que corrobora com a abordagem de não somente legalizar o cuidado à vítima, mas sim, fornecer aporte sanitário a esta. (cf. *Ibidem*; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999).

No entanto, concordamos que o Setor Saúde não pode assumir a responsabilidade no combate à violência sozinho, entretanto, cabe a ele o envolvimento institucional, de modo a capacitar seus profissionais para o enfrentamento do problema, respaldados na compreensão das relações sociais (cf. CARIRÉ, 2008). Por conta de tal panorama, a violência doméstica deve ser reconhecida e entendida como um fenômeno,

articulado a violência estrutural e social a que os sujeitos, suas famílias e a sociedade em que vivem estão expostos (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999). Pois, dada a complexidade da violência, percebe-se que as ações conjuntas dos profissionais da saúde, com os de outros setores públicos e da sociedade devem ser projetadas, trabalhando de modo intersetorial e interdisciplinar, em sua prevenção (cf. FERRIANI; BERTOLUCCI; SILVA, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra crianças e adolescentes vem tomando uma dimensão cada vez maior na sociedade, o que acaba exigindo sensibilidade dos trabalhadores da saúde nos diferentes níveis de atenção, afinal tais vítimas têm seus direitos violados por quem deveria protegê-las. Tal situação pode causar sequelas que se estendem por toda a vida, não só para a vítima, mas para toda a comunidade. Para tanto, faz-se necessário uma maior atenção na formação dos profissionais que lidam com os casos, permitindo uma melhor atenção não só do sujeito-vítima, bem como da família, assim como promover a prevenção de casos e agravos resultantes da violência.

Para intervirem no atendimento às crianças vítimas de violência, as enfermeiras trabalham com diversas alternativas, buscando na equipe uma possibilidade de apoio na intervenção, bem como encaminham os casos suspeitos ou confirmados ao Conselho Tutelar e, ainda podem contar com o Ministério Público, o Conselho de Direitos à Criança e ao Adolescente e o NASF. Contudo, existe ainda uma grande necessidade de capacitação sobre o tema, devido às dificuldades enfrentadas na detecção precoce, abordagem e intervenção.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Violência doméstica contra crianças e adolescentes, um cenário em (des)construção. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_01.pdf>. Acesso em 23 de abril de 2011.

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. In: Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 625-631, jul./ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Impacto da Violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violência e promoção da cultura de paz. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990 - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 13 de agosto de 2014.

BONNER, B. L. Child abuse and neglect: an overview. Center on Child Abuse and Neglect. University of Oklahoma Health Sciences Center. 2003. Disponível em: <www.ispcan.org/document2003%20Overview%20of%20Can%20with%20stats.pp>. Acesso em 10 de abril de 2013.

CARIRÉ. Governo Municipal. Secretaria da Saúde. PLANO MUNICIPAL DA SAÚDE. Cariré: Secretaria da Saúde, 2009.

_____. 2008. Disponível em: <www.proares.ce.gov.br/index.php/ppms?download=45%3Acarire>. Acesso em 18 de maio de 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE DO BRASIL. Resolução Nº 196, 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao/reso.196-96.htm>>. Acesso em 16 de setembro de 2013.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, Sup., p. 1163-1178, 2007.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero como questão de saúde pública: a importância da formação de profissionais. In: *J Rede Saúde*, v. 19, n. 3, p. 3-4, 1999.

FERRIANI, M. G. C.; BERTOLUCCI, A. P.; SILVA, M. A. I. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 3, p. 342-348, jun. 2008.

FROMM, E. *Anatomia da destrutividade Humana*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

IPEA. Ministério do Planejamento e Orçamento. Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do desenvolvimento humano do Brasil. Brasília: IPEA/IBGE; 2006. Disponível em: <http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas_idh.php>. Acesso em março de 2012.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o "olhar" da enfermagem. In: *Ciências & Saúde Coletiva*, v.10, n. 2, p. 419-431, 2005.

MATOSO, M. B. L.; MATOSO, L. M. L.; ROCHA, E. M. P.; CARVALHO, B. G. S. Violência intrafamiliar contra criança e adolescente: o papel do profissional de Enfermagem e Serviço Social. In: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 6, n. 13, p. 71-86, 2014.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, E. N.; ELÓIA, S.C.; COSTA, F. B. C.; ELÓIA, S. M. C., SOUSA, F. S. P.; MATIAS, M. M. M. Violência e

saúde mental: implicações para adolescentes. In: Saúde Coletiva, v. 10, n. 59, p. 41-46, 2013.

OLIVEIRA FILHO, P. G.; SANTANA, J. S. S.; PEGORARO, O.; RODRIGUES, B. M. R. D. Violência infanto-juvenil e seus aspectos éticos: novos desafios na contemporaneidade. In: Revista Bioethikos, v. 3, n. 2, p. 256-264, 2009.

SALIBA, C. A.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. In: Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Centro Latino - Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves)/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/FIOCRUZ. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos/Ministério da Justiça. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência. 2. Ed. Rio de Janeiro: SBP; 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MausTratos_SBP.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2013.

UNICEF. Organizações paraenses debatem o enfretamento da violência contra crianças e adolescentes. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_18945.htm>. Acesso em: 10 de maio de 2012.

XIMENES NETO, F. R. G. Gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gerentes. 2007. 463 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará –UECE. Fortaleza, 2007.

_____.; PONTE, M. A. C., CHAGAS, M. I. O., FREITAS, C. M., DIAS, M. S. A., SANTIAGO, A. X. Gestão do trabalho em saúde: análise da situação dos enfermeiros no território da Estratégia Saúde da Família de Sobral - CE. In: Enfermagem Brasil, v. 10, n. 3, p. 168-179, maio-jun. 2011.

_____.; PONTE, M. A. C.; DIAS, M. A. S.; CHAGAS, M. I. O.; AMARAL, M. I. V. Educação permanente em Enfermagem: Uma tecnologia em construção na estratégia saúde da família em Sobral-Ceará, Brasil. In: Biblioteca Lascasas, v. 8, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0633.php>. Acesso em 10 de setembro de 2013.

WAKSMAN, R. D.; HARADA, M. J. C. Violência contra a criança e o adolescente. In: WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R. (Orgs.) Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Brasília: Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente/CFM, p. 13-30, 2011.
