



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO ACADÊMICO

EMANUELLA DE CASTRO MARCOLINO

**Análise da atuação do(a) enfermeiro(a) nos três níveis de atenção à saúde sob a ótica
da Linha de Cuidado para atenção integral a crianças e adolescentes em situação de
violência**

NATAL/RN

2019

EMANUELLA DE CASTRO MARCOLINO

Análise da atuação do(a) enfermeiro(a) nos três níveis de atenção à saúde sob a ótica da Linha de Cuidado para atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Vigilância a Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

NATAL/RN

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Central Zila Mamede

Marcolino, Emanuella de Castro.

Análise da atuação do(a) enfermeiro(a) nos três níveis de atenção à saúde sob a ótica da Linha de Cuidado para atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência / Emanuella de Castro Marcolino. - 2020.
301f.: il.

Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, 2020.

Orientador: Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda.

1. Enfermeiras - Tese. 2. Enfermeiros - Tese. 3. Prática profissional - Tese. 4. Violência - Tese. I. Miranda, Francisco Arnaldo Nunes de. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 614.253.5

Análise da atuação do(a) enfermeiro(a) nos três níveis de atenção à saúde sob a ótica da Linha de Cuidado para atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Resultado: Aprovada
Data: 06/12/2019

PRESIDENTE DA BANCA

Professor Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN)

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Rafaella Queiroga Souto
(Universidade Federal da Paraíba/UFPB)

Professora Dr. Francisco de Sales Clementino
(Universidade Federal de Campina Grande/UFCG)

Professor Dr. Gilson Vasconcelos Torres
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN)

Professora Dra. Nilba Lima De Souza
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN)

Aos meus avós, Luiza de Castro Bezerra e Airton Francisco Bezerra (*in menorian*) e ao meu pai, José Marcos Marcolino (*in memorian*) dedico essa Tese, pois foram suporte, apoio, incentivo e amor para a busca de meus sonhos; sentimentos que transcenderam a vida e me trouxeram para essa conquista.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por cuidar de mim a cada passo dado, por colocar o chão sob meus pés quando pensava que não existiria por onde caminhar; por iluminar, guiar e conduzir com tuas mãos toda essa jornada definindo tudo no tempo certo, me segurando em teu colo a todo instante.

A **minha família**, especialmente a **minha mãe, Isabel**, minha protetora, minha maior cuidadora e amiga, aquela que sempre esteve ao meu lado como suporte, carinho, amor e colo nas melhores e piores horas, **aos meus avós, Luiza e Airton**, (*in memoriam*) que me criaram como filha e me deram toda a base necessária para os estudos e a vida com muito amor, **ao meu pai, José Marcos**, (*in memoriam*) pela torcida e orgulho em vida; **ao meu irmão, Maxwell**, pela compreensão das ausências devido as horas intensas de estudo, pelo estímulo e orações.

Aos **meus tios e tias, Tia Alzeni (Tia e Madrinha), Tia Alzenete, Tia Alzeneide**, e todos os **tios paternos**, bem como aos **tios maternos, Airton, Daniel, Alexandre, Fernando e Moisés**, gratidão por tudo que fizeram durante toda a minha caminhada acadêmica, pelo incentivo, suporte e torcida inabalável, cada um em momento diferente contribuiu de alguma forma para a realização desse sonho e, assim deixaram marcas eternas de agradecimento.

Aos **meus primos e primas**, pela amizade e colaboração, em especial ao meu primo **Gleristom** que me subsidiou em todas as questões logísticas de informática desde sempre e ainda mais durante a construção desse produto; as minhas primas potiguares **Kercia e Tayna** pela mão estendida a todo instante em Natal, muito obrigada por tudo.

Ao meu namorado, **Saulo**, pelo companheirismo e amor dispensado em todo o percurso do Doutorado compreendendo cada ausência e renúncia, me apoiando em tudo e estimulando a vôos cada vez mais altos, gratidão por ser meu companheiro e estarmos juntos nessa caminhada.

As **minhas amigas**, de vida e de academia: **Mayara**, por anos de compartilhamento e aprendizado juntas, **Renata** por ter se tornado uma grande companheira, **Karol**, por ter sido presente de Deus nesse caminho, obrigada meninas por todos as conversas, choros, alegrias, ideias, sugestões e as inúmeras viagens Campina – Natal, gratidão por tornar esse caminho mais leve e estarem comigo sempre.

A minha amiga de infância e vida **Thayse Ariane** por torcer pelo meu sucesso sempre, por me desejar o melhor e por me acompanhar em todos os momentos da vida, obrigada pela sua amizade que sempre foi estímulo.

A minha amiga **Layze**, por me colocar em suas orações e desejar meu sucesso pleno,

obrigada pela amizade verdadeira e por dividir tantos momentos dessa caminhada.

A minha amiga **Adri**, um presente de Deus em minha vida, uma amiga que o Senhor me concedeu para ser suporte e amor.

A minha amiga **Anny**, que mesmo distante nunca perdemos o carinho uma pela outra, gratidão por me ajudar intensamente na reta final.

Ao meu orientador, **Prof. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda**, por acolher minhas ideias, pela disponibilidade indescritível, por estar presente a todo instante, e por extremamente compreensível, portanto gratidão por ter me ensinado a como ser um orientador, não apenas em termos acadêmicos, mas sobretudo um orientador que deixa marcas positivas por sua sensibilidade e afeto com seus orientados.

Aos professores componentes da banca examinadora **Prof. Francisco de Sales Clementino**, amigo e companheiro acadêmico, obrigada por todos os ensinamentos, por me conduzir e estimular brilhantemente nessa caminhada, pelo apoio e palavras de força inabaláveis, a **Profª Rafaella Queiroga Souto**, **Profº Gilson Vasconcelos Torres**, e a **Profª Nilba Lima de Souza** pela disponibilidade e contribuições para o aprofundamento desse produto.

As amigas que o Doutorado me deu, **Graci, Andressa, Anna Claudia, Karol e Marta**, a partir dos trabalhos acadêmicos compartilhados e do aprendizado, obrigada pelas conversas e partilha mesmo distante.

As amigas do grupo de professoras de Saúde Coletiva, **Mayara, Adri, Beta, Suely, Monalisa, Roumayne**, que a vida me agraciou e que tem se tornado grande companheiras na docência, obrigada pela comunhão e incentivos.

Ao **Grupo de Estudos Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em saúde mental e saúde coletiva do Programa de Pós-graduação da UFRN** por todas as produções compartilhadas, em especial, a **Glauber Weder**, que me auxiliou expressivamente na análise dos dados permitindo um produto mais elaborado.

Ao **Governo do Estado do Rio Grande do Norte** pela concessão à realização do meu processo de qualificação profissional.

Aos coordenadores de curso e professores do **Centro Unversitário Unifacisa** pelo encorajamento e estímulo a conclusão dessa jornada.

Ao **Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN** pela contribuição na minha formação acadêmica docente com maestria.

Aos **serviços de saúde** por meio da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba e Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande que disponibilizaram seus espaços para

a realização dessa pesquisa, bem como aos enfermeiros participantes, fundamentais para a concretização desse produto.

Ademais, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram de algum modo para que esse sonho pudesse ser realidade, certamente sozinha nunca teria alcançado tantos degraus, todas as mãos estendidas foram essenciais para esse momento. Não tenho palavras para agradecer a todos!

*De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!*

Fernando Sabino

RESUMO

MARCOLINO, E. C. **Análise da atuação do(a) enfermeiro(a) nos três níveis de atenção à saúde sob a ótica da Linha de Cuidado para atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência.** 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem), 298fls – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2019.

Objetivou-se analisar a abordagem do enfermeiro (a) à crianças e adolescentes em situação de violência nos três níveis de atenção à saúde embasada na linha de cuidado à criança e adolescente em situação de violência. Estudo analítico com abordagem qualitativa, realizado no município de Campina Grande, Paraíba, em serviços de saúde de atenção primária, secundária e terciária que assistem a crianças e adolescentes em situação de violência. Participaram do estudo 76 enfermeiros distribuídos: na atenção primária, atuantes na Estratégia Saúde da Família; na atenção secundária, em um hospital municipal de assistência à criança e ao adolescente nos setores de acolhimento, sala vermelha e enfermaria pediátrica; na atenção terciária, os enfermeiros do acolhimento, sala vermelha, observação pediátrica, enfermaria pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital de referência para traumas. Coletou-se os dados no período de janeiro a março de 2018 por meio de formulário sociodemográfico e entrevistas individuais semiestruturadas gravadas e transcritas. Os dados coletados foram analisados pelo *software* IRAMUTEQ por meio da Classificação Hierárquica Descendente, Análise de Similitude e Nuvem de palavras. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com parecer nº 2.456.493. Na Atenção Primária obteve-se, a partir das classes da análise lexicográfica, cinco categorias denominadas: Categoria I (Classe 1)-Vivência e identificação pelo enfermeiro das situações de violência com crianças e adolescentes; Categoria II (Classe 4)-O contexto familiar e a violência; Categoria 3 (Classe 5)-Ações de promoção da saúde pelo enfermeiro; Categoria IV (Classe 3)-Equipe multiprofissional e serviços da rede de atenção como suporte para a abordagem do enfermeiro; Categoria V (Classe 2)-Capacitação e atuação do enfermeiro frente à vítima de violência. Na Atenção Secundária emergiram cinco categorias definidas como: Categoria I (Classe 1)-Condutas direcionadas a criança e adolescente vítima de violência no serviço de média complexidade; Categoria II (Classe 4)-Escopo da média complexidade e ações do enfermeiro; Categoria III (Classe 5)-Capacitação e o modo do enfermeiro lidar com as vítimas de violência; Categoria IV (Classe 3)-Percepção do enfermeiro sobre o contexto familiar e a vítima; Categoria V (Classe 2)-Identificação da violência contra crianças e adolescentes pelo enfermeiro por meio da consulta de enfermagem; e para a Atenção Terciária os dados produziram seis categoria nomeadas: Categoria I (Classe 1)-Acolhimento, notificação e seguimento dos casos de violência; Categoria II (Classe 5)-Consulta de Enfermagem: sinais de identificação da violência; Categoria III (Classe 6)-Relação do enfermeiro com o familiar; Categoria IV (Classe 4)-Capacitação do enfermeiro para abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência; Categoria V (Classe 2)-Especificidades dos setores de atendimento no serviço de alta complexidade; Categoria IV (Classe 3)-Serviço de saúde de alta complexidade como referência para situações de violência. A análise dos três níveis de atenção à saúde permitiu identificar fragilidades na abordagem do enfermeiro a crianças e adolescentes em situação de violência quanto ao conhecimento técnico científico na graduação ou capacitações, na identificação dos casos de violência, nas relações com vítimas e familiares, na articulação multidisciplinar e intersetorial e nas definições dos fluxos internos de cada nível de atenção. Conclui-se que a abordagem do enfermeiro a crianças e adolescentes em situação de violência necessita de qualificação por meio de formação profissional específica, definição de fluxos e protocolos e articulação com a rede de proteção.

Palavras-chave: Enfermeiras e enfermeiros; Prática profissional; Violência; Criança; Adolescente; Enfermagem Forense.

ABSTRACT

MARCOLINO, E. C. **NURSE'S APPROACH TO CHILDREN IN VIOLENCE: AN ANALYSIS OF THE THREE LEVELS OF HEALTH CARE.** 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem), 298fls – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2019.

The objective of this study was to analyze the nurse's approach to children and adolescents in situations of violence in the three levels of health care based on the line of care for children and adolescents in situations of violence. Analytical study with qualitative approach, conducted in the city of Campina Grande, Paraíba, in primary, secondary and tertiary health care services that assist children and adolescents in situations of violence. Participated in the study 76 nurses distributed: in primary care, working in the Family Health Strategy; in secondary care, in a municipal child and adolescent care hospital in the reception, red room and pediatric ward sectors; in tertiary care, the nurses of the reception, red room, pediatric observation, pediatric ward and pediatric intensive care unit of a referral trauma hospital. Data were collected from January to March 2018 using a sociodemographic form and semi-structured interviews recorded and transcribed. The collected data were analyzed by the IRAMUTEQ software through Descending Hierarchical Classification, Similitude Analysis and Word Cloud. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Norte with opinion no. 2,456,493. In Primary Care, from the lexicographic analysis classes, five categories were obtained: Category I (Class 1) - Living and identification by the nurse of situations of violence with children and adolescents; Category II (Class 4) -Family context and violence; Category 3 (Class 5) - Health promotion actions by nurses; Category IV (Class 3) - Multidisciplinary team and services of the care network as support for the approach of the nurse; Category V (Class 2) -Capacitation and performance of the nurse facing the victim of violence. In Secondary Care emerged five categories defined as: Category I (Class 1) - Conducts directed to children and adolescents victims of violence in the service of medium complexity; Category II (Class 4) -Scope of medium complexity and actions of the nurse; Category III (Class 5) -Capacitation and the nurse's way of dealing with victims of violence; Category IV (Class 3) -Nurse's perception of the family context and the victim; Category V (Class 2) -Identification of violence against children and adolescents by nurses through nursing consultation; and for Tertiary Care the data produced six categories named: Category I (Class 1) - Reception, notification and follow-up of cases of violence; Category II (Class 5) -Nursing consultation: signs of identification of violence; Category III (Class 6) -Relation of the nurse with the relative; Category IV (Class 4) -Nurse training to approach children and adolescents victims of violence; Category V (Class 2) -Specificities of the service sectors in the highly complex service; Category IV (Class 3) -High complexity health service as a reference for situations of violence. The analysis of the three levels of health care identified weaknesses in the approach of nurses to children and adolescents in situations of violence regarding scientific and technical knowledge in undergraduate or training, in the identification of cases of violence, in relationships with victims and family, in articulation. multidisciplinary and intersectoral approach and in defining the internal flows of each level of care. It is concluded that the approach of nurses to children and adolescents in situations of violence needs qualification through specific vocational training, definition of flows and protocols and articulation with the safety net.

Keywords: Nurses; Professional practice; Violence; Child; Adolescent; Forensic Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Descrição da linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	26
Figura 2 - Rede de cuidado e proteção social a crianças e adolescentes em situação de violência, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	40
Figura 3 – Diagrama de Bronfenbrenner adaptado a crianças e adolescentes em situação de violência, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	42
Figura 4 – Tipos e natureza das principais violências que atingem crianças e adolescentes, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	43
Figura 5 – Distribuição dos serviços de saúde na rede atenção a crianças e adolescentes em situação de violência, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	55
Figura 6 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus</i> textual referente as entrevistas com enfermeiros (as) atuantes na Atenção Primária, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	74
Figura 07 – Diagrama das classes integrantes do dendrograma do <i>corpus</i> textual referente as entrevistas com enfermeiros (as) atuantes na Atenção Primária, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	76
Figura 8 - Fluxo de abordagem, na atenção primária, de crianças e adolescentes vítimas de violência, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	114
Figura 9 - Nuvem de palavras do <i>corpus</i> textual referente aos discursos dos (as) enfermeiros (as) atuantes na Atenção Primária, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	128
Figura 10 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus</i> textual referente as entrevistas com enfermeiros atuantes na média complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	132
Figura 11 – Diagrama das classes integrantes do dendrograma do <i>corpus</i> textual referente as entrevistas com enfermeiros atuantes na média complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	134
Figura 12 – Nuvem de palavras do <i>corpus</i> textual referente aos discursos dos enfermeiros atuantes na média complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	171
Figura 13 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus</i> textual referente as entrevistas com enfermeiros atuantes na alta complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	176
Figura 14 - Diagrama das classes integrantes do dendrograma do <i>corpus</i> textual referente as entrevistas com enfermeiros atuantes na alta complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil.....	178
Figura 15 – Fluxo de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência em serviço de alta complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	225
Figura 16 - Nuvem de palavras do <i>corpus</i> textual referente aos discursos dos (as) enfermeiros (as) atuantes na alta complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	234
Figura 17 – Análise de similitude dos discursos dos enfermeiros atuantes nos três níveis de complexidade sobre a abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.....	236
Figura 18 – Pontos de convergência e divergência nos discursos dos enfermeiros atuantes nos três níveis de complexidade sobre a abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019....	243

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Amostra final de enfermeiros (as) participantes da pesquisa por nível de atenção à saúde, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	57
Quadro 2 – Descrição dos códigos de identificação dos trechos das entrevistas por nível de complexidade, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	61
Quadro 3 – Descrição da linha de comando de cada <i>corpus textual</i> por nível de complexidade para análise dos dados pelo IRAMUTEQ, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	65
Quadro 04 – Descrição das entrevistas sorteadas para análise de similitude por meio do IRAMUTEQ, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	67
Quadro 5 – Caracterização dos (as) enfermeiros (as) atuantes na Atenção Primária participantes da pesquisa conforme distritos sanitários de saúde e zonas geográficas, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	73
Quadro 6 – Demonstrativo das classes do <i>corpus textual</i> da Atenção Primária (percentual, ST, intervalo do χ^2 , termos de composição) e os respectivos eixos da linha de cuidado integral a crianças e adolescentes em situação de violência, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	78
Quadro 7 – Caracterização dos (as) enfermeiros (as) atuantes na média complexidade participantes da pesquisa, conforme setor de atuação, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	131
Quadro 8 - Demonstrativo das classes do <i>corpus textual</i> da média complexidade (percentual, ST, intervalo do χ^2 , termos de composição) e os respectivos eixos da linha de cuidado integral a crianças e adolescentes em situação de violência, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.....	136
Quadro 9 – Caracterização dos (as) enfermeiros (as) atuantes na Alta complexidade participantes da pesquisa conforme setor de atuação.....	175
Quadro 10 - Demonstrativo das classes do <i>corpus textual</i> da Alta Complexidade (percentual, ST, intervalo do χ^2 , termos de composição) e os respectivos eixos da linha de cuidado integral a crianças e adolescentes em situação de violência.....	180

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEFORENSE	Associação Brasileira de Enfermagem Forense
ACD	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AFN	American Forensic Nurses
ANA	American Nurses Association
ALCESTE	Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DS	Distritos Sanitários
EaD	Ensino a Distância
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNE	Forensic Nurse Examiner
IAFN	Associação Internacional de Enfermeiros Forenses
IES	Instituição de Ensino Superior
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ISEA	Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida
IML	Instituto Médico Legal
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde

PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Processo de Enfermagem
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
ST	Segmentos de texto
SIC	Segundo informações colhidas
SANE	Sexual Assault Nurse Examiner
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESC	União de Ensino Superior de Campina Grande
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UCE	Unidades de Contexto Elementares
UCI	Unidades de Contexto Iniciais
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. JUSTIFICATIVA.....	22
3. OBJETIVOS.....	25
3.1 Objetivo Geral.....	25
3.2 Objetivos Específicos.....	25
4.REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
4.1 Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência: pilares para a abordagem do (a) enfermeiro (a).....	26
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	42
5.1 As violências que cercam as crianças e adolescentes e suas tipologias.....	42
5.2 Enfermagem Forense: enfrentamento de situações de violência com crianças e adolescentes pelo (a) enfermeiro (a).....	47
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	53
6.1. Caracterização do estudo.....	53
6.2. Cenário da pesquisa.....	54
6.3. Participantes do estudo.....	55
6.4. Critério de inclusão e exclusão.....	57
6.5. Procedimento e instrumento de coleta de dados.....	58
6.6. Processamento e análise dos dados.....	62
6.7. Aspectos éticos.....	68
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
7.1 Abordagem dos (as) enfermeiros (as) às crianças e adolescentes em situação de violência na Atenção Primária à Saúde.....	70
7.1.1 Perfil dos (as) enfermeiros (as) da Atenção Primária à Saúde.....	70
7.1.2 Análise lexicográfica associada a análise de conteúdo de Bardin das entrevistas com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.....	129
7.2 Abordagem dos (as) enfermeiros (as), na média complexidade de atenção à saúde, às crianças e adolescentes em situação de violência.....	129
7.2.1 Perfil dos (as) enfermeiros (as) da média complexidade.....	132
7.2.2 Análise lexicográfica associada a análise de conteúdo de Bardin das entrevistas com os (as) enfermeiros (as) no nível de média complexidade.....	173
7.3 Abordagem do (a) enfermeiro (a), na alta complexidade de atenção à saúde, às crianças e adolescentes em situação de violência.....	173
7.3.1 Perfil dos enfermeiros da alta complexidade.....	171
7.3.2 Análise lexicográfica associada a análise de conteúdo de Bardin das entrevistas com os (as) enfermeiros (as) da alta complexidade.....	235
7.4 Análise de similitude da atuação dos (as) enfermeiros (as) dos três níveis de atenção à saúde.....	246
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	246
REFERÊNCIAS.....	252
APÊNDICES.....	272
ANEXOS.....	290

INTRODUÇÃO

A violência como fenômeno social afeta a saúde individual e coletiva, se configurando como um problema do setor da saúde, à medida que produz mortes, lesões, traumas físicos e psicológicos e consequentemente reduz a qualidade de vida das pessoas e comunidades. Cenário que exhibe novos problemas para o atendimento dos serviços de saúde e evidencia a necessidade de ações em saúde interdisciplinares, multiprofissionais, intersetoriais e socialmente envolvidas com a problemática (MINAYO; SOUSA; SILVA; ASSIS, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua violência como o uso da força física ou do poder de modo intencional em atos concretos ou em ameaça para com si próprio, outra pessoa, grupo de pessoa ou comunidade produzindo ou com grande possibilidade de produzir lesão, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação e morte (WHO, 2002).

No tocante às crianças e adolescentes, considera-se o conceito da OMS e se acrescentam os atos de omissão produzidos por pais, parentes, responsáveis, instituições e a própria sociedade, dessa forma, a violência a crianças e adolescentes abarca todas as situações que violam os direitos à saúde e à vida garantidos a esses indivíduos produzindo dano físico, emocional, sexual ou mesmo moral nesses indivíduos (BARBIANI, 2016).

As principais formas de violência que as crianças e adolescentes estão envolvidos abarcam a violência física, psicológica, sexual e a negligência, todas caracterizadas como violação do direito inalienável garantido a esses grupos, portanto consideram-se as crianças e adolescentes grupos vulneráveis, o que requer prioridade de ações e intervenções em saúde (BARBIANI, 2016).

No mundo todo, anualmente mais de 1,3 milhão de mortes são catalogadas em consequência da violência, nas suas diversas formas: auto-direcionada, interpessoal e coletiva, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global. Na faixa etária de 15 a 44 anos de idade, a violência é a quarta principal causa de morte em nível global (OMS, 2015). Vale destacar que as mortes representam o ápice da pirâmide das violências, sendo composta, predominantemente, pelas violências não fatais; dessas, a menor parte recebe atendimentos em serviços de saúde e a camada mais ampla, a base da pirâmide, representa os casos que não são relatados e permanecem na invisibilidade (OMS, 2015).

Crianças e adolescentes constituem um dos grupos que mais sofrem os impactos das violências não fatais por abusos físicos, sexuais e psicológicos. Mundialmente, 25% dos

adultos relatam terem sofrido abusos quando criança (OMS, 2015). Dados demonstram uma prevalência de abusos sexuais em torno de 20% para crianças e adolescentes do sexo feminino e 8% do sexo masculino no mundo (WHO, 2017a).

Em estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS), crianças de todo o mundo relataram que sofreram alguma forma de violência no ano anterior a investigação, a saber: abusos físicos (23%), abusos emocionais (36%), negligência física (16%), abusos sexuais (18% para meninas e 8% para meninos). Ressaltam-se os países com maior nível de pobreza como os que apresentam maior prevalência de violência física contra criança e adolescente (Haiti: 61%*; 57%**; Nigéria: 50%*; 52%**; Quênia: 66%*; 73%)¹ (WHO, 2017b).

O Brasil detém um quinto de todos os assassinatos de crianças e adolescentes ocorridos no mundo, além de se encontrar em segundo lugar entre os países com maior número de assassinatos, abaixo somente da Nigéria. O risco de morrer por homicídio no Brasil aumenta quando as crianças passam para a adolescência, saindo de uma taxa de homicídios de 1 por 100.000 (0 a 9 anos) para 32 por 100.000 entre adolescentes (10 a 19 anos), com níveis 10 vezes maiores entre meninos em comparação com as meninas (58 por 100.000/5 por 100.000) (UNICEF, 2014).

No Brasil, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), na subseção “violência doméstica, sexual e outras violências” registrou em 2016 que 40,5% dos casos de violência notificados ocorreram com indivíduos na faixa de <1 a 19 anos (NUNES; SALES, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). O sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) identificou, em 2013, que crianças de zero a nove anos de idade sofreram, predominantemente, negligência dentre os tipos de violência sofridos e, na faixa etária de dez a dezenove anos de idade, destacaram-se as violências por agressão física (BRASILa, 2017).

Diante desse cenário internacional e brasileiro, o reconhecimento da violência contra crianças e adolescentes como um problema de Saúde Pública ocorreu nas últimas décadas, e no Brasil ampliaram-se as políticas e estratégias voltadas a problemática (SOUTO; ZANIN; AMBROSANO; FLÓRIO, 2018). O fenômeno tornou-se agenda do setor brasileiro de saúde com o alerta para o impacto no crescimento e desenvolvimento infantojuvenil da violência em crianças e adolescentes; assim, instituições e profissionais de saúde engajaram-se na construção de um dos marcos legais mais significativos na proteção a esse grupo, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (MINAYO; SOUZA; SILVA; ASSIS, 2018).

¹ * representa crianças do sexo feminino; ** representa crianças do sexo masculino.

O ECA ratifica a garantia dos direitos fundamentais mencionados no art. 227 da Constituição Federal e protege crianças e adolescentes de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência ou crueldade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Ademais, em 2001, publicou-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a), bem como o instrumento de notificação de casos de suspeita ou de confirmação de violências contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2001b).

Em complemento em 2009, instituiu-se a Lei 12.015 que trata dos crimes hediondos e corrupção de crianças e adolescentes definindo estupro e crimes sexuais contra vulneráveis, bem como a Lei nº 13.010/2014 (Lei “Menino Bernardo”), que figura sobre o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados com ausência de castigos e/ou tratamento cruel e degradante (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

Nesse mesmo período temporal, em 2010, estabeleceu-se a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências”, pelo Ministério da Saúde, como um aparato orientador aos profissionais de saúde com vistas à uma atenção integral por meio da promoção da saúde, acolhimento, notificação, assistência e seguimento, o que subentende a execução de ações de promoção a saúde, prevenção de agravos e trabalho em rede nos três níveis de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, a linha de cuidado do Ministério da Saúde visa direcionar os profissionais de saúde frente à essa problemática no Brasil. Contudo, a atuação voltada para crianças e adolescentes vítimas de violências nos Serviços de Saúde apresenta muitos desafios. Ainda há dificuldades dos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, em identificar, notificar, diagnosticar e encaminhar os casos de violência com crianças e adolescentes (BANNWART; BRINO, 2011; GALINDO *et al*, 2017).

Os desafios perpassam a organização dos serviços de saúde e a rede de atenção às vítimas; ressalta-se a necessidade de estabelecimentos de saúde estruturados e organizados que ofereçam condições satisfatórias para a atuação dos profissionais de saúde, bem como a articulação entre os membros da equipe de saúde, sendo esses elementos essenciais para uma assistência integral e resolutiva as crianças e adolescentes em situação de violência (MELO; SOUZA; BEZERRA; FERNANDES, 2016).

Estudos (MELO; SOUZA; BEZERRA; FERNANDES, 2016; DIAS *et. al.*, 2013) destacam a fragilidade na rede de proteção a violência contra crianças e adolescentes, sobretudo nas relações intersetoriais com outros órgãos e serviços de proteção às vítimas, a

exemplo dos Conselhos Tutelares; tais entraves influenciam negativamente na resolatividade de casos encaminhados e no combate as situações de violência com crianças e adolescentes.

Nesse sentido, o enfrentamento às situações de violência com crianças e adolescentes necessita de uma abordagem intersetorial e multidisciplinar; essas situações de violência com crianças e adolescentes surgem nos três níveis de atenção à saúde no Brasil, conforme a organização do Sistema Único de Saúde. Os serviços de saúde da atenção primária, secundária e terciária assistem situações leves, médias e graves, geralmente, com aumento de gravidade de acordo com o nível de atenção, assim, cada um desses níveis possui um escopo de atendimento próprio o que constitui um trabalho em rede desde que exista articulação entre os diferentes níveis, a qual é fundamental para o enfrentamento da violência garantindo a integralidade da atenção e proteção de crianças e adolescentes (MELO; SOUZA; BEZERRA; FERNANDES, 2016; EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018).

Na atenção primária, os profissionais de saúde detem um contexto propício para a detecção precoce de situações de violência contra crianças e adolescentes pelo contato direto com as comunidades, contudo as abordagens rotineiras pautadas em uma visão assistencialista tendem a se fundamentar na observação de sinais e sintomas clínicos da violência (MATIAS; NASCIMENTO; ALCHIERI, 2013).

Essa visão ampliada da violência contra crianças e adolescentes também deve fazer parte da atuação dos profissionais nos serviços hospitalares; durante o atendimento aos indivíduos desses grupos é fundamental manter-se alerta para sinais que caracterizem situações de violência sendo esse o motivo do atendimento hospitalar ou não (FERNANDES *et al.*, 2017).

Entretanto, Melo, Souza, Bezerra e Fernandes (2016) em estudo de revisão identificou de maneira quase unânime que os enfermeiros, seja da atenção primária ou da assistência hospitalar, apresentam dificuldades de identificar e conduzir os casos de violência quando as crianças e adolescentes são as vítimas; especialmente, quando não há sinais aparentes da violência contribuindo para diagnósticos e notificações inadequadas (MATIAS; NASCIMENTO; ALCHIERI, 2013).

Diante do cenário apresentado, faz-se necessário discutir estratégias e condutas da atuação dos enfermeiros para o enfrentamento as situações de violência com crianças e adolescentes nos diversos serviços de saúde; uma vez que esse profissional desempenha papel essencial no setor saúde por possuir uma visão abrangente sobre a atenção nos diversos níveis e ocupar cargos de gerência e políticas públicas (MELO; SOUZA; BEZERRA; FERNANDES, 2016).

O enfermeiro deve ser apto a identificar sinais sugestivos de violência que ofereçam risco a integridade física e moral das crianças e adolescentes, mantendo-se atento para intervir nas situações suspeitas ou confirmadas, para tanto deve estar apropriado de conhecimentos e habilidades (GALINDO *et al.*, 2017; FERNANDES *et al.*, 2017); assim atuar na abordagem, atenção, proteção e assistência à criança, adolescente e a família vitimizada (FERNANDES *et al.*, 2017).

Contudo, na prática diária os (as) enfermeiros (as) apresentam diversas dificuldades que estão relacionadas a confirmação do diagnóstico de violência, mesmo com sinais visíveis de lesão corporal, pelo receio de cometer injustiças e por falta de informações básicas; a descrença e dúvidas sobre a atuação dos órgãos competentes na resolubilidade dos casos; aos sentimentos de frustração, impotência e imobilidade juntamente a possíveis consequências jurídicas; a insegurança relacionada a fragilidade da formação profissional na graduação; a cultura em que se valoriza a privacidade da família e o não envolvimento com conflitos familiares; a ameaça do agressor aos profissionais como argumento para a não notificação, com consequente necessidade da confirmação da suspeita para a realização da notificação (BANNWART; BRINO, 2011; VALERA *et al.*, 2015).

No Brasil, a notificação das situações de violência com crianças e adolescentes deve ser papel obrigatório dos (as) enfermeiros (as) e demais profissionais de saúde em atuação nos serviços de saúde, entretanto, esses demonstram temor em assumir o papel de denunciante e a possibilidade de ser convocado judicialmente; de sofrer retaliações da família denunciada; insegurança para abordar a criança/adolescente e familiares e desinformação sobre a legislação vigente (ABREU, 2016). Tais entraves em relação a abordagem do enfermeiro (a) às situações de violência com crianças e adolescentes reflete aspectos da formação profissional e do treinamento de competências para lidar com esse fenômeno (RAMOS; TEODORO, 2012).

O(a) enfermeiro(a) configura-se um profissional de extrema importância na identificação e encaminhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência pelo potencial de realizar o diagnóstico diferencial das lesões, bem como promover a articulação intersetorial nos casos suspeitos ou confirmados. Contudo, o exame tradicional do(a) mesmo(a), em sua assistência, não disponibiliza dados suficientes que permitam identificar/confirmar casos de violência, a análise da enfermagem direciona-se para um recorte limitado dos elementos biológicos e da interação mãe e criança/adolescente, o que não realiza uma investigação dinâmica com base no contexto que possa auxiliar no diagnóstico da violência (RAMOS; TEODORO, 2012; MARTINS *et al.*, 2017).

Um profissional da enfermagem com capacitação quanto à dinâmica da violência em crianças e adolescentes pode desenvolver ações preventivas e de acompanhamento à medida em que se encontra habilitado para identificar situações de abusos, precocemente, e promover um elo com a rede de assistência às vítimas a fim de dar continuidade e acompanhamento ao caso e oferecer um programa de atendimento adequado (RAMOS; TEODORO, 2012).

Destaca-se, portanto, a necessidade de desenvolver nos(as) enfermeiros (as) generalistas o olhar forense para abordar as situações de violência com crianças e adolescentes nos serviços de saúde de atenção primária, média e a alta complexidade enquanto profissionais que se deparam com essas demandas cotidianamente nos serviços de saúde.

Essa visão forense pode ser estimulada nos enfermeiros por meio de capacitações qualificações e na própria formação acadêmica, de modo que os enfermeiros possam assistir as vítimas de forma mais qualificada abarcando as lacunas da prática profissional identificadas pelos próprios profissionais.

O conhecimento forense na área da saúde, e especificamente na enfermagem, combina a ciência forense, o sistema judiciário e a Enfermagem; afim de providenciar serviço direcionado às vítimas, suspeitos e aos que testemunharam atos de violência considerando os determinantes sociais de vulnerabilidades dos grupos de pessoas, o que inclui o contexto no qual essas pessoas vivem e que afetam diretamente a vitimologia, resiliência e bem-estar (GOMES, 2014; SANCHEZ; PACQUIAO, 2018).

No que tange a abordagem de crianças e adolescentes com suspeita ou confirmação de ter sido vítima de violência, o enfermeiro com o olhar forense deve abordar de forma sistemática a vítima, o que implica em recolha de uma história abrangente seguida de exame físico, diagnóstico clínico juntamente com equipe multidisciplinar, definição de plano de cuidados e, finalmente, encaminhamento para as instituições apropriadas (CLEMENTS *et al*, 2014).

Considerando-se que a problemática da violência com crianças e adolescentes alcança os serviços de saúde nos três níveis de complexidade, é fundamental compreender como o(a) enfermeiro(a) tem conduzido os casos de violência a crianças e adolescentes de maneira a atender a integralidade proposta nas políticas públicas voltadas a esses grupos e a própria linha de cuidado instituída pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), e assim, alcançar a concretização de uma assistência ampliada e o delineamento do caminho desse sujeito pelos níveis de atenção à saúde de forma adequada.

Para tanto, se tem a seguinte questão norteadora de investigação: os profissionais enfermeiros (as) abordam as crianças e adolescentes em situação de violência com base nos pilares da linha de cuidado para atenção integral à criança e adolescente em situação de violência: promoção da saúde, acolhimento, notificação, assistência e seguimento nos três níveis de atenção à saúde?

Com base na questão norteadora supracitada, o pressuposto dessa tese concentra-se no fato de que os enfermeiros (as) nos três níveis de atenção à saúde não constroem uma abordagem a crianças e adolescentes em situação de violência em forma de rede de atenção à saúde, consequentemente, não alcançam a integralidade por meio dos princípios da promoção da saúde, acolhimento, notificação, assistência e seguimento.

2 JUSTIFICATIVA

A violência contra crianças e adolescentes mostra-se como um fenômeno global com status de problema de Saúde Pública, uma vez que a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) apontou que, no mundo, um bilhão de crianças sofreram violência física, sexual ou psicológica no ano de 2016. A nível mundial dados denotam que durante a infância uma em cada quatro crianças sofre violência física; uma em cada cinco meninas e um em cada treze meninos são vítimas de violência sexual; bem como, o homicídio mostra-se como uma das cinco principais causas de morte em adolescentes. Embora exista alta prevalência dessas situações, muitas são ocultadas, passam despercebidas por profissionais de saúde ou não são denunciadas (WHO, 2016).

Um estudo internacional com 28 países indicou que nove em cada dez adolescentes, que relataram ser vítimas de violência sexual, foram perpetradas por alguém próximo, da família, ou parceiros. No ano de 2015, houve em torno de 119.000 mortes violentas com crianças e adolescentes, sendo predominante em adolescentes (UNICEF, 2017).

No Brasil, os dados não demonstram uma realidade diferente, registra-se uma média 129 casos de violência contra criança e adolescente – incluindo a física, sexual, psicológica e de negligência – denunciados no disque denúncia diariamente. Considerando-se que esse número ainda se mostra potencialmente subnotificado, esses dados podem ser maiores na realidade cotidiana brasileira (SCHEK; SILVA; LACHARITÉ; BUENO, 2016).

As crianças e adolescentes sofrem violência em todos os estágios da infância e adolescência, em diversos contextos, e na maioria das vezes por indivíduos confiáveis com quem interagem diariamente. Garantir que essas violências sejam identificadas, registradas e documentadas por instrumentos concretos mostra-se como o primeiro passo para o seu combate (UNICEF, 2017).

O enfermeiro nos níveis de atenção a saúde apresenta um papel essencial nesse processo por se caracterizar como um dos atores diretamente envolvidos na assistência da violência contra crianças e adolescentes. Reforça-se que, muitas vezes, representa o primeiro contato da vítima violentada no atendimento em serviços de saúde, assim tem papel fundamental de produzir uma abordagem protetora (LEITE *et al*, 2016).

Incontestes que o enfermeiro assume uma posição de privilégio em relação aos demais profissionais de saúde integrantes da equipe multiprofissional por causa do contato direto com as vítimas e, em consequência, adquire espaço oportuno para o reconhecimento de sinais indicativos de situações de violência ou a própria investigação de tais situações não

explícitas, além do potencial de evitar ou dirimir o impacto da violência para as vítimas no modo de abordagem (VALERA *et al*, 2015).

Contudo, torna-se fundamental que os enfermeiros estejam preparados para essa atuação de enfrentamento e assistência as situações de violência com crianças e adolescentes, visto que esses profissionais têm responsabilidades éticas, morais, de saúde e jurídicas diante dos casos de violência. Entretanto, estudos apontam que, os mesmos, ainda não se encontra familiarizado com os aspectos legais e assistenciais específicos e não demonstram preparo para a abordagem dos casos o que favorece a subnotificação, o déficit na qualidade dos registros e a assistência insuficiente (MARTINS *et al*, 2017; LEITE *et al*, 2016).

Frente ao cenário de uma problemática mundial e das fragilidades ainda na abordagem do enfermeiro à essas vítimas, destaca-se a relevância de compreender as práticas profissionais nos níveis de atenção a saúde diante das situações de violência com crianças e adolescentes. Optou-se em dar-voz aos próprios profissionais capazes de exprimir suas experiências, peculiaridades e dificuldades no cotidiano do exercício profissional em serviços de saúde, considerando as relações sociais e institucionais que moldam e organizam sua prática como um mecanismo de visibilidade dessas particularidades (SCHEK; SILVA; LACHARITÉ; BUENO, 2016).

Portanto, faz-se imprescindível o aprofundamento científico a fim de conhecer as nuances da atuação dos enfermeiros às crianças e adolescentes, vítimas de violência, em serviços de saúde, nos três níveis de complexidade de atenção à saúde, com a finalidade de apreender as particularidades da abordagem do enfermeiro na atenção primária ao considerar a proximidade e o contato direto com as comunidades, bem como as especificidades do atendimento hospitalar dessas vítimas na média e na alta complexidade, identificando práticas consoantes e dissonantes que, ao mesmo tempo, constituem uma rede de serviços de saúde de assistência as vítimas.

Compreender as particularidades da abordagem dos enfermeiros às vítimas infanto-juvenis, em níveis de atuação diferentes, torna-se relevante para fomentar o direcionamento de políticas institucionais efetivas, com base nas evidências científicas para cada nível e, conseqüentemente, aprimorar a prática profissional a partir das lacunas organizacionais e assistenciais, bem como as potencialidades de cada serviço de saúde para alcançar uma abordagem integral, o que justifica a amplitude do estudo para os três níveis de atenção à saúde (VALERA *et al*, 2015).

Ademais, o estudo contribui diretamente para a reflexão da prática profissional atual do enfermeiro na presença de situações de violência com crianças e adolescentes, respeitada

as dificuldades, requer avanços uma vez que as situações de violências permeiam os atendimentos diariamente dos enfermeiros nos serviços de saúde. Pode-se inferir que, desse modo, é possível compreender a atuação do enfermeiro nas situações de violência com crianças e adolescentes como um indicador de qualidade, capaz de auferir a enfermagem cientificidade na resolução dessa problemática.

Estabelecida a relação entre saúde e a violência há décadas, a enfermagem ainda não se apropriou do cuidado das vítimas de violência em sua integralidade, razão do presente estudo. Assim, esta Tese se propõe a contribuir para a ampliação do olhar do enfermeiro como elemento integrante da equipe multiprofissional de assistência as crianças e adolescentes vítimas de violência, com atribuições específicas para essa atuação.

De modo geral, o estudo representa indiretamente impacto positivo para a sociedade, posto que, ao discutir aspectos da prática profissional do enfermeiro, reflete diretamente nos modos de pensar e fazer ações em enfermagem que atingem toda a sociedade assistida. Uma atuação qualificada e competente do enfermeiro carrega o potencial de identificação precoce e prevenção de situações de violência com crianças e adolescentes, o que pode contribuir para a quebra do ciclo da violência e a remoção desses sujeitos de ambientes e relações violentas e gerar um impacto social positivo de mudança na vida de crianças e adolescentes.

Nesse sentido, o estudo tem a finalidade de dar visibilidade ao papel social do enfermeiro nos serviços de saúde, ao considerar sua atuação de impacto não somente no âmbito da assistência à saúde, bem como no contexto social reconhecendo a violência como um fenômeno multidimensional. Ressalta-se, portanto, as contribuições desse manuscrito para as áreas de assistência direta do enfermeiro, assim como outros setores de atuação do enfermeiro, a saber: gestão em saúde e formação acadêmica.

A escolha da temática da violência com crianças e adolescentes segue a linha de estudos da pesquisadora desde o mestrado acadêmico com intenção de aprofundamento a partir desse estudo com foco na atuação do enfermeiro a essas vítimas, uma vez percebida a magnitude da problemática no grupo de crianças e adolescentes e o impacto irreversível das violências nessas fases de desenvolvimento humano, sendo o enfermeiro elemento chave na assistência a essas vítimas.

Além da temática (abordagem dos enfermeiros as crianças e adolescentes em situação de violência) se encaixar como objeto de estudo do grupo de pesquisa “Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em saúde mental e saúde coletiva” e da linha de pesquisa Vigilância a Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a atuação do enfermeiro (a) a crianças e adolescentes em situação de violência nos três níveis de atenção à saúde embasada na linha de cuidado para atenção integral à criança e adolescente em situação de violência.

3.2 Objetivos Específicos

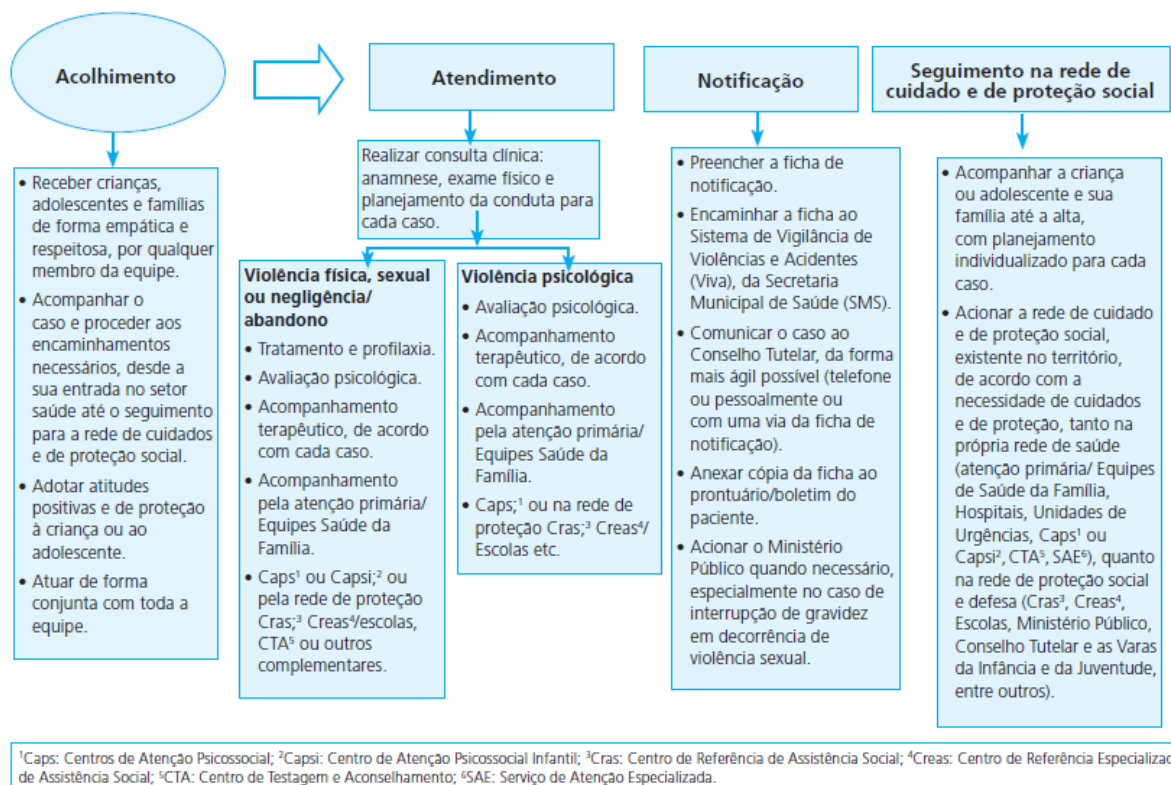
- Compreender a atuação dos enfermeiros (as) aos casos de violência contra crianças e adolescentes com base nos cinco pilares da linha de cuidado à criança e adolescente em situação de violência: promoção da saúde, acolhimento, notificação, assistência e seguimento na atenção primária, média e alta complexidade de atenção à saúde;
- Apreender as similitudes e contrapontos da abordagem dos enfermeiros (as) as crianças e adolescentes em situação de violência evidenciando as particularidades de cada nível de atenção à saúde: atenção primária, média e alta complexidade;
- Descrever as características de abordagem das crianças e adolescentes em situação de violência nos serviços de saúde na atenção primária, média e alta complexidade a partir da perspectiva de rede de atenção à saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência: pilares para a abordagem do (a) enfermeiro (a)

A atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência conforme a Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências requer a responsabilização e o envolvimento do profissional enfermeiro em uma cadeia de produção do cuidado e de proteção social por meio da integração de todos os recursos disponíveis capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à atenção, contemplando as seguintes dimensões: promoção da saúde, acolhimento, atendimento, notificação e seguimento (BRASIL, 2010) (figura 3) nos três níveis de atenção à saúde (atenção primária, média e alta complexidade).

Figura 1 – Descrição da linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.



Fonte: BRASIL, 2010.

4.1.1 Promoção da saúde e prevenção de violências

O conceito de promoção da saúde parte da concepção ampliada do processo saúde-doença que se discute no mundo desde meados da década de 1970; a Carta de Ottawa (1986) compreende a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. De modo geral, a promoção da saúde remete a intervenção nos condicionantes e determinantes que podem ser favoráveis ou não ao desenvolvimento da saúde, a fim de alcançar a coletividade e o ambiente no sentido amplo, sendo esse físico, social, político, econômico e cultural por meio de políticas públicas e condições de vida saudáveis (PELEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

A prevenção se refere as estratégias e ações específicas voltadas as doenças e agravos. De acordo com o modelo da História Natural da Doença, a prevenção pode ser classificada em prevenção primária, secundária e terciária. No caso da prevenção das violências, a prevenção primária se aplica as ações realizadas antes da ocorrência da violência com objetivo de evitar que a mesma ocorra, na prevenção secundária as medidas de redução do agravamento das situações de violência que já existem e na prevenção terciária a minimização das sequelas produzidas pela violência (PERES, 2014).

O documento da OMS intitulado *Violence Prevention: The Evidence* identificou sete linhas de ação para prevenção da violência interpessoal por meio de evidências científicas: 1. Desenvolvimento de relações seguras e estáveis entre crianças e pais/cuidadores; 2. Desenvolvimento de habilidades em crianças e adolescentes; 3. Redução e controle do consumo de álcool; 4. Controles de arma de fogo e branca; 5. Promoção da igualdade de gênero; 6. Mudança de normas culturais que sustentam práticas violentas; 7. Identificação, atenção e suporte às vítimas de violência (WHO, 2010).

No Brasil, tem-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, que prioriza ações voltadas ao melhoramento da qualidade de vida, com destaque para a prevenção de violências e estímulo à cultura de paz. Tal política visa atuar nos determinantes dos agravos à saúde investindo em modos de vida promotores de saúde e ambientes saudáveis (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

Conforme a Linha de cuidado para atenção integral as crianças e adolescentes vítimas de violência, a prevenção da violência e a promoção da saúde e da cultura de paz para esse grupo deve ser um papel de todos abrangendo ações coletivas que abarquem instituições de educação e ensino, associações, grupos, lideranças comunitárias e juvenis. As ações preventivas nas comunidades são essenciais para a redução da violência e estímulo a paz

nesse contexto e tornam-se efetivas quando envolvem a comunidade, criam aliança e se fazem presente nas vidas das famílias e das comunidades (BRASIL, 2010).

A violência contra criança e adolescente pode ser prevenida, e quanto mais precoce se inicia a intervenção maiores as chances de proteger a criança, o adolescente e a família. Assim, uma forma de prevenir violência é identificar situações familiares que podem gerar vulnerabilidade a práticas violentas (BRASIL, 2010).

Os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro (a) podem atuar como mediadores da prevenção da violência no ambiente familiar por meio de troca de experiências com os pais e orientações aos mesmo em como lidar com o crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil e suas peculiaridades; esses diálogos podem ocorrer por meio de rodas de conversas, grupos de pais, rodas terapêuticas (BRASIL, 2010).

De modo específico, o enfermeiro deve apresentar atitudes preventivas de situações de violência no âmbito familiar: orientar os familiares em busca da tolerância e formação de laços protetores; acompanhar e apoiar as famílias no processo de agir e educar as crianças e os adolescentes; articular ações com outros profissionais e com a rede de serviços; mobilizar a comunidade pela busca da paz e as relações positivas (BRASIL, 2010).

A atenção primária representa o locus para a execução de ações de promoção da saúde e prevenção de violências, pela própria conformação do nível de atenção que preza pelo vínculo e a relação de longitudinalidade com a comunidade e por possuir como uma de suas atribuições a educação em saúde.

Vale ressaltar, que os outros níveis de atenção à saúde podem também executar ações de promoção da saúde e prevenção da revitimização das violências por meio da articulação da rede de proteção e minimização dos determinantes sociais e ambientais que fomentam a violência sofrida.

De modo geral, nos três níveis de atenção à saúde ações de prevenção de violências e promoção da paz implicam a atuação de outros atores da rede de atenção, cuidado, defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes, logo o profissional de saúde deve buscar meios para acioná-los (BRASIL, 2010).

4.1.2 Acolhimento

A Política Nacional de Humanização (PNH) evidencia o cuidar a partir da compreensão do acolhimento como elemento chave no processo de vínculo, aproximação e credibilidade, sendo o primeiro passo para a integralidade da atenção em saúde (BRASIL,

2003; BRASIL, 2013). Entende-se o acolhimento como uma diretriz operacional do SUS afim de garantir a acessibilidade universal aos serviços de saúde com qualificação nas relações entre usuários e profissionais de saúde, sendo a escuta qualificada e a atenção as necessidades do usuário pilares para a resposta resolutiva às demandas (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Assim, o acolhimento constitui uma etapa imprescindível para crianças e adolescentes em situação de violência, independentemente, do nível de atenção à saúde, pois estes sujeitos se encontram fragilizados e com alto grau de ansiedade e medo. O acolhimento não representa um local ou um espaço físico específico, mas um posicionamento profissional no modo de fazer o cuidado tomando para si a responsabilidade de acolher a criança e o adolescente em suas demandas com responsabilidade e garantindo resolubilidade conforme cada situação (BRASIL, 2010; LOPES; VILAR; MELO; FRANÇA, 2015).

O acolhimento demonstra-se como um dos elementos fundamentais a abordagem da criança e adolescente que se encontra em um contexto de violência à medida que a escuta competente e afetiva se torna canal para acessar as vivências de violências que muitas vezes as crianças e adolescentes não se sentem à vontade para relatar, além de permitir a identificação dos envolvidos/agressores nas situações de violências, bem com pessoas que possam acompanhar e proteger essa criança. Nesse processo, o enfermeiro deve assumir um posicionamento de empatia, isenção e bom senso desenvolvendo uma compreensão do contexto da situação de violência e as possíveis consequências físicas e emocionais dos envolvidos (BRASIL, 2010; THOMAZINE; TOSO; VIERA, 2014).

Especificamente, no acolhimento de crianças e adolescentes em situação de violência é interessante que o enfermeiro utilize desenhos ou brinquedos que possam apoiar na comunicação da criança, logo que dificilmente responderão perguntas diretas devido ao medo e ameaça que sofreram ou sofrem, muitas vezes dos próprios familiares quando agressores (BRASIL, 2013).

Vale enfatizar os aspectos éticos do profissional enfermeiro, imprescindíveis nesse momento do acolhimento, principalmente, diante da confirmação da violência contra crianças e adolescentes em respeito e atenção aos princípios éticos do Código de Ética da Enfermagem (COFEN, 2017), tais como os princípios da privacidade, confidencialidade e sigilo de forma a resguardar a imagem do sujeito.

Pode-se mencionar que o acolhimento é um dos aspectos mais importantes do cuidado frente a situações de violência, pois pode contribuir de maneira positiva para a continuidade da linha de cuidado, caso contrário ocasiona a sua interrupção produzindo forte risco de

revitimização. Assim, a Linha de Cuidado enfatiza a necessidade atitudes positivas dos profissionais de saúde frente a situações de violência com crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

4.1.3 Atendimento

O atendimento não deve ser um ato solitário por parte do enfermeiro, ao contrário, precisa ser uma ação multiprofissional e compartilhada. Assim, os aspectos avaliados nas consultas com cada profissional devem constar em prontuário único, a fim de se manter um plano de atenção a esse sujeito que evite a revitimização (BRASIL, 2010). Considera-se que a revitimização ocorre quando a criança ou adolescente são expostos a abordagens repetitivas sejam exames ou perguntas que podem produzir marcas emocionais significativas logo que leva a vítima a reviver a situação de violência sofrida (SILVA *et al*, 2013).

Salienta-se que é imprescindível o registro completo no prontuário do indivíduo de todos os aspectos avaliados durante a abordagem profissional, a saber: dados do exame físico com detalhamento das lesões encontradas, sua localização, forma e dimensões, dados individuais e familiares das crianças e adolescentes, medicação, solicitação de exames, procedimentos adotados, condutas e encaminhamentos, bem como a cronologia dos fatos e os sintomas psicológicos (BRASIL, 2010).

Conforme a Linha de cuidado do Ministério da Saúde não são consideradas condutas adequadas dos profissionais: perguntar diretamente se um dos pais foi o agressor; confrontar informações contraditórias; repetir perguntas sugestivas; repetir questões dicotômicas; demonstrar sentimento de indignação e desaprovação; realizar juízo de valor por crenças a priori sobre determinado acontecimento; assumir papel de policial; tentar resolver o caso isoladamente; realizar promessas a criança ou adolescente; utilizar frases: “isso não foi nada”, “não precisa chorar” desconsiderando os sentimentos da criança; induzir estereótipos (BRASIL, 2010; GOMES, 2014).

Por outro lado, o profissional de saúde tem papel de executar atitudes positivas frente a criança ou adolescente vítima de violência por meio da garantia da individualidade e da proteção sem prejuízo ao atendimento específico em saúde; estímulo a estratégias de enfrentamento pela vítima e sua família; fornecimento de orientações e suporte para a criança e ao adolescente; realização de uma escuta qualificada, atenta e exclusiva sem interrupções com apoio de jogos, desenhos, livros e outros recursos lúdicos estabelecendo confiança e respeitando o ritmo de expressão de cada um, bem como o contato físico somente se a criança

e/ou adolescente permitir; utilização de linguagem clara e compatível com os termos da criança ou adolescente; confirmação dos relatos da criança e/ou adolescente; explanação de todos os procedimentos realizados e que ainda ocorrerão (BRASIL, 2010; GOMES, 2014).

Bem como, tomada de decisão em equipe em relação a situação de suspeita ou confirmação da violência visando a proteção da vítima, bem como a escolha do melhor momento de acionar o Conselho Tutelar, logo que a atitude do enfermeiro deve ser ajustada à idade e o desenvolvimento da criança e ou adolescente, o meio sociocultural, assim como o estado emocional (BRASIL, 2010; GOMES, 2014).

Recomenda-se ao profissional de saúde abordar de maneira sistemática uma criança ou adolescente com suspeita de violência; para tanto implica a recolha de uma história abrangente seguida por exame físico, diagnóstico clínico, plano de cuidados e finalmente o encaminhamento para as instituições apropriadas. Durante a anamnese, o profissional de saúde deve avaliar a gravidade da suspeita ou a confirmação da violência por meio das características da agressão, do estado geral da vítima, do perfil do autor da violência, da família, nível de cuidados de saúde, aspecto geral da criança (BRASIL, 2010; GOMES, 2014).

Nesse âmbito é fundamental definir o tipo e a extensão da agressão atual, como também lesões psicológicas e agressões anteriores, com perguntas para o cuidador da seguinte forma: “qual a data e hora da lesão? ”; “quando foi a primeira vez que o cuidador viu a lesão? ”; “onde ocorreu a lesão? ”; “o que estava a acontecer anteriormente à lesão? ”; “o que fez a criança depois da lesão? ”; “ o que fez o cuidador depois da lesão? ” (GOMES, 2014, p.518).

O estado geral da vítima avalia a duração e intensidade das agressões e suas repercussões, bem como a percepção de sequelas. O perfil do agressor, principalmente quando se trata de familiar diretamente relacionado à criança e adolescente, pode ser percebido pelo histórico familiar de violência, comportamento social, perfil psicológico e o grau de risco pela proximidade com a vítima. Nessa anamnese também se mostra essencial compreender o perfil da família onde a vítima se encontra inserida, seja a nuclear ou expandida; é importante avaliar como esses membros familiares encaram a violência para mensurar até que ponto podem ser considerados protetores para vítima (BRASIL, 2010).

Outro aspecto que deve permear o atendimento do profissional de saúde é o comportamento ético profissional a fim de proteger a identidade da criança e/ou adolescente, sendo socializadas as informações somente entre os profissionais que fazem parte dos cuidados e de proteção social. Nesse sentido, a anamnese visa compreender o contexto de

vida da vítima e de ouvi-la com confidencialidade estabelecendo uma relação de confiança (BRASIL, 2010).

Além da anamnese deve-se realizar o exame físico da criança e/ou adolescente, o qual recomenda-se na presença do responsável, ressalvadas algumas situações específicas. O exame físico visa não apenas a avaliação da situação de violência atual, mas também sinais de violência ocorridas anteriormente e de suas possíveis sequelas. O estado da criança e/ou adolescente que determina a ordem do exame completo; assim, o profissional de saúde pode examinar a área lesionada em último lugar quando o estado da vítima se estabilizar, porém em uma criança ferida gravemente pode ocorrer a avaliação das lesões ao passo que assistência de emergência é oferecida; especialmente em violências físicas executa-se o exame físico céfalo-caudal o que inclui o exame completo das regiões genital e anal em meninos e meninas, salienta-se a importância de explicar sempre os procedimentos que serão executados e o porquê de realiza-los (BRASIL, 2010; GOMES, 2014).

No exame físico a avaliação reflete o grau de cuidados básicos que a criança, especialmente, recebe dos cuidadores, assim, existem indicadores físicos que levantem suspeita de situações de violência, a saber: padrão da lesão incompatível com a história fornecida pelo cuidador e familiares, lesões de múltiplas formas, lesões com diferentes níveis de cicatrização, falta de higiene visível na criança, lesões patognomônicas que envolve queimaduras por imersão forçada e/ou padronizadas, queimaduras de cigarros, achados de hematomas subdural, hematomas em diversas áreas do corpo, hematomas em crianças de colo, marcas de pressão e nós, hemorragia de retina e lesões ósseas com fraturas múltiplas bilaterais de costelas e escapula, fratura de crânio, fratura por torção em crianças de colo são algumas situações que indicam fortemente situações de violência (GOMES, 2014).

Destaca-se que é totalmente contraindicado conter a criança ou adolescente para realização de exame físico ou qualquer tratamento, em casos especiais de grandes traumas ou estupro se faz necessário avaliar a necessidade do exame e com isso a utilização de sedação para tal, uma atitude coercitiva revitimiza a criança e/ou adolescente a medida que é exposto a uma ação contra sua própria vontade (BRASIL, 2010).

Em complemento ao exame físico pode-se utilizar exames laboratoriais para auxiliar no processo de avaliação da suspeita da violência no sentido de afastar outras causas não intencionais, condições que podem ser causadoras de sinais e sintomas clínicos da criança e/ou adolescente, sendo fundamental descartar outras causas antes da afirmação que se trata de uma situação de violência (BRASIL, 2010; GOMES, 2014).

De acordo com Brasil (2010) e Gomes (2014), na suspeita de violência física contra criança menor de dois anos indica-se a realização de radiografia de corpo inteiro para investigação de fraturas recentes ou antigas, após o exame físico criterioso. Acima dessa idade, como a criança tem a capacidade de referir as áreas de agressão indica-se radiografias específicas nas regiões atingidas.

No Brasil para desencadear os processos legais e criminais das situações de violência junto a justiça penal deve-se realizar o exame de corpo de delito mediante Boletim de Ocorrência realizado pelos pais ou responsáveis pela criança e/ou adolescente ou pelo próprio Conselho Tutelar quando na ausência de responsável ou quando os responsáveis são os suspeitos da agressão. O exame de corpo de delito geralmente é realizado no Instituto Médico Legal (IML) para coleta de material em situações de violência sexual, mas também pode ser realizado em situações de violência física; esse exame pode em algumas circunstâncias ser executado na Unidade de Saúde pelo perito do IML ou por profissional médico capacitado para tal função. A partir de outubro de 2018 determinou-se, pela Lei nº 13.721/2018, prioridade na realização do exame de corpo de delito para mulheres, crianças, adolescentes, idoso e pessoas com deficiência (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018a).

Essa abordagem sistemática da criança e adolescente vítima de violência compreende para a atuação profissional do enfermeiro a consulta de Enfermagem. Conforme Resolução nº 544/2017 a consulta de Enfermagem trata-se de uma atividade privativa do Enfermeiro, na qual utiliza o conhecimento científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem com vistas a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo e das comunidades; assim, compõe-se de Histórico de Enfermagem, o que corresponde a anamnese, exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem (BRASIL, 2017).

Em situações de violência com criança e/ou adolescente se faz imprescindível que o enfermeiro desenvolva uma consulta de enfermagem minuciosa contemplando os passos supracitados a fim de prestar uma assistência integral a vítima. Nessa área de atuação pode-se citar a Enfermagem Forense como uma especialidade da Enfermagem com foco na abordagem de situações de violência que visa uma atuação integral a vítima associando a perspectiva forense a da saúde (GOMES, 2014).

Vale salientar que a atuação do enfermeiro nessas situações pauta-se também na orientação e interação direta com os familiares a fim de esclarecer os impactos da violência e a necessidade de identificação dos autores, para tanto é preciso perceber se o ambiente

familiar se encontra favorável a tal interação, sendo necessário recorrer ao Conselho Tutelar em algumas situações; contudo, ressalta-se que a avaliação do contexto e da necessidade do apoio de outros órgãos cabe ao enfermeiro (BRASIL, 2010).

O profissional enfermeiro tem um papel relevante no cuidado a crianças e adolescentes ao identificar a suspeita ou confirmação de uma situação de violência, pois possui o potencial de romper com dinâmicas violentas na vida de crianças e adolescentes podendo ser uma oportunidade única de redefinição da história que representa a existência desses sujeitos retirando-os de um meio violento ou apoiando famílias para um novo olhar sobre condutas voltadas às crianças e aos adolescentes. Adicionalmente, o enfermeiro necessita analisar os casos em suas particularidades com um propósito único a proteção de crianças e adolescentes uma vez que em diversas situações os agressores são membros da própria família (BRASIL, 2010; MELO; SOUZA; BEZERRA; FERNANDES, 2016).

Diante da complexidade da abordagem dessas ações, o enfermeiro deve atuar com apoio de outros profissionais da saúde, bem como acionar outros setores externos ao campo da saúde integrantes da rede intersetorial como complemento nessa assistência e contemplar todas as dimensões da problemática, assim as abordagens devem ser multiprofissionais tanto individualmente como para com as famílias. Ademais, a abordagem aos casos não deve ser pensada como uma atuação pontual, mas deve ser um processo de acompanhamento, avaliação, e tratamento que não alcança a resolutividade em uma única abordagem (BRASIL, 2010).

Portanto nessa atuação em conjunto o enfermeiro deve envolver a participação de profissionais da área de saúde mental desde do início do processo de avaliação, bem como durante o tratamento. Essa atuação compartilhada deve ocorrer em qualquer nível de complexidade, no caso da Atenção Primária pode-se recorrer aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou a referência direta ao profissional da psicologia da rede de atenção à saúde.

Desse modo, além do psicólogo é significativo contar com outros profissionais como médicos, assistentes sociais, pedagogos, psiquiatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos com vistas a evidenciar as marcas e sequelas provenientes da situação de violência (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, as equipes de saúde não devem atuar solitariamente sejam da Atenção Primária ou dos Hospitais de Urgência; a rede de cuidado e de proteção social no território deve ser acionada quando necessário com o objetivo de apoiar a atuação dos profissionais de saúde na garantia dos direitos e da proteção das crianças e adolescentes (BRASIL, 2010).

Algumas situações de violências mais graves (violência sexual com lesões graves de genitália ou ânus, negligência de lactentes, espancamento com traumatismo craniano, situação de cativo) exigem uma avaliação de risco do profissional de saúde, quando há risco de morte, essas situações requerem além das ações de caráter clínico, também de proteção. Nesses casos, no âmbito de saúde a equipe segue os protocolos adequados ao quadro clínico, e concomitantemente, a avaliação da situação familiar para definir as necessidades de proteção durante o tratamento e na alta hospitalar. Como ações de proteção pode-se mencionar o afastamento da criança e/ou adolescente do autor da agressão e o acolhimento institucional, para tanto solicita-se de modo emergencial aos órgãos responsáveis a proteção legal (BRASIL, 2010).

No atendimento a situações de violência sexual, o enfermeiro diante do risco para HIV/AIDS deve solicitar e aconselhar o teste anti-HIV, além de iniciar a profilaxia de emergência o mais rápido possível com a utilização do esquema (ZIDOVUDINA (AZT) +LAMIVUDINA (3TC) + LOPINAVIR/ RITONAVIR (LPV/r)) com doses diferenciadas para crianças e adolescente; diante do risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST) realizar aconselhamento e escolha de medicamento adequado para crianças e adolescentes com menos de 45kg; para sífilis Penicilina G benzatina 50 mil UI/kg, IM, dose única, para gonorreia Ceftriaxona + Azitromicina 125mg, IM, dose única; para clamídia Azitromicina 20mg/kg, VO, dose única; para tricomoníase Metronidazol 15mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia por 7 dias, esse não poderá ser administrado no primeiro trimestre de gestação. Quanto ao risco para hepatite B avaliar o esquema vacinal da vítima e realizar a imunoprofilaxia quando necessário, esses esquemas supracitados devem ser considerados em ambos os sexos, e em adolescentes do sexo feminino com risco de gravidez realizar a contracepção de emergência (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2010).

Na assistência a vítima de violência sexual é imprescindível a coleta de material que pode ser realizada durante o exame de corpo de delito ou por profissional habilitado na vítima considerando coleta do material das roupas, dos pelos pubianos, do conteúdo vaginal e endocervical, oral ou anal (BRASIL, 2010).

De modo geral, o atendimento as crianças e adolescentes vítimas de violência abarcam de maneira complementar e conjunta a atenção à saúde e as condutas jurídicas visando a proteção e a revitimização das vítimas.

4.1.4 Notificação

Outra dimensão do cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência compreende a notificação dos casos confirmados ou suspeitos de violência, sendo apreendida como um instrumento de proteção, ao invés de denúncia e punição (BRASIL, 2001b; GARBIN; DIAS; ROVIDA; GARBIN, 2015).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, em conjunto com o Ministério da Saúde, a notificação da violência ou maus tratos a infância e a adolescência é considerada obrigatória e de responsabilidade de todo profissional de saúde e da educação, sendo um dever moral e ético na atenção à crianças e adolescentes (ABREU, 2016).

Em 2001, o Ministério da Saúde institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no Sistema Único de Saúde, por intermédio da Portaria MS/GM nº 1968 apoiada na Constituição Federal de 1988 e no ECA determinando que casos suspeitos ou confirmados desse agravo devem ser comunicados ao Conselho Tutelar (LIMA, 2018).

A notificação de violências foi inserida no SINAN (Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação Compulsória) a partir de 2009 em colaboração com a expansão do VIVA. O processo de aperfeiçoamento da vigilância de violências fortaleceu-se com a publicação da Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública, estando as violências interpessoal como agravo de notificação compulsória, com destaque para a notificação imediata (até 24 horas) de casos de violência sexual e tentativas de suicídio/suicídio (LIMA, 2018).

Vale ressaltar, que todos os casos de suspeita ou confirmação de violência é obrigatória a notificação junto ao SINAN por parte do profissional de saúde, inclusive o enfermeiro (BRASIL, 2001b; GARBIN; DIAS; ROVIDA; GARBIN, 2015). De acordo com a Linha de cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência a notificação deveria ser realizada em três vias: a primeira via deve ser encaminhada ao Serviço de Vigilância Epidemiológica municipal; a segunda via deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes e a terceira via fica na Unidade de Saúde que notificou o caso (BRASIL, 2010).

Contudo em 2016, foi publicado o instrumento Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada divulgado pelo Ministério da Saúde, orienta que a notificação deverá ser realizado em duas vias: uma permanece na unidade notificadora, enquanto a outra deve ser encaminhada ao setor municipal da Vigilância Epidemiológica; no

caso de crianças e adolescentes deve ser realizada uma comunicação, obrigatoriamente, ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes em seguimento ao ECA (LIMA, 2018) .

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes alimentado através do SINAN, com base nas fichas de notificação preenchidas pelos profissionais de saúde, permite a sistematização dos dados caracterizando os tipos e natureza das situações de violência envolvendo crianças e adolescentes e o perfil de vítimas e agressores, o que proporciona a definição de prioridades e de políticas públicas na área de prevenção de violências e promoção da saúde (BRASIL, 2010; GARBIN; DIAS; ROVIDA; GARBIN, 2015).

Nessa perspectiva, a notificação compulsória pelo setor de saúde caracteriza-se um instrumento essencial no enfrentamento das violências com crianças e adolescentes e no processo de restauração dos seus direitos; logo que a comunicação ao Conselho Tutelar atenderia ao primordial propósito de acionar a rede de proteção social possibilitando a interrupção do abuso e o desencadeamento de medidas de proteção e assistência às vítimas e seus familiares, bem como favorece o melhor dimensionamento e avaliação epidemiológica das situações de violência e da necessidade de investimentos, serviços e políticas (LIMA, 2018).

4.1.5 Seguimento

A última dimensão do cuidado constitui o seguimento que se caracteriza pelo acompanhamento do caso na rede de atenção à saúde, para tanto é necessário uma rede de serviços estruturada com fluxo interno de atendimento, definições de formas de encaminhamentos, agendamentos de interconsultas, garantia dos retornos, realização de avaliação e reavaliação dos resultados de exames complementares necessários a cada caso, reuniões da equipe de saúde e intersetorial a fim de analisar a evolução e o prognóstico clínico e social de cada caso dentre outras ações (BRASIL, 2010).

Na Atenção Primária esse seguimento deve ser realizado pela equipe de saúde, sendo o enfermeiro um dos integrantes por meio de discussões em equipe a fim de: avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos prestados pelos diferentes serviços; analisar as necessidades específicas de cada caso e elaborar estratégias; fortalecer os vínculos dos serviços com as famílias possibilitando o retorno da criança e do adolescente para a continuidade do tratamento; promover a articulação com outros profissionais de outros setores ou instituições de defesa dos direitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 2010).

Nos serviços de média e alta complexidade os profissionais devem seguir as pactuações e fluxos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde para encaminhamento e seguimento das crianças e adolescentes em situação de violência permitindo a corresponsabilização entre os serviços e evitando a descontinuidade do cuidado (BRASIL, 2010).

No âmbito jurídico a Linha de Cuidado do Ministério da Saúde indica que não é atribuição do profissional de saúde emitir atestado pericial, somente peritos médicos legistas, porém cabe ao profissional de saúde encaminhar a vítima diretamente ou por meio do Conselho Tutelar para a Delegacia de Polícia a fim de realizar o exame de corpo delito quando necessário. Caso o município não possua Instituto de Medicina Legal, o município pode pactuar o serviço com outro município próximo, ou solicitar a presença de legista no próprio serviço de saúde (BRASIL, 2010).

Vale salientar que a própria Linha de Cuidado do Ministério da Saúde detalhada nesse documento, não inclui o enfermeiro como profissional habilitado para a prática forense, restringindo essa atuação ao profissional médico, especificamente legista; o que demonstra por um lado, lacuna dos documentos oficiais brasileiros em relação a essa especialidade da Enfermagem, e por outro necessidade de avançar na área da Enfermagem Forense no Brasil a fim de implementar essa área de atuação do enfermeiro para potencializar os serviços de saúde em associação as serviços jurídicos.

Pelo supracitado, o setor saúde em si apresenta-se como um contexto favorável ao primeiro contato com crianças e adolescentes que sofrem violência seja a partir do vínculo na atenção primária ou mesmo os atendimentos de emergência nos serviços de saúde, contudo essa abordagem deve se delinear para a construção de um caminho contínuo articulado entre os setores a partir da pactuação e organização dos fluxos intersetoriais, ressaltando a comunicação entre os elementos dessa rede por meio do contato direto entre os serviços.

Para efetivar os cinco pilares da linha de cuidado do Ministério da Saúde se faz necessária uma Rede de Atenção à Saúde articulada. As redes de atenção à saúde se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde interligados entre si a fim de um objetivo único por meio de uma ação cooperativa e interdependente, o que permite oferecer uma atenção contínua e integral sendo coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES, 2011).

A violência por se tratar de um fenômeno complexo e multifacetado requer uma atuação em rede baseada na articulação entre os integrantes. Para a concretização dessa

articulação em rede é imprescindível que os elementos que compõem a rede se integrem para além da troca de experiências, mas para o engajamento no enfrentamento dos problemas e alcance das soluções; portanto, é fundamental a existência de redes intrasetoriais e intersetoriais (BRASIL, 2010).

No contexto intrasetorial, os diferentes níveis de atenção à saúde abordam crianças e adolescentes em situação de violência, considerando o serviço onde o profissional se encontra e os dispositivos de rede oferecido, sendo a atenção primária a coordenadora do cuidado no território (OLIVEIRA; DELZIOVO; LACERDA, 2014).

Na área da violência contra crianças e adolescentes, as equipes de Saúde da Família possuem espaço privilegiado na Atenção Primária diante da identificação de casos de violência devido ao grande envolvimento dos profissionais de saúde com as comunidades nos territórios, o que potencializa a capacidade de identificação de sinais e sintomas de violência, realização do acolhimento, atendimento, notificação e encaminhamento para a rede de cuidados, assim, acompanhando a evolução de cada caso e encaminhando para as unidades de atenção especializada (BRASIL, 2010; ARAGÃO *et al*, 2013).

Junto as equipes de Saúde da Família no primeiro nível de atenção pode-se acionar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde que são serviços de apoio estratégico a gestão e a rede de atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violências (BRASIL, 2010; HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2015).

Contudo, os casos de violência com crianças e adolescentes também fazem parte do atendimento de serviços de saúde de média complexidade. Entende-se por atenção secundária ou média complexidade o nível de atenção à saúde que presta uma assistência intermediária na qual o usuário encontra acesso à atendimentos com profissionais especialistas (pediatras, psiquiatras, ortopedistas e etc.) além de uma equipe multidisciplinar (psicólogo, nutricionista, assistente social) e exames laboratoriais ou de imagem (raio x, tomografia, ressonância, ultrassonografia); esses serviços são prestados por demanda agendada ou espontânea em casos de pronto-atendimentos, clínicas, ambulatorios, atendimento pré-hospitalar, hospitais de urgência e maternidades a depender do porte (BRASIL, 2010; DAMOUS; ERLICH, 2017).

Em complemento a esses serviços de saúde de média complexidade, nesse nível de atenção à saúde existe o suporte no âmbito da saúde mental por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no caso de crianças e adolescentes os CAPS Infanto-juvenis, pois compreende-se como uma oferta assistencial especializada com vistas a demandas

psicossociais, incluindo situações de violência; as quais podem ser decorrentes de contextos de vulnerabilidade familiar envolvendo necessidades de saúde mental tanto da criança ou do adolescentes como dos familiares (BRASIL, 2010; HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2015; DAMOUS, ERLICH, 2017).

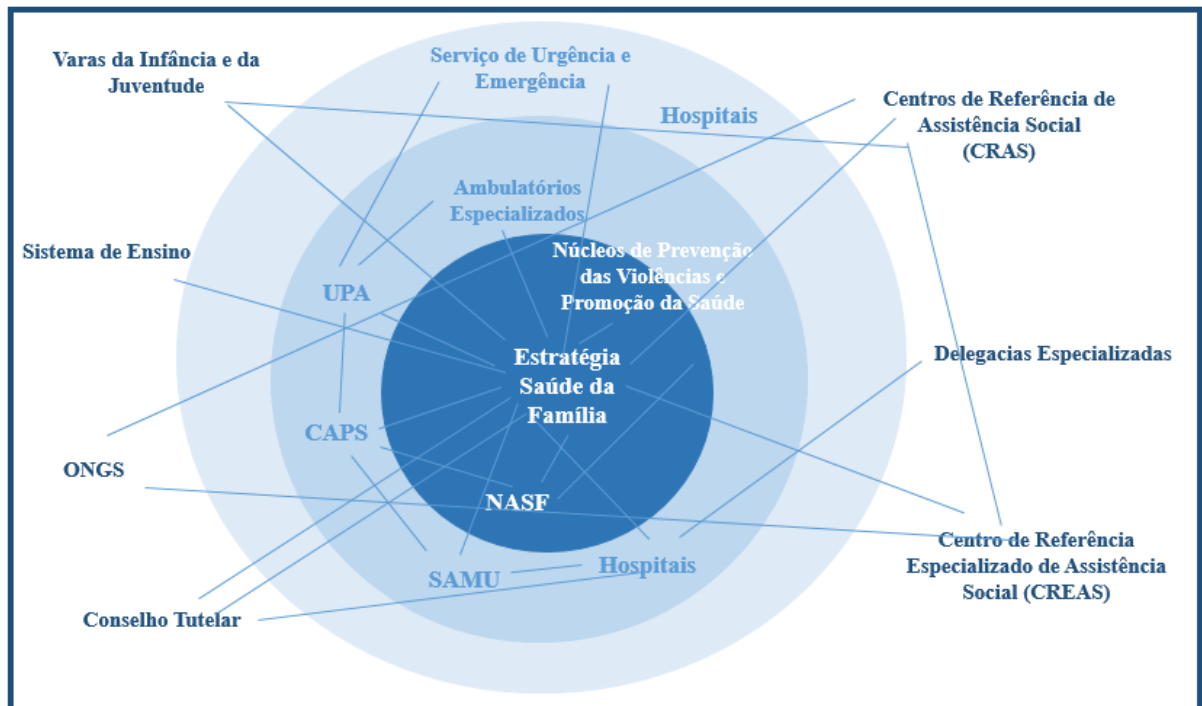
O nível terciário ou de alta complexidade compreende a assistência à saúde a demandas que exigem alto nível de tecnologia dura e/ou alto custo para como as áreas de oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumato-ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo) que necessitam do suporte do Centro cirúrgico ou da Unidade de Terapia Intensiva para o tratamento do usuário. No caso das violências com crianças e adolescentes, tem-se os hospitais de trauma para assistência aos casos mais graves ((BRASIL, 2010; DAMOUS, ERLICH, 2017; CASSETTARI; MELLO, 2017).

Para além do setor saúde, há outros serviços que constituem a rede intersetorial de assistência a crianças e adolescentes em situação de violência dialogando sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, destaca-se os seguintes equipamentos da rede: Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Delegacias Especializadas para apurar crimes contra crianças e adolescentes, Varas da Infância e da Juventude, Conselho Tutelar; Centros de Educação Infantil, Escolas de Ensino Fundamental e Médio, sendo a educação elementos de proteção social e a saúde de crianças e adolescentes; bem como a sociedade civil organizada por meio de Organizações Não Governamentais, Comissão de Direitos Humanos, associação de moradores, pastoral da criança, entre outras (BRASIL, 2010).

Em situações de violência, nas quais esses três níveis de atenção à saúde tornam-se as portas de entrada da criança ou adolescente, cabe a responsabilidade aos serviços de saúde que se encontram inseridos nesses níveis de atenção à saúde prestar a atenção integral a esses sujeitos nas cinco dimensões da Linha de cuidado do Ministério da Saúde e o suporte da na rede de cuidados e de proteção social constituídos no território (BRASIL, 2010).

Assim, se estabelece fluxos de assistência construindo uma teia de cuidados progressivos e ininterruptos com capacidade de atingir a integralidade do cuidado a essas crianças e adolescentes.

Figura 2 – Rede de cuidado e proteção social a crianças e adolescentes em situação de violência, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.



Fonte: Autoria própria

A linha de cuidado a saúde integral de crianças e adolescentes em situação de violência delineia o processo de assistência as vítimas subentendendo que as mesmas chegarão no serviço de saúde já com a queixa de violência, tal posicionamento restringe uma atuação integral na medida que a maioria dos casos de violência não são relatados. Nessa perspectiva, menciona-se uma lacuna no próprio documento ministerial que restringe a assistência aos casos relatados; e evidencia uma reflexão quanto a investigação da violência antes mesmo do acolhimento no serviço de saúde, essa área no campo da saúde ainda se encontra fragilizada requerendo aprofundamento, especialmente no âmbito da Enfermagem Forense.

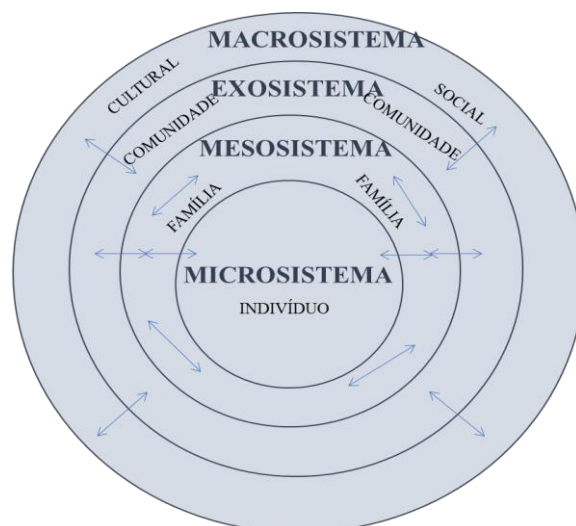
5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 As violências que cercam as crianças e adolescentes e suas tipologias

Compreende-se por violência contra crianças e adolescentes todo ato ou omissão que produza dano físico, emocional, sexual ou mesmo moral a esses sujeitos; assim, entende-se esse fenômeno como um espectro ampliado, logo que envolve atos perpetrados desde sujeitos próximos a sociedade em geral (BARBIANI, 2016). Para apreender melhor a complexidade social desse fenômeno explicita-se, sucintamente, o modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1996) que abrange a determinação de um fenômeno a partir da interação e intersecção de quatro níveis os quais produzem conexões entre si.

Para a violência contra crianças e adolescentes o microsistema representa os fatores históricos, sociais e biológicos individuais que contribuem para se tornarem vítimas ou agressores; o mesosistema diz respeito a família e relações próximas sendo influenciadora ou produtora da violência; exosistema caracteriza-se pelos espaços de convivência como escolas e a comunidade; e o macrosistema que se encontra atrelado aos elementos sociais e culturais produtores da vulnerabilidade social e econômica que acabam por violar direitos garantidos a esse grupo (BRONFENBRENNER, 1996; BARROS; FREITAS, 2015; NUNES; SALES, 2016).

Figura 3 – Diagrama de Bronfenbrenner adaptado a crianças e adolescentes em situação de violência, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.

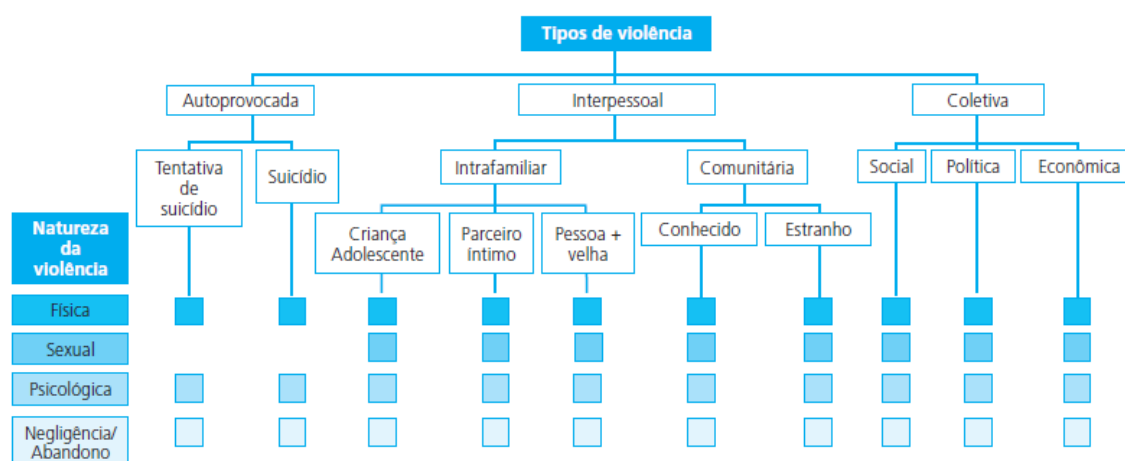


Fonte: Autoria própria

O modelo de Bronfenbrenner representa a ampla complexidade do que concerne a produção e reprodução da violência contra as crianças e adolescentes, que tem como pano de fundo os determinantes sociais.

Na amplitude desse espectro se manifestam diversas formas de violência voltadas à crianças e adolescentes. A OMS classifica o fenômeno da violência em tipos e natureza, quanto aos tipos podem ser autoprovocada (tentativa de suicídio e suicídio), interpessoal (intrafamiliar e comunitária), coletiva (social, política e econômica), sendo esses tipos relacionados à natureza física, psicológica, sexual e negligência/abandono (BRASIL, 2010).

Figura 4 - Tipos e natureza das principais violências que atingem crianças e adolescentes, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.



Fonte: KRUG *et al*, 2002.

A violência autoprovocada envolve o comportamento suicida que compreende todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa idealiza ou causa lesão a si própria (automutilação), independente do grau de letalidade. O comportamento suicida classifica-se em três categorias distintas: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (MOREIRA; BASTOS, 2015).

Pode-se mencionar que a ideação suicida representa um dos extremos, o suicídio efetivado no outro e a tentativa de suicídio entre eles. A ideação suicida abarca os pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando desejos, atitudes e planos que o indivíduo tem para dar fim à própria vida. A tentativa de suicídio refere-se ao ato sem resultado letal, no qual o indivíduo produz danos intencionais a si mesmo, contudo é considerado o maior preditor de futura morte por suicídio (MOREIRA; BASTOS, 2015). Já o suicídio é o ato intencional e concreto, portanto consciente, de acabar com a própria vida (WHO, 2002; LEMOS; SALLES, 2015).

O suicídio mostra-se como um problema de Saúde Pública no mundo inteiro e encontra-se entre as cinco maiores causas de morte na faixa etária entre 15 e 19 anos; em vários países permanece como primeira ou segunda causa de morte entre meninos e meninas nessa mesma faixa etária (MOREIRA; BASTOS, 2015). No geral, é a terceira maior causa de mortalidade em crianças e adolescentes estando depois de acidentes de trânsito e homicídios (KUCZYNSKI, 2014).

No Brasil, dados do SINAN (BRASILb, 2017) apontam que 24,1 % das tentativas de suicídio no sexo feminino ocorreram na faixa etária de 10 a 19 anos; no sexo masculino representa 17,2%; e a mortalidade por suicídio entre 5 e 19 anos no sexo masculino foi de 2,3% e no sexo feminino de 1,1%. Vale ressaltar que esses dados são subnotificados e não representam a realidade da violência autoprovocada em crianças e adolescentes.

Os problemas escolares constituem um significativo elemento precipitante para o suicídio na infância e adolescência. Salienta-se o *bullying* como umas das principais causas tanto de ideação suicida como de suicídio entre outros como o abandono escolar, as crises disciplinares e a dificuldade de interação social. Agressores e vítimas do *bullying* do sexo masculino apresentam maior propensão em ter comportamento suicida do que aqueles que nunca estiveram envolvidos no fenômeno, com agravante para meninas que são vítimas de intimidações como mais susceptíveis a efetuar o suicídio (KUCZYNSKI, 2014; SOUSA *et al*, 2017).

A violência interpessoal ocorre nas relações pessoais, podendo ser intrafamiliar e comunitária. Miura *et al* (2018), após exploração extensiva sobre o termo Violência Intrafamiliar, compreende o mesmo como toda ação ou omissão que produza prejuízo no bem-estar, integridade física, psicológica ou liberdade e pleno desenvolvimento de outro membro da família, no ambiente familiar ou fora dele, envolvendo pessoas com laços de consanguinidade ou não, porém com função parental e relação de poder sobre o outro.

A violência intrafamiliar atinge potencialmente as crianças em detrimento aos adolescentes, o que demonstra um espaço de convivência familiar violento. Pode se expressar em situações de violência física, psicológica, sexual e negligência tendo o pai ou padrasto como principal agressor e as vítimas, geralmente, crianças e adolescentes do sexo feminino (PINTO JUNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015).

A violência comunitária se baseia em relações violentas com indivíduos sem laços de parentesco, conhecidos ou desconhecidos, como também as situações de violência em ambientes comunitários, a exemplo das escolas, serviços de saúde e condomínios como vítimas ou testemunhas (BRASIL, 2010).

A violência escolar manifesta-se como uma importante modalidade da violência comunitária que vitimiza expressivamente crianças e adolescentes. Autores clássicos nessa área, como Charlot (2002) e Debarbieux (2002), compreendem a violência escolar em três perspectivas: a violência na escola, a violência contra a escola e a violência da escola. A violência na escola é caracterizada pela violência interpessoal entre os membros escolares por diversas naturezas; a violência contra a escola, muitas vezes testemunhada ou praticada pelas crianças e adolescentes, abrangem os atos de vandalismo, incêndios, roubos ou furtos do patrimônio; e a violência da escola consiste nas práticas da instituição escolar para com as crianças e adolescentes representando uma violência simbólica manifestada por despreparo profissional, os preconceitos e estereótipos, o abuso de poder, entre outros (SILVA; ASSIS, 2018).

Nesse ambiente escolar, o *bullying* mostra-se como uma das modalidades predominantes da violência na escola, remete a ações de agredir, intimidar, maltratar e atacar o outro, pautadas em uma relação desigual de poder, a fim de inferiorizar a vítima o que produz atos de exclusão social e humilhação repetitivos e por período prolongado de tempo; desse modo caracteriza por uma perseguição para afirmação de poder interpessoal por meio da violência (ZEQUINÃO; MEDEIROS; PEREIRA; CARDOSO, 2016; MARCOLINO *et al*, 2018).

A violência urbana, que também se caracteriza como comunitária, foca-se nos atos violentos que inclui tanto a vitimização como o testemunho de ações de tráfico de drogas, uso de armas, mortes, tiroteios, assassinatos e roubos (XIMENES; ASSIS; PIRES; AVANCI, 2013). O Mapa da Violência de 2016 aponta que a principal vítima da violência homicida no Brasil é a juventude, o número de homicídios por arma de fogo (HAF) em jovens passou 3.159 em 1980, para 25.255, em 2014, o que representa um crescimento de 699,5%. A progressão dessa violência urbana começa aos 13 anos de idade passando de 1,1 HAF, nos 12 anos, para 4,0, nos 13 anos, quadruplicando a incidência da letalidade e crescendo de forma contínua até os 20 anos de idade (WAISELFISZ, 2016).

A violência coletiva por sua vez emana de qualquer tipo de violência que produz ações de distinção, exclusão ou restrição, anulando ou cerceando direitos humanos e liberdades fundamentais das crianças e dos adolescentes produzidas por dimensões macrossociais, políticas e econômicas caracterizados pela dominação de grupos de indivíduos ou por Estados (BARBIANI, 2016; KLEVENES, 2011).

A violência coletiva pode se manifestar de maneira social por meio de massacre de crianças de rua pela polícia, violência de gangues, terrorismo cometido por grupos racistas,

racismo estrutural ao utilizar motivos políticos para praticar a violência; o qual pode ser executado por conflito armado entre guerrilheiros ou forças paramilitares e terrorismo por questões políticas. Bem como, pode surgir por caráter econômico quando relacionada a uma agenda econômica ou interesses econômicos, como terrorismo por cartéis de drogas ou exclusão social dos pobres (BARBIANI, 2016; KLEVENS, 2011).

As tipologias supracitadas da violência se manifestam por naturezas: física, psicológica, sexual e negligência. A violência física caracteriza-se como o uso da força física de forma intencional para provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa podendo ser praticada por pais, responsáveis, familiares, pessoas próximas ou outras crianças e adolescentes. A violência física, apesar de ser subnotificada, mostra-se como a mais frequente nos serviços de saúde e é expressa pelo espancamento e maus-tratos físicos em geral, que exigem, inevitavelmente, assistências em pronto atendimentos (NUNES; SALES, 2016).

A violência psicológica se manifesta pela rejeição, depreciação, ameaça, humilhação, desrespeito, chantagem, ridicularização, desvalorização e cobranças exageradas que colocam em risco a autoestima, a identidade e o desenvolvimento da criança ou do adolescente (BRASIL, 2010; MAIA; NUNES; SILVA; SILVA, 2017).

Essa manifestação da violência muitas vezes permanece na invisibilidade por não deixar marcas visíveis, sendo omitida e provocando danos irreparáveis, logo que esses danos são resultantes de um processo lento e silencioso relacionado a omissões e prejuízos à autoestima e à formação da identidade da pessoa. Difícil de se identificar pela progressão lenta, essa natureza da violência produz sentimentos de desvalorização, culpa, exploração e depressão, bem como ideação suicida na vítima, especialmente em crianças e adolescentes (NUNES; SALES, 2016; MAIA; NUNES; SILVA; SILVA, 2017).

A violência sexual pode ser representada por qualquer ato ou jogo sexual que estimule sexualmente a criança ou o adolescente a fim de alcançar satisfação sexual em relações homo ou heterossexuais. Pode se caracterizar por situações como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, manipulação de genitália, pornografia, pedofilia, exibicionismo, jogos e práticas eróticas consentidas ou não. Geralmente produzida no contexto intrafamiliar, por padrastos, pais e parentes, é caracterizado como o tipo de violência típica do uso abusivo do poder, predominantemente voltado a crianças e adolescentes do sexo feminino (BRASIL, 2010; NUNES; SALES, 2016).

O Atlas da violência de 2018 detectou que o estupro em menores de idade representa 68% dos registros no sistema de saúde, sendo que 51% destes ocorrem até 13 anos de idade perpetrados por conhecidos ou familiares próximos da vítima (IPEA, 2018).

A negligência corresponde a todo ato de omissão produzido por pais ou responsáveis de crianças e adolescentes no sentido de não prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social desses indivíduos, exemplificada por privação de cuidados de saúde e acesso à educação, descuido com higiene e proteção alcançando o ápice no abandono. Identifica-se essa natureza da violência como a mais predominante nas famílias envolvendo questões culturais, sociais e econômicas sendo primeiro degrau para outras violências (BRASIL, 2010; NUNES; SALES, 2016).

5.2 Assistência de enfermagem as crianças e adolescentes em situação de violência: olhar forense do enfermeiro.

No escopo do que compreendem as práticas da enfermagem e lhe confere identidade profissional; a profissão, ao longo dos anos, vem reorientando suas ações a contemplar as necessidades dos indivíduos para além da racionalidade médico-curativa, principalmente quando as situações de saúde extrapolam o *habitus* biomédico. O enfrentamento de situações de violência a crianças e adolescentes mostra-se como uma dessas situações que requerem reestruturação das capacidades profissionais dos enfermeiros em uma perspectiva ampliada dos agravos à saúde (ARAGÃO *et al*, 2013).

O ato de cuidar compreende o alicerce do campo de atuação do enfermeiro, e para além de um momento de atenção e zelo, representa uma atitude de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999). Nessa perspectiva, o cuidado deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral na relação entre sujeito e profissional de saúde, considerando o contexto socioeconômico e as singularidades políticas e culturais (ACIOLI *et al*, 2014).

Tais habilidades tem exigido mudanças na formação em saúde, o que pressiona para transformações consonantes com as necessidades de saúde da população a fim de um perfil profissional voltado para a integralidade e a transdisciplinaridade, de modo a impactar concretamente nos indicadores de saúde. Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Enfermagem estabelecem como perfil do egresso, um profissional com abordagem integral, generalista, crítico-reflexiva, humanista e pautada no rigor científico e princípios éticos (PÜSCHEL *et al*, 2017).

Para tanto, torna-se essencial que os enfermeiros se apropriem de conhecimentos, habilidades e atitudes próprios da Enfermagem, adquirindo capacidade para a execução de uma prática competente. Contudo, observa-se, comumente, os enfermeiros despreparados para situações de conflito ou de maior complexidade de atuação que requerem habilidades específicas (MELO *et al*, 2017).

Nesse escopo das fragilidades, encontra-se a abordagem as situações de violência com crianças e adolescentes pelo enfermeiro (a); as quais podem advir da limitação do conhecimento dos profissionais acerca do fenômeno, proveniente de falhas na formação acadêmica, de educação continuada ou permanente. A falta de conhecimento e competência técnico-científica nessa área produz impacto negativo na assistência as vítimas e expressam diversas dificuldades do profissional na abordagem dos casos.

As maiores dificuldades mencionadas pelos profissionais frente a assistência das vítimas de violência contra crianças e adolescentes compreendem: por um lado, o desconhecimento sobre a obrigatoriedade da notificação compulsória; por outro, temor de represálias do agressor, o que gera um déficit nas notificações das violências; além do constrangimento e/ou insegurança para questionar os detalhes da violência, bem como banalização dos fatos, não direcionando a atenção necessária a assistência à vítima. Ademais, para os enfermeiros não há clareza nas condutas que devem ser tomadas diante da revelação da vítima sobre a violência, como também da avaliação e confirmação da violência frente a uma suspeita (ACOSTA *et al*, 2017).

Em contrapartida a essas dificuldades, o enfermeiro mostra-se como o profissional de maior presença nos cenários do cuidar, com alto potencial de execução de ações de identificação, prevenção, orientação, assistência às vítimas de violência e notificação do fenômeno. As ferramentas que podem ser utilizadas pela Enfermagem na identificação dos casos de violência pautam-se na anamnese, exame físico e o próprio processo de enfermagem; além da criação de vínculos por meio de habilidades de comunicação e acolhimento, sendo essas fundamentais para realizar a assistência adequada para a vítima de violência (AGUINO; TAPIA; ANTONIASSI, 2014; MARTINS *et al*, 2017).

Vale ressaltar que de acordo com a Lei 7.498 de 1986 a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem são atribuições privativas do enfermeiro e considerados elementos essenciais para a assistência de enfermagem (BRASIL, 1986). A partir da evolução do conceito da consulta de enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) compreendida como a ferramenta de organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos e que torna possível a

operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), tem-se a instrumentalização da prática do enfermeiro (COFEN, 2009).

Assim, o Processo de Enfermagem fundamenta o cuidado da enfermagem e de acordo com a resolução nº 358/2009 do COFEN deve ser executado de maneira sistemática por meio de cinco etapas interrelacionadas e interdependentes: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Tal processo precisa ser contínuo e registrado formalmente a fim de embasar a atuação do enfermeiro dos serviços de saúde (COFEN, 2009).

Para auxiliar na execução do PE, os enfermeiros contam com classificações como a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), a qual consiste em uma terminologia de estrutura multiaxial que permite a definição de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, de forma padronizada facilitando a comunicação entre os profissionais de saúde e a tomada de decisão (ALBUQUERQUE *et al*, 2015).

A CIPE estabelece alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem para situações de violência, respectivamente a saber: comportamento violento, risco de ser vítima de abuso infantil, risco de ser vítima de negligência infantil, violência ausente; obter dados sobre risco de violência, prevenção de violência. Esses podem ser utilizados na SAE desenvolvida pelos enfermeiros nos serviços de saúde ao abordar situações suspeitas ou confirmadas de violência (CIPE, 2017).

Ademais, é importante complementar que além das ferramentas específicas de atuação do enfermeiro supracitada que devem ser utilizadas pelo enfermeiro na abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, o Código de Ética de Enfermagem por meio da resolução nº 564/2017 evidencia compromissos éticos desses profissionais frente situações de violência.

Conforme do Código de Ética de Enfermagem é dever de todo enfermeiro de maneira obrigatória comunicar a órgãos responsáveis, inclusive criminalmente, casos de violência contra crianças e adolescentes; bem como estar proibido ao enfermeiro produzir, cooperar, ser conivente ou omitir qualquer forma de violência contra os indivíduos no exercício da profissão (COFEN, 2017).

Embora o reconhecimento das vítimas e a atuação direta aos casos de violência fazerem parte das atribuições do enfermeiro, identifica-se no cotidiano uma abordagem aquém de uma assistência integral por esses profissionais (MARINHO; GONÇALVES, 2016).

Desse modo, a capacitação dos enfermeiros para o desenvolvimento de um olhar forense nos espaços de atuação mostra-se imprescindível. Essa percepção forense na enfermagem surgiu com a enfermagem forense, que caracteriza-se como uma especialidade, contudo todo enfermeiro generalista pode ampliar assistência a vítimas de violência a partir de ações embasadas pelo conhecimento forense.

A Enfermagem Forense surgiu da fusão entre as ciências forenses e o sistema de justiça; como subárea da Enfermagem e incorpora diversas aplicações ao escopo de atuação do enfermeiro em todos os níveis de assistência, desde a atuação generalista até a prática avançada em Enfermagem, assim a associação entre as ciências forenses e a enfermagem representa uma necessidade mundial tendo em vista que o fenômeno da violência tem aumentado globalmente nas últimas décadas (LYNCH, 2011).

A atuação forense na enfermagem foca na investigação clínica do trauma e a recuperação de evidências médicas do mesmo, também fornece a assistência direta às vítimas, suspeitos, perpetradores e testemunhas de violências; assim, identifica, avalia e intervém nas situações de trauma ou morte documentando achados, preservando e assegurando evidências para determinar resultados legais e prestar uma melhor assistência às vítimas. Destaca-se que a atuação forense deve ser direcionada para intervenções, especialmente com grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes, mulheres, idosos, com a finalidade de protegê-los e garantir seus direitos (LYNCH, 2011; GOMES, 2014).

Em 1991, a Academia Americana de Ciências Forenses reconheceu formalmente a Enfermagem Forense como ciência ampliando a adesão de enfermeiros qualificados para a prática forense e a investigação científica da morte, a partir desse momento esta especialidade se tornou de maior crescimento na área das ciências forenses (LYNCH, 2011; GOMES, 2014).

Nesse período, Lynch já desenvolvia o modelo de enfermagem forense e os currículos de enfermagem forense clínica construindo as bases científicas da especialidade. Com o reconhecimento em 1991 pela Academia Americana, fundou-se a Associação Internacional de Enfermeiros Forenses (IAFN) e em 1995 o Congresso American Nurses Association (ANA) de Nursing Practice concede o *status* de especialidade a enfermagem forense. Em 1997 o escopo e os padrões da prática da enfermagem forense são publicados pela IAFN e pela ANA. Em 2010 a American Forensic Nurses (AFN) alcança mais de 3000 associados nos Estados Unidos e reconhece a enfermagem forense em mais de 50 países (LYNCH, 2011; GOMES, 2014).

Atualmente, a Saúde Pública de todo o mundo tem deslocado atenção para compreender os contextos de produção das violências e das mortes traumáticas frente ao aumento populacional, fatores socioculturais e econômicos, estressores sociais nos ambientes domésticos, de trabalho e comunitários. Nesse contexto, o enfermeiro torna-se elemento essencial para coleta e análise de dados epidemiológicos com vistas ao desenvolvimento de estratégias preventivas e de intervenções com base nas realidades (LYNCH, 2011).

Nesse sentido, o escopo de atuação da enfermagem forense apresenta-se amplo abarcando avaliações forenses de base populacional, bem como clínicas diretas. Na avaliação clínica direta o objetivo do enfermeiro forense é identificar e recolher vestígios na vítima transferidos do agressor. Nesse âmbito a enfermagem forense possui subespecialidades: *ClinicalForensic Nurse* – assistência clínica em ambiente hospitalar de sobreviventes de lesões ou mortes; *Forensic Nurse Investigator* – atua no campo médico-legal representando os direitos legais após a morte investigando aspectos criminosos das mortes violentas; *Forensic Nurse Examiner (FNE)* – realiza análise do trauma/lesões físicas e psicológicas por meio de exame físico específico e investiga a causa de mortes desconhecidas; *Sexual Assault Nurse Examiner(SANE)* – lida especialmente com casos de agressões sexuais por meio de um exame físico exaustivo, recolha de material e vestígios, bem como sinais físicos de violência; *ForensicPsychiatric Nurse* – atuação direta com agressores ou pessoas em custódia por meio de realização de exame psiquiátrico; *Legal Nurse Consultante* – consultoria direta sobre questões jurídicas e legais (LYNCH, 2011; GOMES, 2014).

Os enfermeiros forenses que não atuam na prática clínica direta possuem como foco ações de educação e prevenção das violências, atuação jurídica potencializando as avaliações judiciais nos processos investigativos, bem como atenção biopsicossocial às vítimas nos serviços de saúde em geral (LYNCH, 2011).

Assim, a prevenção, aspecto fundamental do cuidado em Enfermagem, caracteriza-se como essencial na prática dos enfermeiros, logo que esses profissionais com olhar voltado a análise forense produz uma abordagem proativa e de identificação precoce de situações de violência em serviços de saúde. A identificação de vítimas de violência, e a prevenção de novas situações ou até a morte por recorrência da violência cíclica e a detecção precoce ajudam a minimizar os crescentes níveis de violências que tem acometido as populações (LYNCH, 2011).

Portanto, a maior parte dos cuidados de enfermagem na perspectiva forense podem ser prestados na atenção primária à saúde; uma vez que os enfermeiros de cuidados primários encontram-se em uma posição ideal para detectar e identificar vítimas e agressores de

violência abordando as lesões físicas e os comportamentos verbais e não verbais. Pode-se afirmar que na prevenção primária o enfermeiro pode executar: ações de prevenção gerais e orientações/recomendações a população com a finalidade de minimizar os riscos; na prevenção secundária: detecção de indicadores precoces de violências, aconselhamento, intervenções diretas para prevenção de morte; na prevenção terciária: intervenções forenses em indivíduos gravemente feridos com foco específico em recolha de provas e afastamento imediato do contato com o agressor, condução para serviços de reabilitação e abrigos (GOMES, 2014).

De modo geral, o enfermeiro pode exercer sua atuação a vítima de violência por meio das etapas do PE de maneira sequencial: Avaliação – nesse momento o enfermeiro foca em recolher dados de maneira holística envolvendo a vítima, familiares e a comunidade por meio de técnicas e instrumentos adequados; Diagnóstico - elaborar diagnósticos com base na avaliação realizada considerando as necessidades gerais da vítima; Identificação dos resultados – definir os resultados esperados para um plano individualizado para cada vítima considerando os riscos associados, os benefícios e os elementos ambientais; Planejamento – desenvolver um plano a fim de contemplar os resultados esperados em conjunto com a família buscando estratégias de promoção e recuperação da saúde; Implementação – implementar o plano de maneira segura por meio da coordenação do cuidado pelo enfermeiro, ações de promoção a saúde e ensino para obtenção de ambientes saudáveis e acompanhamento por meio da consulta de enfermagem; Avaliação – realizar avaliação sistemática do plano de cuidados; Qualidade da prática – qualificar a atuação forense por meio da intervenção com base em evidências científicas, de maneira ética, responsável, com qualidade seguindo normas e procedimentos padrões (GOMES, 2014).

No Brasil, a enfermagem forense foi reconhecida como especialidade da Enfermagem em 2011 pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A ABEFORENSE (Associação Brasileira de Enfermagem Forense) caracteriza-se como a instituição fomentadora na implantação da Enfermagem Forense no Brasil desde meados de 2012, porém com efetiva implantação da especialidade no Brasil a partir da realização do primeiro curso de *Forensic Nurse Examiner (FNE)* ministrado por Virginia Lynch, Albino Gomes e Jamie Ferrel em 2015.

Contudo a formalização da especialidade data do ano de 2017, quando o COFEN, com apoio da ABEFORENSE, publicou a resolução nº 556/2017 com o objetivo de regulamentar a atividade da Enfermagem Forense no país definindo como áreas de atuação: violência sexual, sistema prisional, psiquiátrica, perícia, assistência técnica e consultoria,

coleta, recolha e preservação de vestígios, pós-morte, desastre em massa, missões humanitárias e catástrofes e maus tratos, traumas e outras formas de violência nos diversos ciclos da vida (COFEN, 2017).

Em 2018, foram concedidos os primeiros títulos a enfermeiros forenses no Brasil; assim, apesar de existir a especialidade da enfermagem forense, ressalta-se nesse estudo a atuação do enfermeiro generalista pelo olhar forense em seus campos de atuação nos três níveis de complexidade de atenção à saúde considerando que esses foram os profissionais analisados.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Caracterização do estudo

Caracteriza-se por uma pesquisa analítica com abordagem qualitativa (MATIAS-PEREIRA, 2016).

A pesquisa explicativa ou analítica visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Desse modo, aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão e as relações dos objetos de estudo, identificando os fatores que subjazem à ocorrência de determinados fenômenos (MATIAS-PEREIRA, 2016; LAKATOS; MARCONI, 2017).

Quanto ao modelo de abordagem qualitativa de pesquisa, pode-se mencionar que tem como objetivo o desenvolvimento de uma rica compreensão do fenômeno, da forma como existe e é construído, pelos indivíduos no próprio contexto onde se encontram inseridos, assim, o ambiente de pesquisa se pauta no mundo real, ou seja, o contexto natural de inserção do objeto de estudo (POLIT; BECK, 2011). Desse modo, a abordagem qualitativa se respalda no fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto que gera um vínculo indissociável entre ambos (LAKATOS; MARCONI, 2017).

A pesquisa qualitativa é uma aproximação de forma detalhada dos significados e características situacionais apresentados pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos” (RICHARDSON, 2017, p. 90). Assim, envolve-a à compreensão das ações sociais, a fim de entender como as pessoas interpretam, julgam e conferem sentido às suas experiências individuais inseridas no contexto onde vivem (MINAYO, 2005). Sendo esses sujeitos, por sua vez, vistos como capazes de produzir conhecimentos e de intervir em sua solução (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Portanto, os materiais qualitativos podem ser usados para explicar descobertas específicas e fornecer visões mais globais e dinâmicas do fenômeno estudado (POLIT; BECK, 2011), logo que a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa, sendo, o ambiente natural, fonte direta para coleta de dados e, o pesquisador, o instrumento-chave, o qual tende a analisar seus dados indutivamente (MATIAS-PEREIRA, 2016).

6.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa teve como cenário o município de Campina Grande, localizado no interior da Paraíba, Brasil, com população estimada para 2018 de 407.472 habitantes. Com 593,026 km² de extensão territorial, localizado no agreste paraibano, acima do Planalto da Borborema, há 120km da capital do estado, João Pessoa (IBGE, 2010).

No que compreende os níveis de atenção à saúde no Município, voltados à assistência de situações de violência em crianças e adolescentes, tem-se primeiramente, o primeiro nível de atenção à saúde (Atenção Primária), no qual Campina Grande é considerada pioneira, juntamente com 12 municípios brasileiros, na implantação do Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família (ESF). O território assistencial de saúde, nesse nível de atenção à saúde, encontra-se atualmente organizado em dez Distritos Sanitários de Saúde, com 84 Unidades Básicas de Saúde e 107 equipes de Saúde da Família. Ressalta-se que, no período de coleta de dados, eram apenas seis Distritos Sanitários de saúde correspondendo ao cenário do primeiro nível de atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência (SOUSA; HAMANN, 2009; CAMPINA GRANDE, 2014).

No segundo nível de atenção à saúde, no tocante às situações de violência contra crianças e adolescentes (serviços especializados e ambulatoriais), o Município conta com: Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com leitos pediátricos; Centros de Saúde e Policlínicas distribuídos nos Distritos Sanitários I, II, III, IV, VI, VII, IX; e Hospital Municipal da Criança e do Adolescente - Dr. Severino Bezerra de Carvalho - com serviços de pediatria 24h, considerado referência ao atendimento de crianças e adolescentes no Município. Como aporte social e jurídico à crianças e adolescentes existem outras instâncias que também oferecem apoio a esses grupos, no entanto não compreendem escopo desta pesquisa, a saber: Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), entres outros dispositivos (BRASIL, 2007).

No terceiro nível de atenção à saúde, em que se encontram os serviços de alta complexidade e suporte avançado de vida, o Município possui o Hospital Regional de Trauma de Campina Grande, no qual se atende os casos de urgência e emergência em situações de violência de maior gravidade à crianças e adolescentes. Dessa forma, elencam-se os principais serviços de assistência à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência nos três níveis de complexidade de atenção à saúde (BRASIL, 2007). Os três níveis de atendimento estão distribuídos para melhor visualização na Figura 5 a seguir.

Figura 5 – Distribuição dos serviços de saúde na rede atenção à crianças e adolescentes em situação de violência, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



Legenda:

- Distrito Sanitário I;
- Distrito Sanitário II
- Distrito Sanitário III
- Distrito Sanitário IV
- Distrito Sanitário V
- Distrito Sanitário VI
- Distrito Sanitário VII
- Distrito Sanitário VIII
- Distrito Sanitário IX
- Distrito Sanitário X

Fonte: www.google.com.br (imagem adaptada).

6.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo se subdividem entre os (as) enfermeiros (as) atuantes nos serviços de saúde que atendem crianças e adolescentes em situações de violência nos três níveis de atenção à saúde. No primeiro nível de atenção à saúde estão os (as) enfermeiros (as) que atuam nas equipes de Saúde da Família do Município, ou seja, 107 enfermeiros (as), sendo 15 no Distrito Sanitário I, 12 no Distrito Sanitário II, 15 no Distrito Sanitário III, nove no Distrito Sanitário IV, 12 no Distrito Sanitário V, 12 no Distrito VI, cinco no Distrito Sanitário VII, três no Distrito Sanitário VIII, 12 no Distrito Sanitário IX e 12 no Distrito Sanitário X.

No segundo nível de atenção à saúde compreendem os (as) enfermeiros (as) que atuam no Hospital Municipal de Referência à criança e ao adolescente², sendo oito enfermeiros (as) no Acolhimento, oito enfermeiros (as) na Emergência e nove enfermeiros (as) na Internação Pediátrica, totalizando 25 enfermeiros(as).

No terceiro nível de atenção estão os enfermeiros que atuam no Hospital Regional de Trauma de Campina Grande³, especificamente, Acolhimento (15 enfermeiros), Sala Vermelha (16 enfermeiros), Observação Pediátrica (seis enfermeiros), Internação pediátrica (12 enfermeiros) e Unidade de Terapia Intensiva pediátrica (13 enfermeiros) nos três turnos de trabalho perfazendo 62 enfermeiros nesse nível de atenção à saúde.

A amostra da pesquisa se constituiu por conveniência em cada nível de complexidade de atenção à saúde, conforme as especificidades de cada serviço. A amostragem por conveniência pode ser chamada de voluntária e ser utilizada quando o pesquisador necessita de potenciais participantes que passaram por experiências específicas (POLIT; BECK, 2011).

Nesse sentido, no primeiro nível de atenção à saúde foram abordados os (as) enfermeiros (as) que atuavam nos seis distritos sanitários (DS), por meio de uma abordagem

²Hospital Municipal de Referência à criança e ao adolescente do município de Campina Grande foi selecionado como o serviço para representar o nível secundário de atenção à saúde, primeiro por se caracterizar o hospital de referência ao atendimento de crianças e adolescentes no Município; segundo, considerando o caráter dos serviços oferecidos pelo serviço com base no conceito de média complexidade do documento Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, nº 9, o qual define esse nível de atenção à saúde as ações e serviços que demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007).

³Hospital Regional de Trauma de Campina Grande foi selecionado como o serviço para representar o nível terciário de atenção à saúde por atender a definição de alta complexidade do documento Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, nº 9, o qual define esse nível de atenção à saúde como as ações e serviços alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção primária e de média complexidade), entre eles a assistência em traumatologia-ortopedia.

estratificada. Nessa abordagem, selecionaram-se os participantes em subgrupos da população que, neste caso, foram os seis distritos sanitários, sendo abordados os participantes de cada subgrupo (distrito sanitário) para garantir representatividade territorial da Atenção Primária de todo o Município.

Nos níveis secundário e terciário a abordagem dos participantes ocorreu nos setores de atuação predefinidos. Na atenção secundária: acolhimento, emergência e enfermaria. E na atenção terciária: acolhimento, sala vermelha, observação pediátrica, enfermaria pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica.

Para os três níveis de atuação, definiu-se o tamanho do número de participantes por saturação teórica a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com os (as) enfermeiros (as). A saturação teórica consiste na interrupção da coleta de dados, quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização desejada não são mais apreendidos. O número de participantes necessários para atingir a saturação depende de uma série de fatores: abrangência das questões de pesquisa, qualidade dos dados e quantidade de informações fornecidas pelos participantes (POLIT; BECK, 2011).

Nesse sentido, Fontanella *et al* (2011) indica oito passos para a constatação da saturação teórica, os quais foram utilizados, a saber: Passo 1 – disponibilizar os registros de dados “brutos”; Passo 2 – “imersão” em cada registro; Passo 3 – compilar as análises individuais; Passo 4 – reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria; Passo 5 – codificar ou nominar os dados; Passo 6 – alocar em uma tabela os temas e tipos de enunciados; Passo 7 – Constatar a saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria; e Passo 8 – “visualizar” a saturação.

Assim, após serem considerados os critérios de inclusão e exclusão, descritos no próximo tópico, o número final de participantes alcançou 76 enfermeiros (as), sendo 30 da Atenção Primária, 16 da Média complexidade ou Atenção Secundária e 30 da Alta complexidade ou Atenção Terciária.

Quadro 1 – Amostra final de enfermeiros (as) participantes da pesquisa por nível de atenção à saúde, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.

Nível de complexidade	Enfermeiros (as) participantes
Atenção Primária	30 enfermeiros (as)
Média complexidade	16 enfermeiros (as)
Alta complexidade	30 enfermeiros (as)

Fonte: Autoria Própria

6.4 Critérios de inclusão e exclusão

No que se refere aos critérios de inclusão, estabeleceram-se, para os três níveis de atenção, enfermeiros (as) que atuassem no nível de atenção correspondente por no mínimo um ano e, para a alta e média complexidade, enfermeiros (as) que tivessem abordado alguma criança e/ou adolescente em situação de violência no respectivo nível de atenção. Esse critério de inclusão foi verificado por meio de indagação direta ao (à) enfermeiro (a) na abordagem inicial, antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da realização da entrevista.

Como critério de exclusão considerou-se os profissionais que se encontravam identificados por licença trabalhista ou atestado médico na escala de profissionais de enfermagem ou no quadro de profissionais da Unidade Básica de Saúde. Foram consideradas perdas do estudo após três tentativas de abordagem ao profissional: os enfermeiros que não compareceram ao plantão conforme escala de enfermagem ou a Unidade Básica de Saúde e revisita para os enfermeiros que demonstraram impedimentos na coleta de dados pela rotina profissional no setor ou na Unidade Básica de Saúde.

6.5 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a março de 2018 nos três níveis de atenção à saúde.

Nos serviços de atenção terciária e secundária, inicialmente, contataram-se os responsáveis internos por pesquisas nos estabelecimentos de saúde para ciência quanto a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética (Anexo A) e autorização para entrada e circulação nos serviços de saúde. Nesses níveis de atenção seguiram-se as escalas de enfermagem de cada setor predefinido, fornecidas pelas próprias instituições. Assim, os (as) enfermeiros (as) foram abordados (as) pela pesquisadora durante o exercício profissional (turnos diurno e noturno, incluindo finais de semana).

Durante a abordagem inicial, explanou-se o objetivo da pesquisa e os procedimentos de coleta de dados, os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados e os participantes elegíveis eram conduzidos a uma sala adequada para realização da entrevista, a qual ocorreu no momento mais propício da rotina profissional conforme expressão verbal de cada enfermeiro (a).

Na Atenção Primária, a princípio, contactou-se a direção do Departamento de Atenção Básica o qual autorizou contato direto com as gerentes de distrito e repassou a lista das Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário. O primeiro contato com os (as) enfermeiros (as) ocorreu via telefone, em que se realizou o convite de participação incluindo a explanação do objetivo da pesquisa e pactuação do horário mais conveniente para o (a) enfermeiro (a) conceder a entrevista. Na Unidade Básica de Saúde, em conversa com os (as) enfermeiros (as), aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão, após explicitar os objetivos, justificativa e metodologia da coleta de dados aos mesmos. Para esses, realizou-se a coleta de dados no consultório de enfermagem. A coleta de dados ocorria, geralmente, ao término dos atendimentos ou no momento mais propício, conforme cada enfermeiro (a), com auxílio de dois instrumentos: formulário individual (apêndice VII) e roteiros de entrevista semiestruturada para cada nível de atenção à saúde (apêndice XIII, IX e apêndice X).

6.5.1 *Formulário Individual*

O formulário é considerado um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo objetivo consiste em coletar dados a fim de obter informações diretamente do entrevistado. Assim, o formulário representa uma coleção de questões perguntadas e anotadas por um entrevistador/pesquisador numa situação face a face com o sujeito da pesquisa. Portanto, o que caracteriza expressivamente o formulário é o contato face a face entre pesquisador e informante e ser o roteiro de perguntas preenchido pelo entrevistador, no momento da aplicação (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Pode-se mencionar as seguintes vantagens desse instrumento: a) Utilização em quase todo o segmento da população, visto que seu preenchimento é realizado pelo entrevistador; b) Oportunidade de estabelecer “*rapport*”, ou seja, sintonia e empatia com o entrevistado, devido ao contato direto; c) Elucidação dos objetivos da pesquisa ou dúvidas pela presença do pesquisador, podendo orientar no preenchimento do formulário; d) Flexibilidade de ajustes das questões pelo entrevistador, a depender da compreensão do informante; e) Facilidade na aquisição de informantes; f) Garantia de uniformidade dos símbolos utilizados, logo que deve ser preenchido pelo próprio pesquisador (LAKATOS; MARCONI, 2017).

A observância de alguns aspectos é necessária na construção do formulário para facilitar seu manuseio e sua posterior tabulação: estética, espaçamento, numeração de itens e subitens, numeração de folhas, impressão em uma face do papel e padronização do registro das respostas (traço, círculo, quadrado, parênteses) (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Nessa pesquisa, todos esses aspectos foram considerados e o formulário individual consistiu em um instrumento simples e objetivo com a finalidade de alcançar a caracterização dos (as) enfermeiros (as) de cada nível de atenção à saúde.

Este se constituiu pelos seguintes itens: dados de identificação (idade, sexo, município onde reside); dados de formação profissional (ano de conclusão da graduação, instituição de formação na graduação, se possui outra graduação, se possui pós-graduação e o tipo de pós-graduação); dados de situação funcional (tempo de atuação, forma de ingresso, jornada de trabalho e se possui outros vínculos) e dados de capacitação sobre a temática em análise (se já participou de capacitação sobre abordagens à crianças e adolescentes em situação de violência, quando ocorreu a capacitação).

6.5.2 Entrevista semiestruturada

Compreende-se entrevista como a técnica na qual o investigador permanece face a face com o entrevistado e lhe formula perguntas com a finalidade de obter dados que interessam à investigação. Essa é considerada uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas no âmbito das ciências sociais, uma vez que a entrevista se adequa à obtenção de informações acerca do que as pessoas pensam, sabem, creem e esperam sobre o objeto em análise (GIL, 2010).

Como vantagem, a entrevista representa uma técnica de eficiente obtenção de dados em profundidade, pois tem a possibilidade de maior interação entre o entrevistado e o entrevistador ampliando a capacidade de resposta do entrevistado, bem como a liberdade do entrevistador de esclarecer perguntas, captar a expressão corporal, tom de voz e ênfase nas respostas do entrevistado, o que garante maior flexibilidade e oportunidade para avaliar atitudes e comportamentos, podendo o entrevistado ser mais bem observado. Vale ressaltar que essa técnica pode ser usada com todos os segmentos da população (LAKATOS; MARCONI, 2017; GIL, 2010).

No caso das entrevistas semi-estruturadas, utiliza-se um roteiro flexível previamente estruturado que pode ser modificado no decorrer da entrevista em conformidade às falas emergidas pelo entrevistado. Nesse sentido, o entrevistador tem liberdade para desenvolver o tema da entrevista em qualquer direção que considere adequada. Caracteriza-se por uma técnica reveladora das condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos de determinado objeto de investigação em condições históricas, socioeconômicas e culturais,

possibilitando a exploração ampla da questão a ser estudada (MINAYO, 2014; LAKATOS; MARCONI, 2017).

As entrevistas semiestruturadas, com roteiro de entrevista para cada nível de complexidade (apêndice VIII, IX e X), foram aplicadas como técnica de coleta de dados direcionada aos (às) enfermeiros (as) do nível primário, secundário e terciário de atenção à saúde.

O objetivo de aplicação da entrevista semiestruturada a esses profissionais fundamenta-se na captura e compreensão da abordagem do (a) enfermeiro (a) frente à assistência a crianças e adolescentes em situação de violência, a partir dos seguintes blocos de questões indutoras: conhecimento sobre a baixa, média e alta complexidade (atenção primária, secundária e terciária à saúde); conhecimento sobre a linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças e adolescentes em situação de violência; abordagem de crianças e adolescentes em situações de violência no processo de trabalho do (a) enfermeiro (a) da média e alta complexidade.

Considera-se a entrevista semiestruturada como relevante ferramenta de coleta de informações, em particular no objeto do presente estudo considerado tabu, preconceituoso, estigmatizado e ocultado de um modo geral pela sociedade. Portanto, a fala e sua análise e interpretação compreensiva ao abrigo de técnicas e softwares, logo que a fala se mostra como potencial reveladora de símbolos, normas e representações de determinados grupos no contexto histórico, econômico, social e cultural específico ao objeto de estudo (MINAYO, 2006).

Desse modo, inicialmente, realizou-se o preenchimento do formulário individual pela pesquisadora a partir das respostas dos participantes e, em seguida, solicitou-se a cada participante a assinatura do Termo de Gravação de Voz para a realização das entrevistas semiestruturadas, as quais foram registradas por meio de gravador MP3 na íntegra, apresentando duração média de 20 a 30 minutos cada entrevista. Destaca-se que, antes de cada entrevista, o gravador foi testado para evitar interferências ou interrupções durante a gravação. As entrevistas foram arquivadas e transcritas integralmente entre os meses de abril a julho de 2018.

Neste manuscrito os participantes da pesquisa foram mencionados nos trechos correspondentes às suas falas por meio das seguintes definições:

Quadro 2 – Descrição dos códigos de identificação dos trechos das entrevistas por nível de complexidade, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.

Nível de atenção à saúde	Código	Descrição
Atenção Primária	(Enf. 01; DS 01)	A numeração referente aos (às) enfermeiros (as) seguiu a sequência de realização das entrevistas no nível de complexidade variando de 01 a 30; e a numeração referente ao distrito sanitário variou de 01 a 06 de acordo com o DS de atuação do (a) enfermeiro (a), definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de I a VI na época da coleta.
Média Complexidade	(Enf. 01; Setor 01)	A numeração referente aos (às) enfermeiros (as) seguiu a sequência de realização das entrevistas no nível de complexidade variando de 01 a 16; e a numeração referente ao setor de atuação variou de 01 a 03, sendo 01 = acolhimento, 02 = emergência, 03 = enfermaria.
Alta complexidade	(Enf. 01; Setor 01)	A numeração referente aos (às) enfermeiros (as) seguiu a sequência de realização das entrevistas no nível de complexidade variando de 01 a 30; e a numeração referente ao setor de atuação variou de 01 a 05, sendo 01 = acolhimento, 02 = sala vermelha, 03 = observação pediátrica, 04 = UTI pediátrica e 05 = enfermaria pediátrica.

Fonte: Autoria Própria

Destaca-se que foram utilizadas duas informações para identificar o sujeito da pesquisa. Além da numeração sequencial dos (as) enfermeiros (as), fez-se necessário inserir o setor de atuação do mesmo ou o distrito sanitário, uma vez que os discursos, quanto a forma de abordagem do (a) enfermeiro (a) aos casos de violência, apresentaram relação direta com o setor de atuação do (a) enfermeiro (a) ou sua área de atuação no caso da Atenção Primária.

6.6 Processamento e análise dos dados

O processo de análise e interpretação dos dados, resultantes das entrevistas semiestruturadas, deu-se a partir da associação dos procedimentos clássicos de análise de conteúdo por Bardin (2013) para interpretação do conteúdo com a análise lexicográfica dos dados pelo *software* IRAMUTEQ. Os dados provenientes do formulário individual foram

analisados por uma estatística descritiva simples, a fim de caracterizar o perfil dos participantes.

Na pesquisa qualitativa, cada vez mais tem se estimulado e difundido o uso de *softwares* para análise de dados, concomitante, existe um movimento pelo compartilhamento do conhecimento tecnológico baseado em princípios como liberdade de uso, cópia, modificação e redistribuição.

Um dos *softwares* livres mais utilizados na atualidade compreende o IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), criado por Pierre Ratinaud, inicialmente, somente disponível na língua francesa, porém atualmente possui dicionários completos em outras línguas. O IRAMUTEQ é um software gratuito e desenvolvido sob a lógica *open source*, licenciado por GNU GPL (v2), ancora-se na linguagem Python e faz uso de funcionalidades abastecidas pelo *software* estatístico R (SOUZA *et al*, 2018; CAMARGO; JUSTO, 2013).

No Brasil, esse programa estatístico começou a ser utilizado por volta de 2013 em pesquisas com foco nas representações sociais, contudo, outras áreas também se apropriaram do seu uso, demonstrando a possibilidade para a divulgação das várias formas de processamento de dados qualitativos, por meio de diferentes análises estatísticas de textos, produzidas a partir de entrevistas, documentos, entre outras (SOUZA *et al*, 2018).

Esse programa informático promove diferentes tipos de análise de dados textuais, desde os mais simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até as análises multivariadas. Nesse sentido, o IRAMUTEQ é uma ferramenta que viabiliza a realização de cinco tipos de análise textual: pesquisa de especificidades de grupos, análise de similitude, estatística textual clássica, classificação hierárquica descendente e a nuvem de palavras. Ressalta-se que o uso do *software* não se caracteriza como um método de análise de dados, entretanto como uma ferramenta para processá-los, portanto, faz-se essencial a interpretação e análise do pesquisador, sendo essa uma responsabilidade do mesmo (KAMI *et al*, 2016; CAMARGO; JUSTO, 2013).

A análise textual caracteriza-se como uma forma específica de análise de dados, na qual se utiliza, geralmente, do material verbal transcrito, ou seja, de textos, havendo pois a possibilidade de analisar textos, entrevistas, documentos, redações etc. Pode-se, a partir da análise textual descrever um material produzido por um elaborador, seja individual ou coletivamente, como também é possível utilizar a análise textual com vistas à ação comparativa e relacional, comparando produções diferentes em função de variáveis específicas que descrevem quem produziu o texto (CAMARGO; JUSTO, 2017).

Na preparação do material e análise dos dados pelo IRAMUTEQ, faz-se necessário compreender três termos: *corpus*, texto, e segmento de texto. O *corpus* é construído pelo pesquisador, sendo o conjunto de textos que se pretende analisar. O texto, faz referência às unidades construídas pelo pesquisador e depende da natureza da pesquisa. Esses segmentos são separados por linhas de comando também chamadas de "linhas com asteriscos", as quais informam o número de identificação do entrevistado (do produtor do texto que se segue) e algumas características (variáveis) que são importantes para o delineamento da pesquisa. Os segmentos de texto (ST) possuem o tamanho aproximado de três linhas, dimensionadas pelo próprio *software* com base no tamanho do *corpus* (CAMARGO; JUSTO, 2017).

Nas análises lexicais clássicas, o programa localiza e reformata as unidades de texto, modificando Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE), identifica a quantidade de palavras existentes, frequência média e número de hapax (palavras com uma única frequência no texto); avalia o vocabulário e produz a lematização (redução das palavras com base em suas raízes lexicais); cria dicionário de formas reduzidas e identifica formas ativas e suplementares (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Na análise de especificidades, torna-se possível associar diretamente os textos do banco de dados com variáveis descritoras dos seus produtores e analisar a produção textual em função das variáveis de caracterização. Trata-se de uma análise de contrastes, na qual o *corpus* é dividido em função de uma variável escolhida pelo pesquisador. Por exemplo, é possível comparar a produção textual de homens e mulheres em relação a determinado tema.

O método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), proposto por Reinert (1990), classifica os segmentos de texto em função dos seus próprios vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas por meio da lematização. O IRAMUTEQ também fornece outra forma de apresentação dos resultados, por meio de uma análise fatorial de correspondência, feita a partir da CHD (Análise Pós-Fatorial), demonstrada em um plano cartesiano as diferentes palavras e variáveis associadas à cada uma das classes da CHD (CAMARGO; JUSTO, 2017).

A análise de similitude é ancorada em teorias de formação de grafos de acordo com um modelo matemático, versando identificar as relações entre as ocorrências das palavras de forma que seus resultados são apresentados por meio de conectividade entre os termos, semelhante a uma árvore e suas ramificações, no qual se expressa por um núcleo central e subnúcleos interligados a esse núcleo central (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Semelhantemente à nuvem de palavras, realiza agrupamentos e os organiza de acordo com a frequência que surgem no *corpus* textual. Esses se agrupam, graficamente, facilitando

a identificação das ocorrências das palavras com maior ocorrência no texto, de acordo com o tamanho da palavra e as suas aproximações (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Essas análises podem ser realizadas tanto a partir de um grupo de textos a respeito de uma determinada temática (*corpus*), reunidos em um único arquivo de texto, como também por meio de tabelas construídas com indivíduos em linha e palavras em coluna, organizadas em planilhas, produtos de testes de evocações livres. Os textos ou tabelas devem ser preferencialmente gerados pelos softwares OpenOffice.org ou LibreOffice, para evitar erros relativos à codificação (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Na análise dos dados dessa pesquisa foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente, a nuvem de palavras e a análise de similitude. Para tanto, seguiu-se o primeiro passo, ou seja, a confecção de um *corpus* textual para cada nível de atenção à saúde sobre a abordagem do (a) enfermeiro (a) frente à assistência à crianças e adolescentes em situação de violência e, assim, conforme orienta o próprio programa, nesse processo, estabeleceram-se as linhas de comando para cada *corpus* conforme descreve o quadro abaixo:

Quadro 3 – Descrição da linha de comando de cada *corpus textual* por nível de complexidade para análise dos dados pelo IRAMUTEQ, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.

Nível de atenção à saúde	Linha de comando	Descrição
Atenção Primária	***** *enf_01 *ds_01 *posgrad_01 *capacit_01*	O código “*enf_01” variou de 01 a 30 conforme a sequência de realização da entrevista; o código “*ds_01” variou de 01 a 06 de acordo com o número de distritos sanitários do Município e a respectiva atuação do (a) enfermeiro (a); o código “*posgrad_01” variou de 01 a 03 sendo 01 = não possui pós-graduação, 02 = possui pós-graduação na área de atuação, 03 = possui pós-graduação em outras áreas; o código “capacit_01” variou de 01 a 02 sendo 01 = não possui capacitação específica para abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, 02 = possui capacitação específica.

Média Complexidade	**** *enf_01 *setor_01 *posgrad_01 *capacit_01	O código “*enf_01” variou de 01 a 16 conforme a sequência de realização da entrevista; o código “*setor_01” variou de 01 a 03 sendo 01 = acolhimento, 02 = emergência, 03 = enfermaria; o código “*posgrad_01” variou de 01 a 03 sendo 01 = não possui pós-graduação, 02 = possui pós-graduação na área de atuação, 03 = possui pós-graduação em outras áreas; o código “capacit_01” variou de 01 a 02 sendo 01 = não possui capacitação específica para abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, 02 = possui capacitação específica.
Alta complexidade	**** *enf_01 *setor_01 *posgrad_01 *capacit_01	O código “*enf_01” variou de 01 a 30 conforme a sequência de realização da entrevista; o código “*setor_01” variou de 01 a 05 sendo 01 = acolhimento, 02 = sala vermelha, 03 = observação pediátrica, 04 = UTI pediátrica, 05 = enfermaria pediátrica; o código “*posgrad_01” variou de 01 a 03 sendo 01 = não possui pós-graduação, 02 = possui pós-graduação na área de atuação, 03 = possui pós-graduação em outras áreas; o código “capacit_01” variou de 01 a 02 sendo 01 = não possui capacitação específica para abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, 02 = possui capacitação específica.

Fonte: Autoria Própria

Com base no *corpus*, o programa realizou a análise léxica das palavras do conjunto de textos e produziu os segmentos de textos melhor associados às classes de análises resultantes da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A partir dos segmentos de textos selecionados pela CHD foi possível realizar a análise de conteúdo, de Bardin (2016),

por meio da interpretação dos dados contidos nos segmentos de textos em categorias temáticas, a fim de atender os objetivos da pesquisa.

A análise de conteúdo visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo dos textos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção e recepção dos textos. Dessa forma, os enunciados são vistos como apontadores significativos e indispensáveis para o entendimento dos problemas ligados às práticas humanas e aos seus componentes psicossociais (LAKATOS; MARCONI, 2017).

O delineamento da análise de conteúdo ocorreu em três etapas: a pré-análise (seleção do material e definição dos procedimentos a serem seguidos); a exploração do material; e o tratamento dos dados e interpretação. Seu procedimento básico diz respeito à definição de categorias pertinentes aos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2016).

Entende-se que a fase de pré-análise corresponde a da organização propriamente dita, cujo objetivo é operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, compreendendo a escolha dos documentos que serão submetidos à análise, à formulação de hipóteses e dos objetivos e à elaboração de indicadores a serem utilizados na interpretação final. A fase de exploração do material consiste basicamente em operações de codificação (recorte, escolha das unidades, escolha das regras de contagem e escolha das), por meio da sequência: a) escolha das unidades de codificação, enumerando a frequência e a intensidade surgidas no documento; b) determinação das categorias a serem empregadas na codificação do conteúdo dos dados, a partir das hipóteses da investigação; c) registro e quantificação dos dados, conforme os indicadores escolhidos. Por fim, o tratamento dos dados e a interpretação fundamentaram-se no estabelecimento de inferências e interpretações, culminando nas categorias temáticas (LAKATOS; MARCONI, 2017; BARDIN, 2011).

Para concluir a análise dos dados, realizou-se a nuvem de palavras de cada nível de atenção à saúde, com o objetivo identificar os principais termos evidenciados em cada nível de atenção à saúde, funcionando como consolidador das ideias de cada nível e construir uma fixação dos conteúdos expressos de uma forma imagética e didática para o leitor.

Por fim, executou-se a análise de similitude dos três níveis de atenção à saúde quanto à abordagem do (a) enfermeiro (a) frente à assistência à crianças e adolescentes em situação de violência, a fim de obter as aproximações e distanciamentos entre esses e permitir uma análise geral do fenômeno. Para a análise de similitude, selecionou-se, aleatoriamente por sorteio, uma entrevista de cada distrito sanitário para as entrevistas da atenção primária, e uma entrevista de cada setor de atuação do (a) enfermeiro (a) nos serviços de média e alta

complexidade. Essa estratégia foi adotada com a finalidade de garantir uma amostra representativa de todos os espaços de atuação do (a) enfermeiro (a), bem como foi necessária considerando o tamanho dos *corpus* textuais dos três níveis de atenção à saúde. Assim, não seria viável a análise de similitude considerando o *corpus* textual completo de cada um dos níveis de atenção à saúde.

As entrevistas selecionadas por sorteio, apesar de apresentar a limitação da aleatoriedade, podem ser consideradas representativas para o *corpus* textual total, uma vez que todos (as) os (as) enfermeiros (as) citaram situações de violência com crianças e adolescentes e os mecanismos de abordagem, assim como essas entrevistas participaram do processo de saturação teórica.

Desse modo, as entrevistas selecionadas por sorteio para a análise de similitude são descritas no quadro abaixo:

Quadro 04 – Descrição das entrevistas sorteadas para análise de similitude por meio do IRAMUTEQ, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.

Nível de atenção à saúde	Distrito Sanitário/Setor de atuação	Entrevistas sorteadas
Atenção Primária	DS I	Enfermeiro 13
	DS II	Enfermeiro 7
	DS III	Enfermeiro 2
	DS IV	Enfermeiro 22
	DS V	Enfermeiro 18
	DS VI	Enfermeiro 26
Média complexidade	Acolhimento	Enfermeiro 9
	Emergência	Enfermeiro 3
	Enfermaria	Enfermeiro 15
Alta Complexidade	Acolhimento	Entrevista 7
	Sala Vermelha	Entrevista 6
	Observação Pediátrica	Entrevista 1
	UTI Pediátrica	Entrevista 25
	Enfermaria Pediátrica	Entrevista 27

Fonte: Autoria Própria

A junção do processamento de dados pelo IRAMUTEQ, com o método de Análise de Conteúdo de Bardin, permitiu aprofundamento e completa análise do conteúdo obtido por meio das entrevistas com direcionamento para o alcance dos objetivos da pesquisa.

6.7 Aspectos éticos

O estudo seguiu os preceitos éticos em conformidade a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que rege a condução de pesquisas com seres humanos. Nesse sentido, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e associado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, o qual aprovou pesquisa com número de CAAE: 80006417.2.0000.5537, sendo iniciada apenas após parecer favorável deste órgão com parecer de aprovação nº 2.456.493 (Anexo A).

Para garantir o princípio de livre arbítrio dos participantes, destaca-se que, para os (as) enfermeiros (as), foi exigida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) e o fornecimento de tempo para que os participantes pudessem lê-lo na íntegra e em seguida realizassem a assinatura das duas vias. Garantiu-se, em todas as etapas da pesquisa, o sigilo das informações fornecidas e o anonimato dos participantes, codificando-os no ato da realização das entrevistas individuais e aplicação dos formulários.

Com base na resolução nº 466/2012, todas as pesquisas que envolvem seres humanos possuem riscos, sejam eles imediatos ou tardios. Dessa forma, a pesquisa em tela teve o risco previsível de constrangimento ou quebra de sigilo e anonimato com relação aos dados obtidos. No entanto, a pesquisadora tomou as medidas necessárias para evitar tais situações, uma vez que nos serviços de média e alta complexidade as próprias instituições possuíam salas reservadas em cada setor que permitiram a coleta de dados sem intercorrências, sendo as mesmas silenciosas, arejadas e livres de interrupções, garantindo o sigilo e o anonimato do participante. Na atenção primária também se utilizou local silencioso e seguro para manutenção do sigilo e integridade das falas, bem como anonimato do participante, a fim de preservar a privacidade dos mesmos durante a coleta de dados. Dessa maneira, garantiu-se, do mesmo modo, o sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa na divulgação dos resultados.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste relatório de pesquisa estão subdivididos em tópicos referentes aos três níveis de atenção à saúde, sendo organizados em categorias temáticas para cada um dos níveis. No item da Atenção Primária estabeleceram-se cinco categorias, a saber: Vivência e identificação das situações de violência com crianças e adolescentes; O contexto familiar da criança e do adolescente em situação de violência; Ações de promoção da saúde, prevenção de violências e estímulo à cultura de paz; Suporte multiprofissional para a abordagem do (a) enfermeiro (a); e Capacitação para atuação do (a) enfermeiro (a) frente à criança e adolescente vítima de violência. Para o nível de Média Complexidade definiram-se cinco categorias: Condutas do (a) enfermeiro (a) direcionadas à vítima de violência no serviço de média complexidade; Escopo da Média Complexidade e ações nesse nível de atenção à saúde; Capacitação do (a) enfermeiro (a) para lidar com as vítimas de violência; Percepção do (a) enfermeiro (a) sobre o contexto familiar e a vítima de violência; e Identificação da violência contra crianças e adolescentes pelo (a) enfermeiro (a) por meio da consulta de enfermagem.

E na Alta Complexidade fez-se as seguintes categorias: Acolhimento, notificação e seguimento dos casos de violência; Consulta de enfermagem: sinais de identificação da violência; Relação do (a) enfermeiro (a) com o familiar/pais/acompanhante; Capacitação do (a) enfermeiro (a) para abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência; Especificidades dos setores de atendimento à criança e adolescente vítima de violência, no serviço de alta complexidade; e Serviço de saúde de Alta Complexidade como referência para situações de violência/trauma.

7.1 Abordagem dos (as) enfermeiros (as) às crianças e adolescentes em situação de violência na Atenção Primária à Saúde

7.1.1 Perfil dos (as) enfermeiros (as) da Atenção Primária à Saúde

O perfil dos (as) enfermeiros (as) da Atenção Primária participantes do estudo compreende a caracterização de 30 profissionais distribuídos em seis Distritos Sanitários (DS). A distribuição entre os Distritos Sanitários apresentou-se da seguinte maneira: DSI com 4 (13,3%) enfermeiros (as), DSII com 4 (13,3%) enfermeiros (as), DSIII com 5 (16,7%) enfermeiros (as), DSIV com 3 (10%) enfermeiros (as), DSV com 6 (20%) enfermeiros (as),

e DSVI com 8 (26,7%) enfermeiros (as), demonstrando relativa homogeneidade entre o número de profissionais por distrito sanitário.

Em relação ao sexo, o feminino predominou, o que representou 27 (90%) enfermeiras, restando somente três (10%) enfermeiros do sexo masculino. Quanto a idade, a maior parte dos (as) enfermeiros (as), 12 (40%), apresentou mais de 40 anos, enquanto oito (26,7%) possuíam idade entre 35 e 39 anos, oito (26,7%) entre 30 e 34 anos e dois (6,7%) entre 25 e 29 anos.

No que tange aos aspectos de formação dos (as) enfermeiros (as), a maioria possuía mais de 10 anos de conclusão da graduação, 7 (23,3%) entre 5 e 9 anos de término do nível superior e quatro (13,3%) entre 1 e 4 anos. Quanto à instituição de conclusão da graduação, predominou as instituições públicas de ensino superior da Paraíba com 17 (56,7%) enfermeiros (as) egressos (as), enquanto que as instituições de ensino superior privadas do mesmo Estado tiveram 10 (33,4%) enfermeiros (as) concluintes, os (as) demais enfermeiros (as) concluíram em outras instituições de ensino superior de outras localidades.

Sobre a realização de outra graduação além da enfermagem, 27 (90%) enfermeiros (as) afirmaram não possuir, entretanto 25 (83,3%) mencionaram a realização de pós-graduação no campo da saúde: sendo o maior número na área de saúde da família/ saúde pública, citada por 14 (46,7%) enfermeiros (as); em seguida, urgência e emergência referida por três (10%), dois (6,7%) enfermeiros (as) mencionaram a área de cardiologia; um (3,3%) mencionou enfermagem do trabalho; um (3,3%) citou saúde mental, um (3,3%) em educação em saúde, um (3,3%) em administração hospitalar; e dois enfermeiros (as) (6,7%) relataram possuir pós-graduação *stricto sensu*, ou seja, mestrado em Enfermagem. Do total de enfermeiros (as) participantes, 17 afirmaram possuir uma segunda pós-graduação além das supracitadas, essas nas áreas de saúde da família/saúde pública, urgência e emergência, obstetrícia, enfermagem do trabalho, gestão em saúde/políticas públicas, saúde mental e educação em saúde.

Quanto aos elementos relacionados ao ingresso no nível primário de atenção à saúde, 15 (50%) dos (as) enfermeiros (as) foram contratados (as) por concurso público, 13 (43,3%) como prestador (a) de serviço, e dois (6,7%) por seleção pública. No que se refere à jornada de trabalho semanal, os (as) enfermeiros (as), predominantemente, afirmaram exercer 40 horas semanais, sendo essa resposta de 29 (96,7%) enfermeiros (as), somente um (3,3%) enfermeiro citou 30 horas por semana.

Quanto ao tempo de serviço na atenção primária, apresentou-se distribuído e homogêneo entre os períodos em anos: nove (30%) enfermeiros (as) mencionaram atuar entre

11 e 20 anos nesse nível de complexidade; destinou-se ao período de 5 a 10 anos dez (33,3%) enfermeiros (as); para o intervalo de 1 a 4 anos nove (30%) enfermeiros (as). Isso posto, demonstra a existência de profissionais estabilizados por muitos anos, bem como recentes na contratação, na mesma proporção.

Estudo realizado com enfermeiros (as) da Atenção Primária, sobre a notificação de maus-tratos infantis, revelou, assim como a presente pesquisa, predomínio do sexo feminino, conclusão da graduação há mais de cinco anos, bem como possuir pós-graduação e atuação na atenção primária por mais de cinco anos (ROLIM *et al*, 2014), o que demonstra um perfil semelhante dos (as) enfermeiros (as) que atuam nesse nível de complexidade.

A maior parte dos (as) enfermeiros (as) afirmou possuir outro vínculo empregatício, afirmação de 18 (60%) enfermeiros (as), sendo a área desse segundo vínculo: principalmente, a hospitalar como resposta de dez (33,3%) enfermeiros (as); seguida da atuação em ensino superior como preceptoria citada por cinco (16,7%) enfermeiros (as); um (3,3%) enfermeiro (a) relatou o serviço de pronto atendimento e o mesmo número mencionou atuação em gestão de saúde e exercício de função em outro setor que não a saúde.

No que se refere à capacitação específica dos (as) enfermeiros (as) para abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência a maioria afirmou não ter realizado, 24 enfermeiros (as) (80%); e sobre ter esse tema, da violência com crianças e adolescentes, citado em outros processos de formação, 15 (50%) enfermeiros (as) mencionaram que não ouviram falar sobre essa temática e 15 (50%) afirmaram de maneira positiva, desses, oito (26,7%) enfermeiros (as) indicaram capacitações/aperfeiçoamentos como o espaço no qual a problemática foi abordada, três (10%) em pós-graduação, dois (6,7%) na própria graduação, um (3,3%) em congresso e um (3,3%) em momentos com organizações não governamentais.

Estudo semelhante, que abordou a violência contra crianças e adolescentes na Atenção Primária à Saúde, destacou maior percentual de profissionais (51,2%) que não participaram de capacitações específicas para lidar com a problemática da violência (CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017). Contudo, identificou-se na presente pesquisa um percentual de 80%, o que demonstra um dado expressivo sobre a ausência de capacitação na Atenção Primária à Saúde no Município pesquisado (CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017).

Contraditoriamente aos presentes achados com enfermeiros (as), destaca-se, na pesquisa de Carlos, Pádua e Ferriani (2017), que os profissionais que autodeclararam capacitação foram os agentes comunitários de saúde, o que revela um déficit de capacitação quanto aos (às) enfermeiros (as) atuantes. Assim, constata-se fragilidades evidentes de

capacitação e formação profissional relatadas pelos (as) próprios (as) enfermeiros (as) quanto à abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência.

Quadro 5 – Caracterização dos (as) enfermeiros (as) atuantes na Atenção Primária participantes da pesquisa conforme distritos sanitários de saúde e zonas geográficas, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.

Distrito Sanitário/ Zona	Enfermeiro	Pós-graduação*	CE**
I/ Zona Norte e Leste	10	Pós-graduação na área de atuação	Não
	11	Pós-graduação na área de atuação	Não
	12	Pós-graduação na área de atuação	Não
	13	Pós-graduação na área de atuação	Sim
II/Zona Oeste	4	Pós-graduação em outras áreas	Não
	6	Pós-graduação em outras áreas	Não
	7	Pós-graduação na área de atuação	Não
	8	Pós-graduação na área de atuação	Não
III/ Zona Norte	1	Pós-graduação na área de atuação	Não
	2	Pós-graduação em outras áreas	Não
	3	Pós-graduação na área de atuação	Não
	5	Pós-graduação na área de atuação	Sim
	9	Pós-graduação em outras áreas	Não
IV/ Zona Sul	22	Pós-graduação na área de atuação	Não
	24	Pós-graduação na área de atuação	Não
	27	Pós-graduação em outras áreas	Sim
V/Zona Sul	14	Não	Sim
	15	Não	Não
	16	Pós-graduação na área de atuação	Não
	17	Não	Não
	18	Não	Sim
	25	Pós-graduação em outras áreas	Não
VI/Zona Oeste	19	Pós-graduação na área de atuação	Não
	20	Pós-graduação na área de atuação	Não
	21	Pós-graduação na área de atuação	Não
	23	Pós-graduação em outras áreas	Não
	26	Pós-graduação na área de atuação	Não
	28	Pós-graduação na área de atuação	Sim
	29	Não	Não
	30	Pós-graduação na área de atuação	Não

Fonte: Dados da pesquisa.

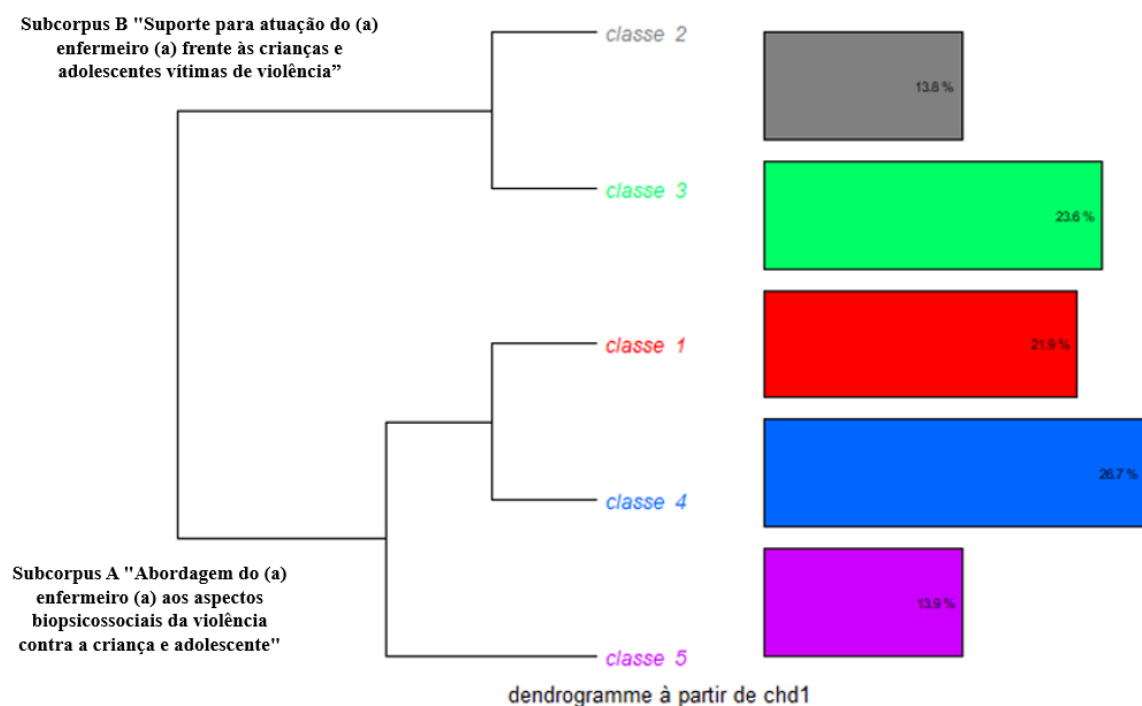
Legenda * Pós-graduação na área de atuação se refere à Atenção Primária, em outras áreas inclui todas as demais. **CE = Capacitação Específica para abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência

7.1.2 Análise lexicográfica, associada à análise de conteúdo de Bardin, das entrevistas com os (as) enfermeiros (as) da Atenção Primária à Saúde

No que se refere à análise lexicográfica do conteúdo das entrevistas, dos 30 enfermeiros (as) atuantes na Atenção Primária, detalha-se a seguinte descrição do *corpus* textual: número de textos = 30; ocorrências de palavras = 59545; número de segmentos de texto = 1731, sendo 1408 segmentos selecionados, o que representa um percentual de aproveitamento de 81,34%; número de formas = 4666; e hapax = 2307, correspondendo a 3,87%.

Quanto à Classificação Hierárquica Descendente, o conteúdo das entrevistas foi categorizado em cinco classes: Classe 1 com 308 ST (21,88%), Classe 2 com 195 ST (13,85%), Classe 3 com 333 ST (23,65%), Classe 4 com 376 ST (26,7%), Classe 5 com 196 ST (13,92%), como se encontra no dendrograma abaixo:

Figura 6 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* textual referente às entrevistas com enfermeiros (as) atuantes na Atenção Primária, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



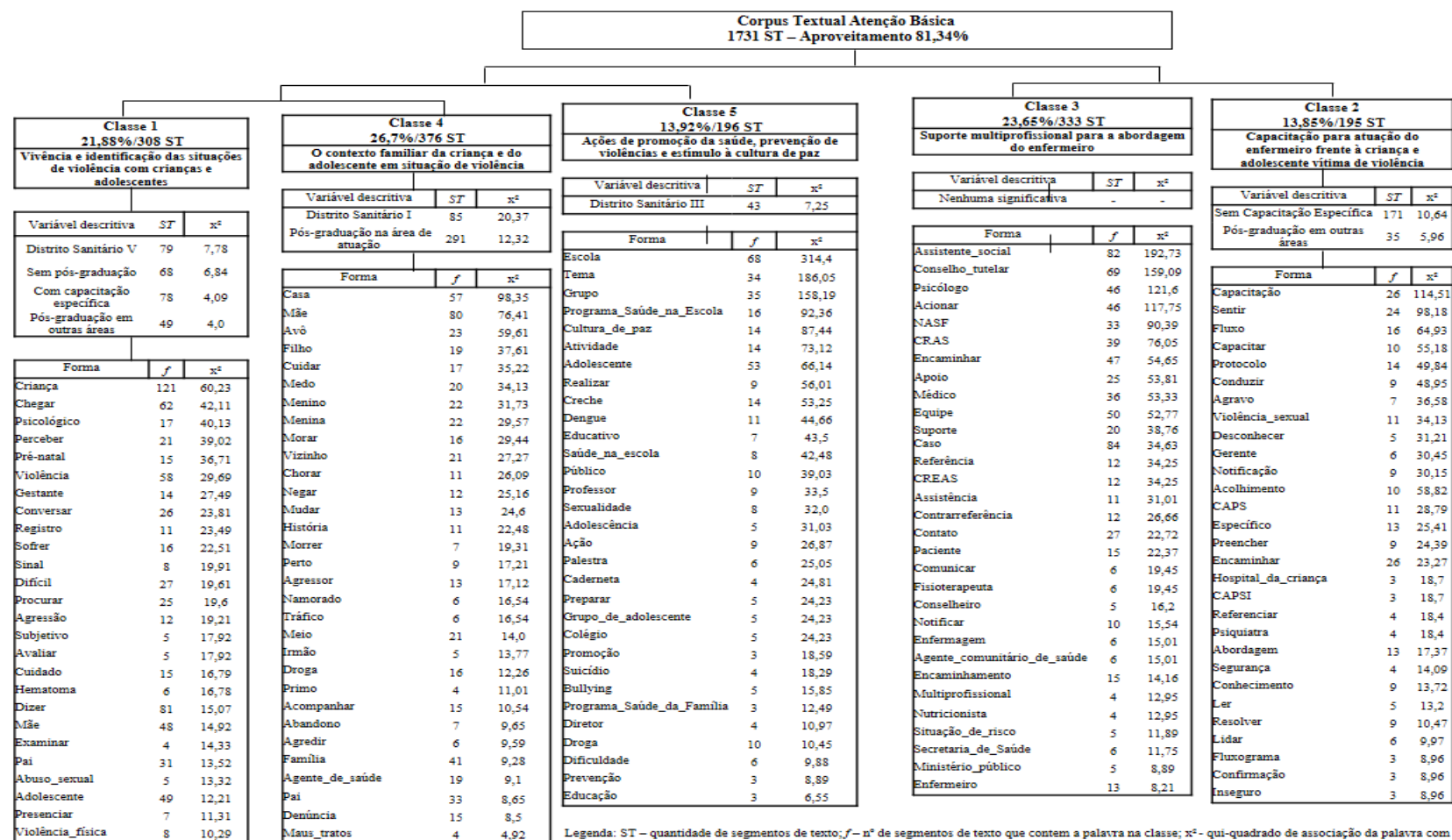
Fonte: Dados da pesquisa.

Destaca-se que as cinco classes geradas pela CHD se dividem em dois subcorpus, A e B, bem como em ramificações do *corpus* textual total, para os quais foram evidenciadas categorias temáticas, com base na análise de conteúdo de Bardin (2016). Desse modo, o subcorpus A, que se denomina **“Abordagem do (a) enfermeiro (a) aos aspectos biopsicossociais da violência contra criança e adolescente”**, categoriza os discursos dos (as) enfermeiros (as) em três classes: sendo, uma, subdivisão composta pela **Classe 5** (Ações de promoção da saúde, prevenção de violências e estímulo à cultura de paz) referente às ações de prevenção da violência especialmente vinculadas ao Programa Saúde na Escola, sendo esse programa o principal meio de promoção da saúde de crianças e adolescentes; e a outra, subdivisão composta por duas ramificações, compreendendo as classes 4 e 1: a **Classe 4** (O contexto familiar da criança e do adolescente em situação de violência) versa sobre o cenário familiar e da comunidade, produtores da violência, nos quais as crianças e adolescentes estão inseridos, contexto decisivo para as situações de violência; e a **Classe 1** (Vivência e identificação das situações de violência com crianças e adolescentes) que envolve os aspectos relacionados à percepção do (a) enfermeiro (a) sobre os diversos tipos de violências que ocorrem com crianças e adolescentes na comunidade, sejam situações que chegam até o (a) enfermeiro (a) ou que o (a) mesmo (a) identifica nas famílias.

O subcorpus B, denominado **“Suporte para a atuação do (a) enfermeiro (a) frente às crianças e adolescentes vítimas de violência”**, é composto: pela **Classe 2** (Capacitação para atuação do (a) enfermeiro (a) frente à criança e adolescente vítima de violência) que compreende a percepção do (a) enfermeiro (a) sobre sua capacitação e formação para atuar nessas situações específicas e como o (a) mesmo (a) atua com a capacitação que possui; bem como pela **Classe 3** (Suporte multiprofissional para a abordagem do (a) enfermeiro (a)) que se refere ao acionamento, por parte do (a) enfermeiro (a), do serviço social e da psicologia, principalmente vinculados ao Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), assim como a solicitação do apoio de órgão da rede de atenção como CRAS, CREAS, CAPS, Conselho Tutelar e outros serviços.

Para demonstrar as classes, de forma mais detalhada, construiu-se um diagrama com a lista de palavras, que representa cada uma das classes, definida a partir do teste qui-quadrado, tendo como ponto de corte de $\chi^2 > 3,84$. O diagrama evidencia as evocações semelhantes em si com associação às classes e diferenciam-se das outras classes construindo as especificidades de cada classe emergida pela CHD. Esse diagrama pode ser visualizado na figura 07, abaixo:

Figura 07 – Diagrama das classes integrantes do dendrograma do corpus textual referente às entrevistas com enfermeiros (as) atuantes na Atenção Primária, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



A Atenção Primária no mundo inicia-se na Conferência de Alma Ata, em 1978, realizada na atual República do Cazaquistão. A partir desse marco na saúde mundial reorientaram-se os modos de organização dos sistemas de saúde para uma possibilidade de ampliação do acesso à saúde das populações e uma saúde integral, especialmente nos países em desenvolvimento, com base na ampliação da concepção de saúde pautada nos determinantes sociais da saúde (NEVES, 2018).

A partir da Conferência de Alma Ata os cuidados primários em saúde são considerados essenciais para a garantia da saúde em seu alcance universal, sendo esse o primeiro nível de atenção à saúde. O Brasil, assim como os países em desenvolvimento, absorveu a atenção primária à saúde na perspectiva seletiva voltada para as populações economicamente desfavorecidas e o próprio Ministério da Saúde assume a nomenclatura de Atenção Primária, em que é compreendida como o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo executadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (RIBEIRO, 2007; LAVRAS, 2011).

Quatro décadas após a Conferência de Alma Ata, em 2018, ocorreu a Conferência de Astana que teve como produto a Declaração de Astana, documento que ratifica a importância da manutenção da atenção primária no mundo com alta qualidade e acessível a todos, sendo executada por profissionais qualificados e comprometidos com vistas ao melhoramento da saúde das populações (WHO, 2018).

Assim, no Brasil, a atenção primária é compreendida como o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e o contato preferencial dos usuários com emprego de tecnologia de baixa densidade. Entende-se por baixa densidade um rol de procedimentos mais simples, e de menor custo, capazes de atender a maior parte dos problemas comuns de saúde, embora a organização de desenvolvimento e aplicação dessas ações demandem alta complexidade teórica e conhecimento científico (BRASIL, 2007).

Diante da magnitude desse primeiro nível de Atenção à saúde, para garantia de acesso à saúde das populações e como ordenadora do cuidado, analisaram-se os discursos dos (as) enfermeiros (as) atuantes nesse nível. Esses permitiram a conexão das classes que emergiram do *corpus* textual com os eixos da linha de cuidado integral à crianças e adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2010), pois propõe a integração de recursos e serviços para a atenção de crianças e adolescentes em situação de violência por meio de uma rede de cuidados intersetorial, orientada pela atenção primária (CARLOS; FERRIANI, 2016).

Nessa perspectiva, a linha de cuidado à atenção integral de crianças e adolescentes em situação de violência considera a atenção primária como elemento primordial de identificação das violências, assim, continuidade da atenção a essas vítimas sendo a porta de entrada principal considerando a rede de cuidados (BRASIL, 2010).

O quadro a seguir demonstra a caracterização de cada classe e os eixos da linha de cuidado supracitada reconhecidos em cada uma delas.

Quadro 6 – Demonstrativo das classes do *corpus* textual da Atenção Primária (percentual, ST, intervalo do x^2 , termos de composição) e os respectivos eixos da linha de cuidado integral à crianças e adolescentes em situação de violência, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.

C	P	Intervalo do x^2	Termos de composição das categorias	Eixo da Linha de Cuidado
1	21,8 8% (f=3 08 ST)	$x^2 = 60,23$ (Criança) e $x^2 = 10,29$ (Violência_física)	“Criança” ($x^2=60,23$); “Chegar” ($x^2=42,11$); “Psicológico” ($x^2=40,13$); “Perceber” ($x^2=39,02$); “Pré-natal” ($x^2=36,71$); “Violência” ($x^2=29,69$); “Gestante” ($x^2=27,49$); “Conversar” ($x^2=23,81$); “Registro” ($x^2=23,49$); “Sofrer” ($x^2=22,51$); “Sinal” ($x^2=19,91$); “Agressão” ($x^2=19,21$); “Avaliar” ($x^2=17,92$); “Cuidado” ($x^2=16,79$); “Examinar” ($x^2=14,33$); “Abuso sexual” ($x^2=13,32$); “Presenciar” ($x^2=11,31$) e “Violência_física” ($x^2=10,29$)	Acolhimento Assistência
4	26,7 % (f=3 76 ST)	$x^2 = 98,35$ (Casa) e $x^2 = 4,92$ (Maus_tratos)	“Casa” ($x^2=98,35$); “Mãe” ($x^2=76,41$); “Avô” ($x^2=59,61$); “Filho” ($x^2=37,61$); “Cuidar” ($x^2=35,22$); “Medo” ($x^2=34,13$); “Menino” ($x^2=31,73$); “Menina” ($x^2=29,57$); “Morar” ($x^2=29,44$); “Vizinho” ($x^2=27,27$); “Chorar” ($x^2=26,09$); “Negar” ($x^2=25,16$); “História” ($x^2=22,48$); “Agressor” ($x^2=17,12$); “Tráfico=16,54” ($x^2=14,33$); “Irmão” ($x^2=13,77$); “Abandono” ($x^2=9,65$); “Família” ($x^2=9,28$); “Denúncia” ($x^2=8,5$) e “Maus_tratos” ($x^2=4,92$).	Assistência
5	13,9 2% (f=1 96 ST)	$x^2 = 314,4$ (Escola) e $x^2 = 6,55$ (Educação)	“Escola” ($x^2=314,4$); “Tema” ($x^2=186,05$); “Grupo” ($x^2=158,19$); “Programa_Saúde_na_Escola” ($x^2=92,36$); “Cultura_de_paz” ($x^2=87,44$); “Atividade” ($x^2=73,12$); “Adolescente” ($x^2=66,14$); “Realizar” ($x^2=56,01$); “Creche” ($x^2=53,25$); “Educativo” ($x^2=43,5$); “Saúde_na_escola” ($x^2=42,48$); “Adolescência” ($x^2=31,03$); “Palestra” ($x^2=25,05$); “Grupo_de_adolescente” ($x^2=24,23$); “Bullying” ($x^2=15,85$) e “Programa_de_Saúde_da_Família” ($x^2=12,49$); “Prevenção” ($x^2=8,89$) e Educação ($x^2=6,55$).	Promoção da Saúde
3	23,6 5% (f=3 33 ST)	$x^2 = 192,73$ (Assistente_social)) e $x^2 = 8,21$ (Enfermeiro)	“Assistente_social” ($x^2=192,73$); “Conselho_tutelar” ($x^2=159,09$); “Psicólogo” ($x^2=121,6$); “Acionar” ($x^2=117,75$); “NASF” ($x^2=90,39$); “CRAS” ($x^2=76,05$); “Encaminhar” ($x^2=54,65$); “Médico” ($x^2=53,33$); “Equipe” ($x^2=52,77$); “Suporte” ($x^2=38,76$); “CREAS” ($x^2=34,25$); “Contrarreferência” ($x^2=26,66$); “Comunicar” ($x^2=19,45$); “Fisioterapeuta” ($x^2=19,45$); “Enfermagem” ($x^2=15,01$); “Agente_comunitário_de_saúde” ($x^2=15,01$); “Secretaria_de_Saúde” ($x^2=11,75$) e “Enfermeiro” ($x^2=8,21$).	Assistência Seguimento

2	13,8 5% (f=1 95 ST)	$x^2 = 114,51$ (Capacitação) e $x^2 = 8,96$ (Inseguro).	“Capacitação” ($x^2=114,51$); “Sentar” ($x^2=98,18$); “Fluxo” ($x^2=64,93$); “Capacitar” ($x^2=55,18$); “Protocolo” ($x^2=49,84$); “Conduzir” ($x^2=48,95$); “Desconhecer” ($x^2=31,21$); “Gerente” ($x^2=30,45$); “Notificação” ($x^2=30,15$); “Preencher” ($x^2=24,39$); “Encaminhar” ($x^2=23,27$); “Referenciar” ($x^2=18,4$); “Abordagem” ($x^2=17,37$); “Conhecimento” ($x^2=13,72$); “Resolver” ($x^2=10,47$) e “Inseguro” ($x^2=8,96$).	Assistência Notificação Seguimento

Fonte: Dados da pesquisa.

Ledenda: **C**= Classe; **P** = Percentual de representatividade da classe no *corpus* total; ST = Segmento de texto; X^2 = qui-quadrado.

A seguir, os achados referentes à atenção primária são discutidos com maior profundidade a partir das classes emergidas pela análise do IRAMUTEQ e as categorias temáticas conceituadas pela análise temática de Bardin.

7.1.2.1 Categoria I - Vivência e identificação das situações de violência com crianças e adolescentes

Nessa Categoria referente a **classe 1**, predominaram as evocações dos (as) enfermeiros (as) que atuam no Distrito Sanitário V ($x^2= 7,78$), que não possuem pós-graduação ($x^2=6,84$) ou pós-graduação em outras áreas de atuação ($x^2=4,0$), assim como as menções dos (as) enfermeiros (as) que declararam possuir capacitação específica ($x^2=4,09$) para lidar com crianças e adolescentes em situação de violência. O conteúdo relativo a essa classe referiu-se às vivências dos (as) enfermeiros (as), na Atenção Primária, com situações de violência contra crianças e adolescentes na sua comunidade adscrita e como o (a) mesmo (a) percebeu, identificou, acolheu e assistiu essas situações, revelando as habilidades e dificuldades desses profissionais nesse âmbito de atuação.

Os segmentos de texto associados a classe 1 remetem para os eixos de **acolhimento e assistência**, da Linha de Cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, à medida que evidenciam aspectos relacionados ao recebimento da vítima na Unidade Básica de Saúde, bem como a condução desses casos.

Verificou-se, nas falas dos (as) enfermeiros (as) da Atenção primária, que o acolhimento executado por esses profissionais às vítimas é permeado pela própria percepção do (a) enfermeiro (a) sobre a violência, visto que os usuários não explicitam claramente a violência sofrida. Dessa forma, a escuta mostra-se fundamental para que o (a) enfermeiro (a) possa perceber a situação e acolher a demanda, sendo necessárias ferramentas subjetivas para tal ação, como pode ser percebido nos trechos abaixo:

Assim, é diferente porque quando vem, quando a gente sabe de uma criança que sofre um trauma psicológico, né? Então a gente aborda diferente. Até porque quando vem com a mãe, geralmente eles não aceitam. Eles acham... para eles não é, né? (Enf. 11; DS 01)

Eu escuto porque assim nem sempre, ou na grande maioria das vezes, ninguém vai sentar aí dizendo o que está acontecendo, falar que o filho sofre violência, isso fica fácil de identificar quando você conhece a família, na maioria das vezes a gente tem que entender, eu tenho que me propor a fazer o exame físico (Enf. 3; DS 03).

Não, eu acho com certeza que necessita de outras ferramentas, né? Até porque envolve toda uma família. Envolve a violência com o adolescente, mas tem todo um núcleo que ele está inserido. Eu acho que precisa de outras ferramentas muito mais subjetivas, isso não é coisa que você consegue discutir com facilidade, até porque as pessoas têm vergonha de se dizer agredida (Enf. 07; DS 02).

Compreende-se que o (a) enfermeiro (a) se mostra como elemento chave no momento de acolher e escutar demandas de violência, uma vez que a presença desse profissional no processo de cuidar de vítimas, nos diversos serviços de saúde, favorece o vínculo e a interação entre profissional e vítima, o que permite adentrar na subjetividade revelada pela vítima ao demonstrar implicitamente as violências sofridas, sendo o (a) enfermeiro (a), na maioria das vezes, o primeiro contato da rede de apoio (MARTINS *et al*, 2017).

Apesar desse profissional se mostrar aberto para a escuta e o acolhimento, o mesmo demonstrou dificuldade de realizar essa ação em função do desconhecimento de ferramentas, técnicas e estratégias para lidar com a criança ou adolescente vítima de violência, o que gera limitações e inseguranças, como pode ser visualizado nos trechos a seguir:

Foi uma abordagem bem difícil, justamente por hoje eu entender que na época eu não tinha os elementos necessários, é como se eu travestisse ali, eu não diria enfermeira, de uma pessoa tentando, de um adulto tentando conquistar uma criança, para tentar buscar, realmente eu acho que a abordagem foi a possível dentro da minha limitação enquanto profissional, enquanto desconhecer todas estratégias, os recursos necessários para se fazer uma criança falar, no sentido de criar esse vínculo (Enf. 05; DS 03).

Eu buscaria, antes de qualquer coisa, eu buscaria apoio dos demais profissionais da equipe. Assim, do médico, da assistente social para tentar dar uma, dar uma resposta junto, em equipe. Porque realmente eu sou muito inexperiente nessa, apesar de ter quinze anos de formada. E doze só aqui em Campina. Mas eu realmente, é uma situação que se chegar para mim vai ser uma situação muito nova porque eu não sei meio como lidar (Enf. 10; DS 01).

É fundamental ao profissional de saúde produzir vínculos com a família e desenvolver a sensibilidade necessária à percepção de situações de violência com crianças e adolescentes, considerando que na maioria dos casos essas situações são mascaradas por outras queixas. Tais atitudes potencializam o acolhimento tornando-o fonte de humanização e qualificação

do cuidado, tomando por base um cuidado em enfermagem focado na pessoa, nas necessidades e na multidimensionalidade do ser humano (LEITE *et al*, 2016).

Alguns enfermeiros (as) manifestaram dificuldades de assistir casos de violência com crianças e adolescentes, assumindo o não envolvimento com essas situações por receio e medo de sofrer represálias de um lado, por outro lado, pela subjetividade que circunscreve o assistir nessas situações, uma vez que os usuários não mencionam claramente o sofrimento da violência sendo uma assistência que não possui padrão, como os trechos abaixo descrevem:

Eu sei o que acontece em algumas famílias, porém eu digo a você que eu me acovardo, e não assumo talvez esse papel, temendo pela minha própria vida (Enf. 03; DS 03).

Tem gente que: ‘ligue para o Disque 100 e tchau’. Só isso, não quer se envolver porque tem medo, até porque aqui é área de risco de várias coisas (Enf. 28; DS 06).

Porque assim, ninguém chega dizendo que está sofrendo violência, entendeu? (...) acho que até hoje eu ainda não recebi ninguém dizendo assim: ‘Eu estou sofrendo violência e preciso falar com você quanto profissional’ (...) não tem receita de bolo de como a gente vai atender (Enf. 19; DS 06).

Constata-se que os (as) enfermeiros (as) se deparam com diversos desafios para se envolver com as situações de violência, entre eles o medo de encarar o agressor o que pode acarretar a falta de ação dos (as) profissionais como medida de autoproteção, logo que se sentem desamparados (as) para lidar com o fenômeno da violência (LEITE *et al*, 2016).

Estudo de Leite *et al* (2016) demonstra que as enfermeiras se sentem intimidadas pelo autor da violência contra a criança e adolescente, em função dos atos executados pelos agressores às vítimas e das ameaças dos familiares aos profissionais de saúde da equipe de saúde da família, além do vínculo e proximidade desses profissionais com as famílias. Esse conjunto de fatores acentua o medo das enfermeiras de executar ações voltadas às situações de violências com as crianças e adolescentes.

A subjetividade que circunscreve a violência contra criança e adolescente, no meio intrafamiliar, torna o fenômeno complexo e invisível, o que requer dos profissionais das equipes de saúde da família permanentes avaliações e mudanças nas práticas cotidianas, ou seja, um agir dinâmico, sem receitas ou padrões, mas que se adeque às necessidades e especificidades de cada família (SCHEK *et al*, 2018).

Nessa perspectiva de abordagem às famílias, os (as) enfermeiros (as) produziram cuidados à vítima por meio do diálogo e orientação aos pais, especialmente em situações de

violência física praticada pelos mesmos contra as crianças e adolescentes, conforme trechos abaixo:

De um agente de saúde que passou na hora e viu ela batendo na criança. Mas assim, procurei, fiz o exame também, orientei ela direitinho e depois, posteriormente, a agente de saúde já me disse que ela estava apanhando do marido (...) conversei com o marido. Conversei com ela (Enf. 18; DS 05).

Então a gente tem que chamar conversar, falar que não pode ser assim, mostrar o que vai causar no futuro àquela criança ou àquele adolescente. Tem mãe que chega aqui às vezes... porque tem adolescentes muito rebeldes aqui. Até pela questão social. Aqui rola muita prostituição, muita droga. Então as crianças aqui com dez anos estão envolvidas em droga (Enf. 11; DS 01).

Define-se a centralização familiar e a orientação comunitária como atributos da Atenção Primária à Saúde, sendo a primeira considerar a família como o sujeito de atenção à saúde, e a segunda o reconhecimento das necessidades familiares conforme o contexto físico, econômico, social e cultural. A efetivação da orientação familiar e comunitária requer a avaliação das necessidades dos sujeitos com base no contexto familiar e social, produzindo uma compreensão da realidade social e de saúde ampla que afeta a saúde das famílias e comunidades (REICHERT *et al*, 2016).

Nesse sentido, a orientação familiar e comunitária torna-se instrumento de atuação do (a) enfermeiro (a) frente às situações de violência com as crianças e adolescentes, em uma perspectiva de atenção integral para além da vítima em si, sendo essencial para o enfrentamento das violências com crianças e adolescentes nas famílias e comunidades.

Sobre o ato de reconhecer situações de violência no ambiente familiar, os (as) enfermeiros (as) pesquisados relataram percepção das violências implícitas nas relações familiares, cujas pistas baseiam-se nas percepções aguçadas apreendidas por meio dos comportamentos das crianças ou dos membros das famílias em si, demonstrando um cenário comum nas comunidades, como exibem os seguintes trechos:

Assim, já percebi inclusive psicológico, por exemplo: uma criança que a mãe casou com um pai que já tinha um filho, enquanto ela não tinha filho ela adorava aquela criança, porém depois que ela engravidou começou a desprezar (Enf. 03; DS 03).

Até agora eu não presenciei nenhuma de agressão física, isso aí não. Eu percebo assim, às vezes o olhar de tristeza da criança. Aí eu fico questionando: 'por que tão tristonho?', vou pesquisar. Inclusive tem um casal aqui que a mulher sofre violência (...) E ela tem várias crianças pequenininhas e são crianças altamente tristes, porque convivem com a violência (Enf. 11; DS I).

Já, é muito corriqueiro, violência. Se a gente for pensar na violência verbal, na violência física também, na própria violência psicológica, quando a gente sabe que

a gente está impedindo o acesso daquela criança a um determinado ambiente que ela tem direito (Enf. 19; DS 06).

Não é que é uma coisa que a gente não perceba, é que é muito da nossa cultura essa história de que pai e mãe pode muita coisa. Hoje é que o próprio adolescente ou a criança já tem ideia dos seus direitos e ele mesmo as vezes repreende, né? Mas é muito comum (Enf. 07; DS 02).

Apesar de reconhecer a existência da violência contra crianças e adolescentes nas famílias, os (as) enfermeiros (as) a retratam como intrínseca ao cotidiano familiar. De acordo com Carlos e Ferriani (2016), no contexto familiar predomina o poder assumido pelo responsável do domicílio e a intervenção de um profissional de saúde ou outros elementos externos a essa família produz uma discordância e um rompimento dessa relação de poder, o que pode ser aceito ou não pela família, frente a esses possíveis confrontos muitos profissionais de saúde sabem da existência da violência, porém apresentam dificuldade de adentrar no núcleo familiar.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde necessitam desenvolver práticas de cuidado pautadas em um olhar multidimensional e em relações integradoras com as famílias. Para tanto, torna-se fundamental romper a concepção de que o ambiente doméstico é de domínio exclusivo de quem se encontra nele, o que denota uma quebra de paradigma para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, na qual as relações entre profissionais de saúde e família devem ser consideradas (CARLOS; FERRIANI, 2016).

Diante desses entraves, nas relações entre profissionais de saúde e famílias, as situações de violência com crianças e adolescentes ainda não são efetivamente identificadas. Estudo de Rolim *et al* (2014) constatou que 56,9% dos (as) enfermeiros (as) pesquisados (as) relataram não ter identificado casos de maus-tratos com crianças e adolescentes, e dos que identificaram a maior parte foi proveniente de relato espontâneo da vítima, parentes ou outros indivíduos, ou seja, não foram situações efetivamente identificadas pelos (as) enfermeiros (as). Portanto, não caracteriza uma ação de sistematização para coleta sobre a mesma, tornando as ações pontuais e pessoais, numa perspectiva de baixa ou nenhuma cientificidade para dar resolutividade à situação de violência.

O reconhecimento da violência que ocorre nas comunidades e famílias também emana dos casos descritos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por estarem em contato direto com as famílias e adentrarem nas casas dos usuários, porém, ao mesmo tempo que o ACS se mostra um importante veículo de informação das situações de violência com crianças e adolescentes, esse apresenta receio de represálias da comunidade por ter informado

ao (à) enfermeiro (a) a situação encontrada. Esses sentimentos dos ACS são compreendidos pelos (as) enfermeiros (as), como identificados nos trechos a seguir:

É como eu te falei com a questão da agente de saúde, ela disse: “mas mulher, não vá fazer nada, não faça nada não”. Eu disse: “mas mulher, eu tenho que ir lá, eu tenho que investigar, eu tenho que ir na casa”. Aí ela: “Não, mulher”. Aí eu disse: “Não, não se preocupe não. Eu não vou chegar lá dizendo que eu sei que a criança está apanhando não”. (...) ela veio até aqui, conversei direitinho. E esse é o entrave que às vezes a gente fica receosa, está entendendo? (Enf. 18; DS V 05).

Ele também pode trazer essa informação da área, já que eles trabalham muito com as visitas, então o ACS fica responsável por isso... de trazer as informações para a gente do que acontece junto à população (Enf. 01; DS 03).

Eu tive um caso, que assim, ficou bem... veio para mim, o agente de saúde comunicou. Então a gente vai, eu fui, fiz a visita na casa, não dizendo que era por conta da violência, porque a gente tem que manter os nossos cuidados, a nossa proteção. É uma área de risco essa área que a gente trabalha, na periferia, uma área de risco (Enf. 08; DS 02).

A legislação que regulamenta a atuação do ACS estabelece como prerrogativa de atuação desse profissional residir na área de atuação, pois se entende que morar no território permite uma melhor compreensão das necessidades e particularidades daquela área, favorecendo o planejamento e execução de ações que impactem efetivamente na população. Em contrapartida, no que tange ao manejo das violências nas comunidades, o trabalho do ACS pode ser permeado por sofrimento físico ou psíquico (CARLOS; FERRIANI, 2016; BRASIL, 2018).

Estudo de Rolim *et al* (2014) sinaliza que os profissionais da atenção primária, incluindo ACS, optam por manter boas relações nas comunidades, mesmo infringindo suas obrigações legais, com o objetivo de garantir sua segurança quando expostos à situações de risco à sua integridade física e moral.

Nesse íterim, faz-se fundamental a capacitação dessa categoria, qualificando a atuação dos mesmos no que tange a identificação de situações de violência e no saber lidar com essas questões no dia-a-dia, logo que produziria benefícios inevitáveis para a comunidade, considerando a posição estratégica ocupada pelos ACS no contexto das práticas em Saúde da Família (SOUZA, SANTOS, 2013).

O (A) enfermeiro (a) destaca que a identificação dos sinais de violência ocorre por meio do exame físico, especialmente durante as consultas de puericultura, associado à indagações à criança ou a mãe/acompanhante de indícios observados, não só em relação aos aspectos físicos, mas comportamentais da criança também. Essa postura do (a) enfermeiro (a) é observada nos trechos abaixo:

Não, não teve sinais de violência na genitália da criança, mas teve o psicológico. A criança estava bastante abalada. Claro que a gente vai fazer esse exame com presença da mãe, a gente não faz o adolescente sozinho (Enf. 14; DS 05).

Quando tem alguma questão de machucado na criança, investigar, perguntar a mãe, mãe o que foi isso? O que é que aconteceu? Essa criança caiu ou não? Às vezes eu chego primeiro na criança do que na mãe para ver o que ela vai dizer (Enf. 01; DS 03).

Ele olha para a mãe e era a mãe que respondia. “Não, eu estou bem”, e olhando para a mãe. Está entendendo? Então, aí assim, a gente percebe que realmente a criança está diferente. Até que na própria puericultura para a gente perceber algumas... eu peço para tirar a roupinha todinha. Eu viro a criança de cabeça para baixo, como diz o popular (Enf. 08; DS 02).

O principal meio de investigação de violências contra crianças e adolescentes, identificadas pelo (a) enfermeiro (a), decorre do exame físico durante as consultas de puericultura, o que inevitavelmente produz um enfoque maior para as crianças e para aspectos físicos das violências. Contudo, Quadros *et al* (2016) enfatiza que se deve estar atento, primordialmente, para relatos e queixas das crianças e adolescentes e buscar sinais, não somente físicos, mas também psicológicos de violência, em consultas de puericultura, bem como de rotina, a fim de abarcar crianças e adolescentes como um todo.

Em concordância com a presente pesquisa, estudo de Souza e Santos (2013) evidencia que os (as) enfermeiros (as) compreendem o enfrentamento da violência contra criança dependente da confirmação dos casos, assim, a identificação das violências com esse grupo ocorre, principalmente, durante as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (ACD) nas Unidades Básicas de Saúde, demonstrando a centralização das ações assistenciais nesse espaço.

Apesar da principal ferramenta de investigação de situações de violência pelo (a) enfermeiro (a) pautar-se no exame físico, os achados não são claramente registrados no prontuário como uma observação do (a) enfermeiro (a) associada a uma situação de violência, o registro foca-se nas informações da mãe/acompanhante ou criança/adolescente seguindo o padrão segundo informações colhidas (SIC) ou segundo relatos e, em algumas vezes, esses aspectos não são registrados, restringindo-se às informações sobre higiene e cuidados gerais da criança, como demonstram as falas a seguir:

De agressão não. Só mais de... que eu perceba, que eu me lembre, quer dizer, é mais higienização, cuidado em gerais. Algumas manchas no corpo que criança geralmente apresenta, né? Os pais falam pano branco. Tudo é pano branco. Mas a gente sempre registra (Enf. 08; DS 02).

Como eu te falei como não teve nenhum caso confirmado mesmo de violência, geralmente eu coloco hematoma presente e tal parte do corpo, mãe ou a criança ou o próprio adolescente relata que foi isso, isso, e aquilo, entendeu? Eu coloco dessa maneira (Enf. 01; DS 03).

Fiz pelo o que ela disse, aí como eu te falei, depois a mãe veio com a criança, eu ainda observei. Não tinha assim, sinal de nada. E porque ela falou até assim, que parece que era com um pau que ela estava batendo na criança. E aí eu orientei a ela, orientei os danos que poderia causar, dependendo com o que ela fosse bater na criança, agredir a criança e tudo mais. Mas assim, eu procurei e fiz o registro dizendo que veio a denúncia para mim, que foi presenciado uma situação de agressão, que eu tinha orientado direitinho (Enf. 18; DS 05).

Estudo brasileiro, realizado com profissionais atuantes na atenção primária, identificou a mesma fragilidade nos registros de informações vinculadas a violência suspeitada ou sofrida nos prontuários, aumentando a subnotificação e, consequentemente, produzindo viés nos dados tornados públicos, uma vez que os profissionais, apesar de suspeitar da situação de violência, negligenciam as informações obtidas durante as consultas juntos às vítimas, não as registrando no prontuário, aspecto que também se encaixa na ausência de notificação a partir do preenchimento da Ficha de Notificação Ficha de Notificação/Investigação Individual – Violência Doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais (SCHEK; SILVA; LACHARITÉ; BUENO, 2016).

Vale ressaltar que o (a) enfermeiro (a) possui responsabilidades éticas e jurídicas frente uma situação de violência, conforme o Código de Ética de Enfermagem (COFEN, 2017) em seu artigo nº 36 em que diz, textualmente, é dever do (a) enfermeiro (a) registrar em prontuário informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de maneira clara e objetiva. Também se considera infração ética, conforme artigo nº 64, provocar, cooperar, ser conivente ou omissa a qualquer tipo de violência à pessoa, família ou coletividade na execução do exercício profissional

Em contrapartida, vários (as) enfermeiros (as) da atenção primária mencionaram nunca ter recebido ou identificado situações de violência na consulta de enfermagem ou especificamente no exame físico, como explicitados nos trechos a seguir:

Mas, nunca chegou pra gente nenhuma situação dessa não, nem pra gente nem pra o agente de saúde. Até mesmo porque quando a criança vem fazer a coleta da cultura, que a gente acompanha até onze anos de idade nunca identifiquei nada assim “anormal” não (Enf. 02; DS 03)

Não, nunca chegou, nunca chegou. É claro, as vezes chega criança machucada, mas aí você avalia pelo tipo de machucado. “Não, caiu, escorregou...”. Mas algo assim de dizer é uma violência física não (Enf. 07; DS 02).

Não, nunca percebi sinal de violência (Enf. 06; DS 02).

Até então eu ainda não cheguei a ver não, a observar isso não. É tanto que eu tenho todo cuidado quando uma criança vem (...) Mas eu sempre tenho cuidado assim, de observar, de quando estou até no exame físico também. Mas até então não cheguei a presenciar não (Enf. 18; DS 05).

Não. Durante as puericulturas eu não me lembro, não estou recordando agora de nenhum sinal, assim, diferente. No máximo um arranhão que você pergunta se foi uma queda, mas nada de hematoma, nada... nenhuma criança, assim, mostrando problema psicológico (...) nada. Eu não me lembro no momento (Enf. 16; DS 05).

Os relatos dos (as) enfermeiros (as) põem em discussão, por um lado a inexistência das situações de violência contra crianças e adolescentes nas comunidades, por outro a invisibilidade da problemática que pode levar à negação de sua existência na comunidade, tornando-se um empecilho para a efetiva atuação dos profissionais de saúde diante do fenômeno. O aspecto imperceptível das violências com crianças e adolescentes tem representado mais uma dificuldade de atuação dos profissionais de saúde em termos de identificação e assistência desses casos (QUADROS *et al*, 2016; SOUZA; SANTOS, 2013).

A dificuldade de identificação das situações de violência nas comunidades potencializa-se pela incompreensão, por parte dos (as) enfermeiros (as), que violências não visíveis manifestadas por negligência, abandono, ameaças e violência psicológica também são consideradas violências contra a criança e adolescente. Tal desconhecimento dos (as) enfermeiros (as) são exibidos nas falas destacadas abaixo:

Não tipo, o que eu tinha relatado antes era uma questão de abandono, por mais que a minha área seja uma área considerada de risco, mas não foi...desde que eu tou lá no caso, nunca teve nenhum caso que chegou ao meu conhecimento de registro de violência contra criança ou adolescente (Enf. 01; DS 03).

Assim, violência... até aqui. Violência, violência... de física não, mas maus-tratos tipo negligência. Como a nossa Unidade traz uma população bem carente, bem mesmo em situação de vulnerabilidade social, a gente sempre encontra crianças sem ter condições de higiene, crianças desnutridas, ou seja, sem alimentação em casa. Isso eu não digo que é uma violência propriamente dito. Chega a ser, só que muitas das vezes (...) não é nem que elas não queiram dar comida a essa criança, mas porque não tem condições. (Enf. 25; DS 05).

De violência, não. Mas assim, de descuido, assim, de não cuidar bem da criança, que as vezes termina para frente podendo até caracterizar uma violência, mais para a frente. Mas de violência mesmo eu nunca presenciei não. Nunca verifiquei nada não aparentemente e tirando a roupinha da criança, examinando nunca presenciei não, nada não (Enf. 23; DS 06).

A subnotificação das violências com crianças e adolescentes agrava-se pelo déficit no conhecimento dos profissionais de saúde das naturezas da violência e suas formas de expressão, assim como a ausência de evidências imediatas, a exemplo da violência

psicológica, o que influencia diretamente na identificação dos casos (QUADROS *et al*, 2016).

Salienta-se que, mesmo diante do déficit de identificação dos casos de violência contra criança e adolescente, nas suas diferentes manifestações, de maneira uniforme pelos (as) enfermeiros (as), essas situações existem e são constatadas em regime de sigilo ou segredo nas comunidades e as violências físicas e sexuais são as percebidas com maior destaque, como demonstra os relatos abaixo de situações de violência ocorridas nas comunidades de atuação do (a) enfermeiro (a):

E aí comecei a entrar na intimidade dele, como ele veio sozinho, aí ele começou a contar as histórias e eu perguntei como foi que ele se tornou homossexual. Se tinha sido estupro ou porque, não sei, foi algo coisa. Aí ele disse: ‘Não, foi com nove anos de idade, um estupro do padrasto’ (...) ele mesmo tinha nove anos, mas ele foi no Conselho e contou. Só que a família ficou contra e ameaçou ele, e ele ficou sem ter opção. Ele achou que ia ser expulso de casa, foi lá e disse que era mentira (Enf. 11; DS 01).

Agora a gente tinha uma gestante, que o esposo estava violentando ela, assim, no próprio pré-natal quando a gente está fazendo a sessão (...) era adolescente. (...) na própria consulta eu achei ela muito desanimada, cabisbaixa (...) E quando eu fui enfocando mais essa questão aí ela desabou a chorar (Enf. 19; DS 06).

De modo geral, constatou-se que as situações de violência com crianças e adolescentes, experienciadas pelos (as) enfermeiros (as), não foram produto da investigação dos mesmos a esses casos, tanto as situações suspeitas como as confirmadas chegaram até esse profissional nas Unidades Básicas de Saúde durante as consultas e eram reveladas por relato das próprias vítimas, de outros profissionais da saúde ou da comunidade, portanto, não rotinizada com base legal, científica e metodológica, comprometendo os processo de cuidar à criança e ao adolescente em situação de violência.

A identificação ou a suspeita da violência em seus diferentes tipos depende da possibilidade do profissional de saúde ser capaz de reconhecer situações de risco nas famílias, bem como sinais e sintomas sugestivos da violência. Assim, serviços de saúde que atendem crianças e adolescentes, o que inclui as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), devem incorporar à sua rotina a vigilância de violências direcionadas a esses grupos por meio de uma postura de constante alerta a essas situações, considerando a vulnerabilidade desse grupo e possibilidade de ocorrência dessas situações a qualquer momento, sendo essa uma das estratégias indicadas pela Organização Mundial da Saúde para o enfrentamento das violências a esses grupos (WHO, 2016; SOUZA; SANTOS, 2013).

Destaca-se que as fragilidades de identificação dos casos de violência pelos (as) enfermeiros (as), apontadas nessa classe, revelam a falta de treinamento e capacitação contínuos dos (as) enfermeiros (as), elemento evidenciado na descrição do perfil de formação desses profissionais, na qual a maioria não possui capacitação específica. Tal cenário corrobora com outros estudos (CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017; LEITE *et al*, 2016), cujos revelam relatos dos (as) próprios (as) enfermeiros(as) mencionando a dificuldade no manejo de situações envolvendo violência desde a formação acadêmica.

7.1.2.2 Categoria II - O contexto familiar da criança e do adolescente em situação de violência

Predominaram na categoria II, referente à **Classe 4**, as evocações provenientes dos (as) enfermeiros (as) que atuam no Distrito Sanitário I ($\chi^2= 20,37$) e que possuem pós-graduação na área de atuação ($\chi^2=12,32$) ou seja, na área de Saúde da Família ou Saúde Coletiva. Nessa classe, evidenciou-se o contexto familiar como diretamente relacionado com as diferentes manifestações de violência vivenciadas pelas crianças e adolescentes, sendo a família, a mais das vezes, produtora e omissa a essas situações, bem como o cenário social da comunidade e o entorno ao domicílio.

Portanto, a Classe 4 remete para o eixo de **assistência** da Linha de Cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência ao passo que o (a) enfermeiro (a), com as fragilidades apresentadas nas discussões anteriores sobre aspectos do não reconhecimento da violência, da não notificação, não registro no prontuário, atendo-se ao exame físico de forma não processual, mas de demanda espontânea ou episódica, necessita, para além da assistência direta à vítima, produzir um cuidado integral que abarque todo o contexto familiar, sendo esse também de responsabilidade do (a) enfermeiro (a) da Estratégia Saúde da Família.

Verificou-se nessa classe que a família se caracteriza como a principal produtora das violências perpetradas contra as crianças e adolescente, nesse ínterim diversas são as naturezas das violências praticadas, assim pode-se citar: a negligência, o abandono e a violência verbal, sexual e física. Os trechos abaixo revelam situações mencionadas pelos (as) enfermeiros (as) de prática de abandono e negligência de pais e familiares com crianças e adolescentes.

Não foi situação de violência, mas era situação mais de abandono mesmo. A criança estava, chegou com a cabeça cheia de lesões, tudo mais. Aí na primeira consulta ela veio com o pai, então notei que ela falou. Ela disse que cuidava do irmão bem pequeno, que ficava só em casa e eu percebi que a criança tinha muita responsabilidade (Enf. 18; DS 05).

Porque os pais não estão tratando e a creche não tem obrigação de receber crianças com escabiose, com pediculose, no caso, é piolho e sarna mesmo, vulgarmente falando. E essas crianças infestadas em decorrência de falta de higiene em casa. Aí cria todo esse conflito, a criança não quer ir para a creche porque está sendo discriminada lá. O professor não quer receber, os pais precisam sair para trabalhar, aí entram em conflito com a creche (Enf. 28; DS 06).

Mas era abandono, a mãe já tinha deixado ele na casa da avó, na casa da tia e ninguém meio que era responsável pela criança (Enf. 13; DS 01).

Agora recentemente a gente teve um caso que a agente de saúde ia fazer as visitas domiciliares, chamava pelo chefe da família, aí ninguém respondia e ela via que tinha movimentação pela casa. Porque agente de saúde está no meio de tudo, aí ela descobriu que o menino passava o dia inteiro sozinho, um menino de quatro anos de idade, o dia inteiro sozinho (Enf. 19; DS 06).

Mas assim, teve um que era mais caso de negligência, assim. De violência mesmo... chega a ser violência também porque a gente sabe que tem várias formas de violência. Mas teve caso de negligência uma vez. Que era uma mãe que ela deixava os filhos sozinhos em casa, trancava eles, deixava eles chorando, com fome, tudo. E saía por aí, passava vários dias fora de casa e as crianças pequenas dentro de casa (Enf. 15; DS 05).

Entende-se por negligência todo ato de omissão em termos de cuidados básicos, por parte do responsável pela criança ou adolescente, que, a depender da intensidade, pode provocar danos físicos, emocionais e psicológicos. Manifesta-se por situações nas quais as crianças ou adolescentes não são adequadamente alimentados e higienizados, como também quando não recebem atenção, carinho ou são abandonadas sozinhas sem proteção, sendo essa última situação considerada a mais grave negligência familiar e um importante problema social (CRAVEIRO, 2016).

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), um dos principais documentos oficiais de proteção à criança e ao adolescente, constitui como dever da família, da sociedade e do Estado garantir à criança e ao adolescente o direito à vida, alimentação, educação, dignidade e respeito, resguardando-os de toda forma de negligência, discriminação e violência (BRASIL, 2005; SCHEK; SILVA; LACHARITÉ; BUENO, 2016).

As dificuldades de identificação da negligência no contexto familiar indicam a necessidade de aperfeiçoar a atuação dos profissionais de saúde junto às famílias. Elementos que podem favorecer a identificação de casos de negligência fundamentam-se na proximidade e conhecimento das diferentes dinâmicas familiares, considerando a cultura, inserção econômica e relações de gênero. Nesse sentido, os profissionais da atenção primária

à saúde são privilegiados por possuírem a possibilidade de reconhecerem as vulnerabilidades e necessidades das comunidades e, assim, adquirir a capacidade de discernir se um caso de omissão familiar decorre de uma negligência ou falta de condições econômicas. De qualquer forma, é papel do (a) enfermeiro (a) da APS intervir nesse processo de violação dos direitos da criança e do adolescente, sendo intencional ou não (EGRY *et al*, 2015; LEITE *et al*, 2016).

A violência verbal ou psicológica também se encontra muito presente nas famílias, contudo, dificilmente identificada como violência, disfarça-se com as relações hierarquizadas das relações familiares e parentais, à medida que se confunde com autoridade materna ou paterna. A seguir trechos de situações de violência verbal de conhecimento dos (as) enfermeiros (as):

Na verdade, ele sofreu uma violência, mas não foi, assim, agressão física. A mãe estava desconfiando, porque tudo a criança dizia: ‘eu quero usar o batom’. Ele é um menino (...) porque mora todo mundo numa casa só e de menino só tem ele, o resto é tudo mulher e o avô, de homem. Mas tudo é mulher na casa. E ele dizia: ‘eu quero usar batom’. E a mãe usava agressividade verbal com ele, violência verbal (Enf. 08; DS 02).

E a abordagem que a gente fez foi porque uma das filhas, ela tentou suicídio e ela alegava muito a questão do tratamento do pai. Em todas nossas visitas a gente percebeu o quanto ele é... não é nem complicado, ele realmente é doente (...) Lá tem vários adolescentes. Essa do suicídio, ela na época eu acho que tinha dezenove, então classifica ainda como adolescente. Mas tem várias outras, assim, tipo quinze que usa droga e eles se agredem muito, assim. Fisicamente a gente nunca viu não, mas verbalmente é muito intenso (Enf. 16; DS 05).

Violência psicológica pode ser compreendida como qualquer ato de ameaça ou agressão verbal que produz uma interferência negativa na criança e no adolescente, o que gera um comportamento destrutivo nesses sujeitos devido à condição de vulnerabilidade em que se encontram, pelo próprio desenvolvimento e a presença de vínculos afetivos entre o adulto e a vítima. Esse sofrimento mental, produzido pelo adulto, pode acarretar em danos irreversíveis à vida dos infantes (CRAVEIRO, 2016).

A normatividade da violência psicológica e/ou verbal, sofrida pelas crianças e adolescentes, mantém esse tipo de violência na invisibilidade e gera um alerta para muitos casos dessa natureza que nunca foram assistidos por um profissional de saúde, encaminhados e tampouco notificados (QUADROS *et al*, 2016).

A violência sexual também se mostrou presente nas relações familiares mencionadas pelos (as) enfermeiros (as), especialmente envolvendo parentes mais próximos das vítimas - pai, padrasto e primos -, dimensionando o potencial de produção da violência sexual no

contexto doméstico, sobretudo com meninas. Abaixo, relatos dos (as) enfermeiros (as) sobre situações de violência sexual nas comunidades:

No final de semana ela ficava com o pai e o pai levava para brincar com os primos, então teve sinais de violência sexual e foi passado para a mãe a situação como era que tava, porque ela demonstrava conhecimento da sexualidade. Nesse caso a mãe também parou de trazer a filha para o posto, mas foi aviso para mãe, ela falava que eram os primos que tocava nela, quando a menina ia para casa do pai (Enf. 05; DS 03).

Um caso que eu lhe falei inicialmente que foi o padrasto que engravidou a enteada. E a gente fez a denúncia e ele era usuário de saúde mental também, do grupo de saúde mental. Então tinha muito aquela desculpa, e foi muito difícil para a gente pontuar isso, porque tinha aquela desculpa, 'não, mas ele toma remédio para doido', o povo não diz isso? (Enf. 19; DS 06).

Porque uma menina também de quatorze anos ficou grávida do pai e ela negou a gravidez inteira isso, essa informação. Primeiro, ela nunca tinha tido um namorado e eu fiquei insistindo... porque quem me disse foi a agente comunitária (...) passou a gravidez todinha sem dizer nada. Quando ela terminou a gravidez, quando ela teve o bebê, mais de um mês depois, aí ela chegou no meu consultório e disse: "ele voltou a fazer tudo de novo" (Enf. 22; DS 04).

Dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, voltado para as situações de violência sexual (BRASIL, 2018), revelaram que 40,5% das notificações de violência registradas pelo SINAN ocorreram contra crianças e adolescentes e, nesse mesmo período, do total de casos notificados de violência sexual, as situações que acometeram crianças e adolescentes concentraram 76,5% dos casos, em que, desses, 74,2% do sexo feminino. Comparando-se números dos anos de 2011 e 2017 observou-se um aumento de 83% nas notificações de violência sexual, o que pode demonstrar um despertar da sociedade para as denúncias antes camufladas pela invisibilidade (BRASIL, 2018).

Constitui-se violência sexual a interação da vítima e do agressor a fim de atender desejos sexuais fazendo uso do corpo da criança e ou adolescente, seja com ou sem contato físico, através do exibicionismo, por exemplo. As situações de contato físico podem ser identificadas por meio de exames específicos, contudo situações como voyeurismo, manipulação de órgãos sexuais ou corrupção de crianças e adolescentes tornam-se mais complexas de serem identificadas pela necessidade de provas que comprovem os atos, mantendo ainda muitas situações de violência com crianças e adolescentes ocultas (CRAVEIRO, 2016).

De modo semelhante, a violência física surge nos ambientes familiares se caracterizando por situações de agressão direta à vítima, o que produz lesões visíveis claramente observadas pelos (as) enfermeiros (as), como nos trechos abaixo:

Acho ela não tinha um ano ainda, que não tinha um ossinho inteiro. Foi uma coisa assim superdolorosa e o agressor foi o namorado da mãe. E a mãe havia saído e essas crianças ficou aos cuidados dele (Enf. 28; DS 06).

Um caso de uma mãe que espancou o filho e a vizinhança foi chamar a avó, que a avó não morava com a filha. E a avó veio correndo, chorando até a gente contar e pedir socorro (Enf. 11; DS 01).

E perguntei se alguém fumava e ela respondeu que todo mundo fumava, o pai, a mãe, todo mundo em casa fumava, então tem alguém apagando o cigarro nessa criança, porque isso é o apagar de uma piola de cigarro, porque ela ficava infeccionada, como se fosse a bolhinha, e era uma barriga, uma perna (Enf. 05; DS 03).

O Mapa da Violência no Brasil, em publicação específica sobre crianças e adolescentes (WASELFISZ, 2012), afirma a concentração de situações de violência nesses grupos no espaço domiciliar, sendo a violência doméstica a mais numerosa contra crianças e adolescentes, perpetradas por aqueles cuja função social seria proteger (ALBUQUERQUE *et al*, 2015).

Destaca-se a violência física como a mais relevante contra crianças e adolescente, não somente pelas consequências graves, mas em decorrência da aceitação da sociedade. Define-se violência física como todo dano físico não acidental provocado por atos intencionais, a partir do emprego da força física, produzindo dor ou lesões físicas. Assim, caracteriza-se violência física desde um simples tapa até o espancamento fatal. No ambiente doméstico os principais agressores são os pais ou responsáveis, que muitas vezes utilizam essas estratégias como mecanismo de domínio (CRAVEIRO, 2016).

Todas as modalidades de violência supracitadas acometem a fase infantojuvenil, independente de raça, classe econômica, religião ou cultura. A maioria dos casos permanece silencioso e silenciado no ambiente em que ocorre, estima-se que todos os dias morrem 227 crianças e adolescentes no mundo por violências e, a cada morte, tem um número bem maior de hospitalizados por ferimentos. Dados de 190 países destacam que um em cada três adolescentes foi vítima de alguma dessas violências: emocional, física ou sexual. O Brasil abarca um quinto de todos os assassinatos com crianças e adolescentes no mundo, além de ser o segundo país com maior número de assassinatos, atrás apenas da Nigéria (SOUTO; ZANIN; AMBROSANO; FLÓRIO, 2018).

Diante de dados alarmantes e de diversas formas de manifestação das violências contra crianças e adolescentes, vale ressaltar o papel ético e moral do (a) enfermeiro (a) frente à situações de violência contra crianças e adolescentes. Conforme o Código de Ética de

Enfermagem (2017), em seu artigo nº 52 inciso nº 4, define como obrigatória a comunicação aos órgãos responsáveis, independentemente de autorização, de casos de violência contra crianças e adolescentes e outros grupos vulneráveis, minimamente os (as) enfermeiros (as) não devem se omitir às situações de violência que lhe forem de conhecimento.

Os (As) enfermeiros (as) demonstraram que o contexto social e familiar dessas crianças e adolescentes, vítimas de violência, perpassa por fragilidades e vulnerabilidades que potencializam a ocorrência de situações de violência, a saber: ambiente familiares pouco acolhedores, uso de drogas lícitas e ilícitas, além de transtornos mentais e comportamentais e comorbidades. Esse cenário pode ser visualizado nos trechos a seguir:

Como ela tem esse problema com a mãe, ela usa droga, tem, aí ela fica na casa da mãe, vai para a casa da avó, vai para a casa da mãe (Enf. 10; DS 01).

Ela fica aqui, aí de repente ela está em Lagoa Seca, de repente ela está no José Pinheiro. E essa mãe ela tem oito filhos. E ela, a gente sabe que ela usa droga, né? Ela se prostitui e ela deixava essas crianças abandonadas dentro de casa (Enf. 11; DS 01).

Nós temos uma situação aqui na área que é um pai, provedor de uma família gigante porque ele tem vários filhos e esses filhos dele têm vários netos, todo mundo mora nessa casa. Então o pai, que é avô, ele virou pai de todo mundo. E ele é alcoólatra, ele tem doença mental também e ele é muito agressor (...) uma grande parte usa droga, outra usa psicotrópico. Então é uma casa muito problemática. E a gente já tentou intervir, mas a própria genitora ela não quer denunciar o marido (Enf. 16; DS 05).

Estudo de Rodrigues *et al* (2019) analisou o cotidiano conflituoso de famílias que vivenciam o uso de drogas e concluiu que convivem com conflitos e distensões, sofrimentos, violências, fragilização dos vínculos e codependência.

O envolvimento de crianças e adolescentes, precocemente, com o tráfico ou com o uso de drogas, no contexto domiciliar ou comunitário, associa-se às situações de violência intrafamiliar como válvula de escape, ao mesmo tempo que o tráfico e o uso de drogas pelos pais e familiares estimulam a violência contra as crianças e adolescentes. A recursividade do ciclo do uso das drogas, entre vítimas e agressores, demonstra a complexidade que envolve esse fenômeno como produto e produtores da violência em crianças e adolescentes e que retroagem sobre ela mesma (CARLOS; FERRIANI, 2016).

É fundamental compreender que a violência contra crianças e adolescentes não se mostra um fenômeno isolado, encontra-se imbricada com outras questões como condição precária de vida, desemprego, outras violências, uso e abuso de álcool e outras drogas, além de conflitos de poder relacionados ao gênero. Portanto, a superação dessa problemática

presente nas comunidades em que os (as) enfermeiros (as) atuam requer medidas transversais e intersetoriais que possam modificar contextos sociais e culturais (ALBUQUERQUE *et al*, 2015).

Nesse contexto os programas de prevenção e combate à violência e as ações intersetoriais são imperativos na contra lógica do ciclo da violência e do uso de drogas nas comunidades, bem como estratégias pautadas no reforço comunitário, no qual a própria comunidade produz enfrentamentos a partir das relações de solidariedade (CARLOS; FERRIANI, 2016).

Ao apreender esses contextos sociais fragilizados, o (a) enfermeiro (a) demonstrou percepção sobre ambientes e condutas familiares com alta propensão de produzir violência nas crianças e adolescentes. Enfatiza-se que, a partir dessa percepção, esses cenários, fatos e acontecimentos servem de indicadores para o (a) enfermeiro (a) observar, de maneira mais próxima, a família, podendo intervir precocemente ou se manter atento (a) à alguma situação de violência que possa ocorrer, como demonstram os trechos a seguir:

É tanto que eu tenho todo cuidado quando uma criança vem. Principalmente assim, a gente tem criança que a gente vê que, como é que eu posso dizer? Criança que tem responsabilidade, criança que fica em casa cuidando dos demais irmãos. E eu sempre tenho um olhar para essa criança (Enf. 18; DS 05).

No caso do avô, não era, e no caso do menininho não sei se a mãe, o que eu percebi é que essas crianças geralmente são pelo menos nesses três casos, obviamente pontual, vem de famílias desestruturadas (Enf. 05; DS 03).

Eu tenho aquela criança que já demonstra, como está ali isolado, não participa de nada, fica ali quietinha, às vezes a mãe só de olhar você já sabe que tem uma questão de alguma agressividade ali, ou não. Então com esse olhar, com essa visão na própria consulta a gente já consegue ver e perceber algumas coisas no contato que está tendo mãe e filho (Enf. 01; Setor 03).

A postura perceptiva do (a) enfermeiro (a) sobre ambientes familiares potenciais produtores de violência remete à capacidade, mesmo para observar fatos da realidade e produzir conclusões, não se tratando de um estudo de percepção, mas da aplicação prática dessa ação na prevenção das violências e na promoção de um estilo de vida saudável, ajustado ao contexto biopsicossocial produzindo conforto, segurança e bem-estar.

A partir disso, o (a) enfermeiro (a), ao reconhecer essa atuação como objeto de sua prática, apresenta um importante papel na identificação e no manejo dos casos de violência de maneira precoce, uma vez que a interrupção prematura de um ciclo de violência pode evitar traumas e minimizar danos à saúde (ALBUQUERQUE *et al*, 2015).

Os avós, mesmo sendo parente próximo, muitas vezes do mesmo contexto domiciliar, mostram-se como o principal apoio das crianças e adolescentes em situação de violência, muitas vezes sendo o espaço de acolhimento e proteção da vítima e, por conseguinte, de apoio familiar como um todo, na defesa em busca da investigação do(s) agressor(es). Trechos a seguir apontam relatos dos (as) enfermeiros (as) quanto ao papel dos avós na vida das crianças e adolescentes vítimas de violência:

Só aqui, na casa da avó. A gente foi lá para olhar para ele, aí conversou e eles todo tristonho, só falava na mãe. Que mesmo ela sendo assim ele tinha aquela paixão com ela, né? Aí ficou, a gente conversou: 'Está com vovó? Vai ficar um pouquinho com a vovó, depois você volta para mamãe' (Enf. 11; DS 01).

Essa criança não se encontra mais na minha área, porque a responsável pela casa faleceu que era a vó, essa pessoa ia para lá porque dependia da aposentadoria da avó, usufruía aliás, então essa família se mudou após o falecimento da avó (Enf. 01; DS 03).

Os dois casos mais recentes, do menininho e da menina do caso de abuso sexual ou de maus tratos e o da menina quem sempre vinha era a avó, então a mãe nunca se fez muito presente nesse processo (Enf. 05; DS 03).

Em relação aos papéis dos avós nota-se que, em diversas situações, a avó representa a figura de proteção das crianças e adolescentes vítimas de violência passando a se responsabilizar pelos mesmos e acolhendo os netos vítimas. No entanto, há estudos (NUNES; SALES, 2016; PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT, 2011) que revelam, nas situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, que os principais agressores são padrasto, pai, avô e tios. Desses agressores, associa-se, mais frequentemente, a imagem do avô como o perpetrador, apesar dos laços de parentalidade, dependência, afeto e convivência.

Os vizinhos são considerados, pelos (as) enfermeiros (as), como importantes informantes das situações de violência que ocorrem na comunidade, pois geralmente procuram diretamente o (a) enfermeiro (a) para contar alguma situação presenciada, considerando o vínculo que esse profissional da Atenção Primária possui com a comunidade. Como uma forma estratégica de denunciar a situação de violência sem se envolver diretamente com os agressores, e em outras situações, os vizinhos também desempenham papel acolhedor com as crianças e adolescentes vítimas, como pode ser visto nos trechos abaixo:

Então tudo eles me contam. Tudo o que acontecer eles entram aqui e divulgam. Vizinho que sabe, entendeu? (Enf. 11; DS 01).

Aí não foi bem a gente que participou ativamente. A gente tentou ajudar, ver tudo, até que os vizinhos se mobilizavam e cuidavam das crianças e tudo mais (Enf. 15; DS 05).

E também muitos, por exemplo, às vezes quando chega é de vizinho, que também não quer se expor (Enf. 17; DS 05).

Os vizinhos produzem as denúncias no momento que a violência extrapola o ambiente familiar, tornando-se público, portanto extrapolando a esfera do privado. Estudo de Moreira, Martins, Feuerwerker, Schraiber (2014) identificou as principais motivações para as denúncias dos vizinhos das situações de violência com crianças e adolescentes, entre elas situações antecessoras de conflito ou discordância entre os vizinhos e a família agressora, sendo a denúncia uma forma de punição à família, e não um registro que se respalda no reconhecimento do direito da vítima, mantendo-se na garantia do anonimato que a denúncia assegura.

Quanto à família, na qual se encontram os agressores e vítimas, os (as) próprios (as) enfermeiros (as) mencionaram a necessidade de olhar a violência com uma visão ampliada para toda a família, não restringindo a abordagem à vítima e ao agressor, considerando que a família por vezes pode ser cúmplice, omissa ou mesmo não garantir proteção à vítima do agressor que, por sua vez, também é um familiar. Assim, na perspectiva da convivência familiar, permite-se que a vítima permaneça em um ambiente domiciliar violento e produtor das diversas formas de violência, cuja periodicidade, pode ser de forma sequenciada ou aleatória, porém progressiva e potencializadora das manifestações das violências. Essas situações são mencionadas pelos (as) próprios (as) enfermeiros (as) nos seguintes trechos:

Eu acredito que a questão da família em si, tem que ser trabalhada não só o agressor e a criança ou adolescente que sofreu, mas o vínculo todo em si que reside ali tem que ser trabalhado assim, tem que ser mais detalhado o que acontece ali dentro daquele, a gente sabe que na família internamente é complicado porque um sempre vai encobrir as coisas do outro. Geralmente quem aparece mais no caso de agressão, é o agressor e a vítima, mas não ver os outros componentes da família (Enf. 01; DS 03).

Ele sofreu uma violência, é. Um estupro quando era criança. E assim, ele sofreu o estupro e ele continuou sofrendo violência psicológica por parte do próprio padrasto. Porque até então eu não sabia, e a mãe dizia a ele que não queria ele vestindo roupa de mulher, que não queria ele em casa, que era difícil a convivência dele em casa desse jeito. E esse menino... sofreu não, acho que ainda sofre violência psicológica (Enf. 11; DS 01).

A mãe veio aqui dizendo que tinha deixado essa bebê com a família do pai, que eles eram separados. E esse pai tinha levado para a casa de um irmão. E disse que lá o pessoal estava com muita bagunça, com bebedeira nesse dia e o irmão da bebezinha percebeu que a fralda dela estava meio mexida (Enf. 15; DS 05).

E depois ela veio falar comigo que era para eu falar lá que ele era muito bom para ela. Sim, porque de início parece que o Conselho até chamou ela para a responsabilidade dela estar convivente com a situação, a mãe. Aí ela veio falar comigo, me intimidar, assim, chorando... agora depois fez uma intimidação que eu falasse lá que ela era uma boa mãe (Enf. 19; DS 06).

Pode-se mencionar o medo de possíveis represálias, o desejo de manter a família e a dependência financeira do companheiro como fatores que contribuem para a ausência de denúncia por parte da família, especialmente em situações de abuso sexual intrafamiliar (QUADROS *et al*, 2016). A omissão materna associa-se à representação social da família evitando desenlaces, uma vez que a denúncia do incesto do pai ou do companheiro representa o reconhecimento do próprio fracasso como mãe, a vergonha e o julgamento público como causas presumíveis de não denunciar. Diversos motivos levam a genitora e outros membros da família a omitir ou negar a violação, contribuindo para o baixo volume de revelações (OLIVEIRA *et al*, 2014).

Nesse contexto de familiares colaboradores e cúmplices da violência é relevante destacar que o (a) enfermeiro (a) precisa avaliar com cautela, discernimento e habilidade o manejo dessas situações, uma vez que os familiares, geralmente as mães, também podem se encontrar no duplo papel, nesse caso o de vítimas, apresentando sentimento de medo, culpa e impotência o que também oprime as mesmas de declarar a violência sofrida no ambiente familiar, como evidencia a fala do (a) enfermeiro (a) abaixo:

Então é uma situação complexa, normalmente é a mãe, vem muito culpada e vem com medo do pai, né? Porque tudo o que acontece é culpa da mãe, é porque a mãe não olhou, é porque a mãe não cuidou. Então tem o terror dela propriamente da situação e tem o medo da sociedade, o medo do parceiro (Enf. 07; DS 02).

É imprescindível que o (a) enfermeiro (a) avalie o contexto familiar diferenciando vítimas e agressores, em todo o meio da família, sem negligenciar a responsabilidade desses diante das situações de violência infanto-juvenis. Entretanto, o enfrentamento das violências na abordagem do setor da saúde não deve se pautar na busca de culpados ou cúmplices familiares, e sim em alternativas de prevenção das violências e proteção das vítimas, logo que o agressor, membro da família, beneficia-se do medo e da ameaça para manter o silêncio (SOUZA; SANTOS, 2013).

A transgeracionalidade da violência constitui um outro ponto observado no contexto das comunidades por um dos (as) enfermeiros (as) entrevistados (as), o qual demonstrou o perfil cíclico da violência entre as gerações e os vínculos parentais, ou seja, a violência

vivenciada pelos pais num dado contexto, tempo e espaço é e replicada ou propagada como modelo para os filhos. Essa percepção foi destacada pela fala do (a) enfermeiro (a) a seguir:

Porque também aquela mãe ou aquele pai, aquela pessoa pode ter sofrido na infância, ter tudo aqui e repassa para os filhos porque já tem aquele trauma. E nem é trauma que diz, né? Repassa porque ela teve uma violência toda vivida. Transpassa. É isso que eu ia dizer (Enf. 13; DS 01).

A questão da transgeracionalidade relaciona-se ao entendimento do sujeito, a partir do que o mesmo recebeu das gerações anteriores, e às repercussões dessa herança, o qual apresenta influências nos modos de se relacionar com a família atual e até na constituição da família. Desse modo, urge compreender a violência em sua gênese histórica podendo ser apreendida através da transmissão geracional, uma vez que a reprodução do modelo de educação recebido na infância perpetua no ciclo transgeracional da violência (RAZERA; CENCI; FALCKE, 2014).

Assim, as crianças e adolescentes tornam-se os principais alvos da transgeracionalidade da violência pela maior fragilidade física e emocional, foco da reprodução da violência sofrida durante a infância do agressor, sendo a violência meio de solução de conflito ou estratégia de educação (CRAVEIRO, 2016).

7.1.2.3 Categoria III - Ações de promoção da saúde, prevenção de violências e estímulo à cultura de paz

Associada à categoria III, que se refere à **Classe 5**, predominaram as evocações dos (as) enfermeiros (as) que atuam no Distrito Sanitário III ($\chi^2 = 7,25$). Os achados relativos a essa classe se referiram às ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos (as) enfermeiros (as) vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), sendo esse o principal mecanismo de atuação educativa junto ao público de crianças e adolescentes. Por meio desse programa, os (as) enfermeiros (as) mencionaram ações específicas voltadas ao estímulo da cultura de paz e prevenção de violências, por outro lado, as ações de educação em saúde, nas Unidades Básicas de Saúde, apresentam dificuldade de realização.

Os segmentos de texto associados a essa classe remetem para o eixo de **Promoção da Saúde** da Linha de Cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, sendo essa uma das premissas da Atenção Primária e, como o primeiro nível de complexidade de atenção à saúde, responsável pela minimização dos agravos à saúde das comunidades por

meio da educação em saúde, com foco na promoção da saúde e na prevenção dos adoecimentos.

Os relatos dos (as) enfermeiros (as) revelaram a realização de atividades educativas, predominantemente nas escolas, dentre elas algumas especificamente voltadas para a cultura de paz e prevenção das violências, por ser conteúdo integrante do PSE, verificado nos trechos a seguir:

Ano passado a gente fez uma atividade educativa na escola, nas escolas em relação a cultura de paz. Onde a criança era abordada lá junto como os pais dos escolares. O tema abordado era esse, violência, cultura de paz e um dos temas era em relação a criança (Enf. 20; DS 06).

Sim, a gente faz na escola. Que é o Programa Saúde na Escola. A gente aborda. Inclusive a gente tem até uns temas sobre isso (Enf. 29; DS 06).

Sim, fez um agora, cultura de paz. Fez na escola municipal que a gente tem, são adolescentes até onze, doze anos (Enf. 17; DS 05)

A gente fez a última de cultura de paz, que envolve no geral. Mas para as criancinhas (Enf. 13; DS 01).

Como a gente não tem mais esse grupo de adolescentes, mas a gente já trabalhou esse assunto da cultura de paz na escola já várias vezes. Sabe? (Enf. 19; DS 06).

O Programa Saúde na Escola foi criado para integrar o setor da saúde e da educação e, dessa forma, ampliar a atenção à saúde, pela equipe multiprofissional da APS, às crianças e adolescentes no seu espaço de convívio (VIEIRA *et al*, 2018), caracterizando-se como o principal meio de promoção da cultura de paz a esses grupos e sendo a escola o ambiente privilegiado para essas ações.

Estudos enfatizam que promover o desenvolvimento infantil e adolescente relaciona-se diretamente com a execução de estratégias de prevenção à violência, envolvendo diversos atores na APS em uma perspectiva de promoção da integralidade (CARLOS, FERRIANI, 2016; MONTEIRO *et al*, 2015).

Para se promover saúde, em uma perspectiva integral para crianças e adolescentes, torna-se fundamental estimular a saúde nas comunidades em uma esfera coletiva, potencializando a interação entres os indivíduos das comunidades para vivências e relações saudáveis e positivas entre esses por meio de ações de solidariedade e ajuda mútua. Para tanto, enfatiza-se o empoderamento comunitário com maior participação da população, inclusive dos próprios adolescentes (CARLOS; FERRIANI, 2016; MENDES; FERNANDEZ; SACARDO, 2016).

Ações de estímulo à cultura de paz, nas comunidades e escolas, incitam interações positivas entre os sujeitos e os tornam autores da promoção da paz nos espaços comunitários, entendendo que a transformação por uma comunidade menos violenta deve iniciar na e pela própria comunidade.

Em contrapartida, outros (as) enfermeiros (as) mencionaram nunca terem realizado atividades educativas com foco na cultura de paz ou prevenção de violência, alegaram como justificativa o interesse dos adolescentes pautado em infecções sexualmente transmitidas (IST) e outras temáticas. Portanto, prioritariamente, realizou-se atividades educativas com base nesses temas, como observado nos trechos a seguir:

Nesse tema a gente nunca trabalhou. Junto com a escola, não (Enf. 27; DS 06).

Não, não. Nunca foi (Enf. 10; DS 01).

Eu faço a questão do PSE, eu tenho uma escola que fica dentro da minha microárea, onde a faixa etária é de seis, cinco a quatorze anos dentro dessa escola, vou te confessar que o tema violência não foi trabalhado (Enf. 01; DS 03).

Nesse tema a gente nunca trabalhou. Junto com a escola, não (Enf. 27; DS 06).

A gente, cultura de paz a gente ainda não fez. A nossa equipe ainda não fez. (Enf. 29; DS 06).

A temática da cultura de paz mostra-se ainda pouco discutida pelos (as) enfermeiros (as) nos espaços escolares, os quais restringem-se a tratar de temáticas com algum foco biológico direto. Contudo, o espaço da escola é um local privilegiado para discutir cultura de paz, entendendo-a como uma cultura de tolerância e solidariedade, a fim de respeitar todos os direitos individuais dos sujeitos assegurando liberdade de opinião e prevenindo conflitos relacionais, resolvendo-os em suas fontes (SOARES; TEIXEIRA, 2018).

No espaço dinâmico e produtor de sentido, saberes e práticas, a escola se insere como ambiente de formação dos sujeitos, em articulação com as famílias, e pode produzir experiências de construção da identidade de crianças e adolescentes, tornando-se fundamental a interação das escolas e famílias, complementada pelo setor saúde em uma perspectiva de formação social dos sujeitos (SOARES; TEIXEIRA, 2018).

A compreensão do papel da família, para profissionais da educação, saúde e conselheiros tutelares, encontra-se fragilizada, uma vez que as famílias têm se comportado mais como espaços de violação de direitos do que proteção e garantia desses. Desse modo, faz-se necessária uma maior interação entre as famílias, as escolas e os profissionais de saúde, por meio da presença dos profissionais da saúde, incluindo os (as) enfermeiros (as) nas

escolas para fortalecer o compromisso com a promoção da saúde, a coparticipação, a promoção de discussões e debates, mostrando-se abertos para resolução dos processos saúde-doença (MONTEIRO *et al*, 2015).

Alguns desses (as) enfermeiros (as), que apontam ainda não ter realizado atividades de educação em saúde voltadas à temática em destaque, mencionaram a intenção de realizar projetos com alvo nas temáticas como suicídio, depressão e violência reconhecendo a necessidade de investir mais nesses temas com crianças e adolescentes, como explicitados nos trechos abaixo:

Como eu te falei, a gente está preparando um projeto que vai ser apresentado esse ano, no segundo semestre. Que vai falar sobre suicídio, é sobre depressão na adolescência. Vai ser uma escola de paz, a gente vai trabalhar os pais para depois levar os temas para as crianças (Enf. 14; DS 05).

Então partindo disso aí a gente já ganhou o gancho para montar o grupo. E acabou entrando em contato com o pessoal de uma ONG que tinha aqui, para ver se eles chamavam mais os adolescentes. Aí foi isso, a gente marcou os dias, mas acabou não vingando. Mas é uma proposta que a gente vai retomar porque isso é uma ideia da gente, é trabalhar esse tema (Enf. 15; DS 05).

A gente está para trabalhar cultura de paz. Está para ser, ainda está (Enf. 18; DS 05).

O trabalho é muito voltado para as prioridades mais absolutas, né? Assim, saúde da mulher, saúde da criança, hipertensão, diabetes, etc. E aí eu acho que a questão da violência, embora ela seja tão presente, né? No dia a dia das comunidades que a gente atua, mas eu acho que a gente tem trabalhado pouco. Acho que devia trabalhar mais (Enf. 22; DS 04).

Os (As) enfermeiros (as) demonstram a necessidade e o desejo de trabalhar a temática da violência com os escolares, contudo os mesmos podem apresentar dificuldades na realização dessa atividade, por se tratar de um tema complexo e multifacetado para além do campo da saúde. Nesse contexto, Vieira *et al* (2018) aponta que para realizar tais ações em saúde são necessários métodos capazes de atrair a participação dos adolescentes.

O princípio da educação crítica e libertadora potencializa os adolescentes na construção e reconstrução nos modos de ser, estar e de se relacionar com o mundo, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento físico e emocional. As ações em saúde precisam se pautar em uma pedagogia libertadora na qual os adolescentes possam ser ouvidos e inseridos no processo, a fim de produzir uma confiança do grupo com os profissionais de saúde, bem como o comprometimento desses. Assim, ações educativas produzidas por enfermeiros (as) para o público de crianças e adolescentes deve valorizar atividades culturais,

recreação, lazer e socialização para produção de relações sociais saudáveis e promoção da autoestima desses grupos (BRANDÃO NETO *et al*, 2014).

Os (As) enfermeiros (as) destacaram o PSE como a principal ferramenta de educação em saúde para crianças e adolescentes, na qual se encontram temas pré-estabelecidos, sendo um deles a violência nas escolas e o estímulo à cultura de paz, como observado nos trechos abaixo:

E o PSE ele preconiza o seguinte, que a gente trabalhe temas durante o todo o ano com as escolas. Dentre os quais, dentro desses temas existe a abordagem da violência que é muito presente, segundo os professores, né? É muito presente na família dessas crianças (Enf. 20; DS 06).

A gente trabalha com o Projeto que é Saúde nas Escolas, né? Então a gente é responsável por uma escola onde a gente leva um tema, foi prevenção da dengue, a gente pode abordar saúde sexual, a gente pode abordar... doenças venéreas, né? A gente pode, assim, abordar gravidez na adolescência. Então é uma forma da gente levar informação e trabalhar grupos dentro da escola (Enf. 14; DS 05).

No âmbito do PSE, compete às equipes de saúde da família realizar visitas às escolas localizadas no território de atuação das equipes, com o objetivo de avaliar as condições de saúde dos escolares e estabelecer estratégias de articulação permanente entre as ações de educação e saúde com a participação da comunidade escolar (SILVA *et al*, 2014).

O programa estrutura-se em três componentes, sendo o primeiro voltado à avaliação clínica e psicossocial com as seguintes ações prioritárias: avaliação antropométrica, atualização do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial e outros agravos à saúde próprios da área, avaliação oftalmológica, auditiva, nutricional, de saúde bucal e psicossocial. O segundo componente foca-se na implementação de ações de promoção e prevenção à saúde com base na Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual propõe estratégias que visam reduzir situações de vulnerabilidade nas populações e, assim, estabelece como temas estratégicos: ações de segurança alimentar e alimentação saudável, promoção de atividades físicas, educação para a saúde sexual, prevenção do álcool e tabaco e outras drogas, promoção da cultura de paz e prevenção de violências e promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. E o terceiro componente pauta-se na formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que, para concretizarem o programa, necessitam de compromisso dessas três esferas e da articulação contínua e permanente (BRASIL, 2011).

Destaca-se o papel protagonista do (a) enfermeiro (a) na tomada de decisões, execução das ações de promoção da saúde e acompanhamento das atividades relacionadas a

esse programa amplo, considerando que as ações em saúde são preponderantemente conduzidas pelos (as) enfermeiros (as). Nesse sentido, a efetivação de ações de promoção da cultura de paz e prevenção de violências nos territórios mostra-se como decisão estabelecida pelos (as) enfermeiros (as) (SILVA *et al*, 2014).

Mesmo apresentando o PSE como de grande relevância, os (as) próprios (as) enfermeiros (as) assumem as limitações do programa em relação à verticalização dos temas a serem executados, à medida que preconiza a realização de duas atividades educativas em cada escola, sendo uma sobre dengue, obrigatoriamente, restando apenas uma outra opção para a escolha de tema a ser trabalhado na escola e que, frequentemente, a escolha recai na avaliação antropométrica ou na atualização do calendário de vacinação, como destacam as falas a seguir:

Vamos para a Escola fazer o PSE, não nos temas que eles pedem, mas nos temas tipo HPV, a vacinação (Enf. 20; DS 06).

Não sei se você sabe, o PSE agora elencou... treze temas para que a gente trabalhasse na escola e a gente pensou em trabalhar esse agora, nesse momento. Mas por uma coisa assim, de cima para baixo, não de uma necessidade, assim, reconhecida por nós (Enf. 10; DS 01).

Os temas que mais foram trabalhados foi a questão da dengue que o PSE nos obriga esse tema como tema obrigatório, teve a questão da vacinação se estava em dia ou não, questão da antropometria das crianças também (Enf. 01; DS 03).

Salienta-se que as ações de educação em saúde voltadas para fenômenos sociais, pautadas no modelo biomédico, e verticalizadas produzem prevenções insuficientes, pois não há escuta ou acolhimento das demandas ou análise da situação de saúde para definição das necessidades locais (MONTEIRO *et al*, 2015).

Os (As) enfermeiros (as) ressaltaram a limitação de duas ações em saúde relacionadas ao PSE, para cada escola, e a obrigatoriedade da realização de uma dessas ações em saúde voltada à dengue. Contudo, vale salientar que esse é o número mínimo de ações, por serem essenciais e estabelecidas pelo programa, que contarão para o alcance de metas e condicionarão o repasse dos recursos, podendo as equipes de saúde da família executarem ações optativas conforme as necessidades locais (BRASIL, 2015a). Portanto, compreende-se que a concretização do PSE efetivo depende do engajamento das equipes de saúde da família em constante interação com as escolas, a comunidade e seus equipamentos sociais e as famílias, não restringindo suas ações ao mero cumprimento de metas.

Como o PSE disponibiliza uma diversidade de temas, as atividades educativas nas escolas variam e, de acordo com os (as) enfermeiros (as), já foram realizadas ações voltadas

desde o uso e abuso de drogas, gravidez na adolescência a higienização, verminoses, vacinação entre outros, como demonstram os trechos abaixo:

Nas escolas também a gente faz. A gente fez promoção na escola sobre drogas. Foi ano passado, foi bem legal. Foi uma metodologia participativa, círculo de cultura e a gente trabalhou drogas, como todo mundo pudesse falar, contar suas experiências, de alguém, de um parente, alguma coisa. Foi bem legal. E trabalhou gravidez na adolescência também (Enf. 15; DS 05).

Na escola foi realizado o PSE da verminose, da educação de higienização e da hanseníase (Enf. 08; DS 02).

Aí foi *Aedes aegypti* e atualização do cartão vacinal (Enf. 29; DS 04).

Como uma das características do PSE é a adequação das ações de saúde às necessidades locais, então essas ações de saúde nas escolas variam em decorrência da articulação das equipes de saúde da família com as escolas, partindo prioritariamente do (a) enfermeiro (a). Estudo de Albuquerque *et al* (2015) revela que os (as) próprios (as) enfermeiros (as), atuantes da APS, percebem uma contradição dialética nas ações de educação em saúde, pois, ao passo que devem promover mudanças nas comunidades para produção da autonomia dos sujeitos, mantêm uma prática tradicional de transmissão de conteúdo e, assim, a equipe continua realizando práticas educativas como continuidade de ações rotineiras de assistência, enraizadas em ações tradicionais.

Enquanto as atividades nas escolas são realizadas com frequência e funcionam, as atividades educativas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), direcionadas para adolescentes por meio de grupos, apresentam dificuldade de execução. Os (As) enfermeiros (as) mencionaram as dificuldades de realização de grupos de adolescentes nas próprias UBSF, sendo atribuídas à falta de interesse do próprio adolescente por momentos de educação em saúde, o que resultou em tentativas frustradas dessas ações, como verificado nos trechos a seguir:

Criança ainda consegue, adolescente muito difícil (Enf. 05; DS 03)

A gente conseguiu um momento. Mas assim é bem difícil porque como eram meninas e meninos, aí tem questão de vergonha para abordar alguns temas, né? Bem... depois a gente realmente não... não conseguiu. Muitos estudam, aí tem a questão da escola. “Não posso porque estudo”. Entendeu? (Enf. 24; DS 04).

Só que a gente percebeu que eles não vêm. A gente tem muita dificuldade com relação a esse grupo. No mês seguinte só vieram duas, dois adolescentes, aí ficou difícil (Enf. 18; DS 05).

Dentro da unidade como eu te falei, eu já propus esse tema, convites, até com os agentes de saúde para chamar esses adolescentes para a unidade, eles não vão, das

duas uma, os adolescentes se o grupo é feito de manhã, eles não acordam tem a questão disso, quem estuda de tarde não acorda...os que estudam de manhã vão para a escola (Enf. 01; DS 03).

A Política Nacional de Assistência a Saúde de adolescentes e jovens tem como premissa o desenvolvimento de ações que atendam às distintas vulnerabilidades em termos de saúde do adolescente, especialmente a cultura de paz, que é um dos eixos estratégicos para capacitação de grupos de adolescentes como protagonistas de práticas de promoção da saúde e prevenção de violências (MONTEIRO *et al*, 2015; BRASIL, 2006; BRASIL, 2018).

Programas internacionais de prevenção à violência contra adolescentes baseiam-se no diálogo crítico, com esses e o treinamento juvenil, para o planejamento e execução de programas de prevenção, considerando o empoderamento desses sujeitos com o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais (MONTEIRO *et al*, 2015; BRASIL, 2018).

Essa dificuldade de aproximação do (a) enfermeiro (a) com o adolescente não se restringe às atividades educativas, a própria assistência direta ao adolescente em consultas ainda é muito reduzida, tais profissionais citam esse aspecto como uma fragilidade da ESF, como demonstra o trecho a seguir:

Atende sim, mas é um público mais difícil. Diante de todos os programas que a gente tem, acaba que o adolescente, na verdade, a criança depois que sai da puericultura a gente fica com acompanhamento muito deficiente (...) é uma fragilidade bem grande da Estratégia Saúde da Família perder essas crianças e adolescentes de vista (Enf. 27; DS 06).

Evidencia-se que a ESF, no Brasil, não alcançou esse processo dialógico com os adolescentes, pois as práticas em saúde mostram-se reducionistas quando ocorrem, seja por meio de consultas individuais, seja através de ações educativas coletivas. Estudo brasileiro (MONTEIRO *et al*, 2015) sugere os círculos de cultura de Paulo Freire como estratégia pedagógica de educação em saúde para prevenção de violência, onde os adolescentes são atores da sua saúde por meio de processos participativos de fala e de produção artística.

Para prevenir violência contra crianças e adolescentes, além das ações de promoção da saúde e prevenção de violência no próprio grupo, é necessário expandir para os pais e familiares, considerando que a participação de toda a comunidade é essencial para a manutenção de uma sociedade que estimula as relações saudáveis, a cultura de paz e a prevenção das violências.

Vale salientar que, diante da complexidade do fenômeno, ações intersetoriais e em rede, por meio do debate entre diferentes grupos, tornam-se essenciais para a construção de projetos coletivos em prol da sociedade. Contudo, apesar da potencialidade dos processos coletivos já constatados, ações integradas e interdisciplinares permanecem incipientes (MONTEIRO *et al*, 2015).

Ao reconhecer a violência como problema social e complexo, o setor da saúde precisa considerar uma abordagem para além da identificação e do tratamento dos casos de violência, isso significa incluir o desenvolvimento de ações de prevenção, identificação de situações de risco e de grupos vulneráveis, diálogo com as famílias e articulação com outros setores do serviço público e da sociedade civil. Desse modo, as ações de prevenção e combate às violências são tão significativas quanto às intervenções pós-exposição (ALBUQUERQUE *et al*, 2015; WHO, 2016; WHO, 2017).

Quadros *et al* (2016) destaca que ações de prevenção às violências devem ocorrer em todos os níveis, especialmente voltadas ao público infanto-juvenil. Ocorrem de maneira primária nas ações de nível estrutural envolvendo pobreza e desigualdades sociais, políticas de uso de arma de fogo, álcool e drogas. Acontecem de maneira secundária quando focalizam os grupos vulneráveis, a resolução pacífica de conflitos e a permanência na escola de crianças e adolescentes. E ainda, ações terciárias, de atendimento às vítimas e prevenção de sequelas das situações de violência e quebra do ciclo da violência.

7.1.2.4 Categoria IV - Suporte multiprofissional para a abordagem do (a) enfermeiro (a)

Na categoria IV, não houve variáveis descritivas associadas a essa **Classe 3**, que representa a classe dessa categoria, portanto as evocações dos (as) enfermeiros (as) apresentaram homogeneidade sem diferenciar por Distrito Sanitário de atuação ou características da formação. As falas dos (as) enfermeiros (as) direcionaram-se a descrever como os mesmos acionaram a equipe multiprofissional e o papel desses outros profissionais na atenção à criança e adolescente vítima de violência, assim como a busca por suporte em outros órgãos da rede de atenção à saúde, como Conselho Tutelar, CRAS e CREAS.

Evidencia-se que, nessa classe, os segmentos de texto apontam para discussões em torno de dois eixos da Linha de Cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, sendo esses **assistência e seguimento**, uma vez que a atuação multiprofissional e o elo com outros serviços da rede de atenção fornecem o suporte para uma assistência à

vítima de modo integral, sendo esses profissionais também responsáveis pelo seguimento das situações de violência.

Observou-se, nessa classe, a importância da existência da equipe multiprofissional, destacada pelos (as) enfermeiros (as) como suporte essencial na abordagem dos casos de violência com crianças e adolescentes, ora por meio da equipe básica da estratégia saúde da família - composta por médico, odontólogo e profissionais de nível médio e até o Assistente Social - em algumas UBSF no Município, ora pela equipe do NASF, permitindo o acesso a outras especialidades como a psicologia, tal perspectiva é explanada nos relatos a seguir:

Tem que envolver toda a equipe. A do NASF também, já que tem a psicóloga do NASF. E a assistente social ela também pode estar entrando em contato com o CRAS, com o Conselho Tutelar. Iria estar dando esse suporte (Enf. 26; DS 06).

Uma equipe multiprofissional que esteja comigo, que me dê esse apoio, que a gente trabalhe em parceria, em conjunto. Como eu falei para você, com o médico da equipe, com assistente social, com psicólogo, ou seja, com a rede de profissionais que nos dê suporte. Isso em primeiro lugar, ou seja, o apoio da equipe (Enf. 20; DS 06).

E aí na minha equipe eu tenho o apoio... teria o médico, né? O assistente social que ele faz parte da minha equipe, não é do NASF em si. E também tem o psicólogo do NASF, a psicóloga do NASF que ela dá um certo apoio em algumas situações que... nesse caso específico ela também ouviu essa adolescente, ouviu a mãe da adolescente (Enf. 10; DS 01).

Fica evidente a necessidade que o (a) enfermeiro (a) assume do suporte da equipe multiprofissional e dos equipamentos da rede de proteção à criança e ao adolescente, nesse processo destaca-se o NASF na figura do psicólogo. Assim, é fundamental que se estabeleça um fluxo de acolhimento, notificação, atendimento e acompanhamento integral das crianças e adolescentes vitimizadas e suas famílias, definindo as responsabilidades de cada profissional e de cada setor para que os (as) enfermeiros (as) da APS possam compreender seus espaços de atuação de maneira compartilhada com os outros profissionais (SOUZA; SANTOS, 2013).

Alguns (mas) enfermeiros (as) destacaram a ausência de suporte multiprofissional por inexistência de cobertura pelo NASF, bem como a falta de assistente social na equipe de saúde da família, demonstrando fragilidade no acesso a assistência multiprofissional. Esse cenário não é um padrão em todas as UBSF, como destacado abaixo:

Olhe, infelizmente não. A única profissional que eu tenho é a médica do posto, né? A gente não tem uma assistente social, a gente não tem uma psicóloga, infelizmente. Nessa Unidade não tem o NASF, a gente não conta com o apoio do NASF, não é de cobertura deles (Enf. 25; DS 05).

Mas a gente tem psicólogo também, na Unidade, do NASF, que a gente também pode entrar em contato, né? O que a gente não tem realmente é assistente social, mas aí tem uma no bairro vizinho aqui, no Bairro das Cidades. Que a gente pode dar um contato ou fazer uma ligação ou até mesmo essa ponte com a gerência (Enf. 15; DS 05).

Como não há um padrão entre as realidades das equipes de saúde da família quanto o apoio multidisciplinar nas situações de violências com crianças e adolescentes, esse contexto influencia na execução de ações interdisciplinares e intersetoriais, o déficit em uma prática planejada e articulada prejudica, de forma direta, a assistência às crianças e adolescentes que sofreram violência (CRAVEIRO, 2016).

Em concordância com a importância destacada pelo (a) enfermeiro (a) da existência da equipe multiprofissional, esses também revelaram que as competências do (a) enfermeiro (a) não alcançam a integralidade da atenção às vítimas, limitam-se na interseção das competências dos demais profissionais, portanto, fazendo-se imprescindível. Com base nos relatos dos (as) enfermeiros (as) a participação dos diversos atores na assistência à crianças e adolescentes vítima de violência é essencial, pois reconhecem uma incapacidade de produzir uma abordagem integral, como pode ser visto nos trechos abaixo:

Então, eu acho que precisaria de NASF entrar, né? Porque é o apoio matricial, né? Porque psicólogo, né? Assistente social, eu acredito que é fundamental. Porque o enfermeiro ele não pode, ele não pode entrar em toda área. Assim, de situação desse tipo, né? Então teria que ter um acompanhamento, mas com a equipe multiprofissional, né? (Enf. 29; DS 06).

Porque a enfermagem vai agir no que é da sua competência e a gente sabe que tem as competências do médico, do assistente social, do psicólogo. Então tem toda a equipe ser envolvida e traçar um plano de cuidados para ver onde cada profissional faz a sua parte para o conjunto (Enf. 26; DS 06).

Percebe-se que, para o (a) enfermeiro (a), a abordagem multiprofissional não representa o espaço de compartilhamento de casos de violência para uma abordagem integral, a necessidade de outros profissionais de saúde se faz pelo entendimento de não possuir a competência adequada para conduzir o caso de violência. Estudo de Rolim *et al* (2014) revela que, enfermeiros (as) da APS, ao encaminharem casos de violência apresentam a sensação de dever cumprido e, nesse momento, encerrar-se-ia a sua coparticipação no acompanhamento do caso, além de compreenderem situações de violência infanto-juvenis como competências de outros profissionais (assistente social e psicólogo).

Como as condições de violências ainda não foram internalizadas no processo de trabalho em saúde, muitos profissionais de saúde não se consideram habilitados e competentes para o enfrentamento dessa problemática (ROLIM *et al*, 2014).

A maioria dos (as) enfermeiros (as) citou que adota, como uma das condutas iniciais diante de um caso de violência com criança e adolescente, o ato de acionar a assistência social presente na própria equipe de saúde da família, no NASF ou nos órgãos de assistência social, a saber: CRAS e CREAS. Dessa forma, o serviço social possui um papel fundamental no apoio à abordagem desses casos, tornando-se o elemento que direciona os próximos passos da abordagem, como pode ser visualizado nas seguintes falas:

Como aqui também tem assistente social eu sempre aciono a ela para abordar esse tipo de caso (Enf. 17; DS 05).

Nós não temos psicólogo, temos a assistente social a quem a gente pode recorrer a esse tipo de situação (Enf. 06; DS 02).

Na minha mente eu creio que eu devo acionar o NASF, Assistente Social e junto com ela ver o local que se deve encaminhar essa criança ou adolescente (Enf. 04; DS 02).

Mas a maioria dos casos é com... eu aciono assistente social (Enf. 17; DS 05).

Os discursos dos (as) enfermeiros (as) demonstram claramente a visão do assistente social como profissional competente para a resolução do caso e o ato de acioná-lo deve ser o primeiro passo a ser executado. Estudo, com estudantes de graduação em Enfermagem, demonstra visão semelhante desses futuros profissionais. Os graduandos revelaram que não percebem os (as) enfermeiros (as) como categoria que faça parte do processo de atendimento à crianças e adolescentes em situação de violência, compreendem que após o acolhimento dos casos, a atitude correta deve ser encaminhar as vítimas para psicólogos e assistentes sociais (MELO *et al*, 2017).

No fluxo definido pelo cotidiano na Atenção Primária, os (as) enfermeiros (as) apontaram, como papel do Serviço Social, acionar o Conselho Tutelar, considerando que o caso foi repassado para esse profissional e o mesmo deve dar seguimento e resolutividade à situação de violência. Somente em caso de inexistência do assistente social é que o enfermeiro aciona diretamente o Conselho Tutelar, essa “normatização” pode ser identificada nos trechos abaixo:

Provavelmente a assistente social iria acionar o Conselho Tutelar (Enf. 24; DS 04). É a assistente social da equipe, aí ela vai ao Conselho, vai ao CRAS, o CREAS (Enf. 11; DS 01).

Então se eu chego, se eu recebo esse caso, eu tenho que passar para a assistente social, e ela toma as outras providências que no caso é comunicar ao conselho tutelar e daí segue com ela (...) quando não, no caso como eu já trabalhei na catingueira, não tinha assistente social, então como eu nunca peguei um caso mas de acordo com o protocolo de lá era, chegou um caso suspeito de violência comunica ao conselho tutelar para tomar as medidas cabíveis (Enf. 01; DS 03).

Todos os profissionais, incluindo os (as) enfermeiros (as) que atuam em serviços de saúde que atendem crianças e adolescentes, possuem, dentre as responsabilidades específicas, a obrigatoriedade de realizar a notificação de casos suspeitos e/ou confirmados de situações de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, não sendo uma atribuição restrita ao Serviço Social (SCHEK; SILVA; LACHARITÉ; BUENO, 2016).

Nessa perspectiva, presumidamente, os (as) enfermeiros (as) evidenciam o acionamento frequente dos órgãos de assistência social considerando que esses profissionais possuem uma relação mais próxima com o Conselho Tutelar e o potencial de resolução dos casos de violência, assumindo, então, a responsabilidade pela situação, como fica explícito nos relatos abaixo:

O que eu tenho em mente é acionar o assistente social, a gente acionar o CRAS distrital que lá tem a equipe multiprofissional, psicólogo, assistente social e eles têm um feedback mais direto com o Conselho Tutelar. É o que a gente tem em mente e faria. Mas o município não estabeleceu nenhum fluxograma para isso não (Enf. 21; DS 06).

Tem o CRAS que é aqui vizinho da gente que ele também dá o apoio com assistente social e psicólogo. Então quando a gente detecta essa família com esse problema, a gente aciona o suporte (Enf. 14; DS 05).

A gente sempre recebe a orientação para acionar o CRAS. Para eles... Porque dentro do CRAS eles acionam o Conselho Tutelar, eles veem que, realmente encaminhar o paciente para dar o destino. Mas para a gente encaminhar, não (Enf. 08; DS 02).

A partir das falas dos (as) enfermeiros (as) emerge um compromisso parcial do papel desempenhado pelos mesmos ao restringir-se ao acolher a vítima de violência e direcioná-la para outros órgãos como o CRAS e CREAS, por considerá-los como instâncias com o potencial de resolução dos casos. Entretanto, ressalta-se que as ações específicas do (a) enfermeiro (a) que devem ser direcionadas às vítimas, além do papel de formular estratégias de intervenção que abarquem as vítimas de violência e suas famílias, têm o propósito de minimizar os efeitos das situações de violência ou interromper o ciclo da violência nas comunidades (SCHEK; SILVA; LACHARITÉ; BUENO, 2016).

Para o (a) enfermeiro (a), o ato de acionar o CRAS e o CREAS, mostra-se diferente de encaminhar para esses serviços de assistência, pois quando esse profissional, aciona esses órgãos, os mesmos se deslocam para realização de visitas domiciliares na comunidade e produzem um retorno para a equipe de saúde da família. No ato de encaminhar, o (a) enfermeiro (a) demonstra desconhecimento ético-legal e procedimentos técnico-científicos de suas habilidades e competências ao transferir de fato o caso para resolução em outra instância. Assim, exime-se da responsabilidade, fazendo com que a vítima e o familiar responsável busquem de maneira autônoma pelo serviço de assistência social para resolução da situação ocorrida, como frisam os seguintes trechos:

Eu acho que seria o CRAS, que a gente poderia encaminhar. Quando acontece um caso desse a gente sempre pede o auxílio da assistente social. Aí seria um encaminhamento para o CRAS. E também a gente tem o NASF, que é o apoio ao Saúde da Família e tem o psicólogo também. Mas o CRAS eu acho que seria, o Conselho Tutelar também, poderia ser encaminhado (Enf. 26; DS 06).

Eu encaminharia para o CRAS, porque lá eles têm todo um apoio, tem todo um... tem psicólogo, tem assistente social, tem toda uma equipe multiprofissional, né? E de lá eles já vão para o IML fazer exame de corpo de delito (Enf. 25; DS 05).

Eu acho que seria o CRAS, que a gente poderia encaminhar. Quando acontece um caso desse a gente sempre pede o auxílio da assistente social. Aí seria um encaminhamento para o CRAS (Enf. 26; DS 06).

A ação de encaminhar produz a ideia de transferência da problemática para outra equipe, passando esta a ser responsável pela situação de violência. Tal ação potencializa a possibilidade de descontinuidade da assistência à vítima, uma vez que o (a) enfermeiro (a) quebra o elo de acompanhamento com a vítima e a família sem garantias de que serão assistidos. É fundamental que o (a) enfermeiro (a) assuma a responsabilidade de acompanhar com proximidade essas situações de violência, corresponsabilizando-se no processo de proteção dessas crianças e adolescentes, a fim de concretizar o eixo do seguimento contido na Linha de cuidado à atenção integral de crianças e adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2010).

Estudo de Leite *et al* (2016) demonstrou que a atuação das enfermeiras, apesar de reconhecerem a necessidade de ações de prevenção para as situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, pautou-se na notificação dos casos e encaminhamento ao Conselho Tutelar, não acompanhando os desfechos dos casos (LEITE *et al*, 2016).

Quando questionado aos (às) enfermeiros (as) sobre o conhecimento da rede assistencial à criança e adolescente em situação de violência, esses mencionaram exclusivamente o CRAS e o Conselho Tutelar, corroborando, os trechos supracitados, não produzindo uma noção de rede de atenção à saúde, a qual contemplaria todos os níveis de complexidade da atenção à saúde e outras instâncias de proteção à criança e ao adolescente. Isso posto, revela uma visão fragilizada desses profissionais quanto à rede de assistência à criança e ao adolescente vítima de violência, como mencionados nos trechos a seguir:

Sabemos que tem o CRAS, que tem lá a assistente social e o Conselho Tutelar, até o momento que eu tenho o conhecimento só desses dois (Enf. 04; DS 02).

O único que eu tenho conhecimento é o CRAS (...) Mas outros serviços eu não tenho conhecimento. De ter uma rede, assim, organizada dentro do serviço, eu não tenho conhecimento (Enf. 10; DS 01).

No geral, eu vou ser bem sincera que não, eu sei que tem a parte que compete a assistente social em investigar esses casos, do conselho tutelar que também é um órgão que presta assistência a essas crianças, mas outro específico que trate de violência de crianças não (Enf. 01; DS 03).

A falta de conhecimento dos (as) enfermeiros (as) sobre a rede de atenção às crianças e adolescentes vítimas de violência compromete a visualização da diversidade de serviços de apoio que podem ser acionados quando cabíveis, e são fundamentais para interromper a perpetuação da violência por meio de equipes multidisciplinares (VALERA *et al*, 2015).

A rede de atenção às crianças e adolescentes em situação de violência envolve Conselho Tutelar, Poder Judiciário, estabelecimentos de saúde em todos os níveis de complexidade, órgãos governamentais e não governamentais, creches e escolas que funcionam como sentinelas na detecção precoce, a fim de romper com a ocorrência das violências, prevenir a revitimização e proporcionar acompanhamento dos casos (VALERA *et al*, 2015).

Estudo de Melo, Souza, Bezerra e Fernandes (2016) destacou que os (as) enfermeiros (as), durante as consultas de enfermagem, não relacionaram diagnósticos de enfermagem específicos da violência, e nas intervenções propostas incluía-se somente aspectos de assistência às lesões físicas, ações que envolvessem a vítima e a família na rede de proteção sendo o enfermeiro um desses atores sociais não foram identificados (MELO; SOUZA; BEZERRA; FERNANDES, 2016).

Apesar dos (as) enfermeiros (as), majoritariamente, apontarem o encaminhamento para os órgãos de assistência social, o estudo identificou enfermeiros (as) que revelaram não ter conhecimento sobre o serviço correto para encaminhamento, prejudicando, dessa forma,

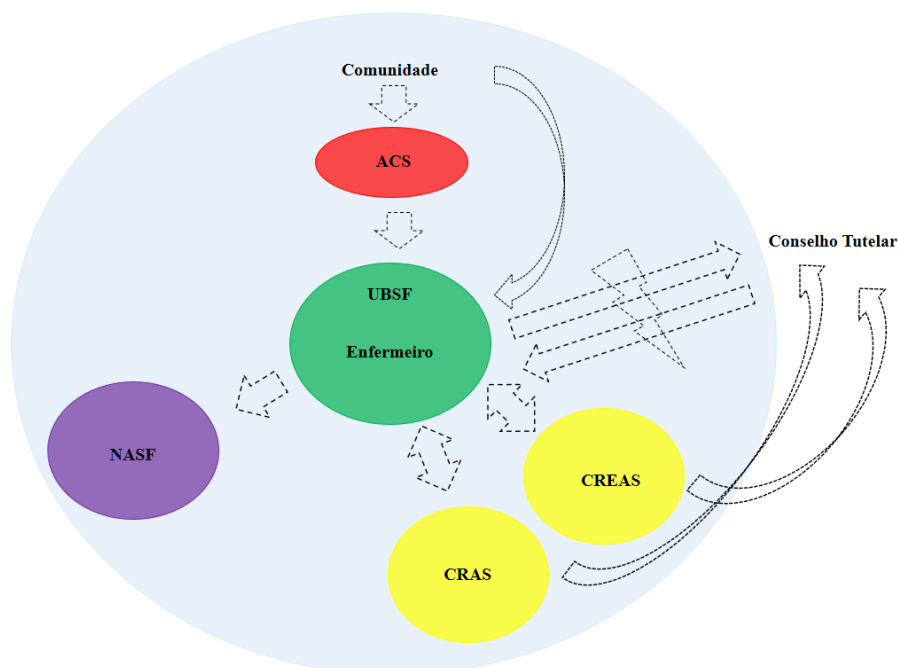
o adequado manejo dessa problemática. Logo que as ações dos (as) enfermeiros (as) se pautam em tentativas de resolução do problema por meios rotinizados que foram convencionados no processo de trabalho cotidiano, e não uma ação fundamentada nos princípios da integralidade, como pode-se perceber no trecho abaixo:

Eu não sei enquanto profissional dentro do município para onde eu vou encaminhar essa criança. Eu não sei! Eu só sei que eu vou tentar ver com a equipe, acionar o Conselho Tutelar, entendeu? (Enf. 05; DS 03).

O desconhecimento sobre os serviços para encaminhamento da vítima caracteriza-se como consequência da ausência de conhecimento da rede de proteção às vítimas. Essa constatação mostra-se preocupante, uma vez que, para atender a complexidade das situações de violência com crianças e adolescentes, faz-se necessária a concretização de ações que possibilitem a construção de uma rede de atenção integral, na qual as responsabilidades possam ser compartilhadas entre diferentes políticas públicas e setores (saúde, educação, cultura, sociojurídico - Ministério Público, Tribunal de Justiça, Delegacias, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares entre outras instituições) de maneira transversal (CRAVEIRO, 2016).

A figura abaixo condensa os fluxos estabelecidos na APS a partir das ações rotineiras e normatizadas no cotidiano das equipes de saúde da família, com destaque para o (a) enfermeiro (a) e suas relações com os diversos setores. Assim, a figura exhibe a articulação da comunidade, diretamente com o (a) enfermeiro(a) ou por meio do ACS, para sinalização de situações de violências ou durante as consultas de enfermagem diretamente. Esse pode articular-se com o NASF na ideia de encaminhamento, explicada pela seta unidirecional. Com os CRAS e CREAS que, a depender do (a) enfermeiro (a), produz uma articulação, explicada pela seta bidirecional, e também como o Conselho Tutelar diretamente que ou por meio dos órgãos de assistência social.

Figura 8 - Fluxo de abordagem, na atenção primária, de crianças e adolescentes vítimas de violência, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa

Compreende-se que os (as) enfermeiros (as) que atuam no enfrentamento a casos de violência encontram-se expostos a uma carga emocional intensa, no entanto, vale salientar que o (a) enfermeiro (a) possui um sério compromisso social, político e moral em relação à execução da sua práxis profissional, pois cada profissional independente da atuação é responsável de alguma forma pelas crianças e adolescentes em situação de violência (LEITE *et al*, 2016).

7.1.2.5 Categoria V - Capacitação para atuação do (a) enfermeiro (a) frente à criança e adolescente vítima de violência

Na categoria V, representada pela **Classe 2**, foram mencionadas maior quantidade de evocações dos (as) enfermeiros (as) sem capacitação específica (171 ST; $\chi^2=10,64$) para a abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, o que representa a maioria dos (as) enfermeiros (as) e com pós-graduação em outras áreas não relacionadas à Atenção Primária e à Saúde Coletiva (35 ST; $\chi^2=5,96$).

Tais enfermeiros (as) demonstraram, nesta classe, déficit no processo de formação e capacitação para a abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como a ausência de mecanismos de suporte para atuação, a saber: fluxogramas, protocolos, e orientações institucionais. Desse modo, a abordagem dessas situações pauta-se no

encaminhamento e na referência embasadas, muitas vezes, por insegurança por parte desses profissionais.

Pode-se mencionar que o foco dessa classe, no que se refere à capacitação e formas de abordagem diante da realidade que possui, faz referência aos eixos: **assistência, notificação e seguimento**, da Linha de cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, de modo que a formação profissional influencia diretamente na assistência, notificação e seguimento prestados pelo (a) enfermeiro (a).

Verificou-se, na maioria dos relatos dos (as) enfermeiros (as) atuantes na atenção primária, que os mesmos não se sentem capacitados para abordar situações de violência com crianças e adolescentes, os casos abordados caracterizam-se como tentativas de assistir a vítima da maneira que acham correto. Dito de outra forma, instintivamente guiados pelo sentimento e pela boa vontade, não por conhecimento científico específico para tal, visualizados nos trechos seguintes:

Eu não tenho nada em relação a isso, nenhum tipo de capacitação em relação a isso. Eu não me sinto assim, preparada para atender não. Se acontecer a gente vai atender, claro, né? Tentar dar o suporte melhor possível. Mas dizer que a gente tem um preparo cem por cento... (Enf. 06; DS 02).

Eu não me sinto preparada porque eu não tive capacitação sobre isso. Aí eu não sei, assim, um jeito específico, uma abordagem mais diferenciada de chegar. A gente tenta fazer naquilo que a gente acredita, mas nem sempre dá certo (Enf. 15; DS 05).

Não me sinto, não me sinto. Assim, me sinto... eu acho que eu tenho, assim, a sensibilidade, mas a capacitação não. Então isso faz muita falta (Enf. 22; DS 04).

Eu não me sentiria capacitada. De jeito nenhum. Nem como conduzir o caso, assim, no momento. Nem como fazer os devidos encaminhamentos. Eu vou mandar para onde? Para o IML? Para onde a gente faz esse encaminhamento? A gente não tem isso, entendeu? Então eu não me sentiria capacitada em nenhum aspecto. Nem para o meu próprio psicológico, nem como é que eu ia lidar com essa mãe, com essa família, nem tão pouco para onde eu ia encaminhar essa criança (Enf. 10; DS 01).

Então dizer que eu estou me sentindo capacitada, não. Eu faria o atendimento, claro. Tentaria dar resolutividade se tivesse algum caso aqui, né? Mas dizer que eu realmente me sinto apta, capaz... (Enf. 24; DS 04).

Não me sinto capacitada, assim, vamos dizer... violência sexual eu não me sinto. Eu não me sinto capacitada. Entendesse? É muito forte para mim (Enf.19; DS 06).

A literatura destaca o despreparo dos (as) enfermeiros (as) em atuar diante de um caso de violência com crianças e adolescentes, relacionado à falta de conhecimento na identificação de sinais e sintomas indicativos de situações de violência, ausência de suporte institucional de uma rede de apoio estruturada de conhecimento de todos os profissionais e a

utilização do conhecimento intuitivo concebido por cada enfermeiro (a) (SCHEK; SILVA; LACHARITÉ; BUENO, 2016).

O fato dos (as) enfermeiros (as), frequentemente, sentirem-se desamparados e desconhecerem os procedimentos que devem ser executados, diante de uma situação de violência com criança e adolescente, gera desgaste físico e emocional, bem como descontentamento desses com a própria atuação (LEITE *et al*, 2016).

De modo geral, os (as) enfermeiros (as) demonstram diversos sentimentos e emoções diante dos casos de violência com crianças e adolescentes. Alguns revelam claramente insegurança para conduzir o caso, outros apresentam o sentimento de inaptidão para confirmar a violência, ou seja, dificuldade para determinar se realmente ocorreu ou não a violência com a vítima, o que reflete no sentimento de impotência de não saber exatamente como conduzir a situação por não ter certeza se trata-se de uma situação de violência, o que reforça a prática de encaminhamento do caso para outros profissionais ou órgãos que possam produzir resolutividade. Tais sentimentos são explicitados nos relatos a seguir:

Aí eu coloquei essa situação assim, que eu fiquei insegura, etc. para conduzir (Enf. 22; DS 04).

Mas de fato, assim, eu me sinto insegura de ter uma conversa, assim, de saber, eu vou chegar, eu vou ser decidida, vou encaminhar, vou fazer o que tem que ser feito, vou. Eu me sentiria insegura e eu pediria apoio aos demais membros da equipe para a gente sentar junto, tentar ver o que era que ia fazer (Enf. 10; DS 01).

Desde identificar se era violência até o fechamento, porque o fechamento eu não obtive assim. Eu não me sinto apta, tecnicamente apta a identificar que é ou não uma violência (Enf. 22; DS 04).

Acontece. Acontece, e assim, já me deparei com alguns casos que, e assim, me senti, assim, tanto impotente, né? Tanto me senti impotente para diagnosticar, para fechar 'isso é realmente, isso tem necessidade de encaminhar'. E encaminhei para o Conselho Tutelar ou fiz outro tipo de intervenção (Enf. 22; DS 04).

Os sentimentos de insegurança e impotência dos (as) enfermeiros (as) perpassam, especialmente, pela dificuldade de identificação e confirmação dos casos. Há uma debilidade expressiva no sentimento de competência por parte dos (as) enfermeiros (as) na definição de um caso de violência, não se sentem preparados (as) e competentes para essa ação. Esse aspecto, associado ao sentimento de banalização da violência e falta de suporte institucional, constitui a atuação do (a) enfermeiro (a) frente às situações de violência com crianças e adolescentes. Contudo, reitera-se a responsabilidade ética e social do (a) enfermeiro (a), de garantia dos direitos infanto-juvenis em situação de violência, contrapondo os fatores limitantes de sua atuação (SOUZA; SANTOS, 2013).

Infere-se que a falta de habilidade para lidar com as situações de violência decorre da ausência de formação, habilidade e competência na graduação e nos serviços de capacitação adequada. Os mesmos relatam que não houve capacitação específica para os orientar quanto à abordagem de casos de violência com crianças e adolescentes, como se pode constatar nos trechos abaixo:

Eu não tive essa capacitação, orientação para fazer essa abordagem não (Enf. 29; DS 06).

Mas assim, não teve uma capacitação, uma abordagem de como a gente deveria tratar, que tipo de encaminhamento a gente devia fazer. Não teve (Enf. 16; DS 05).

É de suma importância que os gestores produzam capacitações e pautas de discussão, a fim de melhorar o suporte técnico e legal aos profissionais da saúde que lidam diretamente com situações de violências com crianças e adolescentes, para que os mesmos conduzam suas ações pautadas nas normas e diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, pelos documentos instrucionais e pelas legislações pertinentes (LEITE *et al*, 2016). O ideal para diminuir esses entraves seria a condução de uma formação desde a graduação voltada para abordagem de situações de violência, porém se aponta a não problematização do tema, durante os cursos de graduação, como uma dificuldade para a atuação desses profissionais (SOUZA; SANTOS, 2013).

Diante da ausência de capacitações voltadas à temática em questão, os (as) enfermeiros (as) demonstram, nos relatos, a necessidade da realização dessas com vistas ao melhoramento da abordagem da vítima, ao passo que iria orientar a condução do caso e definir caminhos de como lidar com as vítimas e suas famílias, como descrevem os seguintes relatos:

A gente sempre precisa de capacitação, né? Eu acho que ninguém é totalmente capacitado para... sempre surgem casos novos. É importante essa capacitação (Enf. 08; DS 02).

Um protocolo sim, mas antes disso uma capacitação. Para a gente saber lidar com o usuário na própria equipe. Porque o protocolo ele vai guiar os nossos encaminhamentos, né? Mas aquela família continua sendo responsabilidade nossa. Então como é que a gente vai lidar com essa família a partir de agora? Que eu fiz o encaminhamento, eu descobri esse caso, vamos dizer assim. Como é que eu vou lidar com essa relação? (Enf. 10; DS 01).

E em segundo lugar uma capacitação específica. Específica, que deveria ter, né? Com o profissional para que a gente possa trabalhar da maneira melhor possível. Então eu acho que passa principalmente pela capacitação (Enf. 20; DS 06).

A demanda de capacitações por parte dos (as) enfermeiros (as) demonstra uma necessidade urgente de incorporar o ensino e a aprendizagem à vida cotidiana das organizações e práticas sociais e laborais, no contexto que ocorrem, definindo os sujeitos como atores reflexivos de sua prática, construtores de conhecimento e alternativas de ação. Assim, as capacitações para os profissionais que atuam nos serviços de saúde devem ter a finalidade de produzir e difundir conhecimentos que desenvolvam habilidades e capacidades técnicas e gerenciais (VIEIRA; SILVA; CAVALCANTI; DESLANDES, 2015).

Estudos (VIEIRA; SILVA; CAVALCANTI; DESLANDES, 2015; LEITE *et al*, 2016) revelam fragilidades no processo de capacitação dos profissionais de saúde para abordagem de vítimas de violência, especialmente crianças e adolescente no contexto familiar e a violência sexual. Dessa forma, para garantir a integralidade da atenção à saúde de crianças e adolescentes, vítimas de violência, faz-se imprescindível instituir processos de capacitação e orientação profissional, visando a qualidade do atendimento e a articulação das ações.

Em complemento, um enfermeiro salientou a necessidade de não se restringir apenas à capacitações específicas sobre o tema, logo que a abordagem desses casos de violência exige a Educação Permanente em Saúde (EPS) por parte da equipe de saúde da família, de maneira que esses casos complexos pudessem ser discutidos em equipe, tornando-se parte da rotina para que cada vez mais os profissionais se sentissem preparados para lidar com tais situações, como fala a seguir:

Isso eu acho que é necessário, isso só vai se dar através da EPS, não é através de capacitações específicas. Não estou dizendo que não é bom, é ótimo receber uma capacitação. É ótimo sentar e ver novos conhecimento e novas coisas. Mas só vai virar rotina quando isso se tornar instrumento de Educação Permanente em Saúde, dizer: “ó, bota na mesa e vamos discutir essas questões”. Para que ela seja incutida para o trabalhador como uma coisa... ou um agravo normal (Enf. 07; DS 02).

A existência frequente de casos de violência, contra crianças e adolescentes nas comunidades e os dilemas identificados pelos profissionais da APS e as famílias, emerge a necessidade da educação permanente, uma vez que a proximidade com os territórios e os modos de vida das comunidades torna essa temática presente no trabalho das equipes de saúde. A ausência de debate sobre esse assunto potencializa os sentimentos de medo, angústia e impotência, expondo tanto os profissionais de saúde como as famílias à ações de saúde inadequadas ou pouco resolutivas (VIEIRA; SILVA; CAVALCANTI; DESLANDES, 2015).

Estudo de Moreira, Martins, Feuerwerker, Schraiber (2014) evidencia que a abordagem da temática, junto aos profissionais de saúde, não pode se limitar a uma aproximação conceitual sobre os tipos de violência e sinais a serem observados, os próprios profissionais explicitam a necessidade de espaços de reflexão sobre a prática a partir de casos do cotidiano atendidos pelas equipes de saúde, com o intuito de debater os dilemas e aspectos subjetivos e éticos que permeiam as decisões a serem tomadas. Espaços que permitam uma análise multiprofissional por meio do trabalho em equipe, compartilhamento de decisões e reavaliação das escolhas.

O único enfermeiro, que citou participação em um processo de formação sobre a abordagem do (a) enfermeiro (a) à situações de violência com crianças e adolescentes, descreveu que a capacitação se restringiu à orientação de encaminhar a vítima para o CRAS ou o CREAS ou denunciar através do Disque 100, conforme relato abaixo:

Como eu te falei, tinha o CRAS, o CREAS, estava lá. Aí foi dito, né? Que a gente pode procurar eles, né? Para fazer a busca ativa e, ligar para o Disque 100. É disque 100? (Enf. 18; DS 05)

Para uma atuação em rede é fundamental que haja reestruturação de serviços e capacitação de profissionais que lidam diretamente com situações de violência, a fim de ampliar a capacidade de acolhimento, escuta, orientação e tratamento das vítimas de violência, não somente a produção de encaminhamentos ou acionamento de outros órgãos (MORAIS; SALES; RODRIGUES, 2015).

Estudo de Felizardo *et al* (2014) constatou inexistência de programas ou práticas na ESF para embasar os profissionais de saúde, atuantes nesse nível, a desenvolver ações voltadas às crianças e adolescentes vítimas de violência, com destaque para os agentes comunitários de saúde que não apresentaram preparo para atender e acompanhar as vítimas. Essa formação e capacitação insuficiente dos profissionais de saúde para lidarem com um fenômeno complexo, como a violência, impede um atendimento de qualidade.

Outro ponto citado pelos (as) enfermeiros (as), quanto às dificuldades na formação voltada a essa temática, refere-se ao processo de formação profissional na graduação em seu tripé ensino-pesquisa-extensão que se mostra muito superficial e pouco específico com a realidade desses casos no dia a dia das comunidades, como demonstram as seguintes falas:

Não lembro, nem na faculdade a gente aborda tanto essa parte da... essa parte de violência a criança e adolescente. A gente vê muito por cima. A gente vê muito por

cima. E pós-faculdade também nunca fiz nenhuma capacitação, nada (Enf. 24; DS 04).

Graduação não ensina isso não, ela ensina tudo perfeito, quando ensina ela ensina tudo perfeito, ela não trabalha com casos reais, ela não mostra a vida como ela é não, ela às vezes oferece o que não existe (Enf. 03; DS 03).

Estudos (MOREIRA *et al*, 2018; CORDEIRO *et al*, 2015; ALBUQUERQUE *et al*, 2015) denotam que a abordagem do tema violência pelas instituições de ensino ocorre de maneira incipiente, mesmo para os profissionais egressos recentes. As lacunas decorrem da abordagem minimalista da problemática durante a graduação. A incapacidade técnica dos profissionais de saúde provém da precarização na formação que não contempla conteúdos específicos sobre violência na graduação, produzindo desconhecimento e incertezas de como agir ante à problemática nas unidades de saúde.

Estudo com enfermeiros (as), sobre a seleção de diagnósticos de enfermagem relacionados aos casos de violência doméstica infantil, revelou que esses profissionais encontram-se despreparados, uma vez que associaram diagnósticos inespecíficos e intervenções pouco efetivas aos casos. Desse modo, ressalta-se que a instrumentalização do (a) enfermeiro (a) só será efetivada com as capacitações para atuação em serviços e a incorporação de conteúdos específicos nas instituições de ensino (ALBUQUERQUE *et al*, 2015).

Outro aspecto evidenciado pelos (as) enfermeiros (as) pautou-se na ausência de protocolos ou fluxogramas para condução dos casos de violência com crianças e adolescentes, o que resulta em constantes indagações durante o processo de trabalho na condução desses casos quanto às informações para onde encaminhar, como proceder considerando as evidências do conhecimento científico apropriado. Assim, os (as) enfermeiros (as) destacam que, para outros agravos à saúde como a sífilis e zika, os protocolos estão bem definidos quanto a atuação do (a) enfermeiro (a), enquanto para as situações de violência não há essa clareza e delimitações, como pode ser constatado nas falas abaixo:

Eu não tenho lembrança não. De nenhuma capacitação ou até um simples protocolo, né? Para a gente seguir num caso suspeito, não. Nunca foi apresentado não (Enf. 19; DS 06).

Existe um fluxo para atender paciente com dengue, existe um fluxo para atender uma gestante com sífilis, né? Esse problema agora da zika, né? Então o que falta mesmo é isso aí, é um fluxo. Que a gente saiba o que fazer da maneira correta baseado... baseado em protocolos ou uma base científica correta de como se dever

proceder, né? Então para mim o que falta é isso aí, um protocolo ou fluxograma. Como não existe aqui..., né? (Enf. 20; DS 06).

Eu vou ter que ligar para gerente de distrito, pro apoiador, pra quem for pra eles me conduzirem pra dizer porque é, de fato não existe o fluxo determinado não. E se existe não passaram pra gente ainda não (Enf. 05; DS 03).

A necessidade de definição de fluxos e protocolos fica evidente, na fala dos (as) enfermeiros (as), como elemento importantíssimo para qualificar a abordagem das vítimas por esses profissionais. A carência de fluxogramas de atendimento, associada à desarticulação dos serviços de referência e contrarreferência, são fatores que contribuem para um atendimento sem qualificação e acompanhamento, o que resulta em arquivamento de casos (SCHEK *et al*, 2018).

A escassez de regulamentos que determinem fluxo de procedimentos a serem adotados pelos profissionais de saúde, que fazem parte da rede de proteção às vítimas, coloca-se como um entrave que colabora para a subnotificação dos casos, além da falta de articulação dos diferentes setores da rede que envolvem serviços de saúde, assistência social e serviços jurídicos e criminais (delegacias/ polícia científica) (MARTINS *et al*, 2017).

Essa constatação, da ausência de protocolos e fluxos, recai sobre a atuação do (a) enfermeiro (a) que não conhece o fluxo de encaminhamento das vítimas, exatamente por não ter recebido nenhuma orientação formal da gestão, o que faz com que esse profissional busque diretamente a gerência distrital quando não sabe como conduzir ou encaminhar para o órgão que acredita ser pertinente, transferindo a responsabilidade em decorrência dessa falta de orientação, como percebido nos trechos seguintes:

Sem conhecer o fluxo, porque eu não conheço fluxo nenhum aqui em Campina Grande, então o que fazer? Ou como fazer se eu desconheço? Até porque nós nunca recebemos nenhum fluxograma da Secretaria de Saúde dizendo o que se fazer diante dessa situação (Enf. 03; DS 03).

Agora como nós estamos até sem assistente social eu ia ver com a minha gerente para onde encaminhar essa criança. Eu acredito que seria Conselho Tutelar, né? Mas eu posso estar errada, né? Eu posso estar equivocada e ter outros meios (Enf. 09; DS 06)

Agora, acho que é legal que a gestão comece a colocar esse fluxo muito claro para a gente, né? Até para que a gente possa se sentir um pouco responsabilizado. Eu não quero me livrar da minha responsabilidade, mas do jeito que a coisa é feita hoje... é tipo assim, eu entreguei o problema para o Conselho Tutelar e pronto. O Conselho resolve daqui para frente (Enf. 07; DS 02).

Eu acho que eles não passam muito isso para os profissionais, como eu disse a você, assim, não tem capacitação, não tem muito esclarecimento para dizer para onde a gente encaminharia essas pessoas. Entendeu? (...) porque tem muita coisa,

assim, que fica solta para a gente. A gente não teve nenhuma orientação sobre como conduzir esses casos (Enf. 15; DS 05).

A ausência de protocolos e fluxogramas concebe a falta de conhecimento pelos profissionais, visto que produz um ciclo de desqualificação da assistência à criança e ao adolescente vítima de violência e, para quebrar esse ciclo de desconhecimento, torna-se imperativo a instituição desses instrumentos.

Acentua-se que a implantação de protocolos e a criação de fluxos não visa burocratizar os atendimentos às vítimas, ao contrário, potencializam um atendimento dinâmico que evite o sofrimento da criança e do adolescente em revivenciar a situação de violência em mais de um serviço (CRAVEIRO, 2016).

Como reflexo da ausência de instrumentos para a atuação profissional, o (a) enfermeiro (a) indicou que sua atuação se baseia na própria experiência e tomada de decisão particular, o que torna a abordagem desses casos diferenciada, fragmentada e pouco eficaz na atenção primária, logo que cada enfermeiro (a) conduzirá sua atuação de maneira singular e peculiar, segundo seu referencial pessoal e profissional, como demonstram os trechos abaixo:

Mas isso de uma maneira mais particular minha, profissional minha. E não uma orientação institucionalizada como você falou, com protocolo, com ofícios, com capacitações específicas. Isso não (Enf. 20; DS 06).

Então quem me deu esse suporte foi o trabalho, essa evolução dos meus conhecimentos se deu através da prática (Enf. 03; DS 03).

As dificuldades de atuação, enfrentadas pelo (a) enfermeiro (a) diante das situações de violência infantojuvenil, despertaram abordagens particulares de cada profissional em consonância às experiências pessoais. Estudo de Egry, Apostólico, Moraes e Lisboa (2017) aponta as principais dificuldades elencadas pelos profissionais da APS para com as situações de violência infantil: aumento das situações de violência infantil, necessidade de ações voltadas aos perpetradores, encaminhamento para profissionais que saibam lidar com as situações, desconhecimento de fluxos de encaminhamento por parte dos profissionais da assistência direta, fortalecimento da APS como referência e apoio para identificação dos casos, necessidade de diretrizes claras sobre assistência e maior conhecimento das equipes sobre violência.

Os (As) enfermeiros (as) também pontuaram sobre a contrarreferência dos casos, uma vez que os mesmos encaminham as vítimas para os órgãos específicos, contudo não recebem

retorno da condução do caso e da finalização do mesmo, muitas vezes sem saber se a suspeita de violência foi ou não confirmada e se a criança ou adolescente continua sendo acompanhado, ocasionando uma lacuna do processo de trabalho e na integralidade das ações, como mostram as seguintes falas:

Capacitação para esse lado como também, voltando o lado, fugindo um pouco, quando parte para o lado de psiquiatra, de psicólogo do próprio CAPS em si é uma coisa meio que solta entendeu? O paciente que se vire para procurar o seu destino, agora é com esse outro profissional entendeu? Então eu acredito que tem que ter sim, mais atualização, não só nessa área mas para esses usuários que parte para o CAPS, assim... seja criança ou não, e através desse olhar no movimento, como é que eu posso dizer? Dessa integração de equipe eu acho que funcionaria melhor (Enf. 01; DS 03).

Como também assim eu fiquei muito... achei assim, que o Conselho Tutelar poderia ter me dado um retorno. E eu não sei se por questões deles, da forma como eles trabalham eles não me deram retorno nenhum. E eu fiquei assim: 'E aí? Eu tenho uma família que pratica violência ou não?'. E aí, porque se eu continuo sendo... fazendo parte da Atenção Primária e eu estou vigilante para aquela situação, para mim seria importante eu saber e ter a confirmação que de fato existe um caso ali de violência, né? Confirmado. E aí a minha vigilância seria maior para aquela família (Enf. 22; DS 04).

A produção da referência e da contrarreferência é fundamental para uma atenção integral e em rede, sobretudo para a proteção das vítimas de violência, essa ação não deve ser apenas uma política setorial, uma vez que exige a participação de todos os profissionais que compõem o sistema de garantia de direitos das vítimas infanto-juvenis mediante à intersectorialidade e à interdisciplinaridade (CRAVEIRO, 2016).

Aspectos que mantêm a ligação entre os serviços de saúde e o Conselho Tutelar ainda apresentam fragilidades como, por exemplo, os conselhos tutelares não possuem um sistema de gerenciamento de informações que permita a visualização dos casos que chegam no serviço, bem como há dificuldades no registro das fichas de notificação quanto ao encaminhamento e evolução do caso por parte dos profissionais de saúde. Esses são pontos que requerem revisão para potencializar os laços entre os serviços (SILVA *et al*, 2019; QUADROS *et al*, 2016).

Destacam-se como achados do presente estudo, de um lado um número relevante de enfermeiros (as) entrevistados (as) que mencionaram a não notificação, sequer de um caso de violência, na Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/ Autoprovocada do SINAN. Do outro, alguns revelaram que conhecem a ficha, porém nunca notificaram por não ter assistido nenhum caso de violência e, ainda, outros que referiram não ter notificado por inexistência do impresso na UBSF, como corroboram os trechos a seguir:

Nunca preenchi (Enf. 19; DS 06).

Nunca, não tenho nem ficha, se existe essa ficha para violência de criança e adolescente ela tá vindo por aí porque aqui nunca chegou (Enf. 03; DS 03).

Não, nunca notifiquei não (Enf. 05; DS 03).

Não. Eu acredito que quem tem essa ficha é a assistente social (Enf. 14; DS 05).

Não, nunca preenchi. Nunca, nunca, nunca. (Enf. 19; DS 06).

A notificação de casos de violência ao SINAN, atualmente no Brasil, é caráter obrigatório, podendo ser realizada por qualquer profissional de saúde, inclusive o (a) enfermeiro (a), ou responsáveis por estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação do agravo à saúde (BRASIL, 2016).

Mesmo diante de tal obrigatoriedade, a OMS evidencia que somente 2% dos casos de violência que ocorrem nas famílias são notificados pelos profissionais de saúde, dados alarmantes que revelam a invisibilidade da violência, portanto, velada no ambiente familiar (UNICEF, 2014; SCHEK; SILVA; LACHARITÉ; BUENO, 2016). Estudo de ROLIM *et al* (2014) corrobora com a presente pesquisa quanto à predominância de enfermeiros (as) que não notificaram os casos identificados (58,4%).

Agrava-se a problemática, quando além de não notificar, alguns enfermeiros (as) demonstraram não conhecer a ficha de notificação do SINAN e destacaram não terem sido orientados, por parte da gestão, para o preenchimento de tais fichas de notificação, como pode-se verificar nas falas abaixo:

Eu nunca vi nenhuma ficha de notificação, assim, eu não lembro aqui se nem se tem. Foi até bom você falar, eu vou até procurar saber se tem de violência sexual... na criança, né? (Enf. 12; DS 01).

Na verdade, não. Eu disponho aqui da ficha de violência contra a mulher. Nunca recebi da gestão esse modelo de ficha do SINAN para agressão de criança e adolescente, nem também fui orientado (Enf. 21; DS 06).

Eu particularmente não conheço essa ficha de notificação de violência. Aqui também eu tenho várias fichas de notificação ali, mas assim, em relação a violência na criança, adolescente, nem no adulto eu não... (Enf. 24; DS 04).

Em contrapartida, alguns enfermeiros (as) apontaram já ter realizado a notificação de casos de violência por meio da ficha do SINAN, contudo essa foi uma parcela mínima dos (as) enfermeiros (as) entrevistados (as). Abaixo os trechos relativos a esse aspecto:

Eu usei essa ficha de notificação lá na situação, notifiquei no momento da situação porque quando você aciona o Conselho Tutelar você tem que notificar (Enf. 04; DS 03).

Do SINAN. Já. Eu acho que foi a médica. Faz um tempinho já, não lembro se fui eu quem preenchi. Eu acho que foi a médica. Eu lembro que a gente fez. Mas eu acho que foi a médica que preencheu na época (Enf. 10; 01).

Já. E a gente tem aqui disponível, impresso (Enf. 27; DS 06).

A dificuldade de notificação dos casos de violência com crianças e adolescentes, por parte dos (as) enfermeiros (as), envolve a falta de conhecimento sobre como notificar e o que notificar, muitos não conhecem os meios de notificação e não compreendem a importância de notificar o caso suspeito de violência nos serviços de saúde. O despreparo e a desinformação sobre as políticas públicas de proteção à criança e ao adolescente potencializam a subnotificação dos casos (LEITE *et al*, 2016).

Fragilidades na prática de enfermeiros (as) diante da notificação de situações de violência pode ser verificada em outras regiões brasileiras e até em outros países com diversos contextos socioculturais, a saber: em Israel, 60% dos profissionais de saúde não notificam casos de violência; e mesmo os Estados Unidos, que possui um sistema de notificação de violências avançado, ainda encontra barreiras na efetivação dessa prática (ROLIM *et al*, 2014).

A subnotificação dos casos aponta para a invisibilidade das violências nas instituições de saúde. Esse mostra-se como um problema grave, uma vez que a construção e efetivação de políticas públicas para o enfrentamento dessa problemática depende de dados epidemiológicos. Esse cenário revela uma realidade de situações de violência com crianças e adolescentes pouco ou mal conhecida (SCHEK; SILVA; LACHARITÉ; BUENO, 2016; GARBIN; DIAS; ROVIDA; GARBIN, 2015).

As principais causas que produzem a subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes na APS perpassam pela falta de conhecimento dos profissionais, falta de estrutura da rede de proteção, medo do profissional de saúde perante os processos legais, necessidade de comparecimento à audiências, ameaças dos agressores, atuação insatisfatória dos Conselhos Tutelares e dos serviços de retaguarda para medidas protetivas às vítimas e dificuldades ou restrições na conclusão do formulário de notificação (SILVA *et al*, 2019; LEITE *et al*, 2016; GARBIN; DIAS; ROVIDA; GARBIN, 2015).

De acordo com a legislação brasileira, qualquer violação de direitos contra crianças e adolescentes deve ser notificada (SILVA *et al*, 2019). Contudo, é imprescindível salientar que há diferenças entre as notificações por meio da Ficha de Notificação de Individual de

violência interpessoal/autoprovocada para o SINAN e a notificação para o Conselho Tutelar. A primeira tem caráter epidemiológico, com fins direcionados à alimentação de dados epidemiológicos sobre esse agravo à saúde, a qual permite o subsídio de programas e políticas de saúde. Enquanto que a segunda representa denúncia do caso de violência contra criança e adolescente ao órgão de proteção infanto-juvenil, podendo acarretar consequências jurídicas.

A segunda, ou seja, a notificação junto ao Conselho Tutelar muitas vezes é confundida com a notificação para o SINAN pelos profissionais de saúde, os quais se abstêm da notificação para fins epidemiológicos por receio do envolvimento jurídico. Essa confusão mostrou-se evidente pelos (as) enfermeiros (as) no momento que foram questionados sobre a notificação epidemiológica, e alguns enfermeiros responderam sobre a notificação junto ao Conselho tutelar, como pode ser observado nos trechos abaixo:

Porque até hoje nos três anos que eu tou lá, não teve nenhuma suspeita, nenhum registro, nenhuma notificação, porque geralmente o que é que acontece quando tem uma notificação que chame a questão do conselho tutelar, eles vão até a unidade para falar com o responsável e lá passam o caso, como já tive de um, mas que foi abandono, então a conselheira do conselho tutelar foi me procurar passou o caso, nós fizemos a vista juntas e fizemos o desfecho do caso também juntas, de lá ela passou para o juiz, entendeu? (Enf. 01; DS 03).

Então a gente geralmente encaminha, faz notificação para o CRAS para... porque a gente tenta trabalhar de uma forma multiprofissional (Enf. 08; DS 02).

Além da incompreensão sobre essas duas formas de notificação, especifica-se ainda mais a questão da subnotificação, pelo fato da representação equivocada que o termo “notificação” produz nos profissionais de saúde que, cultural e historicamente, encontra-se associado à denúncia e potencializado pela proximidade do profissional que atua na APS com a comunidade, o que caracteriza a postura retraída do (a) enfermeiro (a) no enfrentamento das questões de violência (ROLIM *et al*, 2014).

Entretanto, salienta-se a necessidade urgente de ampliação dos dois modos de comunicação desse agravo à saúde de crianças e adolescentes, como meio de dar visibilidade à violência que ocorre com esses grupos vulneráveis revelando a tipologia, gravidade, perfil de pessoas envolvidas, localização e outras características que delineiam esses eventos. Em termos de caracterização do perfil desses eventos, a notificação compulsória vinculada ao SINAN é essencial, essa tornou-se compulsória em decorrência do Sistema VIVA e obrigatória para todos os serviços de saúde e de caráter imediato para as situações de violência sexual (BRASIL, 2018; BRASIL, 2014; BRASIL, 2011).

Entende-se que a notificação de casos de violência contra crianças e adolescente pelos profissionais de saúde mostra-se como um instrumento de alta relevância para o combate das

violências, especialmente os profissionais da APS, pelo compromisso assumido em promover e proteger a saúde da comunidade a qual encontra-se vinculado, devendo acompanhar e manter conhecimento sobre os casos de violência em seu território adscrito (QUADROS *et al*, 2016).

Para finalizar a análise desta classe, um enfermeiro concluiu a necessidade de capacitação e de fluxograma para uma atuação mais qualificada, entretanto, acima dessas questões, enfatiza a garantia de efetividade das ações na rede de atenção, uma vez que, após a notificação e encaminhamento pelo (a) enfermeiro (a), o contato com a vítima e a família permanecerá sendo realizado pelo (a) enfermeiro (a) que atua na Estratégia Saúde da Família, como pode-se observar no relato:

Capacitação sim, fluxo e a garantia de que as coisas vão acontecer, porque não adianta eu chegar, ter uma notificação e nada acontecer, ficar o dito pelo não dito, quem perde o crédito sou eu, porque quem dá a tapa no usuário sou eu que estou aqui todos os dias atendendo (Enf. 03; DS 03).

Infere-se que há diversos desafios para a abordagem do (a) enfermeiro (a) na APS, relacionados aos casos de violência com crianças e adolescentes, que perpassam pela fragilidade de conhecimento sobre o manejo dos casos proveniente de deficiência na formação, bem como incipiência de capacitações específicas e ausência de orientação institucional por meio de fluxos ou protocolos direcionadores da rede de proteção à criança e ao adolescente.

A transferência de responsabilidades para outros profissionais, dificuldade de efetividade da articulação entre os pontos da rede de atenção às crianças e adolescente e a proximidade com as comunidades, característica desse nível de atenção, revelam sentimentos de medo e insegurança, a não concretização das notificações e o próprio reconhecimento dos (as) enfermeiros (as) da ausência de competência técnica para identificação dos casos de violência.

A figura abaixo apresenta a nuvem de palavras que emergiram das falas dos (as) enfermeiros (as) da APS, sendo as com maior frequência: “criança”, “caso”, “mãe”, “falar”, “dizer”, “chegar”, “família”, “assistente social”, “conselho tutelar” e “adolescente”, que representam os pontos-chave da APS nas relações com as as crianças e adolescentes vítimas. Destaca-se a família e a comunidade e a atuação efetiva dos assistentes sociais e do Conselho Tutelar nesse nível de atenção à saúde.

Figura 9 - Nuvem de palavras do *corpus* textual referente aos discursos dos (as) enfermeiros (as) atuantes na Atenção Primária, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



Fonte: Produzido pelo Iramuteq com dados da pesquisa.

Desse modo, pode-se afirmar que os cinco eixos da linha de cuidado integral à crianças e adolescentes em situação de violência: acolhimento, notificação, assistência, seguimento e promoção da saúde no contexto de APS dessa pesquisa encontram-se fragilizados na sua concretização nas comunidades. Menciona-se que o acolhimento se mostrou como o eixo mais desenvolvido, porém os (as) enfermeiros (as) ainda manifestaram inseguranças nessa abordagem. A notificação mantém-se incipiente, marcada pela subnotificação dos casos, a assistência aponta ações por meio da consulta de enfermagem restrita ao exame físico durante a puericultura, na maioria das situações, transferindo os casos para a assistência pelo assistente social, o psicólogo ou o Conselho Tutelar estando a assistência de enfermagem minimizada. O seguimento apresenta lacunas com dificuldade de articulação com rede de atenção, para o acompanhamento dos casos, e a promoção da saúde que, apesar de ser executada por meio do PSE, ainda precisa avançar nas ações de estímulo à cultura de paz e prevenção das violências de maneira mais abrangente e uniforme.

Todo esse cenário da APS aponta para a necessidade urgente de qualificação da atuação do (a) enfermeiro (a) para a abordagem os casos de violência com crianças e adolescentes em termos técnico científicos, desenvolvendo habilidades e competências para suprimir as lacunas supracitadas.

Nesse contexto, evidencia-se a imprescindibilidade do avanço da Enfermagem Forense na APS, como especialidade da Enfermagem, essencial ao desenvolvimento dos (as) enfermeiros (as) para habilitarem-se na aplicação dos aspectos forenses aos cuidados de saúde combinando a experiência biopsicossocial do (a) enfermeiro (a) com a investigação científica do trauma, da morte, da atividade violenta ou criminal, sendo esse o foco dessa área de atuação (LYNCH, 1991; DASH; PATEL; CHAVALI, 2016).

7.2 Abordagem dos (as) enfermeiros (as), na média complexidade de atenção à saúde, às crianças e adolescentes em situação de violência

7.2.1 Perfil dos (as) enfermeiros (as) da média complexidade

O perfil dos (as) enfermeiros (as) que atuavam na instituição, caracterizada como média complexidade, foca-se na descrição de 16 enfermeiros (as) participantes, distribuídos em três setores: acolhimento, que compreendeu cinco (31,3%) enfermeiros (as); emergência, três (18,8%); e enfermaria pediátrica oito (50%).

Em relação às características desses (as) enfermeiros (as), todos (as) eram do sexo feminino, predominantemente na faixa etária entre 30-34 anos, o que representou oito (50%) enfermeiras, seguido pelos grupos etários de 25-29 anos e > 40 anos com três (18,8%) enfermeiras em cada faixa etária, restando um (6,3%) profissional com idade entre 20-24 anos e um (6,3%) entre 35-39 anos.

No que se refere à formação acadêmica, a maior parte dos (as) enfermeiros (as), seis (37,5%), apresentou entre 5 e 9 anos de conclusão da graduação. O restante, ou possuía de 1 a 4 anos de término da graduação, cinco (31,3%), ou acima de 10 anos de conclusão, cinco (31,3%). Quanto à instituição na qual realizaram a graduação, 14 (87,6%) enfermeiros (as) são egressos de Instituições de Ensino Superior (IES), de natureza privada e dois (12,4%) de natureza pública do Município objeto do estudo.

Ainda sobre o processo de formação, 15 (93,8%) enfermeiros (as) se autodeclararam não cursado outra graduação, porém 12 (75%) enfermeiros (as) citaram possuir pós-graduação na área de saúde, sendo a maior parte na área de urgência e emergência, cinco

(31,3%); em seguida, na área de obstetrícia citada por quatro (25%) enfermeiros (as), saúde da família por dois (12,5%) enfermeiros (as) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal por um (6,3%) enfermeiro (a). Desses, três (18,8%) enfermeiros (as) mencionaram uma segunda pós-graduação nas áreas de enfermagem do trabalho e Urgência e Emergência para os que tinham como primeira pós-graduação outra área.

Os dados sobre formação dos (as) enfermeiros (as) demonstram que a maior parte desses possui formação específica na atuação hospitalar, especialmente na área de urgência e emergência, considerado ponto relevante na busca por uma atuação qualificada.

Quanto aos aspectos trabalhistas, dez (62,5%) enfermeiros (as) ingressaram na instituição de saúde como prestador de serviço, cinco (31,3%) por meio de seleção pública no momento da fundação da instituição, e somente um (6,3%) enfermeiro apresentava vínculo através de concurso público. No que concerne à jornada de trabalho semanal, seis (37,5%) enfermeiros (as) relataram exercer suas funções em 36 horas semanais, enquanto cinco (31,3%) enfermeiros (as) citaram carga horária de 40 horas semanais, quatro (25%) de 30 horas semanais e apenas um (6,3%) com jornada semanal de 24 horas.

Sobre as questões trabalhistas, a maioria dos (as) enfermeiros (as) apresenta vínculos precários, que se apresentam por contratos de prestação de serviço com tempo determinado e tempo de atuação reduzido. Um dos fatores para esse contexto é a recente fundação do hospital em questão, que funciona no Município analisado há somente seis anos.

Sobre o tempo de atuação profissional do (a) enfermeiro (a) no nível secundário de atenção à saúde, a maior parte deles, 11 (68,8%), atua entre 1 a 4 anos nesse nível de atenção, e o restante, cinco (31,3%), entre 5 e 10 anos. Quanto à existência de outro vínculo empregatício concomitante, a maioria dos (as) enfermeiros (as), 12 (75%), respondeu positivamente, sendo a área hospitalar o setor de atuação de maior menção como o segundo vínculo empregatício, citado por seis (37,5%) enfermeiros (as), seguido por pronto atendimento mencionado por três (18,8%) enfermeiros (as), atuação em ensino superior com preceptoria por dois (12,5%) enfermeiros (as) e somente um (6,3%) em serviço domiciliar.

Quanto à manutenção de outro vínculo empregatício pela maioria dos (as) enfermeiros (as), esse fato corrobora com estudo de Oliveira *et al* (2017), o qual demonstra predomínio de enfermeiros (as) com mais de um vínculo e que a soma das jornadas de trabalho, acumulando-se todos os vínculos, mostra-se acima de 50 horas semanais, chegando a acumular até 62,5 horas semanais de trabalho em serviços hospitalares e de emergência.

No que compreende a participação em capacitação específica voltada para a atuação do (a) enfermeiro (a) à crianças e adolescentes em situação de violência, a maioria dos (as)

enfermeiros (as), 14 (87,5%), afirmou nunca ter realizado, contudo, mais da metade dos enfermeiros, nove (56,3%), relatou que a temática da violência contra esse grupo específico foi mencionada em outros momentos de formação, principalmente na pós-graduação relatada por cinco (31,3%) enfermeiros (as), em capacitações/aperfeiçoamento citados por dois (12,5%) enfermeiros (as), congressos por um (6,3%) enfermeiro e palestra também por um (6,3%) enfermeiro.

O déficit de capacitação para abordagem de situações de violência com crianças e adolescentes mostra-se presente em todo o Brasil, sendo esse um dos pontos mais apresentados por enfermeiros (as) e profissionais de saúde como dificuldades no atendimento a esses grupos vulneráveis (VIEIRA; SILVA; CAVALCANTI; DESLANDES, 2015). No entanto, na presente pesquisa, a maioria dos (as) enfermeiros (as) mencionou que ouviu falar sobre a temática em diversos momentos de formação, requerendo necessidade de aprofundamento do debate nos processos ensino-aprendizagem, capacitação, educação continuada, dentre outras, como um meio positivo para estimular os profissionais a atuarem com um olhar mais específico à proteção de crianças e adolescentes (PEREIRA *et al*, 2013; FERNANDES, MAZZA, 2013).

Quadro 7 – Caracterização dos (as) enfermeiros (as) atuantes na média complexidade participantes da pesquisa, conforme setor de atuação, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.

Setor	Enfermeiro	Pós-graduação*	CE**
Acolhimento	2	Pós-graduação na área de atuação	Não
	8	Pós-graduação na área de atuação	Não
	9	Não	Não
	10	Pós-graduação na área de atuação	Não
	11	Pós-graduação na área de atuação	Não
Emergência	3	Não	Sim
	4	Pós-graduação em outras áreas	Não
	12	Pós-graduação na área de atuação	Não
Enfermaria	1	Pós-graduação na área de atuação	Não
	5	Pós-graduação em outras áreas	Não
	6	Não	Não
	7	Pós-graduação na área de atuação	Não
	13	Não	Não
	14	Não	Não
	15	Não	Não
	16	Não	Sim

Fonte: Dados da pesquisa.

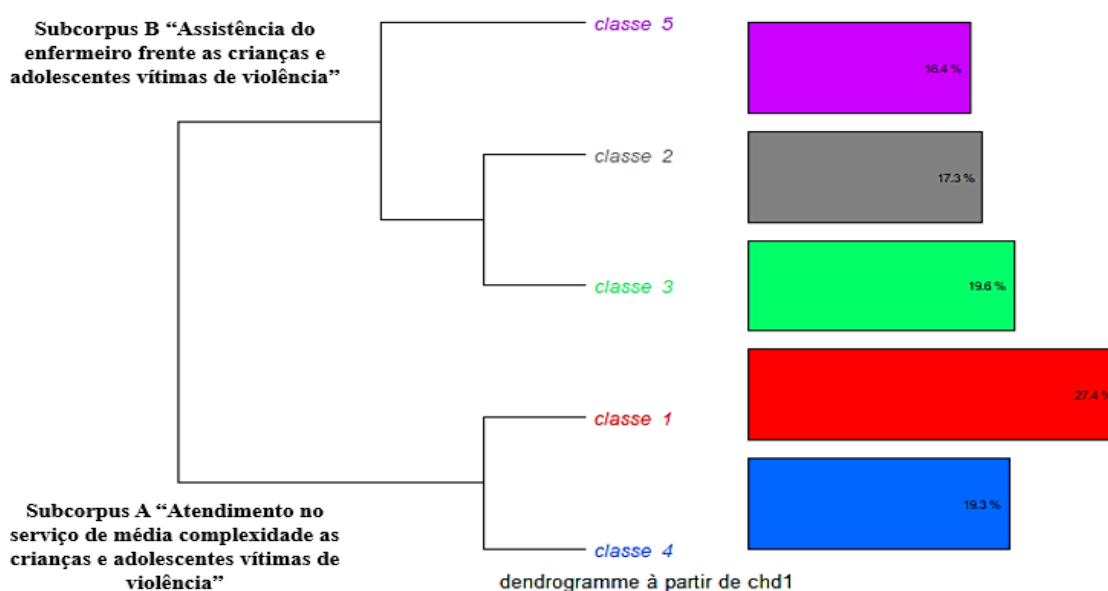
Legenda *Pós-graduação na área de atuação se refere à urgência e emergência ou saúde da criança e adolescente, em outras áreas inclui todas as demais. **CE = Capacitação Específica para abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência.

7.2.2 Análise lexicográfica, associada à análise de conteúdo de Bardin, das entrevistas com os (as) enfermeiros (as) no nível de média complexidade

A análise lexicográfica do conteúdo das entrevistas dos (as) 16 enfermeiros (as) atuantes no serviço de média complexidade, cenário da presente pesquisa, apresenta a seguinte descrição do *corpus* textual: número de textos = 16; ocorrências de palavras = 25175; número de segmentos de texto = 743, desses foram aproveitados 653 segmentos, o que corresponde a um percentual de aproveitamento de 87,89%; número de formas = 1621; hapax = 705, representando 2,80%.

A Classificação Hierárquica Descendente categorizou as falas dos (as) enfermeiros (as) em cinco classes: Classe 1 com 179 ST (27,41%), Classe 2 com 113 ST (17,3%), Classe 3 com 128 ST (19,6%), Classe 4 com 126 ST (19,3%) e Classe 5 com 107 ST (16,39%), conforme dendrograma a seguir:

Figura 10 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* textual referente às entrevistas com enfermeiros (as) atuantes na média complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



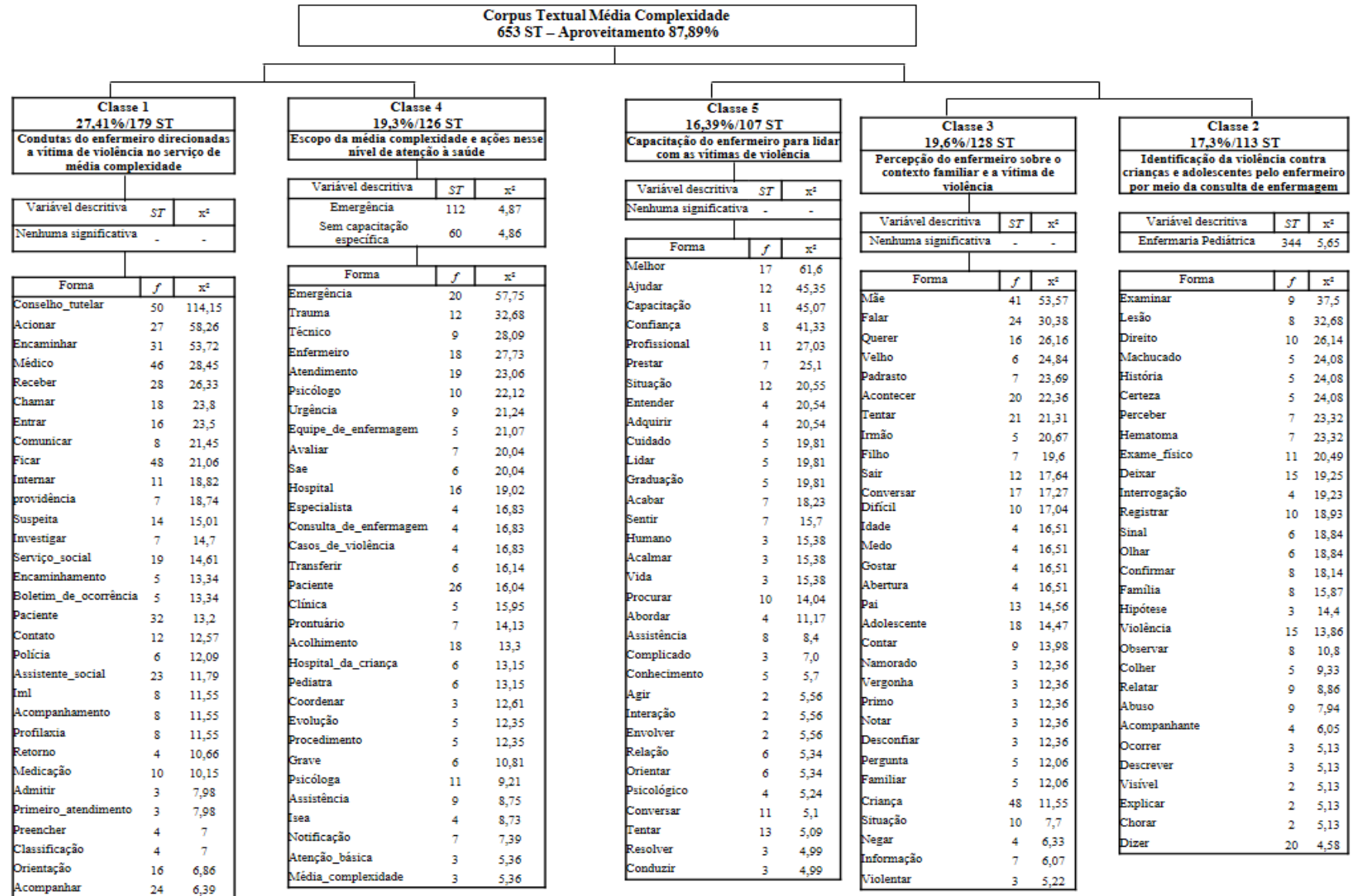
Fonte: Dados da pesquisa.

Ressalta-se que as cinco classes geradas pela análise lexicográfica se dividem em dois subcorpus A e B e ramificações do *corpus* textual total, para os quais foram extraídas categorias temáticas com base na análise de conteúdo de Bardin. O subcorpus A “**Atendimento no serviço de média complexidade às crianças e adolescentes vítimas de violência**” compõe-se pela **Classe 1** (Condutas do (a) enfermeiro (a) direcionadas à vítima de violência no serviço de média complexidade) que se refere à ações executadas no serviço de saúde de média complexidade ao atender a vítima desde a chegada, no processo de assistência, e seguimento da mesma; bem como, pela **Classe 4** (Escopo da média complexidade e ações nesse nível de atenção à saúde) que compreende o entendimento dos (as) enfermeiros (as) sobre as ações que contemplam a média complexidade e como eles atuam nesse nível de atenção à saúde, especialmente com crianças e adolescentes vítimas de violência.

O subcorpus B denominado “**Assistência do (a) enfermeiro (a) frente às crianças e adolescentes vítimas de violência**” categoriza o conteúdo das falas dos (as) enfermeiros (as) em três classes, sendo a **Classe 5** (Capacitação do (a) enfermeiro (a) para lidar com as vítimas de violência) referente à forma como os (as) enfermeiros (as) lidam com os casos de violência com crianças e adolescentes e como a capacitação/formação dos mesmos influencia nesse processo de abordar as vítimas; e uma subdivisão composta por duas ramificações compreendendo as **Classes 3 e 2**. A **Classe 3** (Percepção do (a) enfermeiro (a) sobre o contexto familiar e a vítima de violência) envolve os aspectos familiares das vítimas, os quais têm relação direta com a situação de violência sofrida pelas crianças e adolescentes, e a percepção do (a) enfermeiro (a) sobre esse contexto que chega no serviço de saúde para ser assistido pelo mesmo. E a **classe 2** (Identificação da violência contra crianças e adolescentes pelo (a) enfermeiro (a) por meio da consulta de enfermagem) versa sobre a identificação ou suspeição da violência por parte do (a) enfermeiro (a) durante a realização da consulta de enfermagem, a qual compreende o histórico e o exame físico específico.

Para explicitar de maneira mais detalhada as classes construiu-se um diagrama com a lista de palavras que representa cada uma das classes a partir do teste qui-quadrado, com base no ponto de corte de $\chi^2 > 3,84$. O diagrama evidencia as evocações semelhantes em si com associação às classes e se diferenciam das outras classes caracterizando as especificidades de cada classe emergida pela CHD. Tal diagrama encontra-se na figura 11, abaixo:

Figura 11 – Diagrama das classes integrantes do dendrograma do *corpus* textual referente às entrevistas com enfermeiros (as) atuantes na média complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



O Ministério da Saúde define média complexidade como o nível de atenção à saúde composto por ações e serviços que objetivam atender problemas e necessidades de saúde da população, cuja complexidade de assistência demande de profissionais de saúde especializados ou especialistas e a utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2007).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), tem-se a relação de procedimentos considerados de média complexidade vinculados ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que seriam: procedimentos especializados por profissionais de nível superior ou médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, exames radiodiagnósticos e ultrassonográficos, fisioterapia, terapia especializada, próteses e órteses (BRASIL, 2007).

Torna-se basilar o entendimento sobre a média complexidade como um nível de atenção à saúde que, apesar de possuir suas atribuições específicas como uma organização poliárquica, complementa o primeiro nível de atenção à saúde garantindo que o SUS contemple seu princípio de integralidade, ampliando a compreensão de que o sistema de saúde brasileiro não se restringe à atenção primária à saúde, mas abrange níveis de saúde que devem ser articulados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Na perspectiva de redes de atenção, a média complexidade apresenta papel fundamental no elo entre a atenção primária à saúde e a alta complexidade. De acordo com Mendes (2010), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde com objetivos comuns, por meio de uma ação cooperativa e interdependente capaz de ofertar uma atenção contínua e integral a uma população determinada sendo essa coordenada pela atenção primária à saúde.

A linha de cuidado integral à crianças e adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2010) enfatiza as ações em rede e articuladas para a efetivação das ações de proteção a esses grupos vulneráveis. Portanto, o quadro abaixo apresenta a relação entre as classes que emergiram dos relatos dos (as) enfermeiros (as) pesquisados no serviço hospitalar, de média complexidade, com os eixos basilares da linha de cuidado supracitada, evidenciados em cada uma das classes, demonstrando os pontos dessa linha de cuidado mais identificados nesse nível de complexidade.

Quadro 8 - Demonstrativo das classes do *corpus* textual da média complexidade (percentual, ST, intervalo do χ^2 , termos de composição) e os respectivos eixos da linha de cuidado integral à crianças e adolescentes em situação de violência, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019.

C	P	Intervalo do χ^2	Termos de composição das categorias	Eixo da Linha de Cuidado
1	27,4 1% (f=1 79 ST)	$\chi^2 = 114,15$ (Conselho_tutelar) e $\chi^2 = 6,39$ (Acompanhar)	“ Conselho_tutelar” ($\chi^2=114,15$); “Acionar” ($\chi^2=58,26$); “Encaminhar” ($\chi^2=53,72$); “Médico” ($\chi^2=28,45$); “Receber” ($\chi^2=26,33$); “Chamar” ($\chi^2=23,8$); “Entrar” ($\chi^2=23,5$); “Comunicar” ($\chi^2=21,45$); “Internar” ($\chi^2=18,82$); “Investigar” ($\chi^2=14,7$); “Serviço_social” ($\chi^2=14,61$); “Encaminhamento” ($\chi^2=13,34$); “Acompanhamento” ($\chi^2=11,55$); “Classificação” ($\chi^2=7$).	Acolhimento Assistência Seguimento
4	19,3 % (f=1 26 ST)	$\chi^2 = 57,75$ (Emergência) e $\chi^2 = 5,36$ (Média_complexidade)	“ Emergência” ($\chi^2=57,75$); “Trauma” ($\chi^2=32,68$); “Técnico” ($\chi^2=28,09$); “Enfermeiro” ($\chi^2=27,73$); “Atendimento” ($\chi^2=23,06$); “Psicólogo” ($\chi^2=22,12$); “Urgência” ($\chi^2=21,24$); “Equipe_de_enfermagem” ($\chi^2=21,07$); “Avaliar” ($\chi^2=20,04$); “SAE” ($\chi^2=20,04$); “Hospital” ($\chi^2=19,02$); “Especialista” ($\chi^2=16,83$); “Consulta_de_enfermagem” ($\chi^2=16,83$); “Casos_de_violência” ($\chi^2=16,83$); “Procedimento” ($\chi^2=12,35$) e “Assistência” ($\chi^2=8,75$)	Acolhimento Assistência Notificação
5	16,3 9% (f=1 07 ST)	$\chi^2 = 61,6$ (Melhor) e $\chi^2 = 4,99$ (Conduzir)	“Melhor” ($\chi^2=61,6$); “Ajudar” ($\chi^2=45,35$); “Capacitação” ($\chi^2=45,07$); “Confiança” ($\chi^2=41,33$); “Profissional” ($\chi^2=27,03$); “Prestar” ($\chi^2=25,1$); “Entender” ($\chi^2=20,54$); “Cuidado” ($\chi^2=19,81$); “Graduação” ($\chi^2=19,81$); “Acalmar” ($\chi^2=15,38$); “Abordar” ($\chi^2=11,17$); “Conhecimento” ($\chi^2=5,7$); “Interação” ($\chi^2=5,56$); “Orientar” ($\chi^2=5,34$); “Conversar” ($\chi^2=5,1$) e “Conduzir” ($\chi^2=4,99$)	Assistência
3	19,6 % (f=1 28 ST)	$\chi^2 = 53,57$ (Mãe) e $\chi^2 = 5,22$ (Violentar)	“Mãe” ($\chi^2=53,57$); “Falar” ($\chi^2=30,38$); “Querer” ($\chi^2=26,16$); “Velho” ($\chi^2=24,84$); “Padrasto” ($\chi^2=23,69$); “Irmão” ($\chi^2=20,67$); “Filho” ($\chi^2=19,6$); “Conversar” ($\chi^2=17,27$); “Medo” ($\chi^2=16,51$); “Pai” ($\chi^2=14,56$); “Contar” ($\chi^2=13,98$); “Namorado” ($\chi^2=12,36$); “Notar” ($\chi^2=12,36$); “Familiar” ($\chi^2=12,06$); “Negar” ($\chi^2=6,33$) e “Violentar” ($\chi^2=5,22$)	Assistência
2	17,3 % (f=1 13 ST)	$\chi^2 = 37,5$ (Examinar) e $\chi^2 = 4,58$ (Dizer)	“ Examinar” ($\chi^2=37,5$); “Lesão” ($\chi^2=32,68$); “Direito” ($\chi^2=26,14$); “Machucado” ($\chi^2=24,08$); “História” ($\chi^2=24,08$); “Certeza” ($\chi^2=24,08$); “Perceber” ($\chi^2=23,32$); “Hematoma” ($\chi^2=23,32$); “Exame_físico” ($\chi^2=20,49$); “Registrar” ($\chi^2=18,93$); “Sinal” ($\chi^2=18,84$); “Confirmar” ($\chi^2=18,14$); “Hipótese” ($\chi^2=14,4$); “Colher” ($\chi^2=9,33$); “Relatar” ($\chi^2=8,86$); “Descrever” ($\chi^2=5,13$) e “Explicar” ($\chi^2=5,13$).	Assistência

Fonte: Dados da pesquisa.

Ledenda: **C**= Classe; **P** = Percentual de representatividade da classe no *corpus* total; ST = Segmento de texto; χ^2 = qui-quadrado

7.2.2.1 Categoria I – Condutas do (a) enfermeiro (a) direcionadas à vítima de violência no serviço de média complexidade

Na categoria I, não houve variáveis descritivas associadas à Classe 1 que representa essa categoria, portanto, as evocações dos (as) enfermeiros (as) em todos os setores

apresentaram homogeneidade, as quais direcionaram-se à descrição das condutas realizadas no atendimento às crianças e adolescentes, vítimas de violência, bem como de os todos atores envolvidos nesse processo, especialmente o Conselho Tutelar e a equipe multiprofissional do hospital em questão.

Evidencia-se que, nessa classe, os segmentos de texto selecionados apontam para discussões em torno de três eixos da Linha de Cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, sendo esses **acolhimento, assistência e seguimento**, ao passo que se destacam aspectos do primeiro atendimento da vítima e como ocorreram os mecanismos de mobilizações entre os profissionais diante desse atendimento, a alta da vítima e o seguimento da mesma após a saída do serviço de saúde.

A partir das falas dos (as) enfermeiros (as) observou-se que a maioria das crianças e adolescentes vítimas de violência já chega a esse serviço de saúde hospitalar acompanhados pelo Conselho Tutelar, como um caso em processo de confirmação. Nesse momento inicial, a vítima passa a ser assistida no setor de acolhimento, onde se realiza a classificação de risco, enquanto a equipe multiprofissional é acionada, como se pode verificar nas falas a seguir:

Quando chega aí a gente classifica. Faz acolhimento, faz tudo. Mas, geralmente vem encaminhado (...) então a gente faz essa classificação e a gente, é, relata para os médicos e faz isso, o acolhimento, faz tudo. Não, no caso a gente relata para o médico. Já vem encaminhado, geralmente vem encaminhado. Ou do conselho tutelar, ou acompanhado já com o boletim de ocorrência. Aí a gente relata para o médico (Enf. 01; Setor 03).

Raras as vezes a mãe vem diretamente para o Hospital da Criança. Algumas vezes ele vem encaminhado e aí o médico já está ciente. Ela quando chega no acolhimento a enfermeira já está ciente que vai receber tal paciente, né? Nesse caso. Caso não, a gente chama a psicóloga. Aqui no hospital tem psicóloga, tem assistente social, comunica a médica e a gente tenta priorizar essa criança o máximo possível (Enf.14; Setor 03).

Vem muito caso clínico, vem muito caso que remete à violência que lá no primeiro atendimento já é observado e a partir dali já é feito todo procedimento já, é... assistente social, né? O próprio Conselho Tutelar... e mesmo assim quando não, vamos dizer assim, fisicamente, só aquela coisa psicológica. Mas mesmo assim é, é admitido aqui (Enf. 15; Setor 03).

O acolhimento, com a classificação de risco nos serviços hospitalares, representa um sistema dinâmico de identificação de pacientes e ordenação do atendimento em conformidade com o grau de complexidade e risco de cada caso. As ações de acolhimento podem ser realizadas por qualquer profissional de saúde treinado, porém a classificação de risco é responsabilidade do (a) enfermeiro (a) (COSTA *et al*, 2015).

Percebe-se que no serviço hospitalar analisado o acolhimento e a classificação de risco são realizados pelo (a) enfermeiro (a). Especificamente nos casos de violência com crianças e adolescentes, classifica-se a vítima como prioritária e o (a) enfermeiro (a) do acolhimento direciona a vítima para o médico, o assistente social ou psicólogo. As condutas de acolhimento no serviço hospitalar pautam-se na Política Nacional de Humanização (PNH), uma vez que a condução humanizada da vítima/usuário nos serviços de saúde depende de um acolhimento adequado (COSTA *et al*, 2015; BRASIL, 2004).

Observa-se que o (a) enfermeiro (a) do acolhimento, desse serviço de média complexidade, executa o elo de ligação entre outros serviços, na medida em que encaminha a vítima de violência para esse hospital de referência, ao atendimento de crianças e adolescente, e outros profissionais e serviços como o Conselho Tutelar. Contudo, destaca-se que essas ações, nesse serviço específico, não se encontram definidas em protocolos que seriam essenciais para as definições dos caminhos e para permitir fluxos de direcionamentos a partir do acolhimento.

Em consonância com o exposto acima, o serviço de saúde hospitalar recebe crianças e adolescentes vítimas de violência em diferentes situações. Uma delas diz respeito às vítimas que já se encontram com o laudo do Instituto Médico Legal (IML), confirmando a situação de violência, e são admitidas no serviço para tratamento de saúde. Já em outros casos, as vítimas adentram ao serviço como suspeita, cabendo ao próprio serviço o desencadeamento das ações para o processo de investigação e, nesse transcurso, o profissional médico pode encaminhar para serviços externos, tais como: o IML e o Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida (ISEA). As falas a seguir demonstram o explicitado:

Às vezes já vem de lá. É. Algumas vezes ele já vem já do IML já com o laudo todo e vem para cá, né? Fazer o tratamento. Outras vezes vem acionado pelo Conselho Tutelar, e vem para cá, a mãe suspeita... E aí a médica interna, vai investigar, se for necessário, reencaminha ou para ISEA ou para o IML para poder fazer exame (Enf. 14; Setor 03).

Mas, geralmente vem encaminhado, já vem com o acompanhamento do conselho tutelar, já vem com o boletim de ocorrência, já vem com tudo (Enf. 01; Setor 03).

E em muitos casos os familiares já vem acompanhado com o Conselho Tutelar, e a criança já tem passado pelo exame de corpo de delito, tudo mais. E a gente dá só a sequência para entrar com a medicação, o paciente ficar interno, ficar em observação (Enf. 02; Setor 01).

Nessa perspectiva, o serviço de saúde funciona também como ponto de acolhimento das vítimas confirmadas, o que demonstra o papel estratégico que possui na assistência a crianças e adolescentes vítimas de violência, além de assumir a função de iniciar o processo

de investigação de casos suspeitos. Nota-se, que essa ação de investigação clínica inicial pauta-se em uma decisão médica e que o (a) enfermeiro (a) se restringe às ações no momento do acolhimento das vítimas. Estudo de Aragão *et al* (2013) aponta para a necessidade de ampliação e aprofundamento das ações de investigação de casos de violência com crianças e adolescentes por parte dos (as) enfermeiros (as), sobretudo em serviços de saúde com atendimento específico para esse público.

Em termos de orientação institucional para a abordagem das crianças e adolescentes em situação de violência, parte dos (as) enfermeiros (as) relatou não ter tido orientação, enquanto a outra parte destacou que a orientação recebida pautou-se no itinerário estabelecido na rotina, ou seja, inicialmente em acionar o Serviço Social nessas circunstâncias, para que o mesmo acionasse o Conselho Tutelar, como evidenciam as falas a seguir:

A única coisa que foi me passado que a gente acionava o Conselho... o serviço social para eles acionarem o Conselho Tutelar. Para investigar realmente, porque assim, as vezes é só uma suspeita quando chega aqui no Hospital, então a gente não tem como comprovar nada (Enf. 05; Setor 03).

Que a gente deve atender normalmente. E encaminhar para o serviço social, que o serviço social entraria em contato com o Conselho Tutelar, para fazer... convocar um conselheiro para vir, se for o caso, fazer o boletim de ocorrência de tomar as providências, realmente. Foi essa a que a gente teve. A instrução que a gente teve (Enf. 08; Setor 01).

Também não. Nenhuma. Nem de encaminhar, nem de acionar algum órgão mais competente. Nada (Enf. 07; Setor 03).

Identifica-se que a ausência de protocolo de atuação e definição de fluxos de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência, apenas uma convenção de acionamento do Serviço Social para este entrar em contato com o Conselho Tutelar. Contudo, ressalta-se que os protocolos são de grande relevância para instrumentalizar e respaldar os profissionais de saúde na sua prática cotidiana, por meio de definições, normas e evidências científicas, o que possibilita a legitimação do exercício profissional de cada categoria junto à equipe interdisciplinar e o serviço de saúde. Acentua-se que os protocolos mostram-se como estratégias essenciais na condução e qualificação dos profissionais de saúde diante de casos de violência (NERY; LAGES; TENÓRIO; MONTE, 2014; CAMPOS, 2009).

O assistente social assume um papel importante no serviço de saúde, na média complexidade, diante dos casos de violência, constituindo-se um elo de comunicação entre a instituição hospitalar e o Conselho Tutelar. Credencia-se, portanto, como o profissional

totalmente responsável por essa ação, na medida em que o (a) enfermeiro (a) se distancia das informações reduzindo sua carga de responsabilidade com o caso, como pode ser visto nos trechos abaixo:

Paciente quando ele é admitido a assistente social ela está ciente do ocorrido, ela já tem acionado o Conselho Tutelar (Enf. 14; Setor 03).

A gente também aciona o Conselho Tutelar. É, são esses dois. Não, é o Conselho de, de... Campina, é. É a assistente social, é. Ela automaticamente ela já entra em contato com o Conselho (Enf. 02; Setor 01).

É o Conselho Tutelar que vem. Quando as vezes é de cidade pequena, aí a assistente social daqui entra em contato com o Conselho Tutelar de lá. Aí o Conselho Tutelar vem para tomar as providências (Enf.08; Setor 01).

Porque as vezes a demanda é tão grande para o enfermeiro, são tantas atribuições. Já que existe a equipe a gente vai norteando, né? Então, quando chega criança vítima de abuso elas (assistentes sociais) já, já sabem antes da gente. Então já chega: “Está chegando uma criança assim, mas a gente já solicitou o Conselho Tutelar, já acionou, já está investigando”. Elas já chegam com tudo prontinho para a gente. Já fazem esse trabalho lá embaixo no acolhimento (Enf. 07; Setor 03)

Os achados na média complexidade, salientados pelos (as) enfermeiros (as), evidenciam que o assistente social assume predominantemente a função de acionar o Conselho Tutelar. Contudo, salienta-se que, independentemente das diferentes profissões envolvidas na proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, faz-se necessário que os profissionais compartilhem as responsabilidades sobre as situações atendidas. Dessa forma, oportunizando uma avaliação ampliada por diversos olhares, que contemple as necessidades integrais das vítimas, além de que o compartilhamento de ações pelos profissionais mostra-se como uma forma eficiente de reduzir subjetividades na tomada de decisão (SCHEK *et al*, 2017).

Como parte da equipe multiprofissional, além do serviço social, a psicologia também é acionada para prestar o apoio psicológico como parte da equipe multiprofissional. A presença do serviço de psicologia não se encontra disponível diariamente nesse serviço de saúde, resulta que o profissional não participa integralmente do processo de cuidar da vítima de violência, mesmo assim ainda é acionado ocasionalmente quando presente, como pode ser observado nos trechos a seguir:

Aí de acionar o Conselho Tutelar é com assistente social. E de fazer aquela, aquele trabalho de terapia mesmo com a criança e com os pais, aí fica com a psicóloga (Enf. 07; Setor 03).

Mas aqui recebe, tem todo o acompanhamento psicológico, né? (Enf. 15; Setor 03).

Não, tem a psicologia também aqui. Mas só tem um dia na semana, se eu não me engano é a quarta. Não tem todos os dias. Tinha todos os dias, mas não tem mais. Aí é o serviço social mesmo (Enf. 04; Setor 02).

Quando se remete à assistência multiprofissional às crianças e adolescentes, vítimas de violência, os profissionais apontados referem uma centralidade para as assistentes sociais e psicólogas. Esse aspecto equivocado da assistência multiprofissional mostra que a violência, secularmente e na contemporaneidade, circunscreve-se ao ser considerada como uma problemática da área social e jurídica, estando o setor saúde aquém de ações de detecção e intervenção na sua ocorrência (LEITE *et al*, 2016).

No caso das situações de violência, práticas fragmentadas mostram-se ineficazes diante da complexidade da problemática, tornando-as ineficazes e de baixa resolutividade, com prejuízo aos processos assistenciais e à vítima. Assim, as ações a serem desenvolvidas tornam-se equivocadas quando compreendidas como de competência individual ou de apenas uma categoria profissional. A resolutividade da problemática requer o envolvimento de ações multidisciplinares e intersetoriais. Essa fragmentação potencializa a falta de consenso no que tange às responsabilidades de cada serviço na rede proteção às crianças e adolescentes em situação de violência (SCHEK *et al*, 2017).

O recurso de delegar atribuições exclusivas a determinados profissionais, como mencionado anteriormente, torna papel e função do serviço social acionar o Conselho Tutelar, para que esse serviço assuma a responsabilidade do processo investigatório com vistas a confirmar ou não a suspeita da violência, conforme os trechos a seguir:

Só o Conselho Tutelar, que é acionado, assim que a criança dá entrada no Hospital eles são acionados para ver tudo isso. Aí eles vêm para cá faz também o processo investigatório. Até porque tem a queixa, tem que ir para a delegacia, né? (Enf. 13; Setor 03).

Se a gente suspeitar de algo, de abuso, então a gente já fala com o médico, já é acionada a assistente social daqui, já chama o Conselho Tutelar para tomar as providências, para fazer a investigação (Enf. 16; Setor 03).

O pessoal do Conselho Tutelar entrado em contato por conta do serviço social, eles entram em contato com o Conselho Tutelar que abrange a região de onde normalmente mora, para investigar (Enf. 06; Setor 03).

O Conselho Tutelar foi criado a partir do ECA e carrega a importantíssima função de zelar pelo cumprimento dos direitos desse grupo vulnerável. A fim de proteger as crianças e adolescentes, as atividades dos conselheiros tutelares envolvem: atender crianças e adolescentes com os direitos violados, orientar pais ou responsáveis, articular serviços

públicos nas áreas de saúde, educação e jurídico, deliberar notificações e auxiliar na garantia de orçamento público para os serviços de segurança dos direitos das crianças e adolescentes (SANTOS *et al*, 2019).

Pode-se reafirmar que o papel do Conselho Tutelar fundamenta-se na articulação de ações para a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes, não sendo um papel exclusivo desse órgão a investigação das situações de violência, por isso que se faz essencial a participação do setor da saúde, através da equipe multiprofissional, para identificar os sinais e sintomas físicos ou não físicos das violências.

Portanto, outros serviços de saúde e/ou órgãos externos podem ser utilizados para apoiar o processo de investigação da violência. Nessas situações, o (a) médico (a) realiza o encaminhamento e a vítima é transportada ao serviço de saúde referenciado, ou seja, quando o caso exige serviço médico especializado e/ou quando requer exame pericial médico legal, conforme falas dos (as) enfermeiros (as) abaixo citadas:

O médico encaminha, aí a gente vai leva e traz de volta. Já aconteceu de... de o paciente ser de outra cidade, aí o Conselho Tutelar foi quem veio acompanhou e trouxe de volta. Aconteceu de ser encaminhado para o ginecologista no HU, uma consulta (Enf. 16; Setor 03).

Aí por isso a médica foi solicitou para levar para o Instituto para fazer uma investigação melhor. Era uma suspeita, né? Mas até então foi confirmado. Depois que fez a investigação foi confirmado, o Conselho Tutelar foi acionado, enfim, foi tomado todas as condutas (Enf. 13; Setor 03).

Para o IML. É... Já teve de estar internado aqui e vai para o IML para ser confirmado realmente o caso de abuso depois ela retorna para cá novamente (Enf. 16; Setor 03).

A construção de uma rede de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência, composta por diversos serviços, é essencial ao atendimento integral do público infanto-juvenil, por compreender que uma rede de atenção integral deve estar respaldada no reconhecimento do processo de articulação permanente e coletiva, de ações e compreensões em torno dos papéis desenvolvidos por cada profissional e instituição, tendo como foco objetivos em comum (CRAVEIRO, 2016).

Enfatizam-se algumas situações nas quais o Conselho Tutelar já vem acompanhando a vítima no momento de admissão no serviço de saúde, o que indica que o processo investigatório criminal encontra-se em curso. Nesses casos, o (a) conselheiro (a) permanece com a vítima na internação, assumindo essa função de acompanhá-la também na enfermaria como medida de proteção à vítima, de acordo com fala abaixo:

Ou muitas vezes fica até aqui com a conselheira, né? Dependendo da criança, que as vezes já tem, já está sobre o Conselho Tutelar. Se não, se estiver com o responsável ele vai receber alta, mas com a conselheira tutelar (Enf. 14; Setor 03).

No exemplo supracitado, o Conselho Tutelar assume seu papel de proteção a vítima acompanhando-a até a alta, mantendo esse acompanhamento do caso a fim de resolver a problemática por meio da promoção da garantia do direito à criança e ao adolescente, considerando as questões legais vigentes (SILVA; CARVALHO, 2017).

De acordo com os (as) enfermeiros (as) partícipes do estudo, em todos os casos de violência com crianças e adolescentes, a vítima só deixa o serviço de saúde acompanhada pelo Conselho Tutelar ou com ciência do Conselho Tutelar, como demonstram as falas abaixo:

Sempre que a criança tem alta sempre é comunicado ao Conselho Tutelar, e as vezes é o Conselho Tutelar mesmo que faz esse traslado do Hospital para casa (Enf. 05; Setor 03).

Se não, se estiver com o responsável ele vai receber alta, mas com a conselheira tutelar. A gente informa à assistente social, já deixa avisado que o paciente está de alta, porém só sai do hospital sobre o Conselho Tutelar. (Enf.14; Setor 03).

Aí quando o Conselho é acionado aí vê, né? Se a pessoa tem condições de continuar. Da criança continuar na, na família. E aí recebe alta, mas aí fica com eles o caso, eu acho (Enf. 15; Setor 03).

Sendo o Conselho Tutelar um órgão permanente, autônomo e não jurisdicional, trata-se da instituição de referência para o cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes vítimas de violência, por meio do acompanhamento dos casos para além dos serviços de saúde, porém em articulação com esses (SOUZA et al., 2015).

Ponto em consonância com o debate acima, trata-se do seguimento da vítima, sendo esse um dos eixos da Linha de Cuidado Integral às crianças e adolescentes em situação de violência, ou seja, diz respeito ao acompanhamento da vítima após a alta hospitalar inserida na rede de atenção à saúde e proteção às vítimas. Referente a esse tópico, os (as) enfermeiros (as) reconhecem a existência de seguimento das vítimas por meio da articulação com o Conselho Tutelar e a Atenção Primária, bem como a possibilidade de retorno para consultas ambulatoriais nesse serviço de média complexidade, como pode ser visualizado nas falas seguintes:

Fica com o Conselho Tutelar para eles ficarem fazendo as visitas. O que eu sei é isso. Aciona e o Conselho fica fazendo as visitas domiciliares para saber como é que está (Enf. 07; Setor 03).

Quando recebe alta, ou ela tem um retorno... sempre tem esse possível retorno, assim, com oito dias com quinze dias ela volta para ter um acompanhamento do médico. Ela tem esse acompanhamento. E no caso também repassa para o psf, para ela procurar o psf. Mas nessas alturas já tem, o psf já tem, já é ciente, porque tem o conselho tutelar, tem que acionar (Enf. 01; Setor 03).

O Conselho Tutelar veio, quando a criança teve alta foi para adoção. Foi para uma casa de apoio para adoção. Porque inclusive o Conselho foi lá, que os conselheiros vão na residência da pessoa, falou com elas e tudo: “Não, a gente não quer. É opção da gente, a gente não quer essa criança”. Aí teve de ir para uma casa de apoio para adoção (Enf. 08; Setor 01).

Enfim... Mas as vezes a assistente social, como são casos bem mais... né? Aí a assistente social liga, assim, para saber dessa criança. Até as próprias do Conselho Tutelar ligam para cá. Aí essa interação é entre eles, a gente da enfermagem não (Enf. 13; Setor 03).

Mas assim, o Conselho Tutelar fica responsável de fazer as visitas na casa daquela criança, ver como é que está, para tomar as providências se for necessário. (...) não, não. Infelizmente não. Era até bom saber como é que está, né? Mas a gente não tem como saber não (Enf. 16; Setor 03).

Constata-se que o seguimento das vítimas permanece prioritariamente com o Conselho Tutelar, não havendo nenhuma articulação do (a) enfermeiro (a) da média complexidade com o acompanhamento das mesmas. Estudo desenvolvido com conselheiros tutelares evidenciou que as instituições sociais e de saúde não realizam o acompanhamento das medidas protetivas desempenhadas pelo Conselho Tutelar, o que decorre em falta de acompanhamento desses indivíduos e a consequente perda da vítima. Evidencia-se, portanto, a importância de melhorar a comunicação entre as instituições para controle de fluxos de trabalhos e acompanhamento efetivo dessas situações (SCHEK *et al*, 2017).

7.2.2.2 Categoria II - Escopo da média complexidade e ações nesse nível de atenção à saúde

Na categoria II, associadas à **Classe 4**, que representa essa categoria, predominaram as evocações dos (as) enfermeiros (as) que atuam no setor de Emergência ($\chi^2= 4,87$) e dos (as) enfermeiros (as) sem capacitação específica para abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência ($\chi^2=4,86$). Os segmentos de texto relativos a essa classe referiram-se às ações de enfermagem, que se mostram específicas do serviço de saúde de média complexidade, voltadas à emergência, urgência e assistência especializada ao usuário nesse nível de complexidade, especialmente à criança e adolescente vítima de violência,

diferenciando os setores de atuação dos (as) enfermeiros (as): acolhimento, emergência e enfermaria.

Os segmentos de texto, associados a essa classe, remetem para os eixos de **acolhimento, notificação e assistência** da Linha de Cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, à medida que destacam aspectos da assistência direta à vítima de violência, principalmente nos setores do acolhimento e da emergência, bem como a notificação dos casos.

De acordo com os (as) enfermeiros (as), o hospital de média complexidade analisado recebe situações de urgência e emergência voltados para o público pediátrico em geral, sendo esse seu foco de atendimento, contudo, algumas situações que deveriam ser atendidas na atenção primária constituem em demandas atendidas nesse serviço de saúde, conforme os trechos abaixo:

A síntese mesmo é urgência e emergência. Seria urgência e emergência pediátrica. Só. Só clínica. Na realidade (Enf. 08; Setor 01).

Assim, aqui no Hospital da Criança, a média complexidade, ela é vista os atendimentos, assim, de emergência, né? Emergência, é... como também, é... muitos casos de violência vêm, como a gente já recebeu aqui (Enf. 15; Setor 03).

Então, sendo avaliado pelo pediatra ou pelo clínico, vendo ele a necessidade, aí eles encaminham e pedem um parecer de um nefrologista, de um dermatologista (...) O paciente vai precisar de um parecer do neuro. Então aí a gente vai atender, vai estabilizar esse paciente, e o médico vai tentar transferi-lo para um local que seja especializado na clínica da criança. Do paciente (Enf. 14; Setor 03).

Bem, hoje só temos esse Hospital basicamente que está dando cobertura, né? Para a cidade de Campina inteira. Então termina atendendo casos que são de Unidade Básica de Saúde. Que aqui é o Hospital para urgência e emergência e termina não sendo. Termina fazendo muito ambulatório por conta dessa falta de pediatra e falta de recurso na Unidade Básica de Saúde (Enf. 07; Setor 03).

Estudo de Feijó, Cordoní Junior, Souza e Dias (2015) aponta dificuldade na classificação de risco dos usuários em serviços de urgência, uma vez que diversas situações clínicas poderiam ser resolvidas na atenção básica. Esse fato reflete o desconhecimento da população em geral sobre o escopo de atendimento de cada nível de complexidade e cada serviço de saúde, especialmente o serviço de média complexidade. De acordo com Gomes *et al.* (2014), o escopo da média complexidade abrange ações e serviços de saúde, predominantemente clínicos, de caráter especializado, com apoio diagnóstico de exames laboratoriais e de imagem, sendo transferidos aqueles que não compreendem o nível de atuação.

Tal conduta ocorre, nesse serviço de saúde, à medida que se identifica um caso com necessidade de assistência tecnológica específica com crianças e adolescentes em situação de violência física grave, transfere-se o mesmo para o hospital indicado na rede de atenção à saúde, a saber crianças e adolescentes em situação de violência física grave, encaminhadas para um serviço de referência para traumas, como identificado nos trechos abaixo:

Vários tipos de patologias que o hospital, ele atende sim. Só não atende essa parte assim, de coisa graves que realmente vai ser no Trauma, né? (Enf. 16; Setor 03).

Aqui a gente trata mais os casos clínicos. A gente vai tirar os pacientes de uma urgência, de uma emergência e em alguns casos mais graves a gente tenta encaminhar para uma unidade avançada. De alta complexidade (Enf. 03; Setor 02).

É, é mais atendimento clínico. Quando é diagnosticado algum atendimento cirúrgico, aí é transferido para o Trauma. Tipo, faz um ultrassom acusou alguma apendicite, aí tem que transferir (Enf. 12; Setor 02).

Em caso de uma urgência, os médicos até chegam a entubar, a equipe toda dá toda assistência ao paciente. Mas infelizmente não tem UTI, então o paciente tem que ser transferido, certo? Mas assim, somente nesse caso. Mas o restante de atendimento é feito aqui (Enf. 16; Setor 03).

A organização do sistema de saúde, por níveis de atenção de complexidade, crescente com fluxo assistenciais estabelecidos entre os serviços de saúde, garante a assistência integral e resolutive à população, podendo o usuário percorrer os serviços de saúde de acordo com as necessidades de cada caso, contemplando as demandas por menor ou maior complexidade tecnológica (AGUIAR, 2015).

Os (As) enfermeiros (as) da média complexidade referiram que o seu papel nesse nível de atenção à saúde corresponde às atribuições assistenciais e de coordenação da equipe de enfermagem, típicas e tradicionais da assistência hospitalar, no modelo clínico biológico, como mostram as falas abaixo:

O processo de trabalho? Assistência ao paciente. Coordenar. Assistência ao paciente como também a parte de coordenação, a parte de direcionar a nossa equipe juntamente com técnicos e auxiliares (Enf. 11; Setor 01).

Então, também é fundamental como em qualquer outro posto de enfermagem. Para está lá, para dar suporte, para agilizar, para orientar, para coordenar realmente a equipe de enfermagem da emergência (Enf. 09; Setor 01).

Considera-se que as atribuições do (a) enfermeiro (a), no âmbito hospitalar, abarcam a gerência da unidade e do cuidado apenas como uma divisão didática, logo que na prática ambas associam-se e complementam-se. O (A) enfermeiro (a), ao gerenciar os diferentes

recursos da unidade de prestação de serviços, volta-se para o processo assistencial com foco na qualidade da assistência prestada (DIAS; TOLEDO; AMARO; SIMAN, 2017).

Especificamente na assistência a um caso de violência com crianças e adolescente, de modo geral, os (as) enfermeiros (as) mencionaram manter uma postura de discrição e agilidade para evitar exposição da vítima e garantir assistência adequada, em respeito aos preceitos éticos de sigilo e segredo profissional. O fluxo da criança ou adolescente, vítima de violência, no serviço de saúde analisado segue a seguinte ordem: acolhimento → emergência → enfermaria, como pode ser visualizado nos trechos a seguir:

Se o enfermeiro diagnosticar, achar que é uma suspeita de violência sexual tem que acionar o médico e o Conselho... o serviço social, e encaminhar para atendimento médico de forma rápida e bem discreta. O mais discreto possível para não expor a criança ou o adolescente, encaminhar e a partir daí... porque como eu te disse, como aqui é o acolhimento a gente fica muito aqui (Enf. 10; Setor 01)

Em geral que fica aqui na recepção. Para evitar perguntas, evitar constrangimento para essa criança. A gente traz ela para emergência, passa pelo atendimento médico, atendimento da assistente social que a gente não tem psicóloga aqui (...) A gente faz os primeiros procedimentos que são as profilaxias. E já encaminha esse paciente para uma, para a enfermaria de isolamento (Enf. 03; Setor 02).

O paciente vem faz a ficha, a ficha com a consulta de enfermagem, passa pela consulta com a enfermeira. Quem faz a ficha é o técnico, aí passa pela consulta. A gente anota tudo o que a gente vê. Se for uma suspeita, por exemplo, de violência sexual a gente coloca. “O paciente relata isso, isso e isso”, a gente coloca tudo (Enf. 10; Setor 01).

Os relatos apresentam um fluxo determinado no serviço de saúde para crianças e adolescentes vítimas de violência. Cocco, Silva e Jahn (2010) mencionam que, no atendimento à vítimas de violência em serviços de saúde, o acolhimento e uma postura cautelosa são necessários para o estabelecimento de vínculo com a vítima e os familiares. Em casos de lesões graves, devem receber cuidados clínicos imediatos; hospitalização ou encaminhamento para outro serviço de referência e maior nível de complexidade, se necessário; além de assistência de enfermagem, psicológica, do serviço social e pediátrica, para notificação dos casos; e comunicação ao Conselho Tutelar. No entanto, muitas vezes o fluxo da vítima ocorre de maneira casual e assistemático.

A assistência do (a) enfermeiro (a) à vítima de violência no serviço de saúde analisado diferencia-se pelo setor de atuação desse profissional. O (A) enfermeiro (a) do acolhimento caracteriza-se como o (a) primeiro (a) profissional em que a vítima tem contato. Nesse setor, além da triagem, realiza-se o exame físico da vítima e a abertura do prontuário e a recolha de informação sobre o agravo à saúde, enquanto o (a) enfermeiro (a) da emergência ressalta que

não realiza evolução de enfermagem, uma vez que a consulta de enfermagem ocorre no setor de acolhimento, focando-se na administração de medicação e ações técnicas-assistenciais, como pode ser observado nos trechos abaixo:

Porque aqui você faz... a gente desenvolve a consulta de enfermagem. Aí quando você faz a consulta de enfermagem é que você avalia se aquela criança tem necessidade de um atendimento de emergência, de urgência ou emergência ou não (Enf.08; Setor 01).

Primeiro, a porta de entrada... a porta de entrada é aqui mas lá (emergência) é onde a criança realmente vai receber essa assistência (Enf. 09; Setor 01)

Não, aqui não. Aqui na emergência não. Não. Quem faz o exame físico é o médico. As meninas, a do acolhimento ainda faz porque ela tem que anotar. Se a mãe diz que está com um sangramento, não sei o que, elas pedem para olhar, ainda fazem. Mas aqui na emergência... a gente é mais a parte de medicar, sabe? (Enf. 04; Setor 02).

O reconhecimento da enfermagem como ciência perpassa pela utilização da consulta de enfermagem pelos (as) enfermeiros (as), uma vez que se trata da essência da enfermagem sistematizada a fim de assistir o indivíduo na sua integralidade. A consulta de enfermagem torna-se um processo sistemático e dinâmico, à medida que requer articulação entre suas fases, o levantamento de dados (histórico e exame físico), a análise e o planos de cuidados (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016).

No entanto, observa-se nos relatos que a consulta de enfermagem se restringe ao histórico da situação de violência e ao exame físico da vítima quando ocorre, como meio de repassar informações para os outros setores da instituição, quando na verdade a consulta de enfermagem deve ser o instrumento de abordagem e condução da assistência de enfermagem à vítima.

Nessa perspectiva, a aplicação do processo de enfermagem com utilização da consulta de enfermagem requer a qualificação permanente do (a) enfermeiro (a) para o raciocínio clínico, utilização de ferramentas para o exame clínico e subsídio para as outras etapas, com foco direcionado às necessidades da vítima (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016).

Em concordância com o supracitado, o setor da emergência não prioriza a consulta de enfermagem, renega-a e transfere a responsabilidade para a equipe do acolhimento que, da mesma forma atributiva, não realiza registros sobre a vítima por reforçar que é ser função atribuída ao (à) enfermeiro (a) do acolhimento. Percebe-se que, em detrimento da consulta e acolhimento, prioriza-se a assistência direta aos aspectos de saúde física da vítima, como pode ser constatado nas seguintes falas:

Aqui o papel da gente é como, a gente trabalha como enfermeiro assistencial e burocrático. A gente fica na parte de supervisão dos técnicos, a gente atua junto a eles na parte da assistência mesmo junto ao paciente (Enf. 03; Setor 02).

Porque aqui na emergência a gente não faz. É tipo livro, assim, de protocolo? Não, as vezes a gente bota no prontuário. E lá em cima as meninas fazem, né? A sae, fazem a evolução diária. É porque aqui a emergência a gente tem um fluxo muito grande para um enfermeiro e três técnicos. Às vezes não dá tempo. Geralmente quem faz o exame físico é o acolhimento. (Enf. 03; Setor 02)

É porque o prontuário, quem evolui no prontuário é o acolhimento. Quando recebe o paciente. A gente só evolui no prontuário porque aqui é, é observação não é internação. Então não tem evolução. Evolução é só a gente checar as medicações que são feitas, essas coisas (Enf. 12; Setor 02).

Apesar do setor de emergência caracterizar-se pela rapidez, objetividade e fluxo rápido de usuários, esse setor não minimiza uma atuação competente por parte do (a) enfermeiro (a). Entende-se como uma atuação competente aquela que pode ser descrita como a capacidade do (a) enfermeiro (a) prestar assistência individualizado, atendendo às necessidades dos usuários de forma a assegurar um cuidado baseado em saberes científicos próprios e procedimentos técnicos essenciais, tais como: liderança, comprometimento, comunicação, proatividade, relacionamento interpessoal e o saber ouvir, logo que o uso de tecnologias duras deve ser apoio à ação e não o essencial (MENDONÇA *et al*, 2018).

Vale salientar que em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tanta visibilidade como no serviço de emergência, caracterizando-se como o serviço de maior porta de entrada das situações de violência no SUS. Para muitas vítimas, a assistência, em um serviço de emergência, é a única vez que estarão diante de um profissional de saúde e o único momento que a violência será declarada (DESLANDES, 1999).

Em alguns casos, na enfermaria, a criança ou o adolescente vitimizado pode ser acompanhado por mais tempo e estabelecer um vínculo de confiança com o (a) enfermeiro (a), o que permite uma relação entre enfermeiro (a) e vítima para além das lesões físicas, assim como se desenvolve a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como pode ser observado nos trechos seguintes:

Então o que a gente tem que fazer é tentar passar confiança para ela. E ela saber que a gente não vai estar falando isso para todo mundo, entendeu? Que isso tem que ser algo sigiloso, não é? Tentar passar... Então geralmente a gente sempre coloca, assim, numa enfermaria onde ela possa ficar só, se tiver a vaga dela ficar sozinha (Enf. 16; Setor 03).

Na ala, o enfermeiro tem essa responsabilidade de observar como é o prognóstico do paciente, como é que ele está evoluindo, certo? O tratamento. Se está regredindo, se está melhorando. Você vê a condição que o paciente chegou, e a que ele está indo dia após dia, né? (Enf. 16; Setor 03).

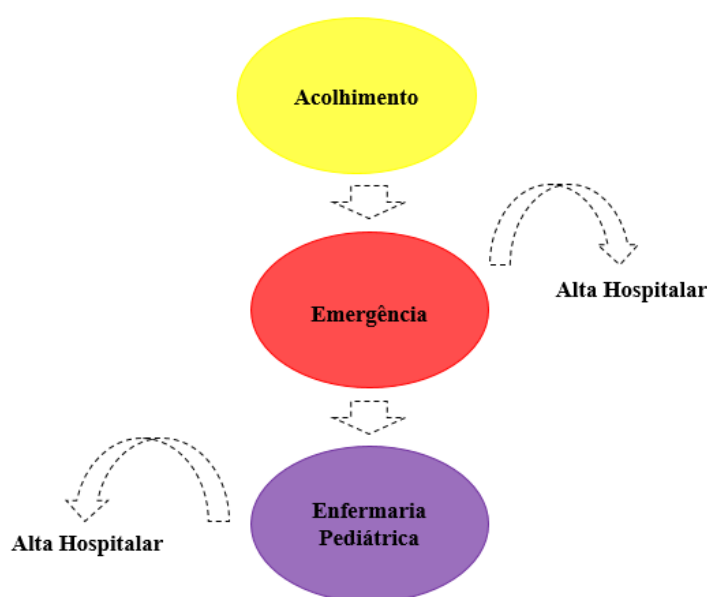
Toda criança que é admitida na ala pediátrica a enfermeira vai receber esse paciente para analisar, né? Fazer uma análise clínica dela e vai fazer a SAE, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (Enf. 14; Setor 03).

Estudo de Oliveira e Borges (2018) destaca a importância a Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado de enfermagem efetivo às crianças internadas, considerando a condição estressante da criança e dos familiares. Portanto, a atuação do (a) enfermeiro (a) deve ser qualificada e sensível, baseada na coleta de informações completas para a produção de intervenções de enfermagem adequadas.

A utilização de um instrumento científico garante ao profissional qualificação no gerenciamento do cuidado e planejamento de suas atividades. Dessa forma, a SAE possibilita uma assistência individualizada baseada nas necessidades do sujeito e pode-se afirmar que, para a criança e adolescente em situação de violência, um cuidado individualizado e sistematizado é capaz de alcançar a integralidade da assistência e contemplar as necessidades complexas dessa situação (SILVA; GUARANHANI; PERES, 2015).

Assim, a imagem abaixo descreve o fluxo de abordagem, das crianças e adolescentes vítimas de violência, nesse serviço de média complexidade.

Figura 12 - Fluxo de abordagem, à crianças e adolescentes vítimas de violência, na média complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



Fonte: dados da pesquisa

Quanto a notificação dos casos de violência, alguns enfermeiros (as) mencionaram ser realizada pelo assistente social e outro por um profissional específico do serviço hospitalar. Já outro profissional apontou que a notificação era realizada no acolhimento pelo (a) enfermeiro (a), sendo essa executada após a confirmação da violência. De modo geral, a questão da notificação, dos casos de violência, nesse serviço de média complexidade não apresenta um padrão conhecido pelos (as) enfermeiros (as), sob o risco de subnotificação, como evidenciado pelos diferentes profissionais nas falas a seguir:

É feita pela assistente social. Ela faz a notificação (...) para o Conselho Tutelar. É. Tem uns papéis que são preenchidos (...) assinados pelos médicos, tudo, né? Burocrática fica para a assistente social (Enf. 16; Setor 03).

Não, tem uma pessoa responsável no Hospital que faz esse tipo de notificação. A gente só comunica e ela faz a notificação (Enf. 05; Setor 03).

Não, a notificação é feita na entrada. Lá no acolhimento. Feita a notificação lá e o serviço social também faz. Então são os dois pontos que é feita a notificação (Enf. 06; Setor 03).

Quando esses casos são realmente confirmados, né? Porque até então é uma interrogação. Mas a partir do momento que o médico dá, né? A conduta mesmo, aí a gente vai e notifica. Que para mim, eu acho que a partir do momento que existe a interrogação, já deveria ser notificado (Enf. 13; Setor 03).

A ausência de padronização no modo de notificação, dos casos suspeitos ou confirmados no serviço de saúde, revela o desconhecimento ou o não comprometimento dos (as) enfermeiros (as) sobre a obrigatoriedade da notificação por eles mesmos enquanto profissionais de saúde, demonstrando que, apesar de obrigatória, essa prática ainda é pouco expressiva, especialmente entre os (as) enfermeiros (as) (SCHEK *et al*, 2018).

Destaca-se ainda o déficit de conhecimento por parte dos (as) enfermeiros (as) quanto à obrigatoriedade da notificação das situações de violência com crianças e adolescentes, mesmo diante de situações suspeitas, e o confundimento entre a notificação compulsória vinculada ao SINAN e a comunicação ao Conselho Tutelar.

Estudo de Souto, Zanin, Ambrosano, Flório (2018) identificou que poucos municípios no País notificaram violências contra crianças e adolescentes no SINAN e o aumento das notificações, após a instituição da lei nº 13.110/2014, mostra-se tímido, revelando entraves que precisam ser superados para estimular as notificações.

Embora a cultura institucional de notificação de situações de violência ainda esteja aquém do esperado, esse ato é essencial ao enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes no processo de restauração de seus direitos. Além de condicionar o início das

medidas de proteção e assistência às vítimas, a notificação também fornece informações para avaliar as características dos eventos, dimensionando a intensidade e produzindo visibilidade às manifestações de violência (SILVA *et al*, 2019).

Notificar significa compartilhar com diversos setores da sociedade a responsabilidade de proteger a vítima infantojuvenil, especificamente quando realizada a comunicação junto aos Conselhos Tutelares. No contexto de vigilância epidemiológica, a notificação compulsória, ao alimentar o banco de dados do SINAN, contribui para a qualificação do planejamento e definições de ações em saúde para esse público (SOUTO; ZANIN; AMBROSANO; FLÓRIO, 2018).

7.2.2.3 Categoria III - Capacitação do enfermeiro para lidar com as vítimas de violência

Na categoria III, representada pela **Classe 5**, não houve variáveis descritivas que se associaram à classe, portanto as evocações dos (as) enfermeiros (as) em todos os setores apresentaram homogeneidade quanto ao quesito capacitação e o modo de lidar com as vítimas de violência. Portanto, as falas relacionadas a essa classe versam sobre como os (as) enfermeiros (as) se sentem capacitados para lidar com esses casos específicos e, diante de sua capacitação, como abordam as vítimas no sentido relacional.

Os segmentos de texto que emergiram nessa classe fazem referência ao eixo **assistência** da Linha de cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, considerando que a interação do (a) enfermeiro (a) com a vítima faz parte do processo assistencial ampliado, especialmente quando se trata de uma vítima de violência que envolve além das lesões físicas, os aspectos emocionais e o contexto social.

Inicialmente, verificou-se que a maior parte dos (as) enfermeiros (as) não se sente totalmente capacitado para abordar a diversidade tipológica dos casos de violência com crianças e adolescentes, mesmo sendo o serviço de saúde específico para o atendimento pediátrico, como pode ser visualizado nos trechos abaixo:

Eu acho que a gente nunca está pronto o suficiente. Até porque são situações diversas (...) Então assim, eu acho que a gente nunca está capacitado o suficiente (Enf. 06; Setor 03).

Não. Não, porque assim eu acho que você tem que, a gente sabe. Pronto ela, essa enfermeira fez essa capacitação e ela repassa. Mas não é a mesma coisa. Ela repassa uma coisa ou outra (Enf. 04; Setor 02).

Eu acho que não. Assim, é uma, um assunto complicado, de difícil..., né? Até o próprios Conselhos sentem dificuldade nisso, que são treinados para isso. Os próprios conselheiros. O Conselho Tutelar em geral (Enf. 08; Setor 01).

Não, acho que não (Enf. 09; Setor 01)

Os sentimentos de incapacidade e insegurança manifestados pelos (as) enfermeiros (as) advêm da falta de preparo técnico e emocional do profissional para identificar e lidar com as situações de violência, de risco e sinais de alerta, além do medo de represália por parte da família e do agressor, somados ao desconhecimento sobre o ECA quanto aos fluxos e instrumentos de notificação (SOUTO; ZANIN; AMBROSANO; FLÓRIO, 2018).

Ressalta-se que o sentimento dos (as) enfermeiros (as), de não se sentirem habilitados, reflete a fragilidade no processo ensino-aprendizagem decorrente da matriz curricular e das capacitações específicas na abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência. Os mesmos atribuem explicações para essa lacuna na formação e atuação profissional, alegando que se houvessem formações voltadas à temática, especificamente, a forma de abordagem da vítima seria mais qualificada e adequada, como pode ser visto nos trechos a seguir:

A gente procura ajudar no que a gente foi orientada. Claro que se houver uma capacitação, um curso, alguma coisa do tipo, que aprimore o conhecimento em relação a isso, é bem melhor (Enf. 05; Setor 03).

Então acho que se tivesse uma capacitação, uma orientação melhor para a gente, para os profissionais como um todo, no Hospital seria bem melhor para conduzir essa situação (Enf. 15; Setor 03).

Realmente é necessário sim capacitação para que a gente saiba lidar melhor e saiba agir melhor. Acho que todas essas situações sociais a gente não é bem formado, não (Enf. 09; Setor 01).

Seria superimportante. Até porque, assim, iria nos orientar melhor como abordar. Porque cada caso é um caso, né? Assim, diferente. Como a gente poderia abordar melhor em um caso desse. Qual a orientação melhor a ser dada (Enf. 14; Setor 03).

O déficit no processo formativo na graduação e pós-graduação, pode, também, refletir a fragilidade na qualificação profissional na área forense no Brasil e no mundo. Estudo turco (TOPÇU; KAZAN, 2018) demonstrou que o conhecimento e a prática dos (as) enfermeiros (as) para casos forenses são inadequados, revelando necessidades de capacitação na área forense e, ainda, destaca que esse processo deve se iniciar na formação a nível de educação.

Associada à ausência de capacitações na área, os (as) enfermeiros (as) citaram também fragilidades na formação acadêmica, não objeto deste estudo por não analisar documentalmente os projetos pedagógicos das IES, os quais reafirmaram que a graduação se

realizou aquém das necessidades da prática profissional no cotidiano com as vítimas de violência, conforme trechos a seguir:

Que eu lembre na formação, na graduação... lembro que foi falado, lembro que foi tocado no assunto, mas acho que é deixado muito vago ainda (Enf. 09; Setor 01).

Porque é muito difícil você lidar com pessoa. Aí eu acho que você tem que se preparar mais, assim na graduação eu acho que tinha que ter mais esse preparo, entendeu? De você lidar com a pessoa mesmo (Enf. 04; Setor 02).

Porque o que a graduação oferece é muito pequeno para o que a gente realmente vê. E quando a gente realmente vê, a gente vê que não é nada do que estava ali tudo bonitinho, tudo explicadinho (Enf. 06; Setor 03).

Organismos internacionais, como a OMS e a International Association of Forensic Nurses (IAFN), têm estimulado a inclusão de conteúdo forense nos programas de graduação e pós-graduação na enfermagem, uma vez que o primeiro contato da vítima de violência no ambiente hospitalar é com o (a) enfermeiro (a). Para atender as demandas constantes de cuidados às vítimas e cumprir os requisitos jurídicos que envolvem essas situações se faz necessário expandir a Enfermagem Forense (DASH; PATEL; CHAVALI, 2016).

Os achados de um estudo destacam que os acadêmicos de Enfermagem apresentam conhecimento superficial, sobre a temática da abordagem de vítimas em situação de violência, e não conseguem associar as políticas de saúde e as intervenções de enfermagem específicas às vítimas. Assim, torna-se imperativo que as IES, públicas e privadas, reavaliem as estruturas curriculares a fim de sanar lacunas e estimular a pesquisa e a extensão relacionadas à formação nesta temática, considerando a disposição tardia desses aspectos da violência nas disciplinas curriculares e a ausência de uma disciplina complementar para a formação dos profissionais nessa perspectiva (MARTINS *et al*, 2017).

Mesmo os (as) enfermeiros (as) manifestando déficits no processo de formação, os mesmos afirmaram buscar mecanismos de apoiar e confortar e, dessa forma, ajudar a vítima nesse momento de estresse emocional, quiçá ao abrigo inconsciente de um legado teórico-conceitual apreendido em seu processo educacional e profissional, como visto nas falas a seguir:

E tenta confortá-la da melhor forma que for possível. Tentar passar a confiança para ela poder falar, desabafar o que está sentindo, e tentar ajudar, né? Porque é uma coisa muito difícil. Tento, tento. Eu tento conversar (Enf. 16; Setor 03).

Mas algumas pessoas, algumas enfermeiras inclusive, tentam dar um apoio psicológico mais... melhor... mais. É mais próximo. É importante, assim, é

importante porque elas chegam muito amedrontadas, muito perdidas, sem saber o que fazer realmente que iniciativa tomar (Enf. 08; Setor 01).

Presto, até porque tem, tem momentos que não tem a psicóloga. Aí a gente mesmo que tem que prestar esse apoio. É. Acho, acho bem importante. Porque assim, as vezes é um atendimento tão vago que só, tipo, feito medicação, feito isso e não tem essa, essa conversa, esse apoio, né? (Enf. 12; Setor 02).

Estudo de Melo, Souza, Bezerra e Fernandes (2016), com estudantes de enfermagem, revelou que os mesmos compreendem o cuidado de enfermagem relevante para o manejo de casos de violência, pois a atuação do (a) enfermeiro (a) envolve um atendimento acolhedor e humanizado, com escuta e apoio expressivo à vítima. Ao considerar a violência em grupos vulneráveis, como crianças e adolescentes, um problema grave que exige um acolhimento adequado e um cuidado integralizado, a presença do apoio emocional se faz fundamental na atuação do (a) enfermeiro (a).

Os (As) próprios (as) enfermeiros (as) revelam a importância e necessidade de estabelecer um vínculo de confiança com as vítimas, sendo esse vínculo essencial para as crianças e adolescentes se sentirem acolhidos e seguros para relatar a violência ocorrida, como pode-se perceber nas falas a seguir:

Porque essas crianças quando elas são abusadas, elas são, as pessoas que violentam elas intimidam, né? Ameaçam. Então elas se sentem intimidadas e acabam não se sentindo confortáveis de dizer. Então a maioria nega. Aí dependendo da conversa e tudo, da amizade que você vai adquirindo, aí é que elas vêm soltando alguns relatos, assim, pequeno que a gente vai juntando a conversa do que ela vai dizendo (Enf. 14; Setor 03).

Até para aquela criança ir ganhando confiança do profissional que está aqui, do profissional que vai receber ela lá dentro. Para ela começar a entender que desde do, daqui da entrada até lá dentro ela está sendo acolhida (Enf. 09; Setor 01).

Porque não é de todo jeito que ela vai confiar a você algo que é muito chocante para ela. Porque é muito chocante. Para você ter abordagem, para você conversar com essa paciente, você tem que conquistar a confiança dela (Enf. 11; Setor 01).

Lidar com casos de violência infantojuvenil exige dos profissionais de saúde conhecimento aprofundado sobre o tema e legislação específica, a fim de cumprir com qualidade seu papel diante de um caso suspeito ou confirmado de violência. Assim, para cuidar da criança e do adolescente e do familiar/responsável que a acompanha, o (a) enfermeiro (a) deve estabelecer uma relação de afinidade, harmonia e confiança com a vítima buscando evitar qualquer expressão de julgamento pelo tom de voz ou expressão facial (SACRAMENTO *et al*, 2017).

O (A) enfermeiro (a) atento (a) à problemática desenvolve uma escuta e olhar ampliados no momento do atendimento, sobretudo quando confrontado com a história do ocorrido na versão dos pais e/ou responsáveis, de um lado, e da criança e adolescente, do outro. Recomenda-se, idealmente, que os envolvidos sejam ouvidos separadamente para correlacionar achados do exame físico e averiguar a existência de discrepâncias, para tanto, o ambiente precisa ser seguro e acolhedor à vítima, visto que pode contribuir para uma relação de confiança entre a vítima e o profissional com o objetivo de quebrar o silêncio e permitir uma investigação mais aprofundada (GOMES, 2014; SACRAMENTO *et al*, 2017).

Esse processo relacional com a vítima mostrou-se valorizado pelos (as) enfermeiros (as), no sentido mais holístico, de ver a vítima como um ser humano em sofrimento que demanda uma assistência integral e, por conseguinte, humanizada e acolhedora, logo que a assistência tecnicista não se mostrou suficiente para atender todas as necessidades do sujeito, como destacam-se nos trechos abaixo:

Mas eu creio muito que é da humanização pessoal, certo? Cada pessoa tem o seu lado, assim, mais humano. Alguns são mais humanos, mais comoventes com tais situações e outros menos, né? Então, eu creio assim, não só uma capacitação que vá prestar uma assistência melhor. Claro que é superimportante, mas a humanização é o que está acima de tudo, né? Através da humanização que a gente pode ter um melhor acolhimento com uma criança dessa (Enf. 14; Setor 03).

A gente é um pouco de tudo. Um pouco de psicóloga, um pouco de assistente social. Então numa abordagem dessa, a gente acaba sendo interdisciplinar, né? Acaba puxando um pouco de psicologia, para poder prestar uma assistência melhor. Assim, muitas vezes não é só a medicação que vai resolver a clínica do paciente, muitas vezes é a maneira a qual ele é recebido, ele é acolhido aqui no hospital (Enf. 14; Setor 03).

Uma atuação humanizada e que visa respeitar os princípios da integralidade do atendimento às vítimas e agressores abarca um acolhimento inicial eficiente, identificação de sinais e sintomas, notificação do caso, cuidados específicos para as lesões e suas consequências, sejam visíveis ou invisíveis, assim como o registro e planejamento de condutas com equipes parceiras com o objetivo de avançar em uma assistência ampliada à crianças e adolescentes vítimas de violência (VALERA *et al*, 2015).

Um dos mecanismos explicitados pelos (as) enfermeiros (as) para garantir uma assistência humanizada foi a preservação da imagem e dos significados atribuídos, emocional e psicossocialmente, e suas nefastas consequências da vítima, mantendo-a internada em enfermaria reservada quando possível, na tentativa de proporcionar um conforto, proteção e segurança emocional à vítima, como nas falas abaixo:

Foram duas crianças estupradas pela mesma pessoa. Dois amigos, dois vizinhos. E a gente deixou eles sozinhos em uma enfermaria só e não colocou mais ninguém. Mas aí é quando, quando o serviço tem a vaga. Às vezes a demanda não tem como fazer, sabe? (Enf. 07; Setor 03).

Então geralmente a gente sempre coloca, assim, numa enfermaria onde ela possa ficar só, se tiver a vaga dela ficar sozinha, ela ficar só com a mãe vai ficar mais à vontade, entendeu? E tenta confortá-la da melhor forma que for possível (Enf. 16; Setor 03).

Enfermeiros (as) são legal e moralmente respaldados para intervirem nas situações de violência infantojuvenil. Para essa ação, torna-se inevitável que disponha de conhecimentos para condutas pautadas na ética, cidadania e humanização, com o objetivo único de garantir a proteção da vítima em seus diversos aspectos e romper com as violações dos direitos humanos às crianças e adolescentes (VALERA *et al*, 2015).

Os (As) enfermeiros (as) apontaram dificuldades em conversar com as crianças e adolescentes vítimas de violência, devido a postura dos mesmos muitas vezes em situação de retraimento, receosos ou sob efeitos ansiogênicos, portanto, sem abertura para o diálogo, especialmente os adolescentes. Esses se mostram, em alguns momentos, agressivos, irritadiços ou envergonhados, enquanto as crianças, contraditoriamente, expressam medo e retração exigindo uma relação mais próxima com o (a) enfermeiro (a) para falar, contudo, mais frequente do que com os adolescentes, como descreve os trechos abaixo:

A criança não, a criança ela é mais sincera, ela não mente, né? Criança você fala, você pergunta, e ela vai lhe respondendo. O que pode acontecer é no início ela não querer conversar com você, não querer responder. Mas como você pega uma certa intimidade com ela, ela vai começar a falar. Diferente do adolescente, que prefere ficar só, que não quer falar. Com criança ainda é mais fácil (Enf. 16; Setor 03).

Primeiro porque assim, quando é adolescente ela já se sente envergonhada por saber que a gente sabe o motivo que ela está aqui, né? Então o que a gente tem que fazer é tentar passar confiança para ela. E ela saber que a gente não vai estar falando isso para todo mundo, entendeu? Que isso tem que ser algo sigiloso, não é? (Enf. 16; Setor 03).

Porque geralmente quando é adolescente, que tem, assim, uma certa consciência de vida eles chegam frustrados aqui. Então a gente tem que ter assim, muito, muita delicadeza de tratar essas crianças, principalmente o adolescente (Enf. 02; Setor 01).

Então, os pequeninhos a gente não tem... não tem como conversar muito porque as vezes também eles não falam muito e os adolescentes eles ficam muito arredios. Eles são... a gente tenta conversar mais com o familiar do que com o próprio adolescente, com a própria criança (Enf. 06; Setor 03).

As situações de violência com crianças e adolescentes mostram um perfil de acumulação de eventos que se somam e se agravam permeadas pela ameaça e o medo, esses aspectos coercitivos permitem que se instale um pacto de silêncio, no qual as vítimas parecem ficar aprisionadas no desejo do adulto em um processo perverso no interior do ambiente doméstico (CRAVEIRO, 2016).

Estudo de Malloy, Brubacher e Lamb (2013) salienta vários fatores identificados como barreiras à divulgação da violência, ainda que sejam inconscientes, como por exemplo: idade reduzida, gravidade do abuso e relacionamento próximo com o agressor. Os autores ainda demonstram, que simplesmente solicitar, a falar sobre situações de abusos, mostra-se como um impulsionador para o relato de situações de violência pelas vítimas, contudo, esses estimuladores podem ser externos à situação vivenciada pela vítima e utilizados como desencadeadores para conversar sobre violência.

Indica-se que o relato da criança para as situações de violência surge quando a mesma tem uma oportunidade de conversar sobre a temática, sendo uma conexão com algo que já estava sendo conversado com ela. Desse modo, iniciar discussões sobre situações de abuso com crianças não se trata de uma ação fácil, deve ser mediada por outras falas, a fim de se criar a oportunidade para a criança espontaneamente relatar o fato, e não por meio de perguntas diretas, uma vez que as vítimas sofrem ameaças reais para não relatarem as situações de violência (MALLOY; BRUBACHER, LAMB, 2013).

As crianças mais novas tendem a relatar fatos de violência para adultos e, com o aumentar da idade, os pares são escolhidos para os relatos, por isso o (a) enfermeiro (a) apresenta dificuldade de conversar sobre situações de violência com adolescentes, apesar de que as crianças precisam confiar nos adultos para relatarem os fatos (MALLOY; BRUBACHER, LAMB, 2013).

Além da dificuldade de estabelecer diálogo com as vítimas, os (as) enfermeiros (as) mencionaram que a rotina de trabalho, no setor de atuação, e o próprio regime de plantão nos serviços da média complexidade, ou seja, de emergência e urgência, não favorecem a proximidade com a vítima dada a especificidade dos processos de trabalho envolvidos, afetando o vínculo que se constrói entre a criança e/ou adolescente e a enfermagem, como observado nos relatos a seguir:

Eu ainda pensei em pedir para desenhar alguma coisa assim, mas não fiz até porque a demanda como eu falei aqui é enorme. Então a gente não tem como parar e sair para isso. Então realmente fica para o profissional médico e a psicóloga entrar nessa parte (...) acho que deveria, se a gente tivesse mais como fazer isso acho que seria

bem viável sim. Até para aquela criança ir ganhando confiança do profissional que está aqui, do profissional que vai receber ela lá dentro (Enf. 09; Setor 01).

Agora como eu estou dizendo a você, o ruim é isso, você começa, ela começa a adquirir uma certa confiança em você, você está aqui um tempo com ela. Aí amanhã já é outra pessoa, aí ela já sente aquela dificuldade para conversar tudo de novo com aquela pessoa, não é? Mas assim, eu acho que se tivesse também a psicologia todo dia para estar ali incentivando, ajudando, seria melhor (Enf. 16; Setor 03).

Sabe-se que para a construção do vínculo entre as crianças e adolescentes vítimas de violência com os (as) enfermeiros (as) se faz necessário um processo de aproximação dinâmico, por meio de comportamentos manifestos e não-manifestos, verbais e não-verbais, sentimentos, reações psicológicas e físicas. Nesse sentido, as ações de enfermagem não devem ser guiadas exclusivamente para a doença, concentrando-se em um cuidado técnico, cujo procedimento afasta o (a) enfermeiro (a) da vítima, e de fato o regime de plantão dos (as) enfermeiros (as) pode funcionar como um potencializador desse afastamento (BAPTISTA *et al*, 2018).

Outro ponto importante, destacado nessa relação do (a) enfermeiro (a) com a vítima de violência, pauta-se no enfrentamento emocional desse profissional ao lidar com seus próprios sentimentos de revolta e indignação diante da criança e/ou adolescente violentado, muitas vezes por um agressor com grau de parentesco próximo, o que requer também um equilíbrio emocional, afetivo e psicossocial do profissional para conduzir tal demanda, como pode ser visto no relato abaixo:

Quando o pai ou a mãe... quando o responsável, né? Relata, eu não vou dizer que não, mas causa um impacto. Na gente. Então, a gente precisa rapidamente reorganizar a mente para que a gente não se envolva. Porque muitas vezes foi um pai, a mãe está desconfiando de um pai, de um padrasto e começa a causar uma certa revolta, né? Então, vai despertar, dependendo do caso, da situação, começa a despertar certas emoções na gente. Então a gente tem que parar e realmente se reorganizar para não se envolver e entender que a gente não pode tratar diferente, que a gente realmente tem que ser o melhor, ter, prestar a melhor assistência, fazer o máximo por aquela criança (Enf. 09; Setor 01).

Os profissionais de saúde se apoiam em normas e rotinas pré-estabelecidas que tendem a regular suas práticas cotidianas. Esse aspecto influencia na condução de situações de violência com crianças e adolescentes, além da inexistência de apoio emocional para atuar sobre situações específicas de violência, o que contribui para que muitos profissionais deixem de assumir suas responsabilidades e as transfira para outros serviços, não se envolvendo com os casos de violência (SCHEK *et al*, 2017).

7.2.2.4 Categoria IV - Percepção do (a) enfermeiro (a) sobre o contexto familiar e a vítima de violência

Na categoria IV, representada pela **Classe 3**, não houve variáveis descritivas que se associaram à classe, o que demonstra que os relatos dos (as) enfermeiros (as) em relação à percepção do contexto familiar e a vítima se mantiveram homogêneos. Portanto, os relatos dos (as) enfermeiros (as), evidenciados nessa classe, exibem a relação do (a) enfermeiro (a) com o familiar/acompanhante da vítima e o papel deste na situação de violência, podendo se comportar como agressor ou como vítima também da violência vivenciada.

Emergiu nessa classe termos e segmentos de texto que contemplam o eixo **assistência** da Linha de cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, uma vez que, de um lado, a interação com o familiar que acompanha a vítima no serviço de saúde hospitalar se faz imprescindível na condução da assistência à vítima, à medida que esse familiar pode favorecer o processo de cuidado da criança ou adolescente, como pode, por outro lado, dificultar o acesso de informações e de assistência direta à vítima.

Análogo ao exposto na classe anterior, ou seja, a Classe 5, a vítima na maioria das vezes não consegue relatar a situação de violência. Evidencia-se que tal fato potencializa-se na presença do familiar, ademais essa também não contribui no relato de informações, o que requer do (a) enfermeiro (a) habilidade para conduzir essas situações, como demonstra os relatos abaixo:

Então, a partir daí muitas dessas crianças na frente da mãe, da genitora, elas não se sentem confortáveis de falar sobre tal assunto. E aí a gente chega com jeitinho, assim, conversa com a mãe, as vezes a gente pede até um particular com o paciente, dependendo da idade. E aí, conversando ela acaba até se abrindo, contando algo que não teria coragem de contar na frente do familiar (Enf. 14; Setor 03).

Às vezes a criança não relata, o medo reprime, e ela não informa, não diz nada. Às vezes a gente pede para a mãe se ausentar, sair um pouco. Mas a criança as vezes a criança não fala. O medo é grande. Quando é um abuso elas não passam, não repassam nada (Enf. 01; Setor 03).

Porque então nem a criança não falou nada, nem a mãe também falou. Só como ela ficava quietinha, com a cabeça baixa, ela nunca disse nada a gente. Por isso a médica foi solicitou para levar para o Instituto para fazer uma investigação melhor (Enf. 13; Setor 03).

A proximidade com o agressor dificulta a revelação da situação de violência, aumentando o risco de reincidência da situação, que tem uma relação direta com o núcleo familiar, muitas vezes, conivente com a vitimização. Identifica-se essa uma dificuldade para

associações entre notificação e fatores ligados aos agressores e ao meio ambiente familiar (SOUZA *et al*, 2015).

A dificuldade de relatar a situação de violência, muitas vezes, encontra-se associada à existência de um contexto familiar violento que não pode ser exposto pela vítima ou pelo familiar acompanhante frente às ameaças nessas relações familiares de agressor e agredido. Assim, pode-se mencionar que a maior parte das vítimas é produto de agressores familiares, como destacam as falas dos (as) enfermeiros (as) a seguir:

Por que às vezes a mãe, a maioria sempre é assim, mora com o padrasto, a criança mora com a mãe e o padrasto, aí a mãe sai aí o padrasto, geralmente, acontece isso. Ou um irmão mais velho. Né? (Enf. 16; Setor 03).

Às vezes tem criança que a própria criança diz que foi abuso, que o namorado da mãe, o primo (Enf. 08; Setor 01).

Mas na maioria dos casos, os poucos casos na verdade, que eu já peguei eles já chegam logo dizendo: “foi o pai que bateu”, “foi um tio” (Enf. 10; Setor 01).

O lar, como local privilegiado de episódios de violência, revela a predominância de agressores familiares ou que possuem livre acesso à residência, demonstrando que tanto as vítimas como os agressores costumam permanecer a maior parte do tempo no domicílio. Os agressores contam com a cumplicidade de outros membros da família e, ainda, por não assumirem responsabilidades ou vínculos com a criança ou adolescente - a exemplo de padrastos - estabelece uma postura de não comprometimento com o agredido. Esse cenário de violência no ambiente doméstico provoca ruptura com a concepção de que o lar representa um lugar seguro, fonte de crescimento e desenvolvimento infantojuvenil (SOUTO; ZANIN; AMBROSANO; FLÓRIO, 2018).

Ademais, o (a) enfermeiro (a) enfrenta a omissão da violência por parte do familiar acompanhante que, geralmente, é a mãe, na tentativa de se resguardar enquanto agressora ou negar, tornando-se omissa, para proteger outro familiar produtor da violência, que a seu turno tem vínculo afetivo-emocional, como pode ser observado nos relatos dos (as) enfermeiros (as) a seguir:

Tento, tento. Eu tento conversar. Principalmente quando têm casos que a mãe omite, a criança fala, mas a mãe nega. Já aconteceu aqui várias vezes isso, né? E até crianças, assim, bem pequenas, crianças de quatro anos de idade que já ocorreu isso, e, foi assim, a mãe negando e a criança cheia já de verrugas de HPV, já sendo abusada já há bastante tempo (Enf. 16; Setor 03).

Como teve o caso que era o padrasto. A mãe sabia, aparentemente. Depois a gente ficou sabendo que ela sabia, mas não falava nada (Enf. 15; Setor 03).

Aí a gente conversa com a criança, de preferência pergunta a ela se ela quer ficar com a mãe ou com quem é que ela está. Se não, a gente pede para a mãe sair e conversa só com ela e depois com a mãe. Porque na maioria das vezes a mãe sempre diz que não sabia. Que na verdade a gente não sabe, se sabe ou não (Enf. 13; Setor 03).

Porque quando é uma pessoa da família, assim, marido da mãe, namorado da mãe, ela é muito enfática em dizer que não, que não, que não, que não foi. E quando a gente vai ver realmente foi (Enf. 08; Setor 01).

Às vezes a mãe sabe e não quer expor, não quer divulgar. Esconde. Aí no caso é acompanhado pelo conselho sim, da cidade (Enf. 01; Setor 03).

E a mãe disse que não sabia, que percebido há dois dias atrás, porque foi dar o banho nela, né? E percebeu. Mas assim, que aquela lesão já era bem, já fazia. É. Já fazia muito tempo que estava com aquela lesão, só que a mãe relatou que não sabia (Enf. 13; Setor 03).

Geralmente, o profissional de saúde recolhe a história clínica da criança através do cuidador da mesma e antes de falar diretamente com a criança. Assim, as informações fornecidas pelo cuidador formam a base inicial para a análise da criança, idealmente obtida sem a presença da vítima (GOMES, 2014).

A história clínica é o primeiro passo para uma avaliação minuciosa da situação de violência e deve refletir como o cuidador declara as circunstâncias de ocorrência do problema, assim, inclui o modo como a lesão aconteceu, quando e onde ocorreu, quem estava presente, o responsável pela criança, o que o cuidador estava fazendo quando ocorreu a lesão e quanto tempo aguardou para levar a criança para o serviço de saúde (GOMES, 2014).

Todos esses aspectos são avaliados quanto a plausibilidade da explicação do cuidador para as causas das lesões e o motivo para a lesão referido pelo mesmo, bem como a comparação com os achados do exame físico e os exames laboratoriais. Uma história pouco plausível e que não seja consistente com o nível de desenvolvimento da criança pode indicar uma situação de omissão do cuidador e a violência ser a causa das lesões (GOMES, 2014).

Essa omissão, por parte da mãe acompanhante, gera sentimento de indignação no (a) enfermeiro (a) para com a mesma, no sentido de negligenciar o cuidado com a vítima e não reconhecer as situações de violência que o filho(a) sofreu, apesar disso, o enfermeiro tenta se desprender desses julgamentos e focar na assistência à vítima, como demonstram os relatos a seguir:

Porque muitas vezes foi um pai, a mãe está desconfiando de um pai, de um padrasto e começa a causar uma certa revolta, né? Então, desperta, dependendo do caso, da situação, começa a despertar certas emoções na gente. Então a gente tem que parar e realmente se reorganizar para não se envolver e entender que a gente não pode

tratar diferente, que a gente realmente tem que ser o melhor, ter, prestar a melhor assistência, fazer o máximo por aquela criança. Independente de que a gente achar: ‘mas ela foi negligente’ dos nossos pré-julgamentos (Enf. 09; Setor 01).

De que a mãe falou que sabia quem era, que era o padrasto da criança, com quem ela convivia. Então, começa a causar um certo desconforto da gente. Porque como a mãe percebendo disso tudo e não fez nada até então. Só que o que eu, o que eu parei e pensei: ‘Não, mas agora ela está fazendo. Então não posso julgar, não me cabe nesse momento’. Então procurei deixar meus preconceitos e tratar ela bem, como vítima também da situação (Enf. 09; Setor 01).

Ela foi abusada de três aos sete anos de idade. Filha única e a mãe não sabia. Segundo ela, ela não sabia. Como não sabia? Ela falou, ela relatou, a mãe relatou, tinha momentos que a criança saía e a mãe via. Como que não via, gente? Segundo o relato da mãe (Enf. 11; Setor 01).

Estudos (SCHEK; SILVA; LACHARITÉ; BUENO, 2016; ANGELO; PRADO; CRUZ; RIBEIRO, 2013) demonstram inaceitação e julgamento dos profissionais de saúde diante do familiar de crianças e adolescentes em situação de violência, sobretudo a mãe, que falha no exercício de papel como cuidadora, na visão dos profissionais. Os (As) enfermeiros (as), especialmente, questionam a atitude do adulto agressor, que por meio de relações de poder viola os direitos da criança e do adolescente, extremamente frágeis nessa relação.

A maneira como a violência intrafamiliar ocorre desperta sentimentos de revolta no (a) enfermeiro (a), que provém não só do reconhecimento da fragilidade e incapacidade de defesa da criança, mas especialmente pela violência ter sido praticada por um membro da família, cuja violência acarretará danos físicos e psíquicos irreparáveis no desenvolvimento desse sujeito. Esse cenário leva a uma constante reflexão do (a) enfermeiro (a) na busca pela compreensão dos motivos que levam uma família a violentar uma criança (ANGELO; PRADO; CRUZ; RIBEIRO, 2013).

Destaca-se a inabilidade dos (as) enfermeiros (as), diante do exposto, como uma dificuldade dialógica com os acompanhantes/pais das vítimas. Frequentemente, a maioria não apresenta abertura para o diálogo com o (a) enfermeiro (a), exigindo desse profissional cautela no modo de formular as perguntas, a fim de não produzir um confronto com os mesmos. Evidencia-se ainda, pelos enfermeiros, que os pais têm maior abertura para a conversa com outros profissionais, a exemplo do assistente social do que com o (a) enfermeiro (a), como visto nos trechos abaixo:

Geralmente eles não querem ter muita conversa, né? Geralmente eles são mais fechados. Ou porque sabem quem cometeu algo com a criança ou o adolescente e não quer falar, ou muitas vezes é revoltado. Geralmente eles não gostam muito de conversar. A gente tenta, tem uns que cedem, uns que conversam, que desabafam, que choram, outros não, preferem ficar mais quietos (Enf. 16; Setor 03).

Tem que ser assim, umas perguntas, assim, bem delicadas que não venham aborrecer eles, que não deleguem suspeita, “foi você”, “foi isso, foi aquilo outro”, você não cuidou bem da criança”, porque eles já chegam frustrados. E muitas vezes eles chegam até querendo ser o dono da razão, entendeu? E sem ser (Enf. 02; Setor 01).

Que é mais fácil a mãe falar com a assistente social de que foi abuso, do que com a gente (Enf. 08; Setor 01).

A criação de vínculos, associada à habilidades de comunicação e acolhimento desenvolvidas pelo (a) enfermeiro (a), são fundamentais para o estabelecimento de relações favoráveis tanto com as vítimas quanto com os familiares das vítimas. A dificuldade para essas habilidades reflete a abordagem insuficiente sobre o tema no curso de graduação em Enfermagem, que contribui para o despreparo do (a) enfermeiro (a) em lidar com essas situações específicas, especialmente familiares (MARTINS *et al*, 2017).

Como supracitado, o familiar apresenta maior abertura de relatar a situação de violência com o assistente social, portanto, os (as) próprios (as) enfermeiros (as) quando não conseguem recolher informações do familiar solicitam apoio desse profissional, conforme relato seguinte:

Aí sim, a gente às vezes não conseguindo, a gente pede apoio da assistente social para tentar também, da psicóloga (Enf. 01; Setor 03).

Apesar dessas dificuldades, há diferentes comportamentos dos pais/acompanhantes, em que alguns manifestam agressividade e não aceitação da violência por outro familiar do próprio ambiente doméstico, outros, em contrapartida, expressam tranquilidade, apatia ou conformação com o ocorrido, enquanto existem as mães que dividem o sofrimento da violência do filho(a), choram e se decepcionam. Essas situações são expostas nos trechos a seguir:

Então eles chegam meio... já teve mãe de chegar agressiva, assim, agressiva verbalmente, porque já teve caso de ser o padrasto e elas não aceitam. A própria mãe da criança não aceita ser ele. Então ela chega agressiva achando que o médico está louco. Que não tem nada disso que estão vendo. Tem esses casos (Enf. 04; Setor 02).

Ela (Mãe) bem natural, bem tranquila. Só disse, desculpa o termo: “Fizeram uma safadeza com meu menino”. Só. E bem tranquila, e bem conformada entre aspas. A gente não sabe o que estava se passado na cabeça dela. Mas o que ela externou foi isso, foi tranquilidade sabe? Bem conformada mesmo. Foi só isso e porque ela, ela quis dizer. Ela que, ela que quis contar. Assim, eu fico um pouco incomodada de estar puxando, perguntando porque as vezes a pessoa não quer falar, né? Então como ela falou naturalmente porque sentiu vontade, acho que confiou (Enf. 07; Setor 03).

Quando tem a certeza, aí a mãe é chorosa. Relata que não esperava, ou que as vezes é até um vizinho ou um parente. Aí é bem triste, não aceita. Chora muito (Enf. 01; Setor 03).

Estudo de Angelo, Prado, Cruz e Ribeiro (2013) corrobora com a presente pesquisa, à medida que aponta a dificuldade que os (as) enfermeiros (as) apresentam de lidar com a banalidade de algumas famílias ao falarem sobre a prática de violência contra as crianças. Esses profissionais não compreendem como a família trata dessa problemática de maneira banal, pois na visão dos (as) enfermeiros (as) esse assunto deveria ser discutido com mais cautela, de forma que a vítima fosse mais preservada.

Os (As) enfermeiros (as) também revelam sentimentos de tristeza ao se sentirem intimidados pelos familiares das vítimas e, mesmo assim, tomam a decisão de notificar o caso de violência em detrimento das ameaças, mas com a motivação de aliviar o sofrimento da criança e contribuir para a quebra do ciclo de violência (ANGELO; PRADO; CRUZ; RIBEIRO, 2013).

Na presente pesquisa, o (a) enfermeiro (a) não se sente à vontade para questionar o familiar, sobretudo, quando o mesmo se encontra emocionalmente descompensado, seja por agressividade ou apatia, porém vale salientar que o (a) enfermeiro (a) possui um compromisso ético com as vítimas de situações de violência, especialmente, crianças e adolescentes, e é papel dele produzir o processo investigativo, não sendo algo que deve constranger o mesmo ao abordar os pais e familiares sobre as situações de violência.

7.2.2.5 Categoria V - Identificação da violência, contra crianças e adolescentes, pelo (a) enfermeiro (a) por meio da consulta de enfermagem

Na categoria V, representada pela **Classe 2**, predominaram as evocações dos (as) enfermeiros (as) que atuam no setor de Enfermaria Pediátrica ($\chi^2= 5,65$). Os relatos se referiram às ações do (a) enfermeiro (a) voltadas à realização da consulta de enfermagem, o que inclui o histórico e o exame físico e, conseqüentemente, o registro das informações relacionadas à situação de violência - ação privativa do (a) enfermeiro (a), o que representa sua competência técnica para abordar essas situações com crianças e adolescentes.

Os segmentos de texto associados a essa classe remetem para o eixo de **assistência** da Linha de Cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, logo que a consulta de enfermagem corresponde à assistência direta do (a) enfermeiro (a) à vítima,

podendo a partir dela compreender todos os fatores intrínsecos e extrínsecos ao agravo à saúde.

Verificou-se que o (a) enfermeiro (a) realiza registro escrito das informações da vítima de violência no prontuário. Contudo, o registro explícito da situação de violência, sofrida pela criança ou adolescente, no prontuário, durante a consulta de enfermagem, só ocorre quando o acompanhante (genitores/familiar) relata o evento claramente ou a confirmação da violência por outro órgão e a criança ou adolescente é admitido no serviço de saúde para assistência em saúde, sendo atribuída essa informação como a queixa principal da vítima. Como pode-se observar nos trechos abaixo:

Dá para perceber. Sim. Registrados na, na fichinha. Do atendimento. Sim. Como parte do exame físico. Até porque também a gente não tem como provar, né? Então é como parte do exame. Sim, se for dito na queixa a gente coloca: “Genitora, ou responsável relata... abuso ou violência, durante o exame físico foram observados tais e tais sinais” (Enf. 09; Setor 01).

A gente geralmente anota e coloca e bota SIC (segundo informações colhidas), segundo informações colhidas. Quando já vem confirmado, que tem caso que já vem confirmado, né? Houve abuso sexual confirmado. Aí a gente coloca que foi confirmado, tudo direitinho. Mas quando é aquela, aquele questionamento ainda, uma hipótese. Aí a gente coloca: “segundo informações colhidas houve abuso...” aquela coisa (Enf. 07; Setor 03).

Porque a mãe que vier com a criança não vai dizer que ela foi abusada de forma alguma, entendeu? A não ser, já teve caso também da mãe chegar e dizer que a criança tinha sido abusada pelo vizinho. Então ela tinha a certeza, então aí eu coloquei “abuso sexual”. Entendeu? Porque a mãe foi que já afirmou (Enf. 16; Setor 03).

Observa-se nos relatos a necessidade de confirmação da violência pelos familiares ou por outro órgão para o registro da mesma como queixa principal pelo (a) enfermeiro (a), caso contrário, o (a) enfermeiro (a) não assume essa responsabilidade de associar o trauma ou a situação que levou a criança ou o adolescente para o serviço de saúde a uma situação de violência. Estudo de Silva *et al* (2019) revelou que os registros de diferentes serviços de saúde analisados apresentam falta de detalhes dos materiais coletados e história clínica, o que dificultou a elucidação de muitos casos de violência, além de dados incompletos nos registros dos serviços de referência, no sistema de notificação de lesões, bem com no disque denúncia com ausência de informações imprescindíveis para o entendimento das situações de violência (SILVA *et al*, 2019).

Na ocasião dos familiares não explicitaram a ocorrência da violência, o (a) enfermeiro (a) restringe seu registro da queixa principal ao que for relatado pelo acompanhante não

estabelecendo um nexo-causal de uma situação de violência em si, como descrito nos relatos a seguir:

Até porque é uma suspeita, não é uma certeza. Então você não pode colocar lá como... entendeu? Você pode colocar “dor e ardência ao urinar”, alguma coisa assim relacionada ao que o paciente está sentindo. Porque o que você tem que anotar lá é a queixa do paciente, não é? Porque a mãe que vier com a criança não vai dizer que ela foi abusada de forma alguma, entendeu? (Enf. 16; Setor 03).

Coloca no caso o que está vendo, o que se está vendo naquele momento. Confirma com o médico. É. A gente entra no consenso. A gente e a médica. Conversam verbalmente (Enf. 01; Setor 03).

O que ele diz eu coloco. O pai ou o acompanhante, ou até o próprio menor eu coloco. “Menor relata isso, isso e isso. Que o tio fez isso. Que um estranho fez isso”. Eu coloco tudo (Enf. 10; Setor 01).

Algumas vezes a gente registra, mas aí num... Não associa a violência. A gente registra, faz o registro da lesão. Mas não associado à violência (Enf. 08; Setor 01).

Embora os profissionais de saúde compreendam a importância e até defendam a proteção das crianças e adolescentes em situação de violência, esses profissionais não registram os casos de violência, evidenciando um problema cotidiano: a subnotificação, o que contribui para que muitos casos permaneçam excluídos das estimativas oficiais. A subnotificação das diversas violências é um fato real, em diversos países, o que pode ser explicado pelo reconhecimento cultural do registro como um processo punitivo e com consequências legais, e não como um ato de assistência influenciando a verdadeira dimensão dos eventos violentos (SILVA *et al*, 2019).

Estudo brasileiro, realizado com serviços de média complexidade, constatou a insegurança dos profissionais de saúde ao registrar no prontuário da vítima a suspeita da violência contra a criança ou adolescente, sendo uma opção dos profissionais não formalizar a informação e transmiti-la verbalmente para a equipe multiprofissional (SCHEK *et al*, 2018).

Pode-se mencionar que o (a) enfermeiro (a), durante o exame físico, consegue identificar sinais característicos de um ato de violência pela localização, aspecto e gravidade, como visto nos trechos abaixo:

A gente viu que tinha sido forçado o local da vagina da criança. E estava bem hiperemiado, estava umas lesões também arroxeadas também, que a gente viu que o negócio tinha sido um pouquinho grave (Enf. 02; Setor 01).

Hematomas, as vezes unha, a gente percebe. Às vezes sangramento, as vezes a lesão na parte genital. A gente dá para perceber (Enf. 01; Setor 03).

Já teve caso de a gente ver machucado, de ver hematoma, de ver laceração. No exame físico, ao olho nu (Enf. 06; Setor 03).

Tem os hematomas, né? Que são visíveis, as lesões também na genital. Às vezes quando a gente está fazendo o exame físico, aí a gente percebe uma laceração, enfim, desde a simples até a mais evoluída, a gente percebe (Enf. 13; Setor 03).

Você percebe uma laceração, edema, uma irritação, algumas vêm com leucorreia (Enf. 14; Setor 03).

Dependendo do caso dá sim. Às vezes a gente percebe uma hiperemia, ou alguma presença de secreção, ou até mesmo, uma ruptura. Dá para perceber (Enf. 09; Setor 01)

Porque ela tinha, ela tinha lesão na planta do pé, que uma criança de nove meses ela não tem como se lesionar no pé. Ela tinha vários hematomas no corpo, tinha marca de mordida no bumbum. Ela estava bem característico (Enf. 03; Setor 02).

O (a) enfermeiro (a) consegue identificar sinais de violência quando estes são físicos, como demonstra os relatos que contextualizam essa discussão. De acordo com GOMES (2014) é imprescindível a realização de um exame físico completo em uma criança ou adolescente com suspeita de violência, deixando o local da lesão para o final. Essas lesões podem ser únicas ou múltiplas, em diferentes fases de cicatrização e podem se apresentar por fraturas, queimaduras, hematomas, fissuras e marcas no geral.

Essa conduta de priorizar os sinais clínicos visíveis é justificada, na maioria das vezes, pela dificuldade de entender a linguagem das crianças e adolescentes, que apresentam uma forma peculiar de expressar, de maneira verbal ou comportamental, as violências sofridas. Essa limitação, em relação à detecção de sinais subjetivos da violência, relaciona-se com a visão biomédica, ainda arraigada na formação em saúde de preocupar-se em tratar somente as lesões visíveis, ou a insegurança teórica sobre a compreensão dos sinais subjetivos de uma formação acadêmica deficiente que restringe o profissional a prestar uma assistência limitada e pontual (MELO; SOUZA; BEZERRA; FERNANDES, 2016).

Apesar da consulta de enfermagem ser uma atividade de competência do (a) enfermeiro (as, o mesmo encontra dificuldades de realizá-la quando se refere às vítimas de violência, por não obter consentimento das mesmas ou dos acompanhantes, sendo consentida por esses apenas as consultas realizadas pelo profissional médico, como demonstram os trechos a seguir:

Aqui a gente não tinha, porque ela de certa forma ela não quis, ela disse que não ia deixar ninguém ver, né? Aí a gente também não insistiu. Mas a médica viu, evoluiu, certo? Mas a gente da enfermagem ela não quis deixar (Enf. 13; Setor 03).

A gente faz o quê, faz a classificação de risco, faz o exame físico, se a mãe deixar. Se a família deixar. Que às vezes não autoriza. A gente olhar, a gente ver se tem algum hematoma, alguma coisa, algum traço. Se aceitar, bem. A gente faz o exame

físico todo. Se não, a gente respeita. Aceita não tocar, não mexer, não olhar. E deixa para a parte médica, mesmo (Enf. 01; Setor 03).

Claro que tudo vai depender, do que? Da autorização dos pais, da família, né? Até que ponto eles deixam a gente interagir, para poder colher as informações (Enf. 14; Setor 03).

O relato dos (as) enfermeiros (as) evidenciou as relações de poder que ainda permeiam o contexto dos serviços de saúde, especialmente, hospitalares, nos quais a figura do médico ainda apresenta uma hegemonia, que é produto de uma normatização cultural e social e influencia diretamente na organização das práticas em saúde, sobretudo, entre médicos e enfermeiros (as). Desse modo, o atendimento à vítimas de violência pelo (a) enfermeiro (a) é interrompido ou influenciado por ações que definem a atuação do médico como mais qualificada, seja pela sociedade, pelos próprios médicos ou pelos (as) próprios (as) enfermeiros (as) (SCHEK *et al*, 2017).

Ademais, existem situações que a consulta de enfermagem pode ser dispensada, quando a vítima já se submeteu ao exame físico ou quando se julga necessário exame mais específico, descaracterizando e inferiorizando a Consulta de Enfermagem, no que diz respeito à promoção da saúde mental e outras medidas de prevenção, portanto, sendo preterida e favorecendo a hegemonia ciências médicas e seu modelo clínico, conforme trechos abaixo:

E nos casos, assim, que a criança já chega já com o exame físico já prontinho a gente só repassa para os médicos (Enf. 02; Setor 01).

Em outros exames específicos. Não. Tipo, abusivo que eu digo, ginecológico. Aí só no exame ginecológico é que vai ver até aonde atingiu (Enf. 12; Setor 02)

Os relatos acima instigam uma reflexão sobre a não realização da consulta de enfermagem, por um lado deve-se considerar revitimização da vítima que precisa ser evitada, mas por outro lado emerge a crença de que a consulta de enfermagem não é específica para confirmar a violência, somente a médica.

A participação de diversos profissionais de serviços de saúde no diagnóstico de diferentes formas de violência mostra-se importante, por serem esses espaços locais interdisciplinares privilegiados para suspeita e detecção de situações de violência com criança e adolescente. O serviço de saúde muitas vezes é o primeiro lugar que os familiares buscam para tratar lesões ou problemas de saúde provenientes de situações de maus tratos, a partir da história clínica e a comparação com os achados e domínios do conhecimento de cada um dos profissionais de saúde, ou seja, de qualquer categoria profissional, devem

investigar, documentar e avaliar a ocorrência da violência por meio dos sinais encontrados (PEDROSO; PADILHA, 2014).

Os casos de abuso infantojuvenil requerem competência técnica dos (as) enfermeiros (as) de emergência para avaliar a história clínica e o exame físico, uma vez que os familiares que levam a vítima ao serviço de emergência podem tentar camuflar deliberadamente para o (a) enfermeiro (a) de emergência, com o fornecimento de informações imprecisas ou até omissão de informações por serem os autores ou testemunhas das situações de violência. Nesse sentido, nos EUA recomenda-se que o (a) enfermeiro (a) siga os protocolos de atendimento e as leis estaduais e federais, solicitando exames complementares para auxiliar nas investigações da violência, além do conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento infantil. Torna-se fundamental que os (as) enfermeiros (as) de emergência registrem as informações avaliadas quanto ao relato dos cuidadores e o mecanismo da lesão e os achados físicos, assim serão capazes de garantir autoeficácia das ações do (a) enfermeiro (a) na proteção de crianças e adolescentes em situação de violência (NORMANDIN, 2016).

Associada a essas dificuldades de realização da consulta de enfermagem, o (a) enfermeiro (a) demonstra reconhecer que não possui competência ou que não reconhece como parte de sua competência confirmar a violência quando se suspeita durante sua abordagem, fragilizando a atuação específica do (a) enfermeiro (a) e tornando sua atuação aquém da consulta médica, como pode-se ver nas falas a seguir:

Mas não, não tem como, como confirmar. Se não vir já confirmado aqui a gente não tem como confirmar não (Enf. 07; Setor 03).

Mas assim, até porque a enfermagem não pode diagnosticar (Enf. 16; Setor 03).

Então a gente vê mesmo que houve a violência. Só que nós não damos o diagnóstico (Enf. 14; Setor 03).

Quando não, a gente diz, só que de uma forma assim: “eu não tenho certeza, mas aí quando o senhor examinar...”, muitas vezes manda ir para o IML para verificar, para ter a constatação se realmente teve o abuso ou não (Enf. 16; Setor 03).

Aqui o quê que a gente faz, chama a assistente social, eles vão para o IML, e comprova ou não, se houve o abuso ou não. Não é com a gente, não. A gente não vai até esse ponto não (Enf. 07; Setor 03).

Os relatos demonstram claramente que os (as) enfermeiros (as) não se reconhecem com capacidade de confirmar uma situação de violência, a partir desses dados enfatiza-se a necessidade de estimular a perspectiva forense na atuação dos (as) enfermeiros (as) brasileiros (as) como campo de atuação legítima da enfermagem, demonstrando o

compromisso e a responsabilidade com a segurança das crianças e adolescentes vítimas de violência.

Ressalta-se que a enfermagem forense faz uso do conhecimento científico, tecnológico e inovador para examinar as vítimas de violência, trauma, casos criminais e de eventos de morte e, a partir dessa atuação, elucidar os casos sendo completamente competente para identificar e confirmar uma situação de violência. Nesse sentido, a enfermagem forense é a mais nova área das ciências forenses, porém apresenta uma forte atuação em serviços de emergência, em serviços de referência para o abuso sexual, investigação de cena de crime, de morte, espaços de prevenção de suicídio, patologia forense e espaços jurídicos (TOPÇU; KAZAN, 2018).

Contudo, o (a) enfermeiro (a) não precisa ser especialista forense para identificar situações de violência com crianças e adolescentes, uma visão forense do (a) enfermeiro (a) pode produzir suspeitas e identificar lesões e indícios diretamente relacionados às situações de violência por meio da consulta de enfermagem. São essas habilidades que precisam ser estimuladas na formação profissional para que o (a) enfermeiro (a) se sinta seguro para essa prática.

A consulta de enfermagem, no serviço de saúde hospitalar analisado, é realizada especialmente em dois setores que compõem o itinerário terapêutico das vítimas de violência, no acolhimento e na enfermaria. O foco do acolhimento é o exame físico e, na enfermaria, o histórico do paciente, logo que a partir desse o (a) enfermeiro (a) pode compreender o contexto da vítima e contribuir para o acompanhamento ao longo do período de internação, como verifica-se nos trechos abaixo:

Agora assim, para a gente ver, assim, exame físico, examinar tudo, é lá no acolhimento para você dar uma classificação do que você está fazendo, né? Aqui na ala a gente não vai examinar o paciente assim. Que aí já está vindo para cá já com o diagnóstico médico, já. É diferente, né? Entendeu? (Enf. 16; Setor 03).

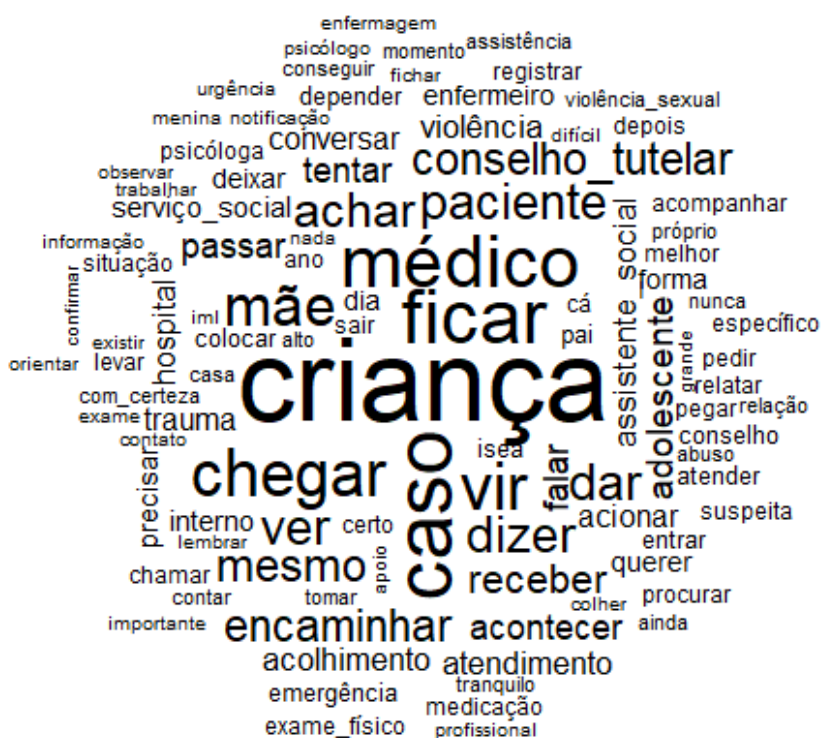
A criança fica internada e faz toda, todo o acompanhamento. Tudo. Sim. Porque é ali que a gente vai se deparar. Vai colher toda a história, colher. É triste. É muito triste quando chega assim (Enf. 01; Setor 03).

A assistência de enfermagem se encontra fragmentada em decorrência dos setores nos quais a vítima é assistida. O (A) enfermeiro (a) da enfermaria apresenta uma assistência especialmente voltada ao acompanhamento da vítima, não sendo mais o foco a investigação ou identificação da violência e sim o processo de cuidado dessa vítima, portanto é local de aceção das questões subjetivas a serem tratadas na criança e no adolescente. Assim, constata-se a busca por uma abordagem integral mais associada ao setor das enfermarias.

Abaixo, na figura 13, apresenta-se a nuvem de palavras que emergiram dos relatos dos (as) enfermeiros (as) atuantes nesse serviço de média complexidade e representa a consolidação dos principais termos que representam a abordagem dos enfermeiros às crianças e adolescentes em situação de violência.

Verifica-se que os termos mais evidentes foram: “criança”, “caso”, “chegar”, “médico”, “paciente”, “conselho tutelar”, “mãe”, “assistente social”, “adolescente”, “encaminhar”, “receber” e “acolhimento”.

Figura 12 – Nuvem de palavras do *corpus* textual referente aos discursos dos (as) enfermeiros (as) atuantes na média complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



Fonte: Produzido pelo Iramuteq com dados da pesquisa.

Destaca-se a evidência do termo “médico” na fala dos (as) enfermeiros (as), o que remete a manutenção de um modelo biomédico hegemônico centrado no modelo clínico e no ato médico, ainda presente nos serviços hospitalares, no qual o (a) enfermeiro (a) ainda não exerce seu potencial e autonomia para a realização da consulta de enfermagem efetiva, eficaz e eficiente, portanto resolutive completamente. Ressalta-se, também, a forte presença do

conselho tutelar e do assistente social como elementos significativos na assistência à crianças e adolescentes em situação de violência.

Apesar dessas dificuldades operacionais e doutrinárias das políticas públicas apresentadas, os achados e o serviço de saúde de média complexidade demonstram uma atuação dos (as) enfermeiros (as) pautada na realização de um acolhimento com classificação de risco e priorização da vítima de violência, o desenvolvimento do exame físico e, em alguns momentos, a utilização desse exame físico como ponto de partida para investigação da violência, além de uma abordagem ampliada e integral dos (as) enfermeiros (as) da enfermagem ao desenvolver uma sistematização da assistência de enfermagem e se preocupar claramente com as questões subjetivas das vítimas.

Por essas características, infere-se que esse serviço de saúde contempla o eixo de acolhimento da linha de cuidado integral à crianças e adolescentes em situação de violência, apresentando fragilidades na efetivação dos eixos notificação e assistência, uma vez que a interação e articulação multiprofissional e interdisciplinar necessita ser potencializada. O eixo seguimento também apresenta déficits em relação à articulação do serviço de saúde com a rede de proteção às vítimas. Já o eixo de promoção da saúde não surgiu nos relatos desse serviço de saúde, considerando que o escopo de atuação não se foca especificamente em ações de promoção da saúde.

Por esse cenário, enfatiza-se que esse serviço de saúde de média complexidade, analisado por se tratar de uma hospital referência para atendimento de crianças e adolescentes, apresenta um potencial de desenvolvimento de um serviço de referência para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência com uma atuação efetiva de uma equipe interdisciplinar, com destaque para o (a) enfermeiro (a), respeitadas as fragilidades e os desafios no processo de acolhimento e a realização de uma consulta de enfermagem resolutiva, avançando na concretização da notificação e no atendimento integral da vítima. Esse contexto contempla os eixos da linha de cuidado integral do Ministério da Saúde em articulação com os outros serviços da rede de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência.

7.3 Abordagem do (a) enfermeiro (a), na alta complexidade de atenção à saúde, às crianças e adolescentes em situação de violência

7.3.1 Perfil dos (as) enfermeiros (as) da alta complexidade

Sobre o perfil dos (as) enfermeiros (as) abordados na instituição de alta complexidade tem-se que dos 30 enfermeiros (as) participantes, sete (23,3%) atuavam no acolhimento, dois (6,7%) na sala vermelha, cinco (16,7%) na observação pediátrica, oito (26,7%) na enfermaria pediátrica e oito (26,7%) na unidade de terapia intensiva pediátrica, sendo descrita sumariamente a caracterização desses enfermeiros (as) no quadro abaixo, bem como no texto que segue.

Destaca-se o predomínio do sexo feminino (27; 90%) dos profissionais. Quanto à faixa etária não houve concentração de profissionais em apenas um grupo etário, contudo o intervalo de 35-39 anos representou o maior percentual (11; 36,7%) dos enfermeiros, em seguida a faixa etária > de 40 anos (8; 26,7%), de 25-29 anos (6; 20%) e de 30 -34 anos (5; 16,7%).

Esses dados corroboram com o estudo de Souza *et al* (2015) que avaliou profissionais de serviços de emergência e apontou predomínio de profissionais do sexo feminino e com faixa etária média situada entre 20 e 40 anos.

No que compreende a formação dos mesmos, a maioria possuía mais de 10 anos de conclusão da graduação (18; 60%), seguido do grupo entre 5 a 9 anos de formação (8; 26,7%) e apenas (4; 13,3%) dos profissionais com tempo de conclusão da graduação entre 1 e 4 anos. Em termos da instituição de formação, a maior parte dos profissionais (11; 36,7%) é egresso de uma IES pública, em seguida profissionais provenientes IES privadas compreenderam (12; 40%) enfermeiros (as) e egressos de IES de outros municípios do estado representou (7; 23,3%).

Estudo de Hasse e Vieira (2014) encontrou dados semelhantes, tempo de conclusão de graduação e perfil das universidades de formação dos profissionais, em profissionais de saúde atuantes em serviços de saúde que atendem situações de violência. Nesse estudo, o tempo de egresso variou de 1 a mais de 30 anos com predominância de profissionais formados em universidades públicas, assim como identificou o presente estudo.

O maior número dos profissionais não informou outra graduação, contudo a maioria afirmou ter cursado uma pós-graduação (26; 86,7%) e apenas (4; 13,3%) enfermeiros (as) não mencionaram formação além da graduação. Dos que afirmaram cursar e concluir uma

pós-graduação *lato sensu* houve predomínio na área de Saúde da Família/Saúde Pública, (13; 43,3%), seguida pela área de urgência e emergência (5; 16,7%), que representa o escopo de atendimento da instituição em análise, bem como a área de unidade de terapia intensiva (3; 10%), (2; 6,7%) enfermeiros (as) afirmaram possuir pós-graduação em enfermagem do trabalho, (2; 6,7%) pós-graduação *Stricto Sensu* em recursos naturais e (1; 3,3%) enfermeiro pós-graduação em obstetrícia. Desses profissionais, reduzida parte (6; 20%) afirmou ter mais de uma pós-graduação, sendo essas nas áreas de gestão em saúde/políticas públicas, enfermagem do trabalho, saúde da família/saúde pública e saúde mental.

No que se refere aos aspectos trabalhistas, metade dos profissionais (15; 50%) ingressou no serviço de saúde por meio de concurso público, a outra metade como prestador de serviço (13; 43,3%) e seleção pública (2; 6,7%). Quanto à jornada de trabalho semanal, a maior parte relatou trabalhar 30h (14; 46,7%), seguido de 24h (12; 40%), pequena parte afirmou cumprir carga horária de 36h semanais (2; 6,7%), 40h semanais (1; 3,3%) e jornada de trabalho semanal variável (1; 3,3%).

Quanto ao tempo de atuação no nível de atenção à saúde, um pouco mais da metade dos profissionais (16; 53,3%) atua entre 5 e 10 anos na alta complexidade, seguida de (10; 33,3%) profissionais que atuam entre 1 e 4 anos e somente (4; 13,3%) entre 11 e 20 anos. Em relação a possuir outro vínculo empregatício, os (as) enfermeiros (as), predominantemente, relataram atuar em outro serviço (22; 73,3%). As áreas de atuação mais identificadas foram atenção primária (5; 16,7%) e outro serviço hospitalar (5; 16,7%), seguida da atuação na educação superior (4; 13,3%), como docente em sala de aula ou preceptor de estágio, (3; 10%) enfermeiros (as) mencionaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e (1; 3,3%) enfermeiro (a) afirmou atuar também, especificamente, em UTI neonatal, (1; 3,3%) como gestor em outro município, (1; 3,3%) em educação para nível técnico e (1; 3,3%) em outro setor externo a saúde.

No que tange à capacitação específica na abordagem a crianças e adolescentes em situação de violência, a maioria dos (as) enfermeiros (as) (27; 90%) afirmou não ter realizado ou participado de capacitação com esse foco; quanto ao questionamento da temática ter sido mencionada em algum processo de formação, a metade (15; 50%) dos (as) enfermeiros (as) afirmou positivamente, e a outra metade (15; 50%) negativamente; dos que afirmaram ter ouvido falar sobre o tema em processos formativos (4; 13,3%) mencionaram ter ocorrido em capacitações/aperfeiçoamentos, (4; 13,3%) em aulas de pós-graduação, (3; 10%) em estudos individuais, (2; 6,7%) em congressos da área de saúde e (2; 6,7%) na graduação.

Estudo de Souza *et al* (2015) corrobora com o presente, logo que verificou ausência de capacitação específica de enfermeiros (as) de assistência hospitalar para abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência em torno de 70% dos profissionais analisados, dados que concordam com o nível de capacitação dos (as) enfermeiros (as) em outros níveis de complexidade de atenção à saúde para identificação e notificação dos casos de violência.

Estudo de Husse e Vieira (2014) já apresentou dados de capacitação divergentes, cerca de 78,5% dos profissionais afirmaram ter ouvido falar sobre a temática violência no processo de formação, contudo, quanto à capacitação específica para abordagem de casos de violência o percentual reduziu para 27%, demonstrando um déficit ainda presente quanto à capacitações específicas por parte dos profissionais de saúde.

Quadro 9 – Caracterização dos (as) enfermeiros (as) atuantes na Alta complexidade participantes da pesquisa conforme setor de atuação.

Setor	Enfermeiro	Pós-graduação*	CE**
Acolhimento	7	Pós-graduação em outras áreas	Não
	12	Pós-graduação na área de atuação	Não
	16	Pós-graduação em outras áreas	Sim
	18	Pós-graduação em outras áreas	Não
	19	Pós-graduação em outras áreas	Não
	24	Não	Não
	28	Não	Não
Sala Vermelha	6	Não	Não
	23	Pós-graduação na área de atuação	Não
Observação Pediátrica	1	Pós-graduação em outras áreas	Não
	15	Pós-graduação na área de atuação	Não
	21	Pós-graduação na área de atuação	Não
	26	Pós-graduação em outras áreas	Não
	29	Pós-graduação em outras áreas	Não
UTI Pediátrica	2	Pós-graduação em outras áreas	Não
	3	Pós-graduação em outras áreas	Não
	10	Pós-graduação em outras áreas	Não
	13	Pós-graduação na área de atuação	Não
	17	Pós-graduação em outras áreas	Não
	20	Pós-graduação em outras áreas	Não
	25	Não	Sim
	30	Pós-graduação na área de atuação	Não
Enfermaria Pediátrica	4	Pós-graduação em outras áreas	Não
	5	Pós-graduação em outras áreas	Sim
	8	Pós-graduação em outras áreas	Não
	9	Pós-graduação em outras áreas	Não
	11	Pós-graduação em outras áreas	Não

	14	Pós-graduação na área de atuação	Não
	22	Pós-graduação na área de atuação	Não
	27	Pós-graduação em outras áreas	Não

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda *Pós-graduação na área de atuação se refere a urgência e emergência ou saúde da criança e adolescente ou UTI pediátrica, em outras áreas inclui todas as demais. **CE = Capacitação Específica para abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência.

7.3.2 Análise lexicográfica, associada à análise de conteúdo de Bardin, das entrevistas com os (as) enfermeiros (as) da alta complexidade

Quanto à análise lexicográfica do conteúdo das entrevistas dos (as) 30 enfermeiros (as) participantes desse nível de alta complexidade, tem-se a seguinte descrição do *corpus* textual: número de textos = 30; ocorrências de palavras = 48794; número de segmentos de texto = 1431, sendo 1281 segmentos aproveitados representando um percentual de aproveitamento de 89,52%; número de formas = 2698; e hapax = 2000 representando 4,10%.

A Classificação Hierárquica Descendente categorizou o conteúdo em seis classes: Classe 1 com 208 ST (16,24%), Classe 2 com 155 ST (12,1%), Classe 3 com 173 ST (13,51%), Classe 4 com 186 ST (14,52%), Classe 5 com 286 ST (22,33%) e Classe 6 com 273 ST (21,31%), como observa-se no dendrograma abaixo:

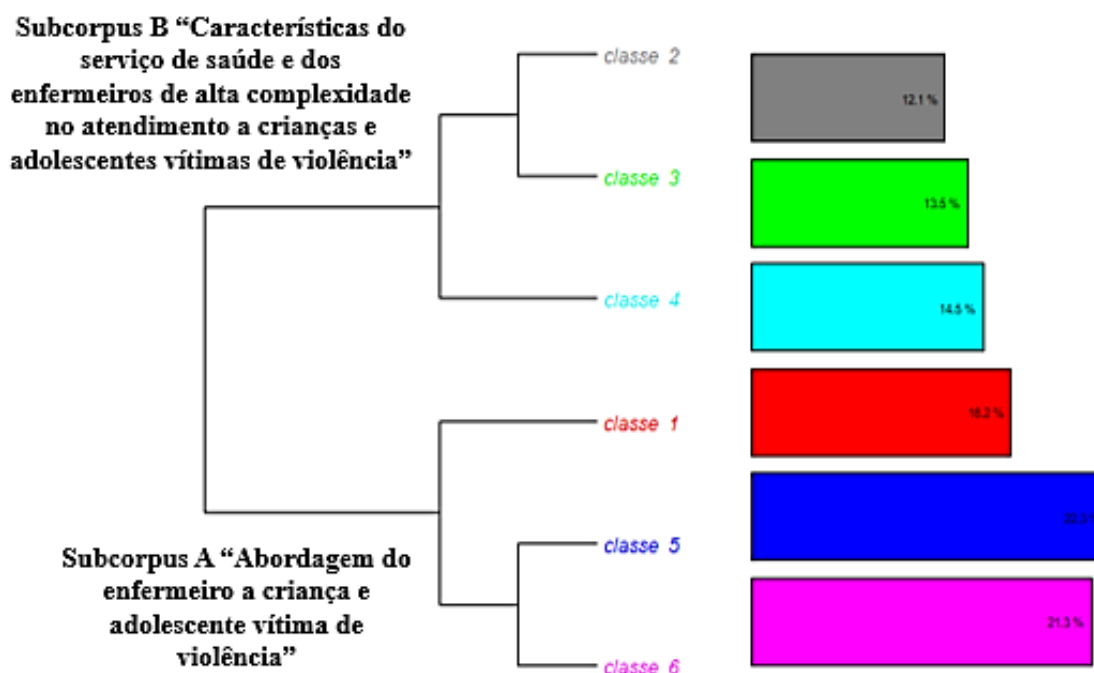


Figura 13 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* textual referente às entrevistas com enfermeiros (as) atuantes na alta complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa.

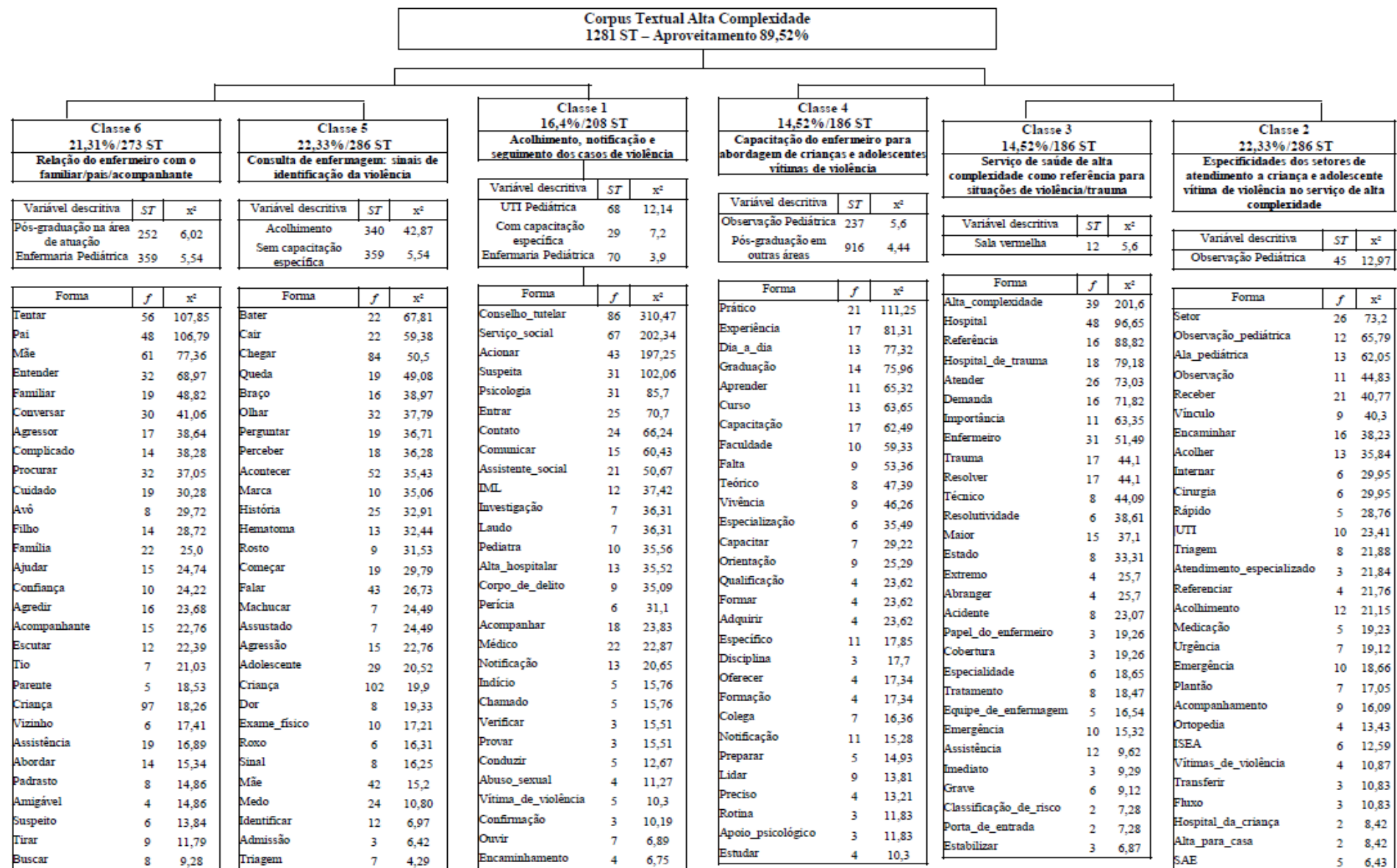
Destaca-se que essas seis classes encontram-se divididas em dois subcorpus A e B do corpus textual, os quais foram analisados em consonância com a análise de conteúdo de Bardin (2016), a qual permitiu extrair categorias temáticas para definir os subcorpus e suas ramificações. O subcorpus A **"Abordagem do (a) enfermeiro (a) à criança e adolescente vítima de violência"** mostra-se composto pelas Classes 1, 5 e 6. A Classe 1 (Acolhimento, notificação e seguimento dos casos de violência) diz respeito à abordagem inicial às situações de violência com crianças e adolescentes envolvendo acolhimento, notificação e acionamento da equipe multidisciplinar e órgãos da rede de assistência à vítima de violência. Enquanto que uma repartição origina as Classes 5 e 6; a Classe 5 (Consulta de enfermagem: sinais de identificação da violência) compreende a abordagem do (a) enfermeiro (a) à vítima de violência na tentativa de identificar sinais de evidência da violência por meio da anamnese e do exame físico; e a Classe 6 (Relação do (a) enfermeiro (a) com o familiar/pais/acompanhante) representa as especificidades do (a) enfermeiro (a) em lidar com o familiar/pais que acompanham a vítima de violência sendo, esses mesmos ou outros parentes próximos, suspeitos da agressão em diversas situações.

O subcorpus B denominado **"Características do serviço de saúde, e dos (as) enfermeiros (as), de alta complexidade no atendimento à crianças e adolescentes vítimas**

de violência”, que contém discursos correspondentes à Classe 4 (Capacitação do (a) enfermeiro (a) para abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência) trata das fragilidades na formação acadêmica e educação permanente dos (as) enfermeiros (as) para uma abordagem específica e qualificada às vítimas, como também, uma subdivisão que define duas ramificações compreendendo as Classes 2 e 3. A Classe 2 (Especificidades dos setores de atendimento à criança e adolescente vítima de violência no serviço de alta complexidade) contempla as particularidades dos cinco setores: acolhimento, sala vermelha, observação pediátrica, enfermaria pediátrica e uti pediátrica, pelos quais a vítima pode percorrer no serviço de saúde. Já a Classe 3 (Serviço de saúde de alta complexidade como referência para situações de violência/trauma) trata sobre o papel do serviço de saúde em análise como centro de atendimento às vítimas de violência/traumas no Estado da Paraíba e sua resolutividade.

Para alcançar uma melhor compreensão das classes, elaborou-se um diagrama com a lista de palavras de cada classe gerada a partir do teste qui-quadrado, sendo considerado como ponto de corte as palavras com $\chi^2 > 3,84$ ($p < 0,05$). No diagrama destacam-se as evocações que apresentaram vocabulário semelhante em si e vocabulário diferente das outras classes, detalhando cada uma das classes emergidas na CHD, conforme figura 15 a seguir.

Figura 14 - Diagrama das classes integrantes do dendrograma do *corpus* textual referente às entrevistas com enfermeiros (as) atuantes na alta complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil.



Legenda: ST – quantidade de segmentos de texto; f – n° de segmentos de texto que contem a palavra na classe; χ^2 - qui-quadrado de associação da palavra com a classe

Compreende-se por alta complexidade o conjunto de procedimentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde que abarcam alta tecnologia e alto custo de execução, para situações com necessidades específicas em articulação com os outros níveis de complexidade (atenção primária e média complexidade) (BRASIL, 2007).

Os principais serviços que contemplam a alta complexidade no SUS envolvem a procedimentos de diálise ao paciente renal crônico, assistência ao paciente oncológico, cirurgias de grande porte (cardiovascular; vascular; cardiovascular pediátrica), procedimentos intensivos, extracardíacos, assistência traumatológico-ortopédica, neurocirurgia, implantes, cirurgias de cabeça e pescoço, cirurgias de reabilitação protética, assistência a queimados, cirurgia reprodutiva, reprodução assistida, assistência à doenças raras e genética (BRASIL, 2007).

As definições de níveis de complexidade no SUS contribuem para organizar a prestação de serviços aos usuários, de modo a contemplar a integralidade dos atendimentos de toda a população. Na perspectiva das redes de atenção à saúde, os níveis de complexidade de atenção à saúde são igualmente importantes uma vez que cada nível cumpre papéis específicos para necessidades específicas (OLIVEIRA, 2016).

No processo de gestão das redes de atenção à saúde, os serviços de alta complexidade não atingem todos os municípios, especialmente, pela predominância de municípios de pequeno porte, ou seja, de baixa densidade populacional, o que requer o fortalecimento do processo de regionalização em saúde para estimular a articulação desses municípios com serviços externos de maior porte (PEITER *et al*, 2019). O Município e o serviço de alta complexidade, avaliados neste estudo, representam importante polo de acesso a serviços de alta complexidade, sendo responsável pelo atendimento de diversos municípios pactuados.

A partir da compreensão da Linha de Cuidado Integral à crianças e adolescentes em situação de violência, as ações em saúde voltadas a esse grupo vulnerável devem manter uma articulação entre níveis de assistência e com os hospitais de alta complexidade, sobretudo, através dos serviços traumatológico-ortopédicos, neurocirurgias e cuidados intensivos.

O Quadro abaixo descreve a composição das seis classes que emergiram dos relatos dos (as) enfermeiros (as) que atuam na alta complexidade, com a indicação os eixos da linha de cuidado integral do Ministério da Saúde para cada uma das classes revelando a relação das classes com os eixos desse documento oficial.

Quadro 10 - Demonstrativo das classes do *corpus* textual da Alta Complexidade (percentual, ST, intervalo do x^2 , termos de composição) e os respectivos eixos da linha de cuidado integral à crianças e adolescentes em situação de violência.

C	P	Intervalo do x^2	Termos Composição das categorias	Linha de Cuidado
1	16,4 % (f=208 ST)	$x^2 = 310,47$ (Conselho_tutelar) e $x^2 = 6,75$ (Encaminhamento)	“ Conselho_tutelar” ($x^2=310,47$); “Serviço_social” ($x^2=202,34$); “Acionar” ($x^2=197,25$); “Suspeita” ($x^2=102,06$); “Psicologia” ($x^2=85,7$); “Entrar” ($x^2=70,7$); “Contato” ($x^2=66,24$); “Comunicar” ($x^2=60,43$); “Investigação” ($x^2=36,31$); “Acompanhar” ($x^2=23,83$); “Notificação” ($x^2=20,65$); “Abuso_sexual” ($x^2=11,27$); “Confirmação” ($x^2=10,19$); “Encaminhamento” ($x^2=6,75$).	Acolhimento Notificação Seguimento
5	22,33 % (f=286 ST)	$x^2 = 67,81$ (Bater) e $x^2 = 4,29$ (Triagem)	“ Bater” ($x^2=67,81$); “Cair” ($x^2=59,38$); “Chegar” ($x^2=50,5$); “Queda” ($x^2=49,08$); “Braço” ($x^2=38,97$); “Olhar” ($x^2=37,79$); “Perguntar” ($x^2=36,71$); “Perceber” ($x^2=36,28$); “História” ($x^2=32,91$); “Hematoma” ($x^2=32,44$); “Falar” ($x^2=26,73$); “Exame_fisico” ($x^2=17,21$); “Mãe” ($x^2=15,2$); “Identificar” ($x^2=6,97$); “Triagem” ($x^2=4,29$)	Acolhimento Assistência
6	21,31 % (f=273 ST)	$x^2 = 107,85$ (Tentar) e $x^2 = 9,28$ (Buscar).	“ Tentar” ($x^2=107,85$); “Pai” ($x^2=106,79$); “Mãe” ($x^2=77,36$); “Entender” ($x^2=68,97$); “Familiar” ($x^2=48,82$); “Cuidado” ($x^2=30,28$); “Avô” ($x^2=29,72$); “Filho” ($x^2=28,72$); “Família” ($x^2=25,0$); “Ajudar” ($x^2=24,74$); “Confiança” ($x^2=24,22$); “Acompanhante” ($x^2=22,76$); “Escutar” ($x^2=22,39$); “Parente” ($x^2=18,53$); “Vizinho” ($x^2=17,41$); “Padrasto” ($x^2=14,86\%$); “Suspeito” ($x^2=13,84$); “Buscar” ($x^2=9,28$).	Assistência
4	14,52 % (f=186 ST)	$x^2 = 111,25$ (Prático) e $x^2 = 10,3$ (Estudar)	“Prático” ($x^2=111,25$); “Experiência” ($x^2=81,31$); “Dia_a_dia” ($x^2=77,32$); “Graduação” ($x^2=75,96$); “Aprender” ($x^2=65,32$); “Curso” ($x^2=63,65$); “Faculdade” ($x^2=59,33$); “Falta” ($x^2=53,36$); “Vivência” ($x^2=46,26$); “Capacitar” ($x^2=29,22$); “Qualificação” ($x^2=23,62$); “Formação” ($x^2=17,34$); “Rotina” ($x^2=11,83$); “Estudar” ($x^2=10,3$)	Assistência
2	22,33 % (f=286 ST)	$x^2 = 73,2$ (Setor) e $x^2 = 6,43$ (SAE)	“Setor” ($x^2=73,2$); “Observação_pediátrica” ($x^2=65,79$); “Ala_pediátrica” ($x^2=62,05$); “Receber” ($x^2=40,77$); “Vínculo” ($x^2=40,3$); “Encaminhar” ($x^2=38,23$); “Acolher” ($x^2=35,84$); “Internar” ($x^2=29,95$); “UTI” ($x^2=23,41$); “Referenciar” ($x^2=21,76$); “Acolhimento” ($x^2=21,15$); “Urgência” ($x^2=19,12$); “Acompanhamento” ($x^2=16,09$); “Fluxo” ($x^2=10,83$), e “SAE” ($x^2=6,43$)	Acolhimento Assistência
3	a 14,52 % (f=186 ST)	$x^2 = 201,6$ (Alta_complexidade) e $x^2 = 6,87$ (Estabilizar)	“Alta_complexidade” ($x^2=201,6$); “Hospital” ($x^2=95,65$); “Referência” ($x^2=88,82$); “Hospital_de_trauma” ($x^2=79,18$); “Atender” ($x^2=73,03$); “Demanda” ($x^2=71,82$); “Enfermeiro” ($x^2=51,49$); “Resolver” ($x^2=44,1$); “Resolutividade” ($x^2=38,61$); “Abranger” ($x^2=25,7$); “Papel_do_enfermeiro” ($x^2=19,26$); “Especialidade” ($x^2=18,65$); “Equipe_de_enfermagem” ($x^2=16,54$); “Emergência” ($x^2=15,32$); “Assistência” ($x^2=9,62$); “Grave” ($x^2=9,12$); “Classificação_de_risco” ($x^2=7,28$); “Porta_de_entrada” ($x^2=7,28$) e “Estabilizar” ($x^2=6,87$).	Acolhimento Assistência

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: **C**= Classe; **P** = Percentual de representatividade da classe no *corpus* total; ST = Segmento de texto; x^2 = qui-quadrado.

7.3.2.1 Categoria I - Acolhimento, notificação e seguimento dos casos de violência

Na Categoria I, representada pela **Classe 1**, predominaram as evocações dos (as) enfermeiros (as) atuantes na UTI pediátrica (68 ST; $\chi^2=12,14$) e na Enfermaria pediátrica (70 ST; $\chi^2=3,9$) com capacitação específica na abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, conforme relato dos mesmos (29 ST; $\chi^2=7,2$). Tais enfermeiros (as) demonstraram, nos segmentos de texto associados a essa classe, mecanismos acionados pelos mesmos diante de uma situação de violência com criança e adolescente, desde o momento de chegada da vítima no serviço de saúde ou no setor de atuação até o seguimento do caso na instituição de saúde e fora dessa, incluindo o acompanhamento e a notificação.

Pode-se mencionar que o conteúdo evidenciado na Classe 1 faz referência a três dos cinco eixos da Linha de cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência: **acolhimento, notificação e seguimento**, à medida que se discute, nessa Classe, aspectos relacionados ao acolhimento produzido pelo (a) enfermeiro (a) às vítimas, à realização da notificação das situações de violência pelo (a) enfermeiro (a) e os mecanismos de seguimento das vítimas, apresentando consensos e contrassensos com o preconizado pelo documento ministerial.

Verificou-se que o acolhimento da vítima ocorre no próprio setor destinado e nominado para o “acolhimento”, bem como em cada setor que a vítima é admitida durante o fluxo de atendimento no Serviço de Saúde. Nesse primeiro contato com a vítima, seja diante de uma suspeita ou confirmação, o (a) enfermeiro (a) destaca a ação de acionar o Serviço Social, sendo esta realizada logo em seguida à menção da violência como queixa principal, pelo acompanhante, ou na própria suspeita pelo (a) enfermeiro (a) na admissão no seu setor de atuação, como pode ser observado nos trechos seguintes:

Bom na hora que chega já procuramos saber o que foi que houve com aquela criança, qual o caso foi vítima de violência, então **imediatamente** o que fazemos é chamar o serviço social para que eles acionem o Conselho Tutelar (Enf. 29; Setor 03 – grifo nosso).

Porque geralmente quando chega aqui que se tem uma suspeita ou se já é confirmado sempre se aciona o serviço social e aciona o conselho tutelar, isso depois que o caso chega (Enf. 02; Setor 04).

Estudo de Moraes, Sales e Rodrigues (2015) abordou profissionais de saúde e outros serviços de assistência à crianças e adolescentes em situação de violência, e esse apontou que, apesar das deficiências estruturais encontradas nos espaços de atuação, a motivação, a

disponibilidade para a assistência e a boa relação interpessoal transformam o ambiente de trabalho, tornando-o mais aconchegante para a produção do acolhimento às crianças e adolescentes em situação de violência e suas famílias.

O acolhimento, de acordo com a Política Nacional de Humanização, não se resume a ações isoladas e pontuais caracterizadas, por exemplo, por uma recepção confortável, dimensão, espacial e triagem administrativa. O acolhimento deve perpassar por processos de vínculo e responsabilização por meio de escuta de problemas, troca de informações, e intervenções pertinentes às necessidades dos usuários nos serviços de saúde. Nessa perspectiva, o ato de acolher envolve um encontro entre o sujeito que precisa ser cuidado e o trabalhador da saúde, cujo encontro deve produzir relações de escuta e responsabilização (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

Com a criação de vínculos nesses encontros entre profissionais de saúde e usuários, ampliam-se os processos de autonomia e corresponsabilidade entre os atores participantes: usuários, trabalhadores e gestores. Essa configuração altera a passividade do usuário nos serviços de saúde e contribui para a quebra do paradigma biomédico, curativista e hospitalocêntrico para o alcance de uma assistência integral e ampliada (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

Contudo, destaca-se ainda que, no setor de Acolhimento, caracterizado como o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, o ato de acolher pelo (a) enfermeiro (a) pauta-se, sumariamente, na identificação da queixa principal e a partir dessa a suspeição de violência, a qual é repassada para resolutividade de outros profissionais.

Eles (médicos) acionam muito o Conselho Tutelar, a assistente social. Eles (médicos) sempre acionaram, quando necessário. A nossa conversa é mais em relação as queixas, chegou com uma queixa principal, vamos supor, a menina caiu, desconfia que poderia ser algum caso de agressão (Enf. 28; Setor 01).

Às vezes a desconfiança não parte só daqui, às vezes quando chega lá o médico desconfia, já aciona o Serviço social e a psicologia (Enf. 28; Setor 01).

O acolhimento deve colaborar para a garantia de um atendimento com qualidade e humanizado, capaz de promover uma assistência integral onde cada profissional possua uma visão holística do indivíduo atendido. A concretização desse acolhimento efetivo depende da corresponsabilidade de todos os profissionais pela saúde dos usuários, do trabalho em equipe qualificado e capacitado. Porém, o que se visualiza nos serviços de saúde é um acolhimento pautado em uma recepção ágil, do tipo triagem e repasse de encaminhamentos, escolhendo

quem deve ser atendido ou não (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013; FERREIRA; ARTMANN, 2018).

Os serviços de urgência e emergência são permeados por condições complexas inerentes ao próprio ambiente e ao processo de cuidar no sistema hospitalar, assim, deve-se enfatizar as ações de acolhimento nesses espaços, especialmente pelo (a) enfermeiro (a). Esse, por apresentar papel atuante nas ações de acolhimento, deve se responsabilizar pela escuta do usuário e posicionar suas ações para garantir a integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde, uma vez que as ações do (a) enfermeiro (a), em unidades de emergência, precisam ser eficientes e eficazes, entretanto, também precisam valorizar a subjetividade do sujeito, tão latente em situações de violência (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013; FEIJÓ; CORDONI JÚNIOR; SOUZA; DIAS, 2015).

Percebe-se, no presente estudo, que o (a) enfermeiro (a) do acolhimento se comporta como um receptor da queixa do usuário, se essa queixa for explicitada como uma violência com criança ou adolescente pelo acompanhante ou se apresentar sinais físicos de possível violência esse profissional realiza o encaminhamento para outros profissionais de saúde para dar seguimento ao atendimento.

Contudo, quando a situação de violência não está explícita, visível e também não for mencionada, tende a passar despercebida pelo serviço de acolhimento analisado. Portanto, internacionalmente, tem-se discutido a investigação de rotina para situações de violência pelos (as) enfermeiros (as) em serviços de saúde por meio do questionamento sobre situações de violência para todos os indivíduos atendidos, independente de sinais aparentes de violência (LINNARSSON; BENZEIN; ÅRESTEDT, 2014).

Porém, essa proposta de rastreamento de situações de violência mostra-se como uma prática a ser avançada em diversos países, os países que já iniciaram essas ações no exercício profissional do (a) enfermeiro (a) forense ainda restringem essa triagem/investigação a situações de violência em grupos específicos como mulheres e crianças. Entende-se que essa forma de abordagem apresenta um alto potencial de detectar casos de violência que chegam aos serviços de saúde e permanecem implícitos (LINNARSSON; BENZEIN; ÅRESTEDT, 2014). Salienta-se que essa é mais uma perspectiva que precisa ser debatida e avançada nos serviços de saúde brasileiros.

Com base nessa lógica assistencialista de atuação do (a) enfermeiro (a), acionar outros profissionais de saúde como o Serviço Social e a Psicologia e outros órgãos, a exemplo do Conselho Tutelar, mostrou-se como recorrente na prática do (a) enfermeiro (a), como pode-se perceber nas falas a seguir:

Aciono o Conselho Tutelar, o serviço social e a psicologia para que venham junto, tem aqui, é bem tranquilo com relação a isso, é bem tranquilo mesmo o Conselho Tutelar, às vezes o conselho tutelar quem traz (Enf. 29; Setor 03).

Assim dependendo da história que coleta, vê assim, quando o genitor está mentindo, desconfiamos, já pede uma coisa mais detalhada e já procura o serviço social para eles acionarem o Conselho Tutelar para ver se tem história naquela região daquela família com violência (Enf. 21; Setor 03).

Então, é sempre essa a orientação, se for (situação de violência), psicologia, serviço social e Conselho Tutelar em alguns raros casos que entramos em contato diretamente com o Conselho Tutelar, quando é uma situação que não tem nenhum profissional desses para mediar esse contato (Enf. 05; Setor 05).

A prática de acionar outros órgãos ou profissionais mostra-se como uma ação comum diante dos casos de violência com crianças e adolescentes nos serviços de saúde, o que demonstra uma transferência de responsabilidade para proteger a vítima e isenção das demais ações jurídicas e sociais que precisam ser executadas que, na perspectiva dos (as) enfermeiros (as), essas ações não se encontram no escopo de atuação do setor saúde devendo ser encaminhadas para outros profissionais da equipe multiprofissional ou órgãos de assistência, como o serviço social e a psicologia (SCHEK *et al*, 2018).

Estudo de Melo, Souza, Bezerra e Fernandes (2016) concorda com essa perspectiva, ressaltando que os (as) enfermeiros (as) atuam no máximo na notificação e em seguida acreditam que a conduta adequada é o encaminhamento das vítimas de violência para outros profissionais da equipe como o psicólogo e o assistente social, não havendo discussão dos casos entre os membros das equipes e articulação das condutas realizadas. Tal comportamento dos (as) enfermeiros (as) pode estar associado, de forma incontestada, ao fato de não saber lidar com as situações de violência ou por acreditar que não se trata de uma situação a ser resolvida pela enfermagem.

Souza *et al* (2015) identificou em seu estudo comportamento predominante dos profissionais de saúde de encaminhamento das situações de violência com crianças e adolescentes, especialmente para o Conselho Tutelar, tendo esse encaminhamento caráter de transferência de responsabilidade, logo que essa instância também assume o acompanhamento dos casos.

Essa prática do (a) enfermeiro (a) acionar, especialmente, o Serviço Social e a Psicologia, e esses direcionarem o caso para o Conselho Tutelar demonstra um fluxo interno convencionado no dia-a-dia desse serviço de saúde, frente a um caso de violência com criança e adolescente, conforme trechos a seguir:

Serviço social e psicologia, eles acionam geralmente, ou o conselho tutelar; e o conselho tutelar acionam a esfera judicial, aqui no hospital, aqui no hospital é o serviço social, aciona o serviço social, eles que tem acesso a esses órgãos (Enf. 02; Setor 04).

Já acionam o serviço social, o serviço social aciona o Conselho Tutelar e o Conselho Tutelar faz a parte judicial de marcar o exame de corpo de delito (Enf. 8; Setor 05).

O serviço social, o Conselho Tutelar que assim no caso quando acontece aqui aciona o serviço social e o serviço social vai acionar o Conselho Tutelar que é quem vai acompanhar o caso e vai ver direito o que é que faz (Enf. 27; Setor 05).

Esse fluxo interno definido de transferência das situações de violência com crianças e adolescentes para o Serviço Social e desse para o Conselho Tutelar reflete uma limitação dos profissionais em produzir uma assistência articulada expressa muitas vezes por um inter-jogo de atribuição de responsabilidades entre o setor social e da saúde, bem como uma dificuldade do enfermeiro em tomar para si a responsabilidade pelo atendimento e pela notificação das situações de violência. Assim, destaca-se a compreensão do enfermeiro de que a violência é um problema cuja resolução não faz parte de suas competências profissionais (SCHEK *et al*, 2017).

Para além do fluxo interno estabelecido (Enfermeiro → Serviço Social/Psicologia/Médico especialista → Conselho Tutelar) salienta-se a definição de funções e papéis específicos de cada categoria de profissional de saúde na condução do caso de violência, excetuando-se do enfermeiro as ações de notificação, a confirmação da suspeita, o contato com o Conselho Tutelar e o envolvimento no desenrolar jurídico, ações essas executadas por outros profissionais, conforme falas seguintes:

Cada um vai fazer a sua parte, então é papel do Serviço Social chamar o Conselho Tutelar para vir assessorar essa matéria de saúde para você fazer vir o assessoramento de outra cidade já vem com suporte (Enf. 19; Setor 01).

Então assim as condutas que são tomadas, que vão ser tomadas, vai comunicar, mas realmente quem fica a frente, o médico, tanta falar com o serviço social, orientar, vamos supor tal criança só sai com o Conselho Tutelar (Enf. 04; Setor 05).

Na maioria das vezes eles chegam aqui trazidos pelo SAMU sem nenhum aparato, quando chegam aqui que vai estudar a história da criança é que aciona o Conselho Tutelar, a assistência social para saber de onde essa criança veio (Enf. 08; Setor 05).

Torna-se preponderante a visão de que a assistência a vítima de violência deve ser realizada por profissionais específicos, tais como o assistente social, psicólogo e o médico, excluindo o enfermeiro dessa assistência, ademais há uma grande responsabilização delegada

ao Conselho Tutelar como o principal órgão de condução dos casos de violência (SCHEK *et al*, 2018).

De fato, o Conselho Tutelar caracteriza-se como o órgão de maior assistência a crianças e adolescentes em situação de violência, contudo o mesmo não deve assumir a assistência isoladamente, ao contrário, a assistência às vítimas requer para a resolutividade ações em rede e de maneira articulada entre os serviços e órgãos de assistência do setor da saúde, social e jurídico construindo a rede de proteção à criança e o adolescente em situação de violência.

Assim, cabe aos profissionais de saúde e as instituições fortalecerem as ações compartilhadas, por meio do trabalho em equipe como uma forma do enfermeiro e toda a equipe multidisciplinar contribuir nos casos de violência de maneira eficaz e integral, desse modo estabelece-se uma rede de proteção efetiva capaz de contemplar os serviços de referência e de contrareferência potentes para atuar sobre as múltiplas demandas de atenção e cuidado das vítimas de violência e suas famílias (SCHEK *et al*, 2017; NERY; LAGES; TENÓRIO; MONTE, 2014).

Desse modo, a partir das falas dos enfermeiros, o Assistente Social mostra-se como o profissional-chave na articulação do serviço de saúde com outros dispositivos da rede de assistência extra-hospitalar à criança e ao adolescente em situação de violência, o que demonstra distanciamento do enfermeiro no que se refere a articulação direta com esses órgãos e ao próprio conhecimento da existência dos serviços extra-hospitalares, como destacado nas falas seguintes:

Fora aqui (serviço de saúde de alta complexidade), tem o Conselho Tutelar que aciona. Se brincar, o Ministério Público também. Tem a curadoria da criança e do adolescente também. (...) o Conselho Tutelar junto com o serviço social, porque eu não entendo, eu não sou assistente social (Enf. 11; Setor 05)

Já aconteceu do Conselho tutelar já acionar o Ministério Público, polícia, pelo menos assim os casos que eu tive acesso (Enf. 02; Setor 04)

O assistente social do hospital entra em contato com o conselho tutelar da cidade da criança, porque se uma criança for, por exemplo, de Patos. Como recebe a Paraíba toda e até estados de Pernambuco recebe crianças aqui. O serviço social entra em contato com conselho tutelar daquela região, da região da criança. O conselho tutelar já intervém e se for uma coisa assim bem mais séria, entra a polícia também (Enf. 17; Setor 04)

O ECA destaca, em seu artigo 86, que a política de atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência compõe-se de um conjunto articulado de ações, que envolve uma rede de instituições e serviços de diversos setores, ligando iniciativas

governamentais com a sociedade civil, demonstrando a existência de uma complexidade de serviços para esse fim (CRAVEIRO, 2016; BRASIL, 1990).

Salienta-se que, para lidar com casos de violência, faz-se relevante uma política institucional com o envolvimento de todos os profissionais para que possam lidar, investigar, diagnosticar, atender e encaminhar os casos com apoio e de maneira articulada e não agir desenvolvendo ações individualizadas e fragmentadas (SILVA *et al*, 2019).

Além do acolhimento, outro ponto relevante, na abordagem da criança e adolescente vítima de violência, trata-se da notificação dos casos de violência, sendo um dos pontos-chave da linha de cuidado integral à criança e adolescente em situação de violência. No serviço de saúde analisado, no que diz respeito à alta complexidade, as notificações das situações de violências atendidas não são realizadas pelos (as) enfermeiros (as) que assistem as vítimas, sendo essa ação executada, ora pelo setor de vigilância epidemiológica do serviço de saúde, ora por outros profissionais de saúde e órgãos considerados competentes para tal ação na perspectiva dos (as) enfermeiros (as), conforme trechos seguintes:

São notificados. Nós temos ali as fichas de notificação que o núcleo de vigilância epidemiológica vem, e conversa também com a vítima. É a menina do setor de vigilância epidemiológica (Enf. 15; Setor 03)

Mas geralmente essas notificações de violência já ficam mais eu acho que a cargo do serviço social e dos outros órgãos competentes, o Conselho Tutelar notifica, assim informa suspeitas ou situações (Enf. 13; Setor 04)

São de notificação. Quem notifica é o Conselho Tutelar e o intensivista. Não, a suspeita já notifica, assim, já comunica. Aí como eu disse a você, a investigação, como é com criança, é longo percurso, mas assim que chega já comunica suspeita de maus tratos aqui na uti infantil (Enf. 17; Setor 04)

Estudo de Souza *et al* (2015) revela envolvimento de diversas categorias no processo de notificação das situações de violência, o que diverge com o presente estudo, que evidencia o não envolvimento dos (as) enfermeiros (as) assistenciais com o ato de notificar as situações de violência. A complexidade da notificação dos casos de violência no setor saúde envolve o déficit de conhecimento dos profissionais sobre os mecanismos de notificação, percebido nos relatos acima. Identifica-se nas falas dos (as) enfermeiros (as) uma dificuldade em diferenciar a notificação de caráter compulsório para fins epidemiológicos da notificação jurídica junto ao Conselho Tutelar com finalidade de investigação policial.

Para situações de violência com crianças e adolescentes, além da notificação epidemiológica, uma comunicação do caso de violência deve obrigatoriamente ser realizada junto ao Conselho Tutelar, conforme o ECA (CRAVEIRO, 2016).

Quando a notificação não é realizada, os (as) enfermeiros (as) compreendem como uma falha, contudo, não se reconhecem como executores dessa ação e transferem a responsabilidade da notificação para outros órgãos ou profissionais de saúde (serviço social e psicologia), persistindo a subnotificação, o que acarreta viés epidemiológico e confiabilidade dos dados em situação de evidências científicas, como pode ser observado nas falas a seguir:

Pronto, já acho que deveria ter uma notificação, já era para ter uma notificação, mas é por isso que já entra o serviço social e a psicologia que é para eles notificarem. Eu não sei bem se eles fazem notificação, mas sempre repassa para eles, eu sempre falo (...) chegou uma violência sexual, chegou uma violência de tal canto (Enf. 18; Setor 01)

Pronto eu acho assim que era para ter uma notificação, mas não tem, para notificar, e encaminhar sei lá, ou a coordenação, mas eu acho que quem faz isso é a parte médica, eu não sei, qual o serviço que já pede para identificar que teve, para tirar aquela criança do seio da família, porque tem que provar, tem que provar se ela realmente tá em estado de vulnerabilidade (Enf. 18; Setor 01)

A notificação deveria ser feita pela vigilância epidemiológica. Só que notifica ao serviço social e o serviço social faz esse restante dessa parte. Eu não tenho certeza se essa notificação vai. Mas sempre que tem vem polícia aqui e isso é aberto inquérito de investigação, todos os casos que eu peguei teve (Enf. 20; Setor 04)

Vale destacar que há um desconhecimento pelos (as) próprios (as) enfermeiros (as) sobre seu papel e função enquanto agente notificador, das situações de violência suspeitas ou confirmadas nos serviços de saúde, e produtor de dados epidemiológicos para alimentação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória, sendo uma obrigação do (a) enfermeiro (a) produzir tal notificação, enquanto profissional de saúde durante o exercício profissional (BRASIL, 2011).

De acordo com a portaria nº 204/2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde, públicos e privados em todo o território nacional, a notificação de situações de violência caracteriza-se como compulsória, sendo, assim, uma comunicação obrigatória que pode ser realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, e deve ser realizada na condição de suspeita ou confirmação da violência, de caráter imediato para situações de violência sexual e semanal para os outros tipos de violência (BRASIL, 2016; CRAVEIRO, 2016; SILVA *et al*, 2019).

Mesmo com a padronização ministerial, ainda ocorrem déficits no processo de notificação das situações de violência e um pequeno número de dados sobre as situações de

violência que tem se ampliado a cada ano, porém ainda precisa ser estimulado nos serviços de saúde (SILVA *et al*, 2019).

A ausência de notificação pelo (a) enfermeiro (a) encontra-se diretamente relacionada com a necessidade de confirmação da violência, o (a) enfermeiro (a) demonstra insegurança na realização da notificação frente a uma suspeita. Contudo, os (as) enfermeiros (as) mencionaram que a investigação, averiguação e comprovação de tais suspeitas de violência mostram-se como atividade específica da polícia científica, do IML e do Conselho Tutelar juntamente com o Serviço Social, conforme trechos a seguir:

Essa ponte, esse elo entre a suspeita e a confirmação geralmente é o assistente social, conselho tutelar e polícia científica, eles vêm os casos (Enf. 17; Setor 04).

Mas sempre que tem vem polícia aqui e isso é aberto inquérito de investigação, todos os casos que eu peguei teve. Faz esse processo (Enf.20; Setor 04)

Como é que eu posso dizer a você, o laudo para saber se foi realmente uma violência, se houve estupro, se não houve. O IML dá esse suporte e os peritos vêm para cá para o setor fazer. Porque quem confirma são eles, aqui o médico, dá a suspeita, a gente levanta a bandeira, diz pode ter sido, mas quem confirma geralmente são os policiais a perícia (Enf. 17; Setor 04).

No fim do ano passado teve uma criança suspeita de maus tratos, chamou até a perícia, não é do IML não, o médico perito. Não sei também se uma das partes lá, do iml. O médico perito do setor, fazer a parte dele, examinar. Veio, enquanto ela estava ainda internada para fazer investigação (Enf. 30; setor 04)

Os relatos acima demonstram como os (as) enfermeiros (as) ainda não se apropriaram da capacidade de confirmar uma situação de violência. Estudo de Dash, Patel e Chavali (2016) enfatiza como enfermeiros (as) bem treinados (as) poderia potencializar a abordagem de casos clínicos de violência, uma vez que remeter o caso para um serviço mais especializado ou esperar um profissional médico para a avaliação da vítima pode resultar em perdas de evidência. Portanto, ressalta-se que a inclusão do olhar forense nas disciplinas da graduação, inseridas nos currículos de formação dos (as) enfermeiros (as) e em cursos de pós-graduação, mostram-se essenciais para a abordagem às vítimas e contribui na resolução de trâmites judiciais favorecendo as crianças e adolescentes.

Assim, o acompanhamento no serviço de saúde das crianças e adolescentes vítimas de violência torna-se, predominantemente, ação do Conselho Tutelar quando se refere aos aspectos relacionados à violência em si, enquanto a maior parte dos (as) enfermeiros (as) se restringe à assistência de saúde curativa, como se pode verificar a seguir:

Então quando se suspeita que é que seja um caso de violência é chamado os serviços social, a psicologia e é também chamado o Conselho Tutelar para fazer toda essa questão de acompanhamento e averiguação também (Enf. 07; Setor 01)

Já subiu umas duas vezes e inclusive suspeita que mãe continuou praticando violência aqui dentro do setor e teve que acionar o Conselho Tutelar para fazer o acompanhamento conosco aqui, dentro do hospital para intervir (Enf. 05; Setor 05)

O Serviço Social para fazer esse intermédio com o Conselho Tutelar e os conselheiros que ficam aqui acompanhando essas crianças (Enf. 05; Setor 05)

Estudo de Lira *et al* (2018) tem como foco a relação dos serviços de saúde e os Conselhos Tutelares e aponta que os conselheiros consideram a relação com os profissionais de saúde de extrema necessidade, uma vez que muitos casos demandam de atenção à saúde, bem como se destaca a relação direta com os serviços de saúde incluindo os hospitais com intervenção do conselheiro para acompanhamento de vítimas internadas, corroborando com as falas supracitadas.

O Conselho Tutelar se caracteriza como um órgão permanente, autônomo e vinculado ao poder público municipal, não pertence ao Poder Judiciário e não executa ações jurídicas, seu objetivo é zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Desse modo, o órgão responsabiliza-se pela recepção de toda e qualquer notícia de violação de direito de crianças e adolescentes, podendo aplicar medidas protetivas definidas no artigo 101 do ECA (CRAVEIRO, 2016; BRASIL, 1990).

Quanto ao seguimento dos casos de violência, ou seja, consoante ao último eixo de abordagem à criança e adolescente vítima de violência, prescrito na linha de cuidado integral a crianças e adolescentes em situação de violência, os relatos dos (as) enfermeiros (as) demonstraram que não há vínculo ou continuidade da assistência à saúde da vítima pelo serviço de saúde, nos níveis de atenção. Assim, a responsabilidade pela manutenção da segurança e seguimento da abordagem integral da vítima permanece sob a égide do Conselho Tutelar, o qual assume o papel de acompanhar e direcionar a vítima na alta hospitalar, como destacado nos trechos seguintes:

Inclusive ela (vítima de violência) está da alta hospitalar, mas ela só sai se o Conselho Tutelar vir aqui (Enf. 05; Setor 05).

Quando essa criança recebe alta hospitalar imediatamente o Conselho Tutelar, o conselheiro tutelar que veio ou o próprio Conselho Tutelar, se ele não estiver disponível, ele é acionado para fazer essa... dar a continuidade desse acompanhamento no domicílio (Enf. 10; Setor 04).

Depois do hospital, o serviço social liga para o Conselho tutelar vir pegar a criança, na maioria das vezes é assim, eles que vêm pegar de lá, onde o juiz mandar (Enf. 11; Setor 05).

O Conselho Tutelar fica com essa parte, de mandar para alguma casa, para algum centro, vai depender da criança já. É casa de apoio. Aqui tem uma casa de apoio que fica essas crianças menores, principalmente menina. (Enf. 14; Setor 05).

Fora do hospital depois se precisar de alguma coisa, quem vai fazer toda essa condução é o Conselho Tutelar (Enf. 07; Setor 01).

Observa-se na fala dos (as) enfermeiros (as) que o seguimento dos casos de violência é colocado como uma atribuição do Conselho Tutelar. De acordo com o ECA, as ações dos conselheiros tutelares devem ocorrer em articulação com os demais atores da rede de proteção e no que se encontra previsto no artigo 98 deste mesmo documento. Desse modo, cabe ao Conselho Tutelar atender e aconselhar pais e responsáveis, requisitar serviços públicos, representar casos de descumprimento injustificado de suas deliberações, encaminhar denúncias ao Ministério Público, representar ao Ministério Público ações de perda ou suspensão do poder familiar, encaminhar à autoridade judiciária as situações de sua competência, atuar junto a adolescentes em conflito com a lei entre outras atribuições (CRAVEIRO, 2016).

Assim, verifica-se que o Conselho Tutelar atua especialmente nos mecanismos de proteção das crianças e adolescentes, sendo necessário um olhar mais ampliado por outros atores para um seguimento dos casos de violência com esses grupos vulneráveis de modo efetivo, que envolva os setores sociais e de saúde.

Os (As) enfermeiros (as) também mencionaram a Atenção Primária, como nível de atenção à saúde capaz de produzir esse seguimento da vítima na comunidade/Município de origem, ao deixar o serviço de alta complexidade, uma vez que essa ação não é realizada pelo serviço de saúde analisado, conforme as seguintes falas:

E a gente tira os plantões, sai, quando lembra do paciente vai lá, fulano, está aonde. E como é que está. Mas não tem muito esse contato não, de acompanhar não. Até porque essa questão geralmente desses acompanhamentos fica para, até para o pessoal da atenção básica (Enf. 13; Setor 04).

Serviço encerrado pegou o prontuário do paciente, notificou e acabou, nunca saí daqui para ser encaminhado, geralmente o que faz é quando aciona o Conselho Tutelar, pede para o Conselho Tutelar ver a questão do PSF que a criança está inserida (Enf. 08; Setor 05).

Não sei se o serviço social... geralmente acontece isso, eles procuram saber depois com o serviço, com o Conselho Tutelar da cidade, eles procuram saber como é que está a criança, isso eu sei que existe (Enf. 22; Setor 05).

O (A) enfermeiro (a) da alta complexidade demonstra afastamento com as questões de acompanhamento ou seguimento das crianças e adolescentes vítimas de violência

enfatizando essa como uma atribuição da Atenção Primária. Sabe-se, no entanto, que a contrarreferência dos casos deve partir dos serviços de saúde de maior complexidade para a APS, como mecanismos de comunicação entre os níveis de saúde, a fim de garantir a continuidade do cuidado na comunidade para a qual a vítima retornará, sendo imprescindível essa comunicação entre os serviços de saúde, que pode e deve ser executada, pelo (a) enfermeiro (a) (PROTASIO *et al*, 2014).

Nessa perspectiva, a criança e o adolescente vítima de violência deve ser responsabilidade de todos os profissionais que atuam na rede de proteção a esses grupos, o que requer uma articulação constante entre os profissionais das diversas instituições envolvidas para minimizar o máximo possível os danos na condição de saúde, desenvolvimento físico e psicológico da vítima (CRAVEIRO, 2016).

7.3.2.2 Categoria II - Consulta de Enfermagem: sinais de identificação da violência

Na Categoria II, representada pela **Classe 5**, as evocações que predominaram na classe foram dos (as) enfermeiros (as) que atuam no setor do acolhimento (340 ST; $\chi^2=42,87$) e sem capacitação específica na abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência (359 ST; $\chi^2=5,54$). Os segmentos de texto, associados a essa classe, demonstram falas relacionadas à assistência direta do (a) enfermeiro (a) diante da vítima de violência, com utilização da consulta de enfermagem, sendo essa instrumento de identificação de sinais e sintomas de violência para definição de uma possível suspeita.

O escopo que compreende essa classe se refere à chegada da criança e do adolescente vítima de violência no serviço de saúde e à primeira abordagem do (a) enfermeiro (a) a essa vítima, o que justifica uma associação direta com a variável descritiva: setor acolhimento.

Assim, pode-se inferir que a temática foco da classe 5 remete a dois eixos da Linha de cuidado integral à criança e adolescente em situação de violência: **acolhimento e assistência**, uma vez que trata das peculiaridades manifestadas pelo (a) enfermeiro (a) na realização da consulta de enfermagem durante o acolhimento e a assistência à vítima de violência, apresentando aproximações e distanciamento das definições estabelecidas no documento ministerial.

Vale destacar nessa Classe que o termo “bater”, considerado o de maior associação (χ^2) com a classe, faz menção ao sentido de “confirmar”, ou seja, confrontar dois aspectos para identificar se as ideias casam, tornando-as verdadeiras. Assim, os (as) enfermeiros (as) mencionaram a iniciativa de questionar o acompanhante e a própria vítima sobre o

trauma/violência, na tentativa de confirmar as falas como um dos caminhos para suspeitar de uma situação de violência durante sua abordagem, como pode ser visto nos trechos a seguir:

Ver, chamamos a mãe, às vezes conversa, para ver se desenrola, se a história bate, se não bate. (...) porque às vezes a criança chega de uma queda quando você vai olhar tem outros hematomas que não têm relação nenhuma com o que ela chegou relatando. Gera uma suspeita (Enf. 23; Setor 02).

Porque eu gosto que a criança também conte, o adolescente. Como foi que você caiu? Estava fazendo o que? Então faz perguntas, para ver se realmente bate a história. Porque às vezes os responsáveis não deixam nem a criança falar (Enf. 07; Setor 01).

Procura conversar com os pais, como foi que aconteceu? Para ver se as histórias batem. Por exemplo, tem outra enfermeira do dia anterior, por exemplo, já sabemos que tem esse tipo de paciente. E o que foi que ele te contou? Porque ele não me conhece. Então eu vou perguntar a mesma coisa para saber se as histórias batem (Enf.22; Setor 05).

Questionamos o acompanhante, perguntamos toda a história de como foi que aconteceu, se vemos outra marca perguntamos. Sempre tem esse interrogatório (Enf. 23; Setor 02).

O (A) enfermeiro (a) apresenta um sentimento de investigação durante a anamnese por meio de questões que possam confrontar os dados da história e os indícios clínicos. O (A) enfermeiro (a) se constitui como um dos profissionais de maior presença nos cenários do cuidar, com alto potencial de identificação, prevenção, orientação e assistência às vítimas. As principais ferramentas utilizadas pelos (as) enfermeiros (as) são a anamnese, o exame físico e o próprio processo de enfermagem. A criação de vínculo, associado às habilidades de comunicação e acolhimento desenvolvidas pelo (a) enfermeiro(a), é essencial para a assistência adequada às vítimas de violência (MARTINS *et al*, 2017).

Ao passo que o (a) enfermeiro (a) reconhece a necessidade de realizar perguntas para compreender o contexto no qual ocorreu o trauma, alguns identificam que, nesse momento da anamnese, crianças e adolescente encontram-se fragilizados emocionalmente, o que requer uma abordagem adaptada quanto às perguntas a serem realizadas e o modo de execução dessas. Essa percepção de alguns (mas) enfermeiros (as) pode ser vista nos trechos seguintes:

Você tem que ter um jogo de cintura. Porque às vezes a criança é assustada, ela não quer dizer, ela fica sem falar. Então começamos a conversar com jeito, vai puxando assunto para ver se ela diz. Então fazemos quase um papel psicológico (Enf. 23; Setor 02).

Tem adolescente que não quer dizer, diz que é porque caiu, se machucou, mas com o olhar clínico percebe que foi algo a mais que realmente teve uma violência ali,

se for questão de tentativa de estupro, violência sexual, geralmente as meninas tendem a ficar mais fechadas, mais nervosas (Enf. 01; Setor 03)

É muito comum chegar criança ou adolescente em estado de nervo realmente, ansiedade, nervo muito mais aflorado do que o normal, então as crianças ou adolescentes chegam muitas vezes não querem dizer o motivo, nem quem foi, mas que percebe o olhar assustado, trêmula, sem querer contar muita coisa (Enf. 01; Setor 03).

As crianças e adolescentes podem manifestar, por meio de linguagem não verbal, os sofrimentos psíquicos decorrentes da violência, logo que a maioria das vítimas são ameaçadas para não relatar as situações de violência ou sofrem represálias, fato bastante presente quando os agressores estão no momento da avaliação da vítima (SBP, 2018).

Alguns comportamentos de crianças e adolescentes não especificados podem estar associados à situações de abusos, que demonstram um alerta para serem investigados de maneira mais profunda, como por exemplo: comportamentos sexualizados, fobias, distúrbios do sono, alterações de apetite, déficit no rendimento escolar, fugas, absenteísmo, agressividade, isolamento social, tristeza, sintomas depressivos e comportamentos diferentes dos habituais (GOMES, 2014).

Além da situação de fragilidade emocional das vítimas que o (a) enfermeiro (a) precisa lidar, há também a postura do acompanhante sobre a negação da violência que, na maioria das vezes, é autodeclarada pela mãe. Os trechos a seguir demonstram de maneira explícita o comportamento das mães em negar a violência durante a anamnese com o (a) enfermeiro (a):

Geralmente é a mãe. Na maioria dos casos é a mãe que fica. A mãe ela é muito negativista, tudo o que pergunta ela diz que não é. Que foi uma queda, que a criança escorregou da cadeira, que a criança bateu o rosto, que a criança se machucou sozinha (Enf. 17; Setor 04).

Já aconteceu caso de a mãe negar e dizer que é uma coisa e quando o médico chegar lá, e a assistente social começar a conversar começa a ver, desconfia realmente o que falou e descobre a verdade (Enf. 28; Setor 01).

Não, eles chegam com a queixa principal. Às vezes começamos a enveredar. E a pessoa desconfiar que está desconfiando, são meios chatos. Não, mas eu não fiz nada. Não, tranquilo senhora, só está perguntando aqui por causa da entrada (Enf.28; Setor 01).

Os pais ou acompanhante das vítimas muitas vezes tendem a camuflar a situação de violência, logo omitem informações sobre o evento. Portanto, o entendimento de como ocorreu a situação do trauma é um passo crucial para a diferenciação entre uma situação intencional ou acidental. Para tanto, torna-se fundamental solicitar a descrição detalhada das

circunstâncias em que ocorreram as lesões e o ambiente onde a criança ou o adolescente estava antes, durante e depois do evento (SBP, 2018).

Revela-se importante estar atento para histórias discrepantes e incompatibilidade entre o dito e o não dito, ou seja, dos dados da história clínica e os achados do exame físico. Ambas histórias e seus enredos também se caracterizam como ponto decisivo na investigação de situações de violência. Tópicos importantes, que suscitam preocupação por parte do profissional de saúde, pautam-se em: o cuidador/pais/responsáveis apresentam informações inconsistentes que alteram com o tempo, detalhes da mecânica de ocorrência do trauma, claramente incompatíveis com a lesão, descrição de uma lesão menor quando ao exame clínico a lesão mostra-se mais grave, quando o cuidador não sabe sobre a origem do trauma, ou que foi a própria criança que produziu a lesão, ou um irmão menor e adiamento na procura pelo serviço de saúde, ou mudança de serviços de saúde (SBP, 2018; GOMES, 2014).

Ademais, os (as) enfermeiros (as) mencionaram que há mães com atitudes que dificultam o esclarecimento do caso, como uma situação de violência ou não, como por exemplo: não permitir que a criança relate a situação vivenciada. A estratégia de tornar a criança ou o adolescente silenciado visa omitir informações para acobertar agressores com grau de parentalidade, ou evitar a contradição entre o que a vítima diz e o familiar afirma ter sido o ocorrido, portanto, gerando um repertório inverídico e divergente. Tais situações podem ser visualizadas nas falas dos (as) seguintes enfermeiros (as):

Mas sempre que eu posso, qualquer outro caso quando chega criança ou adolescente, quando a mãe nem deixa falar, eu digo, deixa a criança falar, deixa ela dizer onde está doendo, deixa ela contar onde foi o trauma (Enf. 07; Setor 01).

Às vezes a mãe quer acobertar se foi o padrasto (Enf. 23; Setor 02).

E teve uma vez que a criança, eu acho, que tinha 8 anos, ela dizia uma história e a mãe dizia outra. No caso quem veio foi o conselheiro para resolver o impasse (Enf.23; Setor 02).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018), mostra-se essencial conversar em separado com cada responsável pela criança para que cada um expresse sua versão do ocorrido e, se a criança for verbal, ela deve ter um espaço para relatar o que ocorreu. Além desse aspecto, é importante alertar para pais que omitem total ou parcialmente a história do trauma, principalmente, quando a história varia a cada versão contada e entre os membros da família.

A conversa em separado com a criança deve ser conduzida de maneira criteriosa, inicialmente devem ser abordados assuntos neutros como a rotina, o dia-a-dia ou a descrição

de uma atividade cotidiana, estimulando a fala na criança e, em seguida, elencam-se estratégias para facilitar a recolha de informações sem contaminar o discurso da criança, como por exemplo: estabelecer regras com a criança de pacto da verdade e que ela pode interromper a conversa a qualquer momento, promover o discurso livre, adotar questões abertas que permitam que a criança conte uma história, utilizar o vocabulário que a criança usa, organizar frases de maneira simples e curta e utilizar linguagem adaptada à criança (GOMES, 2014).

Os (As) enfermeiros (as) também afirmaram que, junto com a anamnese, faz-se relevante o exame físico, especialmente, a inspeção a partir da suspeita do (a) enfermeiro (a) ou da queixa referida, para checagem das informações quando existem aspectos contraditórios ou contraditos. A inspeção como o ato de “ver”, “olhar”, “observar” a vítima a fim de confrontar com o dito na anamnese, sendo ferramenta de potencialização da suspeita de violência praticada contra a criança ou adolescente, como pode ser verificado nos trechos a seguir:

A gente vai ver se bate o que ele está dizendo com aquilo que vê. Porque às vezes a pessoa diz: não, a criança caiu! (Enf. 07; Setor 01).

A mãe sem dizer o que aconteceu, ela relata que foi uma queda. E quando a criança chega aqui que vai fazer, olhar a criança, admitir, trocar uma fralda, dar um lençol, colocar um acesso. Começa a perceber que tem sinais, inclusive de violência sexual. Já descobriu aqui, depois que a criança é admitida, aqui na ala pediátrica. Vai vendo e vai puxando e vai conversando, e isso aqui: o que foi? E perceber. Justamente na hora do exame físico que tem coisas alteradas (Enf. 08; Setor 05).

Às vezes uma criança está machucada, percebemos, foi queda, não bate, o falar não bate com a realidade daquela criança (Enf. 24; Setor 01).

Várias vezes chega, e a gente faz: o que foi isso? Caiu da cama! Mas as vezes é uma criança de 1 mês que não tem nem capacidade de cair sozinha. Quando desconfia do caso: o que foi isso? Ele caiu e cortou! E vemos que não tem como ele ter caído, porque só cortou ali, não tem outro hematoma, essas coisas, já aprofunda a história (Enf. 21; Setor 03).

O exame físico caracteriza-se como um dos principais instrumentos de identificação das situações de violência pelo (a) enfermeiro (a). Para a avaliação adequada de uma situação de violência é indispensável um exame físico completo, a fim de descobrir zonas de abuso atuais ou do passado. Inicialmente, o exame físico deve atender a uma avaliação do aspecto geral da criança, na busca por sinais que indiquem se o cuidador atende ou não às necessidades básicas da criança, em seguida avalia-se, de maneira céfalo-caudal, indicadores físicos de situações de violência: lesões ósseas, queimaduras, marcas, cicatrizes, hematomas, lesões neurológicas e avaliação genital (GOMES, 2014).

Destaca-se nas falas dos (as) enfermeiros (as) que o exame físico direciona-se, predominantemente, para situações de agressão física. E quando há necessidade de um exame físico relacionado à violência sexual, a vítima é encaminhada para o especialista em outro serviço de saúde. Verifica-se, também, que o exame físico não é executado em todos os setores do serviço de saúde, sendo melhor executado em setores de internação (enfermarias e unidades de terapia intensiva), enquanto que nos setores de acolhimento, sala vermelha e observação pediátrica os (as) enfermeiros (as) relataram dificuldades na realização do mesmo, pela própria logística desses setores, em conformidade aos trechos abaixo:

É nós fazemos o acolhimento, mas é como aqui no hospital dispõe do serviço de psicologia, faz mais a questão do acolhimento da parte clínica, essa questão da parte psicológica é, passa para o serviço de psicologia. É faz exame físico. É faz a admissão, faz o exame físico, para fazer a prescrição de enfermagem e assistência de enfermagem, mas assim eu particularmente não tive uma formação nem, em, nesses cursos de como abordar essa questão psicológica (Enf. 02; Setor 04).

Veja só, a análise clínica ela é bastante complexa, quando você está fazendo o exame físico. Porque você vai dar atenção a observação, ao mesmo tempo você vai ter a inspeção e a palpação. Mediante você, nessa execução desse exame, você nota marcas que elas não são comuns de um trauma acidental, mas ali tem marcas como que de uma pegada firme pela mão. Tem a marca de uma pancada que não foi uma queda comum, exemplo, a criança teve uma fratura exposta e a mãe diz que a criança foi correndo e caiu (Enf. 10; Setor 04).

Se for o caso de violência sexual e precisar de um exame físico mais detalhado vamos com o paciente para o ISEA. Porque aqui nesse serviço não tem ginecologista (Enf. 21; Setor 03).

Quando já sabe que isso aconteceu, a nossa triagem é a paciente para a Vermelha. O exame físico fica por conta mais do profissional médico, aqui não. Uma inspeção, exame físico realmente não faz (Enf. 24; Setor 01).

Questão de exame físico não costumamos fazer, é mais a questão da inspeção. Não, não. A nossa ficha de acolhimento e só, vê os sinais vitais, vê o nível de consciência, o aspecto, se está calma, com fácies de dor, gemente, mucosa, pressão arterial, hgt, se está deambulando. Mas assim, especificamente onde foi o tipo da lesão a gente não faz (Enf. 24; Setor 01)

Estudo brasileiro (SCHEK *et al*, 2018) corrobora com a presente pesquisa quanto às práticas profissionais reducionistas em saúde, ao assistir crianças e adolescentes vítimas de violência, com foco nas necessidades físicas apresentadas, que desencadeiam ações de caráter puramente curativo, enquanto que a assistência integral que envolve a articulação intersetorial e o conjunto biopsicossocial da vítima permanece aquém.

É importante ressaltar que, em muitas situações de violência com crianças e adolescentes, o exame físico não apresenta qualquer alteração que evidencie corporalmente a violência, por isso as informações coletadas com vítimas e familiares e a observação do

comportamento da criança e do acompanhante são determinantes para a suspeita de uma situação de violência.

Ao articular o arsenal de mecanismos adotados na anamnese e no exame físico, alguns (mas) enfermeiros (as) relatam dificuldade para identificar a violência quando não explícita na queixa principal, fato este que requer uma maior investigação, como nos trechos seguintes:

Assim, eu acho mais difícil. Às vezes a mãe pode se queixar que ela caiu, machucou o braço. Porque aqui esse primeiro contato da gente, mas quando ela vai para Observação pediátrica, a convivência, uma fala. E às vezes ainda, ficamos sabendo, aquela criança que entrou supostamente com uma queda, não foi uma queda, foi a mãe que machucou, eu acho mais difícil fazer, assim, rotineiramente não fazemos o acolhimento já sabendo, são raros casos que recebe uma criança sabendo que ela foi, fez algum tipo de violência (Enf. 24; Setor 01)

Assim, quando é com adolescente, assim, é mais a questão de agressão física, brigas. É mais fácil, você já chega dizendo. E as vezes nem chega. Uma agressão, como é uma triagem, assim, não podemos as vezes nem perguntar determinadas, pergunta o que foi, uma agressão física, mas eu, assim, não acredito que seria legal perguntar se foi o marido, a mãe, o pai. Não me aprofundo (Enf. 24; Setor 01)

Os (As) enfermeiros (as) ainda apresentam muitas dificuldades de lidar com vítimas de violência, especialmente na identificação que requer um olhar diferencial, além dos entraves com as famílias das vítimas que não querem expor a criança ou se expor, a falta de capacitação dos (as) enfermeiros (as) e a sobrecarga de atribuições. Esses aspectos contribuem para que o (a) enfermeiro (a) não se envolva na identificação de casos de violência, ficando muitas vezes mascarados por outros problemas de saúde (GALINDO *et al*, 2017).

Para o (a) enfermeiro (a) torna-se mais fácil a identificação da violência quando se trata de lesões físicas, logo que visualmente já se apresenta explícita como uma situação decorrente da violência, sendo incontestáveis algumas situações. Os (As) enfermeiros (as) mencionaram sinais físicos mais comuns das situações de violência que permitem essas inferências pelos mesmos, conforme as falas a seguir:

Geralmente são hematomas, em locais, assim, braço, perna, tórax, hematoma em vários lugares que não é indício de queda, ver que não é indício de queda, e geralmente já identifica isso, a criança bastante chorosa, com expressão de medo e eles mesmo falam foi agressão física (Enf. 12; Setor 01).

Hematomas no rosto sempre tem, nos braços vê as marcas dos dedos, marca de cinto, as marcas de agressão. Sempre dá para ver. A última era uma criança de 2 anos e ela estava com tanto. Acho que a genitora apertava tanto o braço dela que criou um abscesso no punho (Enf. 14; Setor 05).

Se tiver marcas dá. Geralmente, já no pré-adolescente, adolescente vê, assim, alguma coisa porque às vezes é briga, dá para ver claramente. Assim, a olho nu já está vendo. Mas, assim, de violência de marca, aquelas manchas de criança pequena (Enf. 09; Setor 05).

Quando as marcas da violência estão evidentes os (as) enfermeiros (as) sentem-se mais seguros de associar a uma violência, contudo, também se faz necessário avaliar os indicadores psicossociais a partir da anamnese, na qual o (a) enfermeiro (a) deve estabelecer um diálogo por meio da confiança e confrontar os discursos do responsáveis e vítimas (SILVA *et al*, 2019).

A dificuldade no reconhecimento da violência exige de alguns (mas) enfermeiros (as) a associação com os sinais físicos de violência, correlacionando-os com indícios comportamentais da vítima para confirmar a suspeita da violência. Destacam-se os comportamentos característicos de crianças e adolescentes vítimas de violência elencados pelos (as) enfermeiros (as), tais como: ausência de fala, choro contínuo, irritabilidade, olhar baixo, cabisbaixa, expressão de medo, choro e rejeição na presença do agressor. Esses comportamentos podem ser verificados nas falas abaixo dos (as) enfermeiros (as):

Quando é um espancamento que dá para ver marcas no corpo, nem precisa falar. Quando é uma tentativa de estupro, uma agressão mais... a pessoa chega sempre aqui chorando, ou muito calada e se tem a participação da família nesse processo, e esse processo envolve alguém eles ficam com medo, não quer falar na presença dos pais (Enf. 15; Setor 03).

Com relação ao comportamento da criança, normalmente são crianças que quando chega perto são crianças muito assustadas, não olha no rosto, são muito irritadas, então já entende que esse comportamento é natural pelo processo que ela vinha passando, então a equipe toda é informada sob suspeita (Enf. 05; Setor 05).

E assim olhar da criança também, acontece muito caso de a mãe falar e olhar para a criança, e a criança ou olhar para o chão ou então ficar com face de medo. Isso chama a atenção da gente. É mais a linguagem não-verbal que a gente olha (Enf. 28; Setor 01).

Então a gente suspeitou dos maus tratos porque a criança, a mãe não podia chegar perto dela que a criança chorava. E esse, e essa negação não era para equipe. Essa negação era com a mãe. Então começamos a desconfiar daí (Enf. 17; Setor 04).

É fundamental que profissionais de saúde e do setor social estejam capacitados para identificar sinais de alerta, verbais ou não, fornecidos pelas vítimas que muitas vezes são manifestados por meio da postura corporal, de choro, gestos, sobretudo em crianças com menor idade. Na avaliação das situações de violência com crianças e adolescentes as especificidades da avaliação gestual e corporal são imprescindíveis, além da capacidade da

vítima se comunicar e do estado emocional que se encontra (MATOSO; MATOSO; ROCHA; CARVALHO, 2014).

Alguns (mas) enfermeiros (as) salientaram a necessidade do “olhar clínico” do (a) enfermeiro (a) para as situações de violência que não foram mencionadas explicitamente pela vítima ou acompanhante, requerendo do (a) mesmo (a) um faro investigativo agregado ao conhecimento clínico, como observado nos trechos seguintes:

Só que consegue perceber com aquele olhar clínico que o hematoma que veio ali surgir não é de uma coisa mais simples, que é realmente uma agressão, é vamos supor uma mancha no olho, tem gente que não quer dizer, tem adolescente que não quer dizer, diz que é porque caiu, se machucou, mas com o olhar clínico percebe que foi algo a mais que realmente teve uma violência ali (Enf. 01; Setor 03).

Tem a marca de uma pancada que não foi uma queda comum, exemplo, a criança teve uma fratura exposta e a mãe diz que a criança foi correndo e caiu. Quando você observa tem o local de um hematoma envolvendo especificamente um único canto, um único local onde se teve seguida a fratura. Então você já nota que não foi uma queda comum (Enf. 10; Setor 04).

Os (As) próprios (as) enfermeiros (as) percebem a necessidade do conhecimento clínico científico para produzir inferências investigativas e conduzir suspeitas de violência quando as mesmas não estão explícitas, uma vez que é comum o problema da violência ser ocultado pela vítima ou pelo agressor, e o tratamento focar-se apenas nos sinais e sintomas, mascarando a problemática. Portanto, o (a) enfermeiro (a) necessita sempre abordar o fenômeno da violência por uma abordagem holística (MATOSO; MATOSO; ROCHA; CARVALHO, 2014).

Nota-se que, geralmente, cada enfermeiro (a) desenvolve uma abordagem particular para com a criança ou adolescente vítima de violência, alguns apresentam um perfil investigativo a fim de identificar a suspeita da violência, outros um perfil mais afetivo com as vítimas, enquanto outros apresentam uma abordagem de não envolvimento com o contexto de violência da vítima, restringindo-se a assistência técnico-curativa.

A diversidade de abordagens, praticadas pelos (as) enfermeiros (as), demonstra a ausência de um protocolo clínico de abordagem à crianças e adolescentes vítimas de violência ou um fluxograma definido no serviço de saúde de maneira institucionalizada para a padronização da prática do (a) enfermeiro (a) diante de um caso de violência com criança e adolescente.

De modo geral, a atuação do (a) enfermeiro (a) no serviço de saúde de alta complexidade analisado pautou-se: na escuta da queixa principal; na realização da anamnese; e no exame físico incompleto, focado na inspeção e desenvolvimento da suspeita da

violência, transferindo a vítima em seguida para os profissionais de saúde ou outros setores. Assim, destaca-se o setor do acolhimento como essencial no processo de abordagem da vítima de violência, informações que corroboram com os dados analisados na Classe 1. Esses aspectos podem ser vistos nos trechos seguintes:

Então faz assim, faz o básico. Essa questão de observar, de as vezes pedir para repetir, de olhar, de examinar, de ver se batem as histórias tudo e qualquer coisa passa para o serviço social, passa para o médico também. Mas assim, que ali é um serviço de passagem, não passa muito tempo com o paciente (Enf. 07; Setor 01).

Quando vai fazer o exame físico tende a não querer de jeito nenhum por medo, não querer se expor então assim, tanto no olhar, na anamnese física quanto no olhar clínico mesmo consegue identificar boa parte daquilo que chega de violência, consegue identificar realmente se houve ou não violência. A gente tenta ao máximo, porque aqui é um setor que o fluxo é muito grande, é observação, geralmente fica muito cheio, tenta assim ao máximo, não consegue relatar com detalhes, mas assim o médico faz a parte de toda a evolução e como profissional da enfermagem tenta na maioria das vezes fazer um relato básico, de como a criança veio a chegar, o que percebeu (Enf. 01; Setor 03).

Eles chegam é feito o acolhimento, faz o exame físico, as vezes eles não dizem o que foi (...) chega acolhe, faz o exame físico e identificado o caso se for um caso mais grave de agressão, encaminha para a vermelha (Enf. 12; Setor 01).

Coloca na ficha, a parte psicológica não se envolve, só realmente o que aconteceu para classificar, e passar. Também não se envolve, classifica e deixa para o profissional médico chamar, para ele explorar mais se ele quiser aprofundar mais (Enf. 18; Setor 01).

A forma de abordagem do (a) enfermeiro (a) aos casos de violência com crianças e adolescente, nesse serviço de alta complexidade, varia expressivamente em decorrência do setor de atuação desse profissional. O (A) enfermeiro (a) do acolhimento expressa claramente que a busca pela identificação da violência encontra-se fragilizada, comportamento que se assemelha na sala vermelha e na observação pediátrica, os casos são rapidamente transferidos para outros profissionais, muitas vezes o médico.

Esse cenário revela um déficit na efetivação do acolhimento realizado no serviço de saúde e a necessidade urgente de inserção de fluxogramas e protocolos de atendimentos às crianças e adolescentes em situação de violência, a fim de padronizar a assistência entre os setores que a vítima percorre no serviço de saúde.

Por fim, frisa-se que a consulta de enfermagem funciona no máximo para avaliação da suspeita de violência pelo (a) enfermeiro (a), em nenhum momento foi relatado pelos (as) enfermeiros (as) que a consulta de enfermagem confirma a ocorrência da violência com as crianças e adolescentes, revelando inseguranças desses profissionais em afirmar concretamente as situações de violência, mesmo nas situações de violência explícita. Nesse

serviço de saúde, a confirmação dos casos mostra-se, preferencialmente, uma atribuição médica.

É necessário que o (a) enfermeiro (a) avance no acolhimento à situações de violência, desenvolva a habilidade de ouvir atentamente, não julgar a partir de seus preceitos, refletir sobre cada caso e dialogar com outros profissionais da equipe multiprofissional, para, assim, pensar em formas de intervenção e encaminhamento (NERY; LAGES; TENÓRIO; MONTE, 2014).

Outro elemento que explicita essa postura dos (as) enfermeiros (as) centra-se na insuficiência da formação, no que se refere à abordagem específica de crianças e adolescentes vítimas de violência, produzindo insegurança durante o acolhimento desses sujeitos nos serviços de saúde, refletindo uma formação biomédica que tende a medicalizar a violência e encontram dificuldade de intervir em problemas de caráter social (COCCO; SILVA; JAHN, 2010).

7.3.2.3 Categoria III - Relação do (a) enfermeiro (a) com o familiar/pais/acompanhante

Na categoria III, representada pela **Classe 6**, predominaram as evocações de enfermeiros (as) com pós-graduação na área de atuação, ou seja, urgência e emergência e/ou saúde da criança (252 ST; $\chi^2=6,02$) e atuantes na Enfermaria Pediátrica (359 ST; $\chi^2=5,54$), sendo esse o setor de internação das crianças e adolescentes vítimas de violência com condição clínica estável, no qual permanece, obrigatoriamente, um acompanhante 24 horas por dia junto à vítima. Os segmentos de texto associados a essa classe demonstram a relação do (a) enfermeiro (a) com os familiares das vítimas, principalmente, na função de acompanhantes. Contudo, também se explora o papel desses integrantes do núcleo familiar e próximos da família que podem se comportar, concomitantemente, como acompanhantes e agressores.

Desse modo, nessa classe destaca-se um conteúdo que faz referência ao eixo **assistência** da Linha de cuidado integral de crianças e adolescentes em situação de violência, logo que se foca no processo assistencial do (a) enfermeiro (a) envolvendo a relação direta com acompanhante/familiar e as ferramentas de manutenção de um vínculo colaborativo entre esses que, frequentemente, contudo, apresenta entraves.

Assim, verificou-se que os (as) enfermeiros (as) apresentam dificuldades de lidar com os pais suspeitos, uma vez que esses, na maioria dos casos, acompanham as vítimas e negam o envolvimento na situação de violência, mesmo o (a) enfermeiro (a) percebendo indícios

que permitem a suspeita da perpetração da violência pelo familiar, como fica explícito nas falas a seguir:

A gente tem muita dificuldade, por exemplo, os acompanhantes, o acompanhamento da criança quando é vítima de espancamento, fica mais complicado. Porque se for, por exemplo, pela mãe, pelo pai como teve ultimamente, essas mesmas pessoas que fizeram eram as mesmas pessoas que estavam acompanhando a criança. Nossa maior dificuldade é nessa também, da nossa relação com o acompanhante (Enf. 14; Setor 05).

Acho que é um processo meio complicado, porque como eu disse, geralmente vem do ambiente familiar. Então assim, geralmente é o pai, a mãe, o padrasto, o irmão, o tio, o avô, alguém muito próximo que fez isso. Fica complicado porque tem aquela questão da defesa, tem a questão de negar, que às vezes é a própria mãe que faz aquilo e nega e quer fazer virar a história. E a gente vê, às vezes são bebês inocentes que não tem como dizer as coisas. A gente sabe que é maus tratos, mas não tem como confirmar. Porque ainda tem muito a questão, assim, ninguém quer se envolver e denunciar (Enf. 25; Setor 04).

A dificuldade é maior, porque assim uma criança, de forma comum uma mãe ou um pai, um tio, nunca vão trazer uma criança já nos dizendo que ela sofreu algum tipo de violência. A gente percebe, porque assim, para fazer o acolhimento conversamos muito. E assim, percebemos (Enf. 24; Setor 01).

Os (As) enfermeiros (as) apresentam dificuldades para lidar com o familiar agressor, uma vez que os mesmos produzem entraves na assistência do (a) enfermeiro (a) e não desenvolvem uma boa relação com esses profissionais. Assim, o profissional de saúde deve proporcionar um ambiente que permita o rompimento do muro do silêncio do agressor e da vítima de maneira segura, sem confrontar diretamente o suposto perpetrador, pois o embate quebra a relação de confiança entre a vítima e o profissional e pode expor a criança ou adolescente a represálias (OLIVEIRA *et al*, 2008).

É relevante destacar que as falas dos (as) enfermeiros (as) remetem, predominantemente, para perpetradores das violências contra crianças e adolescentes que fazem parte do núcleo familiar mais próximos das vítimas, sobretudo os genitores, conforme trechos seguintes:

Bom, quando chega criança aqui violentada, que vem violentada de padrasto, de mãe, familiares. Tem muita coisa. Tem muita criança violentada, principalmente criança pequena. Quando chega aqui, então a gente tenta fazer o melhor (Enf. 09; Setor 05).

Aqui mesmo vem muito agressão por família, pelos pais, pela mãe, pelo pai, por tio, por padrasto (Enf. 06; Setor 02).

Enfatiza-se que os principais agressores das crianças e adolescentes vítimas de violência são membros do convívio familiar da vítima. Os principais agressores são os

próprios responsáveis pelas vítimas, mãe e pai, seguido pelo padrasto e madrasta e outros membros da família. Essa distribuição se diferencia em relação ao sexo das vítimas, no caso de crianças do sexo masculino as mães predominam como as autoras, e nos casos de violência sexual, o padrasto ou companheiro da mãe ocupa o primeiro patamar, seguido de pai, avô, tio e outros com quem a vítima relaciona-se por laços de dependência, afeto ou convivência (NUNES; SALES, 2016).

Apesar de considerar a relação com os pais/acompanhantes das vítimas como difícil e complicada, alguns (mas) enfermeiros (as) demonstraram-se ousados em buscar meios de produção de saberes e enfrentamento da situação-problema, a partir de uma visão ampliada sobre a problemática por meio do diálogo seja com os pais/acompanhantes, seja com outros profissionais da saúde, a fim de compreender o contexto de produção da violência, conforme as seguintes falas dos (as) enfermeiros (as):

Não é fácil, e criança e adolescente não é fácil. A abordagem como a gente deve, deve abordar os pais os familiares. Procurar entender o meio que essa criança está inserida, como é que está funcionando. Os pais, quem são os pais de fato, enfim. Porque as vezes você julga (...) Mas porque estamos julgando? (...) qual foi a escolaridade desses familiares? Você tem que buscar tudo isso para você fazer um julgamento. Então não sou eu chegar e fazer uma abordagem, vamos dizer, brusca. Dar atenção. Porque o importante é você acolher o paciente e a família. E você procurar entender (Enf. 26; Setor 03).

Depois procura sondar pelos outros profissionais que já receberam, como é o comportamento dos pais, procura conversar com os pais como foi que aconteceu para ver se as histórias batem (Enf. 22; Setor 05).

Alguns (mas) enfermeiros (sa) enfatizaram a busca pela compreensão do contexto familiar, social e educacional dos pais e das vítimas como uma forma de não criminalizar os possíveis agressores, mas delinear ações que buscassem de alguma forma contribuir para o acolhimento da família e da vítima, servindo até de suporte e intervenção positiva nesse contexto familiar hostil.

Vale salientar, que a violência que ocorre no ambiente familiar representa um reflexo do contexto social e comunitário onde esses indivíduos habitam, a normatização da violência nas comunidades adentra os espaços domiciliares expressivamente. Quanto aos fatores comunitários, elevados níveis de desemprego e a concentração da pobreza aumentam os riscos de maus tratos com crianças e adolescentes, os fatores sociais e culturais definidos por normas da comunidade circundam os papéis do casal, das relações entre pais e filhos e a privacidade da família (FONSECA *et al.*, 2013).

Os (As) enfermeiros (as) também referiram que a aproximação com os pais/acompanhantes tem a finalidade de conhecer o contexto familiar, os laços de parentesco, os vínculos familiares e as questões sociais que envolvem a vítima e sua família, como uma forma de compreender as relações interfamiliares com os envolvidos. Dessa compreensão de se aproximar da vítima buscam-se formas e meios para definir os caminhos de lidar com os mesmos, como observado nas falas dos (as) seguintes enfermeiros (as):

É, entendemos, diz que está entendendo, mas que não está entendendo. Para também não criar já um caso. Primeiro eu procuro saber quem é o familiar, pergunto: você é a mãe? Você é o pai? “Não, eu sou parente! a mãe me deu para vir ou a mãe é drogada!”, enfim, “eu sou a avó, porque a mãe abandonou”, enfim, tem toda a história como eu já te falei. Mas sempre eu estou abordando a família e conversando para eu ter conhecimento de fato com quem eu estou lidando. Se é com os pais, se é com os avós. E até para lidar, para ficar melhor no tratamento, enfim, e aproximação a essa criança (Enf. 26; Setor 03).

Assim além da assistência propriamente dita da enfermagem, então acha importante toda a equipe, os médicos também, eles intensificam muito nessa questão de tentar conversar com eles, de tentar procurar para saber se tá acontecendo algum problema com a família, em casa, escola, então assim vai muito além do cuidado mesmo, a questão social também procura se envolver e ajudar da melhor forma possível o paciente que chega (Enf. 01; Setor 03).

Mas sempre eu estou abordando a família e conversando para eu ter conhecimento de fato com quem eu estou lidando. Se é com os pais, se é com os avós. E até para lidar, para ficar melhor no tratamento, enfim, e aproximação a essa criança (Enf. 26; Setor 03).

É necessário compreender o contexto das famílias, a dinâmica de organização familiar e as relações que existem entre os membros familiares, pois a violência surge quando essas relações se desorganizam e o potencial destrutivo se amplia causando prejuízos imensuráveis a saúde do grupo familiar. Portanto, para uma assistência adequada, por parte do (a) enfermeiro (a), à criança e ao adolescente vítima de violência, faz-se necessário entender a os papéis familiares de envolvimento na violência (CAVALCANTE; SCHENKER, 2007).

O conviver com os familiares agressores como acompanhantes nos serviços de saúde da alta complexidade acarreta, para alguns enfermeiros (as), reajustes pessoais e profissionais como mecanismos na tentativa de acolher, dialogar, compreender e manter uma relação sem conflitos com os acompanhantes suspeitos, apresentando um perfil acolhedor, como pode ser percebido nos trechos seguintes:

Como é a assistência, assim, mais prática para o paciente. Mas sempre, assim, tentamos lidar o melhor possível, quando a mãe e o pai são suspeitos (Enf. 30; Setor 04).

Porque você não pode acusar o agressor diretamente, mas aqui tenta ter uma relação mais tranquila possível para não gerar conflito com esse acompanhante, com esse responsável (Enf. 05; Setor 05)

Não dizer, conversar de uma outra forma, com jeito. Mas eu nunca tive problema não. Sempre conversei com as mães, com o pai, qualquer um que estiver acompanhando conversa numa boa (Enf. 09; Setor 05).

Os (As) enfermeiros (as) demonstram produzir diálogo com os pais/acompanhantes das vítimas de violência na busca por uma relação positiva que favoreça o cuidado e a assistência das crianças e adolescentes em situação de violência, considerando que o auxílio do (s) acompanhante/pais é essencial na execução da assistência diária como troca de fraldas, banho e alimentação.

Outros (as) enfermeiros (as) apresentaram um perfil com foco no papel profissional demonstrando a produção da conversa com os pais/acompanhantes, buscando o ponto de equilíbrio e cordialidade para estabelecer um vínculo que propicie dialogar com os mesmos, conforme trechos a seguir:

Às vezes fico um pouco revoltada por imaginar que foi uma mãe ou um pai que agrediu aquela criança ou que poderia ou que pode ter agredido a criança, só que tem que ser profissional de forma nenhuma eu posso tratar mal (Enf. 03; Setor 04).

Existe (conversa com o familiar), cordial. Cordial pelo menos sim, tem educação. Então vamos de acordo com a forma mais conveniente da situação. Tenta ir levando a conversa de uma forma mais amigável, para não também atingir a ele, e ele não querer mais assistência (Enf.22; Setor 05).

Os sentimentos de revolta e indignação de alguns enfermeiros (as) não permitiram executar uma relação acolhedora e compreensiva com os pais/acompanhantes suspeitos da agressão, estabeleceu-se uma relação mínima a fim de garantir a assistência da vítima tendo como o foco a atuação profissional do (a) enfermeiro (a), contudo, uma relação apenas técnica entre família e enfermeiro (a) impossibilita a construção de vínculos e compartilhamento de experiências (AZEVEDO; LANÇONI JÚNIOR; CREPALDI, 2017).

Convém destacar que um instrumental do (a) enfermeiro (a) é a relação através de uma entrevista. Existem técnicas de entrevistas estruturadas, semi-estruturadas e não conversar, isso ficou na informalidade, em detrimento à Consulta de Enfermagem ou, pior, ao Processo de Enfermagem. Essa conversa desautoriza o (a) profissional enfermeiro (a) a agir na assistência às crianças e adolescentes vítimas da violência, quando se tem a Linha de cuidado como um caminho para articular práticas e saberes do profissional, independente, de formação ou capacitação.

Em contraponto, alguns enfermeiros (a) revelaram entraves em estabelecer diálogo com os pais/acompanhantes das vítimas suspeitos das agressões pelos seguintes motivos: não confrontar os mesmos, barreira criada pelo (a) próprio (a) enfermeiro (a) diante da suspeita ou para não demonstrar, ao possível agressor, a suspeita do mesmo como autor da agressão. Essas atitudes dos (as) enfermeiros (as) podem ser visualizadas nos trechos a seguir:

Tem o caso de violência sexual então procuramos, no momento fica até: como vai lidar? Não vai comentar com a criança! Com o adolescente! Vai tentar, não vai afrontar os pais. Mas comentamos entre a gente, eu pelo menos (Enf. 22; Setor 05).

Não é porque é o que eu lhe disse, ficamos com o pé atrás, não sabe o que aconteceu. Então vai ficar em assistência e ficamos, de uma forma até eu digo a você, bloqueada. Assim cria uma barreira, não vou dizer a você que não cria. Cria uma barreira porque não sabemos o quê que aconteceu, então julgamos muito. Por que o pai não estava presente? Por que que aconteceu isso? A gente tenta entender, tenta ver o que foi que aconteceu. Mas ficamos com essa barreira (Enf.22; Setor 05).

Olhe eu não vou negar que muitas vezes tem que fazer de conta que não sabe, é um contrassenso (...) mesmo que essa suspeita seja confirmada não verbaliza isso para ele (acompanhante), ele não sabe que a gente sabe (Enf. 05; Setor 05)

Os (As) enfermeiros (as) apresentam entraves de dialogar e estabelecer uma relação com os pais considerados possíveis agressores, os julgamentos dos profissionais, ao que pode ter acontecido, produz barreiras que impedem uma comunicação entre esses sujeitos, considerando que a comunicação efetiva se trata de um elemento essencial ao processo terapêutico e à promoção da segurança do paciente. Nesse sentido, resgata-se que na hospitalização infantil a comunicação entre os envolvidos necessita ser objetiva, eficiente e efetiva, assim, pode-se inferir que esse cenário de dificuldades na comunicação influencia na assistência das vítimas e repercute em um cuidado inseguro contribuindo para desfechos desfavoráveis (BIASIBETTI *et al*, 2019).

As diferentes estratégias de como lidar com os pais/acompanhantes, elencadas pelos (as) enfermeiros (as), foram produto do comportamento dos próprios acompanhantes, ou seja, quando os mesmos se mostraram abertos ao diálogo o (a) enfermeiro (a) estabeleceu conversa e produziu o acolhimento; quando não, o (a) enfermeiro (a) preferiu não se aprofundar no caso, transferindo a situação para outros profissionais do serviço de saúde, como se pode perceber nos trechos seguintes:

Quando o acompanhante da vítima é mais aberto, a gente consegue ainda conversar, e tentar entender tentar ajudar, quando se abre mais, é mais fácil de você orientar (Enf. 12; Setor 01).

Quando a acompanhante da vítima, é aquela acompanhante que omite os fatos, a gente fica sem saber como agir, se faz logo a denúncia porque suspeita, a gente fica em dúvida naquilo, aí a gente não entra nessa investigação mais profunda. A gente fala da suspeita. Quem assume realmente é a assistente social, a gente só fala da suspeita (Enf. 12; Setor 01).

Estudo de Azevêdo, Lançoni Júnior e Crepaldi (2017) corrobora com os achados da presente pesquisa e apresentam que as relações interpessoais, entre equipe de saúde e familiares de crianças hospitalizadas, variam a depender do comportamento desses familiares. Médicos e enfermeiros não se envolvem com a criança e sua família, quando não são colaborativos, e necessitam de auxílio de outros profissionais, transferindo essas situações mais complicadas para psicólogos, por exemplo.

Observa-se que o (a) enfermeiro (a) não atua isoladamente, diversas vezes se refere a outros profissionais do serviço de saúde. Quando o (a) enfermeiro (a) não se sente seguro ou não consegue estabelecer um diálogo satisfatório com pais/acompanhantes, recorre-se aos psicólogos e aos assistentes sociais, aspecto observado na análise da Classe 1 com as vítimas, porém retoma-se por ocorrer também no contato com os pais/acompanhantes, demonstrando que conversas com caráter investigativo de maior riqueza de detalhes fica a cargo desses profissionais, por opção dos (as) próprios (as) enfermeiros (as), como se observa a seguir:

O que consegue contar muito é o psicólogo e o assistente social, em conjunto eles tentam buscar entender o que houve e tentar melhorar o caso que as vezes é pais que não se dão bem querem descontar em uma criança, crianças que sofrem maus tratos mesmo dentro de casa, então assim, sempre, sempre em casos, nesses casos de violência é acionado a assistente social junto com a psicóloga, para poder entrar em uma abordagem mais aprofundada com esses pacientes (Enf. 01; Setor 03).

Depois que é feita essa abordagem com o paciente, tenta buscar informações com os familiares, tenta por cima, porque essa abordagem mais aprofundada é feita com o assistente social e o psicólogo (Enf. 01; Setor 03).

É bem complicado, assim, porque tenta manter, tenta manter uma relação de confiança, mas ao mesmo tempo uma relação profissional. Porque como são pessoas que estão aqui sempre com também não pode adentrar muito numa parte que não caiba à enfermagem. Tenta deixar essa conversa mais para o psicólogo, mais para o assistente social, porque as vezes acabam, você acaba tentando conversar e eles acabam vendo que está tentando entrar na vida dele (Enf. 20; Setor 04).

Frente às dificuldades de relacionamento com pais e acompanhantes, o (a) enfermeiro (a) direciona essas situações para outros profissionais da equipe de saúde, esse ato de transferência de situações complexas que exigem habilidades de comunicação e de aspectos subjetivos, pelos (as) enfermeiros (as), demonstra fragilidades no processo de formação dos

mesmos, de modo que não consideram essas demandas de sua competência (MARTINS *et al*, 2017).

Os (As) enfermeiros (as) que apresentam um perfil mais investigativo, ou seja, mais comprometido com o desfecho e manejo da temática em estudo, age diferente dos demais ao suspeitar que a criança e/ou adolescente foi vítima de violência, mesmo quando não relatou sobre a violência na abordagem inicial. Ao captar a situação e circunstâncias, tenta, em momento sozinho com a vítima, extrair alguma informação que possa contribuir para a assistência à própria vítima, verificado nas falas seguintes:

As vezes acontece dela (criança/adolescente) ficar encabulada na frente do pai ou do acompanhante que esteja. Quando ela está sozinha vamos, a gente chega, aborda de uma forma diferente, mais amigável e tenta abordar de uma forma mais próxima. Para tentar ver o que pode tirar mais, para poder tentar entender o que aconteceu e tentar ajudar a adolescente ou a criança (Enf. 22; Setor 05).

Tenta ficar bem próxima, interagimos bem como as crianças. Tenta com adolescente, com tudo. Tenta perceber algo que queira dizer, as vezes dizemos para confiar na gente. Quando as vezes fica um momento só com a criança ou com o adolescente, as vezes dizemos, se quiser contar alguma coisa, não vai, vai ajudar, estamos ali para isso (Enf. 25; Setor 04).

Então eles tendem quase sempre a negar e é quando é feito esse atendimento específico de retirar o familiar próximo do paciente, tentar conversar só com o paciente porque eles ficam com receio de falar qualquer coisa na frente dos familiares (Enf. 01; Setor 03)

De acordo com estudo de Barbosa, Antunes e Padilha (2016) os fatores que produzem o silêncio das vítimas se estabelecem no sentimento ambíguo da relação com os agressores, entre o amor pelos familiares e o medo da violência. Esse movimento reverso, gera um processo de autculpabilização que surge da compreensão distorcida de que merecem ser punidas, associado à ameaças e ao comportamento conivente da família. Esse contexto desperta nas crianças e adolescentes sentimentos de medo, raiva, culpa e desamparo.

No que se refere à assistência de enfermagem, o (a) enfermeiro (a) adota condutas específicas quando os pais/acompanhantes são considerados suspeitos na produção da violência contra a criança e/ou adolescente. Tais condutas pautam-se na alocação da vítima em leitos estratégicos em companhia de outras crianças e/ou adolescentes internos, bem como quando a vítima se encontra na UTI destina-se maior atenção devido ao isolamento da criança com o acompanhante possível agressor, além de estimular o acompanhante a participar dos cuidados com a vítima e o observar o vínculo do acompanhante com a vítima. Considerando-se os trechos seguintes falas:

Por exemplo, quando o pai é o autor do crime, vamos dizer assim, ou da violência, eles tentam, vamos dizer assim, abafar o caso, tenta até assim, muitas vezes quando está fora ou um pouco mais distante da criança, às vezes quando é adolescente eles podem, assim, como já aconteceu aqui deles ameaçarem a criança de falar. Só que, quando tem um caso desse coloca esse caso junto com as outras demais crianças, porque os pais que estão no mesmo quarto, dizem, ajudam (Enf. 11; Setor 05).

E assim, todo mundo se une nesses momentos para resolver, para ficar atento, até para não ocorrer certas coisas aqui dentro. Porque vamos dizer assim, a criança, vamos dizer, que seja vítima, caso venha acontecer a ser vítima de maus tratos de pai, de mãe, tente alguma coisa, dentro da uti. Porque muitas vezes a criança está grave, está entubada, está sedada e aquilo, tente desligar alguma coisa. Não estou dizendo que aconteceu, mas caso aconteça, então já fica atento já. Já fica, é de olho naquela situação. Aquela situação de risco, né? (Enf. 13; Setor 04)

Essa mãe mesmo ela quase meio apática, não sei porque, não interagia muito, a gente achava, com a criança, fica aumentando até a suspeita disso, dos maus tratos, a gente sempre conversa com a mãe: mãe, converse com ela! Porque mesmo estando sedada às vezes pode ouvir, converse com ela, chegue perto, faça isso, faça aquilo. Para assim, limpar a boca quando está alguma secreção. Tipo mais um cuidado, mais uma atenção, a gente sempre orienta também, tentar aproximar esse cuidado, e tentar observar qual o cuidado, ao mesmo tempo. A relação que passa, de mãe para filho. A gente fica mais atento um pouco (Enf. 30; Setor 04).

Essas estratégias apontadas pelos (as) enfermeiros (as) demonstram mecanismos, desenvolvidos pelos (as) mesmos (as), como forma de garantir a proteção da vítima que se encontra sob sua responsabilidade, contudo, todas essas condutas partiram de iniciativas individuais, sem estarem pautadas em ações técnicas, refletindo ainda a necessidade de definições institucionais à assistência dessas vítimas.

Em contraponto, o (a) enfermeiro (a) também se depara com situações nas quais o acompanhante não demonstra ser o agressor, pelo contrário, apresenta-se tão fragilizado quanto a vítima, nesses casos o (a) enfermeiro (a) adapta sua assistência à vítima no sentido de considerar o sofrimento do acompanhante também, como pode-se perceber nos trechos abaixo:

Já aconteceu, assim, situações que a gente tenta ver mantém o atendimento direcionado para a criança, passar confiança para os pais. Tudo o que vai dizer, tudo o que vai fazer diz, olha, eu vou fazer isso no seu filho, eu vou fazer isso no seu filho (Enf. 20; Setor 04).

É muito difícil você ver uma mãe desesperada com uma criança, por exemplo, que foi agredida, vamos supor, pelo pai. Porque nós sabemos que ela ficou dividida. Ela ficou dividida entre quem? O marido e o filho dela (Enf. 19; Setor 01).

De modo geral, estudo de Linnarsson; Benzein; Årestedt (2014) demonstra que os (as) enfermeiros (as) não estão preparados para lidar com as famílias das vítimas de violência, sendo o foco de sua assistência exclusivamente à vítima. Nesse ínterim, 91% dos (as)

enfermeiros (as) deste estudo afirmaram não conhecer documentos que norteassem ou incluíssem a assistência das famílias das vítimas, o que demonstra que esse tema de abordagem das famílias ainda precisa ser tão bem discutido quanto a assistência às vítimas.

7.3.2.4 Categoria IV - Capacitação do (a) enfermeiro (a) para abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência

Na categoria IV, representada pela **Classe 4**, foram mencionadas mais evocações dos (as) enfermeiros (as) que atuam na Observação Pediátrica (237 ST; $\chi^2=5,6$) com pós-graduação em outras áreas, ou seja, não específica para o serviço de saúde de alta complexidade (urgência e emergência), bem como para a abordagem de crianças e adolescentes a exemplo de saúde da criança, enfermagem em pediatria e etc., (29 ST; $\chi^2=7,2$). Tais enfermeiros (as) demonstraram, nos relatos associados a essa classe, que a abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência perpassa predominantemente pela prática do dia-a-dia, pela experiência com casos que o (a) enfermeiro (a) já presenciou, ou por definições de rotina da instituição como reprodução do que é instituído e, portanto, realizado. Sendo assim, a condução da abordagem do (a) enfermeiro (a) às vítimas de violência apresenta um déficit de capacitação específica direcionada para essa atuação.

Pode-se mencionar que o tema da capacitação profissional do (a) enfermeiro (a) para a abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência, foco dessa classe, faz referência ao eixo **assistência**, da Linha de cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, de modo que a formação profissional influencia diretamente na assistência prestada pelo (a) enfermeiro (a).

Quando questionados sobre se sentirem capacitados para abordar os casos de violência com crianças e adolescentes, a maior parte dos (as) enfermeiros (as) demonstrou não se sentir capacitado totalmente para produzir uma assistência, conforme as necessidades da vítima, como poder visto em alguns trechos abaixo:

Como paga algumas cadeiras na graduação (...). Não lembro bem o nome das cadeiras, mas a psicologia aplicada à saúde, as rodas de conversa que fazia entre essas disciplinas (...) eu acho que eu amadureci um pouco dentro da faculdade (...), mas eu não estou dizendo, eu não posso afirmar que eu sou a pessoa indicada. Eu acho que precisaria muito mais, eu preciso muito mais, aprender muito mais (Enf. 26; Setor 03).

Assim, não capacitada, tem experiência por tantas vezes que isso já aconteceu (Enf. 20; Setor 04).

Bom, capacitada assim 100% não, mas dá para ajudar, fazer alguma coisa (Enf. 09; Setor 05)

Eu já não tenho especialidade para lidar com criança, acho que já é uma coisa assim direcionada a quem tem a especialização, quem tem aquela experiência, já sabe, eu não me acho, eu não me acho capacitada não (Enf. 18; Setor 01).

Estudo em Moçambique, com profissionais de serviços de emergência, identificou que a maioria não se sente confiante para o diagnóstico e tratamento de casos de maus tratos infantis, apesar de acreditarem fortemente que desempenham um papel importante na prevenção das situações de violência com crianças, porém 83,6% dos profissionais relatou não receber ou receber pouca orientação ou treinamento para situações de maus tratos infantis (PINTO *et al*, 2018).

O sentimento de incapacidade para abordar crianças e adolescentes vítimas de violência pode estar associado ao desconhecimento sobre como proceder frente a esses casos, tendo em vista que as habilidades e conhecimentos necessários não foram adquiridos na formação profissional, reflexo de lacunas presentes nas disciplinas dos cursos de graduação em saúde que não contemplam os múltiplos aspectos da violência (HABIGZANG; KOLLER, 2012; SOUZA *et al*, 2015).

Verifica-se uma compreensão no senso comum de que os temas não abordados na graduação, dado ao dinamismo das relações humanas e demais segmentos sociais e suas transformações, atribui-se ao profissional a idéia de que a resolução das lacunas autorreferidas são sanadas mediante capacitações. Nesse sentido minimizando essa compreensão, reconhece-se, incentiva-se e estimula-se as capacitações como oportunidades para minimizar as principais dificuldades dos profissionais de saúde e orientar quanto à condutas essenciais, como a notificação dos casos (SOUZA *et al*, 2015).

Alguns enfermeiros (as) mencionaram sentirem-se capacitados para abordarem crianças e adolescentes em situação de violência, considerando a experiência profissional vivida como suporte para esse sentimento de segurança ao assistir a vítima, conforme trechos a seguir:

Pelo o que eu já vi aqui, assim, eu posso até ficar realmente já capacitada. Eu me sinto. Eu acho que eu dou para trabalhar assim (Enf. 16; Setor 01).

Pela experiência que se tem sim. Agora se fosse assim, para eu ir para um, especificamente só para atender isso, eu acho que precisaria uma capacitação melhor (Enf. 23; Setor 02).

Os relatos demonstram a experiência profissional como o único aspecto capaz de tornar os (as) enfermeiros (as) seguros (as) para abordar crianças e adolescentes vítimas de violência, uma vez que há déficit de capacitação para tal atuação. Estudo de Melo *et al* (2017) com estudantes concluintes da graduação em Enfermagem revelou que pelo menos metade desses não se sentia preparado para atuar em situações de violência. Na visão dos estudantes os conteúdos sobre a temática fornecidos durante a graduação eram insuficientes e desarticulados entre a teoria e a prática, não se sentindo capazes de diagnosticar ou intervir em casos de violência.

Em concordância com o supracitado, os segmentos de texto dos (as) enfermeiros (as) revelaram que o manejo de casos de violência com crianças e adolescentes foi adquirido na prática, ou seja, no dia-a-dia assistindo outras vítimas, observando como outros profissionais realizam as condutas e reproduzindo a rotina já realizada, ações essas explícitas nos trechos a seguir:

Exatamente, na prática, porque assim na teoria tem o conhecimento teórico. Só que aquela coisa digamos assim pincelada, sabe que na faculdade eles não tem essas cadeiras específicas voltada só para essa questão da violência, no dia a dia é que a gente aqui foi vendo, é junto com os outros profissionais de saúde (Enf. 01; Setor 03).

É mais a questão do dia-a-dia na prática em si. A prática faz com que você com o tempo vá tendo um certo manejo (Enf. 28; Setor 01).

Vai aprendendo, como disse a colega, na prática, no dia-a-dia (Enf. 09; Setor 05).

Mas a prática é o que leva você realmente a saber o que fazer na hora (Enf. 16; Setor 01).

Mas não tem o preparo específico para isso. Mesmo que faça especialização, o preparo é, o que aprende é na prática. Não aprende na teoria. Então fica fazendo as coisas pela prática. Porque ouviu falar e porque fulano fez (Enf. 08; Setor 05).

Mas de fato no nosso dia-a-dia é que vai adquirindo melhor a experiência, sabendo como trabalhar essas situações (Enf. 10; Setor 04).

O manejo de vítimas de violência, por meio da reprodução das condutas convencionadas no cotidiano dos serviços de saúde, potencializa a execução de uma prática não científica baseada no que outros profissionais acreditam ser correto. Essa constatação sinaliza para a necessidade de protocolos institucionais de atendimento a fim de minimizar erros na identificação de casos, padronizar condutas no serviço de saúde e definir uma rede de apoio ao profissional de saúde (ANGELO; PRADO; CRUZ; RIBEIRO, 2013).

Os protocolos promovem segurança e respaldo ao profissional de saúde, auxiliando na condução de casos e norteando o processo de assistência às vítimas com bases científicas

descartando opiniões e conhecimentos pessoais, apesar de ainda existir uma cultura entre os profissionais de saúde de que a prática ensina melhor que a teoria, porém se a prática é executada de maneira errônea perpetuam-se os erros que só serão minimizados com a inserção de definições institucionais (ANGELO; PRADO; CRUZ; RIBEIRO, 2013).

Em concordância à cultura de valorização da prática em detrimento à teoria científica destaca-se que enfermeiros (as) salientaram a importância da experiência prática no dia-a-dia profissional como foco na aprendizagem e resolução dos casos, sem uma relação crítica com as evidências científicas, sendo essa mais relevante pela capacidade de ensinar melhor as condutas do (a) enfermeiro (a), conforme as falas seguintes:

Mas é aquela velha história, aprendemos muito mais na prática (Enf. 21; Setor 03).

Porque o que vai me ensinar é a prática, a teoria é sempre muito rasa, pode acreditar nisso (Enf. 08; Setor 05).

Destaca-se a necessidade do trabalhador em saúde desenvolver a criticidade e construir formas qualificadas de pensar e planejar ações na área da saúde, nessa perspectiva ressalta-se a relevância da sala de aula, da teoria, da reflexão sobre os atos e o sentido do trabalho mediante as práticas profissionais como possibilidade de constituição da práxis. A enfermagem, com suas peculiaridades, eminentemente feminina, com vínculos empregatícios distintos, mesmo assim precisa se desprender da prática reprodutiva e alcançar uma prática reflexiva, de modo que o agir seja fruto do pensar e se reconheça como um agente de transformação da ciência e não apenas como um agente do fazer (PEREIRA; LOPES; NOGUEIRA; RUELA, 2016).

Nessa perspectiva, um (a) enfermeiro (a) apontou o embasamento teórico como fundamental para uma boa prática profissional revelando que a falta de conhecimento científico influencia na qualidade da assistência prestada, conforme fala abaixo:

Tem que ter uma teoria, um embasamento. O embasamento teórico é muito importante. E está vendo nossos colegas sem embasamento (...). Deixam muito a desejar nesse sentido. Eu conheço, porque trabalhamos muito com a questão da indicação política (...) E às vezes eles não têm uma qualificação muito boa (Enf. 26; Setor 03).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para Enfermagem norteiam as instituições de ensino superior para a formação profissional e cidadã do (a) enfermeiro (a) a partir dos projetos pedagógicos dos cursos, os quais contemplam as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas, estas em conjunto definem as habilidades fundamentais dos (as)

enfermeiros (as). Assim, o modelo de formação dos profissionais na atualidade implica uma construção de currículo integrado com articulação entre determinantes do processo saúde-doença, a abordagem teórica do conhecimento e sua aplicação assistencial (MATTIA; KLEBA; PRADO, 2018).

Nesse sentido, o modelo de formação vigente requer práticas pedagógicas que estimule o protagonismo do estudante, a fim de formar profissionais como sujeitos sociais e com competências éticas, políticas e técnicas munidos de conhecimento, raciocínio, mas também criticidade, responsabilidade e sensibilidade para lidar com as questões da vida e da sociedade, sendo capazes de garantir uma assistência com integralidade e resolutividade (MATTIA; KLEBA; PRADO, 2018).

Nessa dicotomia entre teoria e prática, alguns enfermeiros (as) evidenciaram a magnitude da união entre a teoria e a prática, sendo essa junção integrante, portanto, indissociável, do processo de aprendizagem para aperfeiçoamento dos (as) enfermeiros (as) em sua atuação profissional, conforme trecho a seguir:

Na graduação tem os estágios, mas é muito corrido, muita conversa teórica. Com a vivência aqui e se você se interessar mais para estudar, você vai lendo lá e vendo a situação aqui. Você vai vendo a teoria e vai passando ali na mente aquele paciente lá que você viu, aquela situação, a forma que faz, a forma que era para fazer, né? Quer dizer, tem que juntar as duas coisas. A prática com um pouco de teoria também (Enf. 13; Setor 04).

Mas de fato no nosso dia a dia é que vai adquirindo melhor a experiência, sabendo como trabalhar essas situações. É importante a graduação, a parte do aporte teórico, é. Mas ela tem que vir em conjunto com a vivência que se tem. Então na prática profissional do dia-a-dia cada dia você aprende mais um pouco (Enf. 10; Setor 04).

Dessa forma, é urgente rever as estratégias pedagógicas para a articulação da teoria e prática de modo a problematizar as práticas educativas voltadas à formação dos (as) enfermeiros (as), considerando que a educação dos profissionais da saúde deve ser pautada na realidade em que teoria e prática tornam-se indissociáveis, permitindo que os profissionais e futuros profissionais possam responder aos desafios da contemporaneidade (MATTIA; KLEBA; PRADO, 2018).

Ressalta-se que nesse processo, a articulação entre a teoria e prática pode se iniciar no próprio contexto de sala de aula, o que requer professores que possam aplicar a teoria na prática e a partir dela produzir resolução para as problemáticas do dia-a-dia, e possam atender as demandas de formação de seus alunos (SOUZA; TORRES; DANTAS, 2017).

Nesse contexto de enaltecer a prática diária, os (as) enfermeiros (as) colocaram a graduação em cheque, afirmando não ter possuído uma formação específica e suficiente

durante esse processo formativo para qualificar-se quanto a abordagem de casos de violência com crianças e adolescentes, como pode ser visualizado nos trechos seguintes:

Porque só a graduação em si ela não tende a ofertar para gente, a oferecer para a gente os conhecimentos necessários, uma capacitação (formação) realmente bem focada nessa questão da violência (Enf. 01; Setor 03).

A realidade hoje é bem diferente de vinte anos atrás. Então assim, na minha graduação, claro que eu não tive essa experiência que eu vejo hoje (Enf. 07; Setor 01).

Mas assim, a graduação, são tópicos muito esporádicos que quando vê é quando fala, quando estava na assistência à criança e adolescente, tem esse tópico de violência. Mas nos hospitais que passa de estágio são raríssimos os casos (Enf. 17; Setor 04)

Na graduação, foi pouquíssima coisa que eu vi. Nas minhas especializações também não. Aqui também, nunca (Enf. 24; Setor 01).

Não, suporte dá, a graduação dá, mas é sempre bom você se aperfeiçoar numa determinada área específica. Porque a graduação ela fala muito no geral. Ela não se aprofunda tanto nisso (Enf. 27; Setor 05).

Estudo de Martins *et al* (2017) analisou 27 projetos pedagógicos de curso de graduação em Enfermagem e identificou que apenas 17 contemplaram a temática violência durante todo o curso em alguma disciplina, as que continham se encontrava principalmente nas disciplinas de saúde pública, saúde da criança e saúde da mulher, os resultados desse estudo evidenciaram uma abordagem incipiente sobre a violência nos cursos de graduação.

As universidades abordam a violência de maneira pontual, formando profissionais com fragilidade de identificação e assistência às vítimas, esse cenário reflete a mínima presença de projetos de pesquisa e extensão, o que teria um potencial de contribuir na aquisição de experiências dos discentes com as comunidades e as diversas realidades de situação de violência (MARTINS *et al*, 2017).

Internacionalmente, há um estímulo à inserção de conteúdo forense nos cursos de graduação e pós-graduação, inclusive essa tem sido uma recomendação da Organização Mundial da Saúde e da International Association of Forensic Nurses, além disso a associação de faculdades de Enfermagem americana em documentos oficiais sobre a formação prática profissional e a prática avançada em Enfermagem menciona a atuação forense para a prevenção de violências e promoção da saúde (DASH; PATEL; CHAVALI, 2016).

Muitas comunidades nos Estados Unidos implementaram atividades multidisciplinares de intervenção pós violência para sanar lacunas da justiça e melhor os indicadores de denúncia e acusação. Para tanto adotou-se o programa Sexual Assault Nurse

Examiner (SANE), no qual enfermeiros (as) treinados (as) fornecem assistência psicológica, serviços clínicos e forenses as vítimas de agressão sexual em ambientes hospitalares e comunitários, esse programa surgiu na década de 1970, se intensificou na década de 1990 e atualmente existem mais de 700 programas SANE nos Estados Unidos (DASH; PATEL; CHAVALI, 2016).

Com base na fragilidade que a graduação ainda apresenta no que se refere a formação do enfermeiro voltada a abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência, os (as) enfermeiros (as) citaram a necessidade de disciplinas específicas tanto direcionadas ao fenômeno da violência e o manejo desses casos, como ao grupo de adolescentes, ainda pouco focados durante a graduação em enfermagem nessa perspectiva da violência, conforme as seguintes falas:

Mas capacitação em si, ainda falta, principalmente na universidade, graduação, uma disciplina mais específica voltada realmente para essa área, porque cada dia mais tá crescendo. O número de crianças e adolescentes vítimas de violência, seja de qualquer tipo que for, então, acho que seria bem interessante que desde a faculdade tivesse essa disciplina realmente centrada e voltada para esse assunto, porque infelizmente ainda falta (Enf. 01; Setor 03).

Eu acho que dentro da saúde da criança e do adolescente, que também eu também não paguei saúde do adolescente. Não tem uma cadeira voltada para saúde do adolescente. A saúde do adolescente também é nova (Enf. 08; Setor 05)

Estudo de Topçu e Kazan (2018) com estudantes turcos de enfermagem corroborou com os aspectos expostos nos relatos acima, os estudantes afirmaram que a formação para a atuação forense deveria ocorrer por meio de uma disciplina na graduação, nesse sentido cursos e treinamentos na área de enfermagem forense tem sido estimulados no País, bem como atividades científicas crescentes como congressos e seminários têm sido recomendados como uma tendência para o avanço da enfermagem sendo reflexo do desejos dos próprios estudantes.

Outro aspecto declarado pelos (as) enfermeiros (as), pautou-se na falta de capacitação específica para abordagem desses casos de violência enquanto educação permanente dos (as) profissionais enfermeiros (as) do serviço de saúde, sendo esse fato contribuidor para fragilidade no manejo dos casos, conforme trechos seguintes:

Que é o que falta para a gente, ter esse conhecimento, para onde encaminhar, para a pessoa certa para fazer um atendimento mais específico, acho que falta muito essa questão dessa capacitação (Enf. 01; Setor 03).

A questão da capacitação nossa é o dia-a-dia mesmo, que responde é a questão do bom senso e a questão do sexto sentido, a desconfiança em si. Mas capacitação não, tem nenhum embasamento teórico para eu ter uma certa tranquilidade não, nas ações não (Enf. 28; Setor 01)

E também por falta de uma capacitação específica. Eu acho que seja também. É, ajudaria mais, saber se está fazendo, até onde está fazendo certo, assim, o nosso limite da parte da gente se está abordando o que deveria ser abordado (Enf. 30; Setor 04)

Linnarsson, Benzein e Årestedt (2014) apontam que na Suécia os departamentos de enfermagem nos serviços de saúde também apresentam uma necessidade de educação em serviço para a prática clínica forense independente do sexo ou idade da vítima, especialmente entre os (as) enfermeiros (as) considerados (as) os profissionais privilegiados para o cuidado.

No Brasil, embora seja notória a fragilidade na formação dos (as) enfermeiros (as) para atendimento de vítimas de violência e identificação de casos, sobretudo pelo déficit de capacitação específica nos serviços de saúde, motivação pessoal, profissional e institucional pela temática tem-se estimulado a educação continuada e permanente por meio de cursos na modalidade de educação a distância (EaD) de curta duração por universidades públicas. Dessa forma, intenta maior acessibilidade às informações para pessoas de diferentes regiões do país, além do crescimento de linhas de pesquisa envolvendo a violência cadastradas no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) na área de Enfermagem (MARTINS et al, 2017).

Ao passo que os (as) enfermeiros (as) citam a falta de educação permanente no serviço de saúde voltada a temática em questão, os mesmos reconhecem a necessidade da capacitação nessa área seja por meio de cursos do próprio serviço, seja individualmente, a fim de qualificar a atuação profissional e suprir as inseguranças e incertezas de como lidar com os casos de violência, como pode ser visualizado nos trechos seguintes:

Teria que ter, assim, questão de cursos, treinamento. Ter a questão de cursos com treinamento. Seria bem importante. Assim, ter uma prática melhor através de cursos (Enf. 26; Setor 03).

Só que se tivesse realmente uma capacitação não teria precisado passar por tanta coisa até hoje eu saber como é que eu devo agir (Enf. 20; Setor 04)

Sempre tem que estar se capacitando/princípio do aprender-aprender. Eu acho que é como vacina, você tem que estar se capacitando para poder fazer. Porque sempre tem uma mudança. Até os adolescentes hoje já pensam diferente. As crianças são tão vivas hoje em dia, que você vê tudo diferente das crianças de antigamente (Enf. 16; Setor 01).

Que sempre tem mais o que aprender com uma capacitação você vai ter novas vivências, novos pontos de vista, das pessoas que estão lá que vão expressar. E essa

interação, uma capacitação é muito proveitosa, tem a troca de conhecimentos (Enf.10; Setor 04).

Precisamos de um incentivo, precisava de cursos, precisava de qualificação de fato. Eu sinto essa falta, essa necessidade (Enf. 26; Setor 03).

É evidente a necessidade de capacitação dos (as) enfermeiros (as) para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência, sendo esse profissional o primeiro ponto de assistência da vítima que deve ser treinado para uma abordagem específica para exame e coleta de evidências, detalhes esquecidos em um exame físico comum (DASH; PATEL; CHAVALI, 2016).

O estudo de Paek, Kwak, Noh e Jung (2019) com profissionais de saúde da Coreia do Sul evidenciou o impacto de um programa educacional voltado à notificação/denúncias de suspeitas de abuso infantil em serviços de emergência medindo-se o conhecimento e nível de confiança dos profissionais antes e após a intervenção educacional, identificou-se que o programa educacional de avaliação aumentou o conhecimento e a confiança dos profissionais de saúde e a disposição de denunciar suspeitas de abuso infantil em um ambiente de baixa percepção.

Em concordância com o presente estudo, Souza *et al* (2015) mencionou que 95,5% dos (as) enfermeiros (as) mostraram interesse em receber formação específica para atuação frente a casos de violência, bem como evidenciou que dos profissionais que realizaram capacitações específicas, 82% afirmou atuar de maneira diferenciada após a capacitação (SOUZA *et al*, 2015).

Muitos currículos acadêmicos não acompanharam as mudanças relacionadas as políticas públicas voltadas a temática da violência, esse contexto contribui para a formação de profissionais presos ao modelo biomédico de assistência, que não conhecem a rede de atenção a vítimas de violência, o que gera uma assistência desarticulada e sem resolutividade (MARTINS *et al*, 2017).

Além da ausência de capacitações, os (as) enfermeiros (as) enfatizaram a inexistência de uma orientação institucional formal, ou protocolo clínico ou fluxograma de atuação profissional, frente aos casos de violência com crianças e adolescentes, sendo a atuação do (a) enfermeiro (a) direcionada pela rotina já estabelecida no serviço de saúde, cenário explicitado pelas falas seguintes:

Não, não deram orientação. Aqui aprendemos, na verdade, na prática do dia-a-dia (Enf. 27; Setor 05)

Não, da instituição não. Isso é nosso o dia-a-dia, nossa rotina. Como eu já estou há 8 anos aqui então já tem a rotina, porque é frequente (Enf. 17; Setor 04).

Porque como eu falei para você no início, não tivemos um direcionamento, uma orientação de como, então, eu acho que cada uma aqui deve agir de uma maneira. (Enf. 29; Setor 03).

Então eu acho que é muito, essa parte é muito negligenciado em relação a orientação mesmo para os enfermeiros, não só para os enfermeiros, para os técnicos, para os médicos (Enf.05; Setor 05).

O estudo de Nery, Lages, Tenório e Monte (2014) do mesmo modo enfatizou a inexistência de protocolo específico ou orientação institucional para atendimento de vítimas de violência em relatos de enfermeiros (as) atuantes em serviços de saúde. Esse cenário de não utilização de protocolos para conduzir as ações em saúde mostra-se como uma cultura enraizada no contexto brasileiro, especialmente na Enfermagem, revelando uma dupla fragilidade, por um lado, ainda há uma dificuldade de organização e implementação de protocolos pelos gestores e instituições, e por outro dos profissionais aplicarem na prática diária.

É preciso destacar que a rotinização de práticas e procedimentos solidificam o agir profissional, as rotinas preestabelecidas podem por vezes gerar comodismo ou inatividade no que compreende as mudanças necessárias para o aprimoramento da prática profissional (SCHEK *et al*, 2018).

Nesse sentido, entende-se que ao inserir protocolos institucionais de atuação funcionam como mecanismos de quebra de rotinas engessadas, além de direcionar e orientar os profissionais, especialmente, quando se trata de temáticas com pouco domínio por parte dos profissionais. Estudo de Linnarsson, Benzein e Årestedt (2014) evidenciou que 78% dos (as) enfermeiros (as) relatou possuir documentos específicos para o atendimento de vítimas de violência nos setores de enfermagem, e 60% expressou que os protocolos contribuíram na execução da assistência, sendo esses focados na área de saúde da mulher e criança.

Constata-se que a nível internacional os protocolos de atendimento a vítimas de violência, incluindo crianças e adolescentes mostram-se difundidos nos serviços de saúde e são aceitos pelos profissionais de saúde que os utilizam na prática diária, sobretudo, serviços de emergência (SCHEK *et al*, 2018).

Portanto, Souza *et al* (2015) destaca que a criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional torna-se fundamental para o sucesso e efetivação das ações de enfrentamento da violência nos serviços de emergência. Nesses serviços de emergência, as atribuições devem ser específicas por categoria de profissionais desde a chefia aos

profissionais da ponta considerando que a instituição possui uma responsabilidade ética e legal como os casos de violência, desse modo deve garantir uma prática instrumentalizada.

7.3.2.5 Categoria V - Especificidades dos setores de atendimento, à criança e adolescente vítima de violência, no serviço de alta complexidade

Na Categoria V, representada pela **Classe 2**, predominaram as evocações dos (as) enfermeiros (as) que atuam na Observação Pediátrica (45 ST; $\chi^2=12,97$). A classe demonstra nos discursos dos (as) enfermeiros (as) as particularidades de cada setor pelo qual a criança e/ou adolescente vítima de violência pode ser recebido, bem como os encaminhamentos que são realizados com a vítima internamente no serviço de saúde e externamente.

Pode-se mencionar que nessa classe 2, as especificidades de cada setor de atuação do (a) enfermeiro (a) remetem aos aspectos discutidos em dois eixos da Linha de cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência: **acolhimento e assistência**, pois essas ações podem ser visualizadas em cada setor do serviço de saúde com suas particularidades conforme o escopo de atuação de cada setor no fluxo de atendimento às vítimas de violência.

Verifica-se nessa classe que cada setor do serviço de saúde possui características peculiares no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência, o setor do acolhimento revela-se pelas falas dos (as) enfermeiros (as) como um espaço no qual a vítima permanece pouco tempo por caracterizar-se como um setor de alta demanda, triagem e definição do próximo setor para o qual a vítima será encaminhada, como pode ser visto nos trechos seguintes:

E o tempo de acolhimento é muito rápido ali, não passa um tempo com o paciente. Então assim, não tem como fazer realmente, o próprio setor é um setor de passagem (Enf. 07; Setor 01).

Agora no acolhimento mesmo. Já não tem a mínima condição porque você vê que é, você passou pouco tempo ali, você vê que a demanda cresce e você fica à mercê de responder uma planilha e fazer uma entrevista com o paciente. Isso se torna menos para você já passar para o seu colega da área a seguir, ou área amarela, ou área vermelha o que foi que aconteceu. O que faz, liga para lá, vai entrar um paciente vítima de agressão física, presta atenção que tem lesão na cabeça. É o mais que dá tempo (Enf. 19; Setor 01)

É uma dinâmica grande, no meu setor, o meu papel aqui é acolher, é acolher bem o doente, ter um atendimento imediato, identificar se aquela queixa é imediata, e assim, eu acho que o papel do enfermeiro em um hospital de alta complexidade é ele ser muito dinâmico (Enf. 18; Setor 01).

Estou falando do setor porque é o que eu estou inserida agora, é de responsabilidade do enfermeiro fazer uma boa triagem, de acolher de forma adequada, se é ou não para o setor, e para o hospital. Se o hospital acolhe ou não (Enf. 12; Setor 01).

Os (As) enfermeiros (as) atuantes no setor do acolhimento revelam uma dinâmica de abordagem dos usuários rápida, ágil e objetiva, portanto, imediata com pouco tempo de interação com esses sujeitos. A rapidez requerida neste setor é demonstrada por alguns enfermeiros como positiva em virtude da demanda de um hospital de alta complexidade. Contudo, Silva *et al* (2018) destaca que o ato de acolher embasado na Política Nacional de Humanização refere-se a reconhecer o que o outro traz como singular necessidade de saúde. Assim, o acolhimento deve sustentar a relação entre equipes e serviços de saúde e usuários com o objetivo de construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre os envolvidos. Como instrumento, destaca-se a escuta qualificada oferecida pelos profissionais de saúde às necessidades dos usuários garante o acesso oportuno desses usuários às tecnologias adequadas às suas particularidades e amplia a efetividade das práticas de saúde.

Entende-se ainda que as unidades de emergência integrantes do SUS constituem importantes setores de assistência de situações de violência uma vez que nesses serviços o fenômeno adquire visibilidade, embora subnotificado e pouco compreendido e incorporado à prática profissional enfermeiro. Ao considerar as unidades de emergência como serviços sentinelas para as situações de violências, esses serviços de saúde devem estar aptos a identificar e realizar procedimentos de encaminhamento aos casos de violência. Do mesmo processo, informar dados sobre esses casos considerando a alta demanda dessas situações nas unidades de emergência sejam casos de lesões de menor gravidade até as internações (SOUZA et al, 2015).

Na sala vermelha, verifica-se que o atendimento se foca na urgência e gravidade da vítima, sendo essa a prioridade. Caracteriza-se como um setor de estabilização da vítima, no qual essa recebe assistência de especialistas e deve ser encaminhada para outros setores, permanecendo também pouco tempo nesse setor, conforme relatos dos (as) enfermeiros (as) abaixo:

Quando ele chega aqui. Na verdade, eu sou funcionária da sala vermelha, então. Tem o Acolhimento antes da minha sala. Ela sempre manda, depende da gravidade. Depende da gravidade, se for mais grave manda para o meu setor. Meu setor eu vou fazer, colher informações, fazer os cuidados, acionar a cirurgia pediátrica. De urgência, é. Questão de vida dela, é. Depois é que eu vou colher informações, se

eu souber de alguma coisa que foi de familiar, eu entro em contato (Enf. 06; Setor 06).

Na sala vermelha não fica acompanhante, com exceção de crianças até uma certa faixa etária. Senão fica só o paciente. Adolescente geralmente também fica só (Enf. 23; Setor 02).

Geralmente vai para a observação pediátrica. Lá é que você vai conseguir ver realmente. Aqui, é rápido (Enf. 06; Setor 02)

A sala vermelha do serviço de saúde analisado se caracteriza como uma sala de estabilização do usuário considerando aspectos de manutenção da vida desse. De acordo com a Classificação de Risco determinada pelo Ministério da Saúde a área vermelha de um serviço de saúde do SUS caracteriza-se como um ambiente de atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, no qual se realiza predominantemente procedimentos invasivos (BRASIL, 2009).

Assim, por peculiaridades desse setor do serviço de saúde o (a) enfermeiro (a) restringe-se a uma atuação voltada para as necessidades de saúde físicas da vítima de violência, ocorrendo uma abordagem mais ampliada das vítimas em outros setores de assistência.

A observação pediátrica, de acordo com os (as) enfermeiros (as), mostra-se como um setor de transição da vítima no qual a mesma encontra-se alocada por algumas horas para definição da conduta a ser tomada: se internação em enfermaria pediátrica ou UTI pediátrica, se outra conduta. Assim, os (as) enfermeiros (as) revelam que não há construção de vínculo com a vítima, ainda mais por não realizarem sistematização da assistência de enfermagem, o que inclui a não realização da evolução de enfermagem, aspectos que podem ser observados nos trechos a seguir:

É uma pena que como aqui no nosso setor recebemos, passa um tempo ali, observação. Pouco tempo. Não dá para criar nenhum vínculo. Aqui não dá. Infelizmente aqui não dá. Um setor que não criamos vínculo, porque é rápido. O máximo de tempo que passa aqui é 12 horas. Quando passa isso tudo. Que é muito raro (Enf. 29; Setor 03).

Antemão acolhe essas crianças e adolescentes, porque aqui recebe até 17 anos, 11 meses e 29 dias, recebemos aqui na Observação pediátrica. Depois é que vai para os setores, dependendo da patologia, dependendo do que a criança e o adolescente tenham e encaminha para o setor (Enf. 29; Setor 03)

Como aqui na observação o paciente não fica internado, ele vem e se for internado ele vai para a ala pediátrica, então aqui nós não fazemos sistematização da assistência de enfermagem, a sistematização da assistência de enfermagem é feita na ala pediátrica (Enf. 15; Setor 03)

A gente tenta ao máximo, porque aqui é um setor que o fluxo é muito grande, é observação geralmente fica muito cheio, tenta assim ao máximo, não consegue relatar com detalhes, mas assim o médico faz a parte de toda a evolução e como profissional da enfermagem tende a, tenta na maioria das vezes fazer um relato básico, de como a criança veio a chegar, o que percebeu (Enf. 01; Setor 03).

A observação pediátrica na instituição de saúde representa um setor de ligação entre as áreas de emergência e os setores de internação seja a enfermaria pediátrica ou a UTI pediátrica; por assumir essa característica os (as) enfermeiros (as) que atuam nesse setor não se reconhecem responsáveis por ampliar a abordagem às vítimas de violência, no máximo realizam um relato da condição da criança e do adolescente.

Em contraponto, ao relatado pelos (as) enfermeiros (as) dos setores supracitados (acolhimento, sala vermelha e observação pediátrica), na enfermaria pediátrica a vítima recebe cuidados prolongados e um contato mais duradouro com o (a) enfermeiro (a), o que permite a produção da evolução de enfermagem integrada a sistematização da assistência de enfermagem. Nesse momento, a vítima já passou pelas abordagens iniciais e chega à enfermaria com a suspeita ou confirmação da violência definidos. Os trechos abaixo revelam esses aspectos característicos da enfermaria pediátrica:

Ele (vítima) já chegando em ala pediátrica ver a questão do cuidado, de medicação, e de outros exames se forem prescritos (Enf. 15; Setor 03)

Se o paciente for ficar internado, ele vai para a ala pediátrica e lá eles fazem a sistematização da assistência de enfermagem diária (Enf. 15; Setor 03).

E quando, eu acredito que quando vá para a ala pediátrica, que tenha evolução de enfermagem eu acredito (Enf. 24; Setor 01).

Estudo realizado com enfermeiros de enfermarias cirúrgicas e de clínica médica demonstrou que os próprios enfermeiros desses setores consideram a SAE relevante no cotidiano profissional por conferir outra dimensão ao cuidado do sujeito proporcionando cuidados específicos aos internos e acompanhando a evolução do estado clínico desses. Assim, a SAE permite um cuidado holístico, integral e com qualidade, bem como apresenta boa receptividade pelos pacientes por serem avaliados e considerados em suas singularidades (PENEDO; SPIRI, 2014).

Com base nas definições do escopo de cada setor do serviço de saúde, ou seja, acolhimento, sala vermelha e observação pediátrica verificou-se a existência de um fluxo interno para as crianças e adolescentes vítimas de violência nessa instituição de saúde foco da pesquisa. Tal fluxo se configura inicialmente pelo acolhimento sendo a porta de entrada

do serviço de saúde por onde todas as vítimas precisam ser atendidas, após o acolhimento a vítima pode ser direcionada para a sala vermelha ou para a observação pediátrica.

Verifica-se, nos casos de encaminhamento para a sala vermelha, após a estabilização a mesma pode ser transferida para uma das opções, ou seja, para a observação pediátrica, a UTI pediátrica ou a enfermaria pediátrica, constituindo um itinerário que pode ser percorrido a medida que se obtém resolutividade do caso da violência e suas consequências psico-emocionais, portanto depende da evolução satisfatória. Quando a vítima se encontrar na observação pediátrica ela pode ser conduzida para a UTI pediátrica, enfermaria pediátrica, ou receber alta hospitalar.

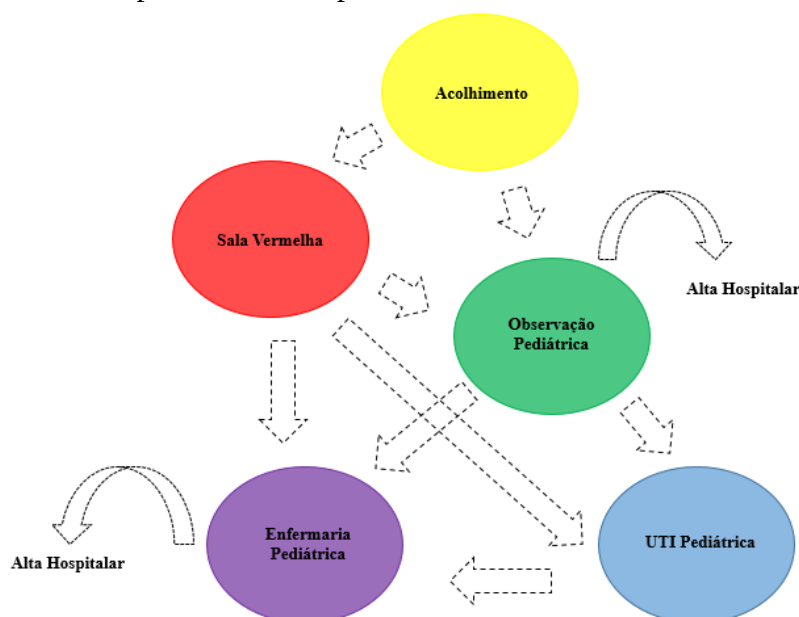
Em caso de internação na UTI pediátrica, após recuperação a vítima é encaminhada para enfermaria pediátrica; estando internada na enfermaria recebe alta hospitalar. Esse fluxo pode ser visualizado na figura 16, bem como explicitado pelas falas em seguida:

Passou aqui um tempo ou vai para UTI, ou vai par enfermaria ou vai para casa. Só tem esses três caminhos daqui (Enf. 29; Setor 03)

Até porque é questão de protocolo, a questão de idade como, é considerado criança e adolescente, tem que vim imediatamente para cá, fazem os primeiros atendimentos lá (sala vermelha) estabiliza, e o pediatra ou o cirurgião infantil vai até lá faz os primeiros atendimentos, encaminha para cá, e vai seguindo os mesmos procedimentos feitos lá vai seguindo aqui, a não ser que seja um caso mais assim, que precise de intubação, ventilação, dessas coisas que necessitam de um aparelho, de mais complexidade, é encaminhado para a UTI ou se tiver vaga na vermelha e não tiver na UTI o paciente fica lá para ter um suporte melhor, ventilação, intubação, que aqui não disponibiliza dessa questão, como é observação, ou fica na vermelha aguardando vaga para a UTI ou na UTI, é encaminhado para a UTI infantil (Enf. 01; Setor 03).

Para observação pediátrica ou para Pediatria, UTI pediátrica, alguma ala pediátrica, alguma das alas pediátricas do hospital (Enf. 23; Setor 02).

Figura 15 – Fluxo de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência em serviço de alta complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

O fluxo supracitado representa uma definição interna da instituição de saúde analisada, contudo vale refletir sobre a funcionalidade desse fluxo no que compreende a assistência integral às crianças e adolescentes em situação de violência e sua revitimização no caminho percorrido. Percebe-se, nos (as) relatos do enfermeiros (as), que as crianças e adolescentes são transferidas de um setor para outro havendo atribuições específicas de cada porém sem integração que permita uma continuidade do cuidado da vítima desde o acolhimento à internação, uma vez que a histórica clínica contada aos profissionais médicos, assistentes sociais, psicólogos enquanto as vítimas estão no acolhimento, sala vermelha, observação pediátrica serão recontadas as enfermeiras nas enfermarias, pois a anamnese e o exame físico são exclusivamente produzidos por esses (as) enfermeiros (as).

O fluxo descrito na figura 16 é utilizado para organização do serviço de saúde, porém não representa um fluxograma favorável a abordagem integral de crianças e adolescentes em situação de violência. De acordo com Craveiro (2016) protocolos e fluxogramas voltados a crianças e adolescentes em situação de violência devem permitir que os serviços e órgãos técnicos possam realizar um diagnóstico da situação e subsequente atender ao caso em toda a dimensão que o termo comporta, uma vez que a Constituição Federal no artigo nº 227 define como dever do poder público promover a plena efetivação dos direitos infatojuvenis de maneira prioritária, bem como com intervenção mínima conforme o artigo nº 100 do ECA (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Na situação específica de violência sexual com crianças e adolescentes, os (as) enfermeiros (as) referendaram o encaminhamento das vítimas para o serviço de referência a vítimas de violência sexual do Município objeto do estudo, o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), bem como o Instituto de Medicina Legal (IML) como órgãos externos aos serviços de saúde que participavam da assistência à criança e/ou adolescente vítima de violência sexual, conforme trechos abaixo:

Quando foi violência sexual, o ISEA (Enf. 23; Setor 02).

Até por onde eu tenho conhecimento tem encaminhado para o ISEA e para o IML, acho que para fazer questão de corpo de delito, essas coisas assim, os serviços que os médicos costumam, que eu tenho conhecimento é ISEA e IML para fazer corpo de delito, e para algum atendimento especializado tipo, ginecologista do ISEA. Vai mesmo, funciona (Enf. 01; Setor 03)

Estudo de Pedroso e Padilha (2014) apontou que enfermeiros (as) apresentam dificuldades de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sobretudo por não obterem treinamentos adequados para a abordagem, o que produz insegurança para detectar indicadores do abuso e resistência da notificação dessas situações por assumir a responsabilidade da suspeita ou confirmação podendo responder judicialmente pelo fato. Assim, os (as) enfermeiros (as) confirmam não estarem capacitados para o reconhecimento e acolhimento da criança e adolescente vítima de violência sexual.

O encaminhamento das vítimas de violência sexual para o ISEA e IML na instituição analisada demonstra uma transferência do caso para serviços que a equipe de saúde, incluindo o enfermeiro, acredita ser capacitada para tal abordagem uma vez que os profissionais atuantes nos setores dessa instituição de alta complexidade não demonstram competência para atuação frente esses casos específicos definindo como rotina hospitalar o encaminhamento para esses serviços. Vale destacar que esse fluxo de encaminhamento não se encontra definido por protocolo convencionou-se como rotina da própria instituição.

Outro aspecto questionado aos (às) enfermeiros (as) fundamenta-se na existência de continuidade ou permanência de vínculo com a vítima após a saída do setor de atuação do enfermeiro. Majoritariamente, os (as) enfermeiros (as) apontaram não ter conhecimento sobre a situação da vítima ao deixar o setor, portanto, inexistente a contrarreferência até mesmo quando encaminhada para outro setor do próprio serviço de saúde, como pode ser verificado nas falas seguintes:

Na verdade, nenhum dos pacientes tem quando sai da sala vermelha. Porque tanto o fluxo é grande como não tem, as vezes sai da Observação pediátrica vai para outro setor, não temos mais contato (Enf. 23; Setor 02).

Não. Saiu da UTI o nosso vínculo acaba (...) É, para Pediatria. Nunca vai para casa não. Toda criança que sai daqui da UTI ela passa no mínimo 24 horas na Pediatria (Enf. 17; Setor 04).

Nada, nada mais, nada mais. Não sabe. Hoje estava até comentando que teve uma aqui que foi muito espancada e saiu e foi para casa. E meses depois soube que a mãe tinha matado, não tem um, fica perdido, vai se perdendo (Enf. 08; Setor 05).

Os relatos dos (as) enfermeiros (as) demonstraram desconhecimento desses sobre a continuidade do cuidado da vítima após a saída dos setores onde atuam. Estudo de Schek *et al* (2018) corrobora com esse cenário, no qual a maioria dos (as) enfermeiros (as) não sabe informar se o encaminhamento realizado para órgãos de assistência às vítimas e se o seguimento dessas vítimas foi efetivo contribuindo para a proteção das vítimas. Nessa perspectiva, pode-se mencionar que a assistência às crianças e adolescentes vítimas de violência perde a noção de integralidade e a descontinuidade da assistência compromete a abordagem inicial, logo que se a vítima não segue efetivamente protegida há risco potencial de ser revitimizada e adentrar novamente aos serviços de saúde para passar pelos mesmos serviços assistenciais.

Os relatos dos (as) enfermeiros (as) sobre a descontinuidade da assistência evidencia a dificuldade que o profissional de saúde apresenta em visualizar-se como parte integrante de uma rede de assistência e proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência, a qual deve executar ações de maneira articulada, desse modo é papel do profissional de saúde promover práticas articuladas capazes de proteger esses grupos vulneráveis, e não desenvolver ações setoriais restritas aos espaços de atuação (SCHEK *et al*, 2018).

7.3.2.6 Categoria VI - Serviço de saúde de alta complexidade como referência para situações de violência/trauma

Na categoria VI, representada pela **Classe 3**, destacaram as evocações mencionadas pelos (as) enfermeiros (as) que atuam na Sala vermelha (12 ST; $\chi^2=5,6$). Os relatos dos (as) enfermeiros (as) associados a essa classe demonstram a relevância desse serviço de saúde de alta complexidade como referência para atendimentos de urgência e emergência, especialmente traumas, nos quais incluem as violências de todo interior do Estado, bem como outras localidades.

Essa importância que o serviço de saúde apresenta, agrega ao mesmo caráter de resolutividade e acolhimento de diversas demandas por caracterizar-se como serviço de porta de entrada do Sistema Único de Saúde. É nessa classe também que se evidencia o (a) enfermeiro (a) e sua atuação assistencialista nesse nível de atenção à saúde.

As especificidades de cada setor de atuação do enfermeiro remetem aos aspectos discutidos em dois eixos da Linha de cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência: **acolhimento e assistência**

Pode-se apontar que as características do serviço de saúde de alta complexidade relacionam-se com a Linha de cuidado integral da criança e do adolescente em situação de violência, no âmbito da funcionalidade do serviço de saúde, enquanto parte de uma Rede de Assistência à criança e adolescente vítimas de violência destacada por esse documento ministerial.

Quanto ao papel do serviço de saúde analisado enquanto instituição de saúde inserida na alta complexidade, os (as) enfermeiros (as) apontaram que o escopo de assistência desse hospital direciona-se às situações mais graves, especialmente traumas, bem como condições de saúde que não foram resolvidas em níveis de atenção à saúde de menor complexidade. Desse modo, os (as) enfermeiros (as) compreendem que o serviço de alta complexidade é essencial para assistir os agravos à saúde que produzem condições críticas aos indivíduos, como pode ser observado nas falas seguintes:

Alta complexidade geralmente vem atender uma demanda que foi mal resolvida na primária e na secundária. É isso o que eu entendo, principalmente aqui em Campina que vê, muita criança chega grave aqui na uti, mas que passou pela atenção básica, mas não foi solucionado (Enf. 17; Setor 04).

Na questão da alta complexidade o hospital ele vai atender as pessoas que são vítimas, aqui prioritariamente, de algum trauma. Quer seja automobilístico, resultante de quedas e particularmente as questões que envolvem maior risco iminente de morte (Enf. 10; Setor 04).

O nome do hospital já, já faz referência com a alta complexidade que a questão dos casos que não são tratados na atenção básica, os casos de urgência e emergência todo tipo de trauma, acidente, e as cirurgias mais urgentes que não são eletivas. Acho que toda essa parte engloba o hospital de trauma na rede de alta complexidade (Enf. 03; Setor 04).

Eu acho que, a alta complexidade como, eu acho que como os outros níveis de atenção é complementar. Embora trabalhe muito com atenção primária para que a pessoa não chegue a precisar da alta complexidade, é de fundamental importância. Porque é quando tira o paciente da fase crítica. Quando o paciente está no seu último grau de necessidade é quando a alta complexidade chega (Enf. 08; Setor 05).

Como elemento integrante da rede de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde os hospitais regionais, a exemplo do partícipe do estudo, assumem o papel de assistir das demandas do serviço pré-hospitalar móvel e das unidades hospitalares de menor complexidade posicionando-se como referência para esses atendimentos uma vez que abarcam as tecnologias necessárias. Vale ressaltar, que cada nível de atenção à saúde apresenta seu escopo de atuação, desse modo, situações de saúde que requerem tecnologias mais complexas não poderão ser assistidas na Atenção Primária à Saúde (SILVEIRA; O'DWYER2, 2017).

De relevância acentuada no nível de atenção de alta complexidade, o hospital analisado também se mostra como referência especificamente para as situações de violência no município de sua localização, assim como para todas as cidades de sua abrangência, o que compreende 70 municípios da 2ª macrorregião de saúde, sendo importante referencial para o atendimento dessas vítimas, como citam os trechos abaixo:

É como eu falei, Campina Grande nós só temos o Trauma, então qualquer coisa que acontece nessa situação, vítima de espancamento por algum motivo, seja ele qual for, a primeira referência é o Hospital de Trauma (Enf.19; Setor 01).

Porque se não tivesse o Trauma praticamente não teria como ter serviço voltado para alta complexidade dentro da, não da Paraíba porque ainda tem João Pessoa, outras cidades (Enf. 23; Setor 02).

A organização da atenção em saúde em rede regionalizada caracteriza-se como uma estratégia brasileira para o enfrentamento da fragmentação assistencial que dificulta a oferta de cuidado integral e contínuo. Essa fragmentação é tangenciada pelas desigualdades socioeconômicas e geográficas que assolam o território nacional, e as questões de gestão em saúde pelos entes federativos na prestação dos serviços (FAUSTO *et al*, 2017).

Desse modo, diversos municípios brasileiros não possuem em seus territórios serviços de saúde de alta complexidade, sendo necessário o referenciamento dos usuários para os serviços de referência, sendo a instituição analisada um desses serviços para atendimento de traumas no geral incluindo situações de violências graves.

Por se tratar de um hospital porta aberta, ou seja, atende a demanda reprimida de áreas do estado onde não existe serviços de saúde especializados e referência para um número significativo de municípios, a instituição hospitalar assiste uma demanda elevada de usuários do SUS, oriundos, majoritariamente daqueles de baixa densidade populacional, o que de acordo com os (as) enfermeiros (as), influencia negativamente na qualidade do serviço prestado, destacando que a assistência à saúde na instituição poderia ser melhor, logo que a

demanda excessiva produz sobrecarga, tal cenário é exposto pelas falas dos (as) seguintes enfermeiros (as):

Mas eu acho a demanda daqui bem maior do que o Hospital suporta. Mas mesmo assim, por causa dos profissionais dá certo. Dá, dá conta. Só que eu acho que assim, como a demanda é grande não tem a excelência do serviço por isso. Sobrecarregado (Enf. 21; Setor 03).

Aqui o Trauma ele tem tudo para ser um hospital, agora um hospital bom, agora é porque é muito atendimento, não tem condição não. De atender a demanda que vem para cá. Porque vem gente de todo lugar para aqui (Enf. 09; Setor 05).

Devido a demanda dos municípios que ultrapassa a GERES de referência, porque a nossa geres ela não tem, assim, Patos como uma, cobertura para Patos, e lá tem hospital de referência, então eu acho que essa demanda fica reprimida por abranger e não limitar o atendimento apenas aos municípios que pertencem a geres de Campina (Enf. 04; Setor 05).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado da Paraíba define a instituição em análise como a referência estadual para a 2ª macrorregião de saúde do Estado, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 institui o PDR como instrumento de organização do processo de regionalização a fim de promover a assistência dos usuários do SUS em todos os níveis de complexidade, sendo a alta complexidade responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SAUTER, GIRARDON-PERLINI, KOPF, 2012).

Contudo, observa-se que, mesmo com a organização das macrorregiões de saúde, o hospital recebe usuários de outros municípios que não se encontram no território da 2ª macrorregião, o que acaba comprometendo o atendimento prestado por esse serviço que excede sua competência.

Mesmo com esse cenário de alta demanda produto da ampla abrangência de atendimento do serviço de saúde destacada acima, alguns enfermeiros (as) ressaltam a importância do hospital em atender toda essa população, considerando que, geralmente, não há serviço especializado e de alta complexidade nesses municípios do interior, beneficiando as cidades do entorno do Município em estudo, o que decorre na busca pelo serviço de saúde em questão a fim de resolver situações críticas, como ressalta as falas dos (as) enfermeiros (as) abaixo:

Sim, acho que é muito importante. Até porque atende Campina Grande e regiões circunvizinhas onde, assim, tudo o que chega lá que não pode ser feito lá de alta complexidade, é feito aqui no Hospital (Enf. 27; Setor 05).

Assim, no meu ver, aqui como só tem o Trauma, basicamente, para tanto Campina Grande, como para quase todo o estado porque pega até a parte do sertão, é de extrema importância (Enf. 23; Setor 02).

Apesar das dificuldades existentes ainda na atualidade na efetivação da Regionalização do SUS, os relatos dos (as) enfermeiros (as) apontam como a organização dos serviços de saúde em macrorregiões por meio de pactuações e compartilhamento entre os gestores é essencial para o atendimento das vítimas de municípios da região de saúde. Garantir a integralidade na atenção à saúde da população não é fácil para um município isolado, assim o compartilhamento de ações de saúde torna-se estrategicamente indispensável para a efetivação dos atendimentos no SUS (FERNANDES, 2017).

A resolutividade demonstra-se como outro aspecto relevante, preocupante e objeto de entendimento distinto desse serviço de saúde de alta complexidade, que por um lado beneficia a população com atendimentos resolutivos, por outro lado aumenta a demanda do hospital, logo que a população decide procurar o serviço com diversas condições clínicas que não são escopo de atuação da alta complexidade, apenas por considerar o hospital resolutivo, o que remete a uma lacuna nos serviços de atenção à saúde na proposição dos níveis de acesso e resolutividade, além da integralidade das ações, como destaca os trechos dos (as) enfermeiros (as) abaixo:

Então eu vejo que no Trauma de Campina tem muita resolutividade. Os casos que aqui chegam que são de fato onde aqui é referência, são resolvidos aqui (Enf. 29; Setor 03)

É onde é concluída a maior parte dos atendimentos e infelizmente hoje ela é mal compreendida. Tem aqui no Trauma por ser alta complexidade, não atende só alta complexidade. As pessoas acabam por acharem que tem uma resolutividade maior, acabam vindo para cá mesmo sem ser necessário um atendimento tão específico (Enf. 20; Setor 04)

Que aqui não é um Hospital para resolutividade de casos clínicos. Então assim, mesmo assim ainda tem caso clínico que é resolvido aqui, que se resolve na parte de alta complexidade. E aqui também vem casos de baixa complexidade, muito (Enf. 29; Setor 03).

Se a atenção básica não funcionar e a média não funcionar, rotineiramente eles sempre procuram a alta complexidade porque acham que aqui eles vão conseguir resolver os problemas deles de uma única vez (Enf. 24; Setor 01).

Ressalta-se que a atenção primária à saúde no SUS funciona como a porta de entrada ordenadora do cuidado, não sendo a única, mas deve se comportar como resolutiva para os problemas de saúde mais frequentes da população com o objetivo de minimizar os custos econômicos e satisfazer às demandas no primeiro nível de atenção à saúde, porém a mesma se limita às ações de seu escopo, de todo modo uma APS resolutiva reduz consideravelmente as demandas da média e da alta complexidade, desse modo organiza o sistema de atenção à

saúde para as diversas condições de saúde, incluindo as situações de violência com crianças e adolescentes (BRASIL, 2015b).

Com todas essas características associadas ao serviço de saúde de alta complexidade, os (as) próprios (as) enfermeiros (as) refletiram sobre como deveria ser um (a) enfermeiro (a) para atuar nesse nível de atenção à saúde, e os mesmos destacaram a agilidade, a avaliação crítica da classificação de risco, a dinamicidade, a atenção, bem como habilidade para procedimentos mais complexos, conforme as falas abaixo:

Ter um atendimento imediato, identificar se aquela queixa é imediata, e assim, eu acho que o papel do enfermeiro em um hospital de alta complexidade é ele ser muito dinâmico, atento, ativo, saber identificar cada situação, cada queixa que é chegada aqui e saber como proceder como agir, ou agir de imediato (Enf. 18; Setor 01).

Então assim, eu acho que o papel da enfermagem é de realmente de ter essa capacidade de identificar a gravidade do paciente, já por ser alta complexidade (Enf. 24; Setor 01).

Tem que o enfermeiro ter as habilidades de fazer os procedimentos. Invasivos, de alta complexidade que às vezes não precisa na atenção primária (Enf. 30; Setor 04).

O (A) enfermeiro (a) atuante em serviços de emergência apresenta um papel de atendimento às demandas que surgem no serviço e para tanto utilizam mais os protocolos de atuação do que mesmo o planejamento dessas ações (CARDOSO *et al.*, 2016). Na instituição de análise os (as) enfermeiros (as) reconhecem o dever de identificar a queixa principal e a gravidade do usuário, porém quando se refere às situações de violência com crianças e adolescentes a outras categorias de análise demonstraram as dificuldades encontradas por esses profissionais.

Estudo de Linnarsson, Benzein e Årestedt (2014) aponta que os departamentos de emergência são muitas vezes o primeiro ponto de entrada das vítimas de violência em serviços de saúde; assim, os serviços de emergência deveriam ser um dos setores chave da saúde para atendimento forense a vítimas de violência. Logo que esses serviços funcionam como sentinela para identificação de situações de violência e ponto estratégico e oportuno de revelação de uma situação de violência (SOUZA *et al.*, 2015).

Diante do exposto, pode-se mencionar que o serviço de saúde em tela teria o potencial de implantação de um serviço de referência para atendimento de vítimas de violência com atuação específica da enfermagem a abordagem de vítimas de violência.

Pode-se mencionar que a abordagem de crianças e adolescentes pelos (as) enfermeiros (as) no serviço de alta complexidade apresentou diversas particularidades

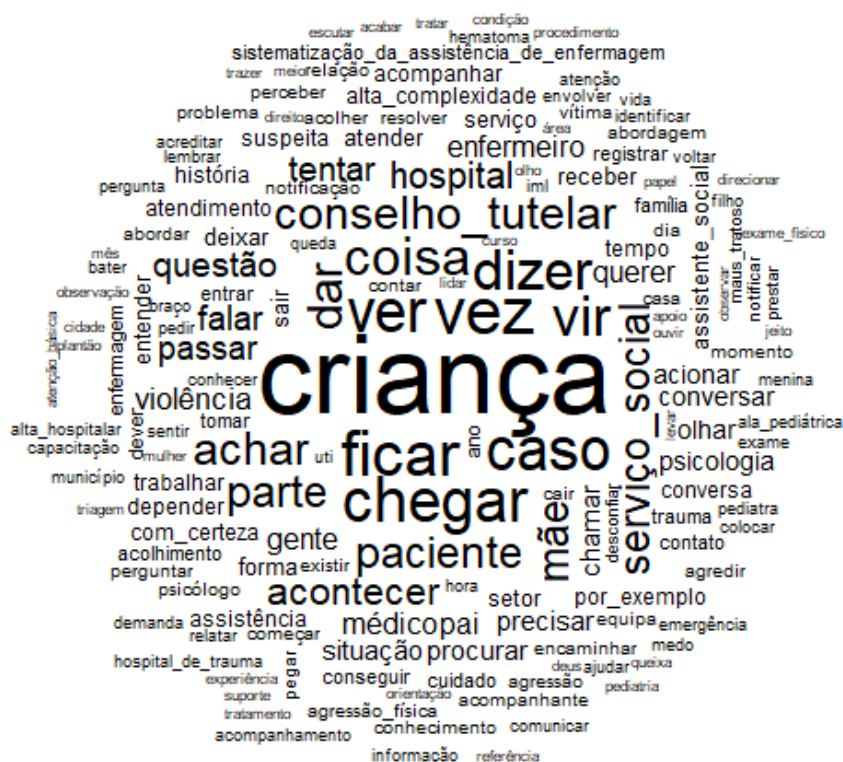
associadas ao próprio serviço de saúde. O déficit de acolhimento específico às vítimas pelos (as) enfermeiros (as) nos setores de primeiro contato como acolhimento, sala vermelha e observação pediátrica interfere na abordagem integral dessas vítimas, além da dificuldade dos (as) enfermeiros (as) em se envolverem com os casos de violência com criança e adolescente demonstrando evidente transferência das situações para profissionais como assistentes sociais, psicólogos e médicos, reflexo da insuficiente formação acadêmica e profissional para a atuação frente esses casos, bem como a inexistência de fluxo ou protocolos para nortear a prática profissional do enfermeiro, o que abre margem para abordagem dessas vítimas em conformidade com as experiências e valores individuais de cada profissional.

A análise desse serviço de saúde revelou o predomínio da atuação do (s) enfermeiro (a) focada na resolução dos agravos físicos por meio da assistência direta a vítima, despida de uma prática específica para a condução das vítimas permitindo uma abordagem integral desses sujeitos. Por outro lado, setores particulares como as enfermarias e a UTI podem ser percebidos como espaços favorecedores à consulta de enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem, ou seja, uma possibilidade de atuação específica da enfermagem.

Essas particularidades da alta complexidade foram consolidadas na nuvem de palavras visualizada na Figura 17 abaixo. A nuvem de palavras representa os termos de maior frequência nas falas dos (as) enfermeiros (as) atuantes nesse serviço de saúde de alta complexidade, os termos com maior destaque foram: “criança”; “ficar”; “chegar”; “caso”; “vez”; “vir”; “dizer”; “conselho_tutelar”; “paciente”; “mãe”; “serviço_social”; “hospital”; “enfermeiro”; “acontecer”; “médico”; “pai”; “psicologia”. Esses termos representam as figuras mais relevantes envolvidas com as situações de violência e um foco central na assistência da criança pelos (as) enfermeiros (as) não sendo dispensado o mesmo nível de atenção para os adolescentes.

Desse modo, observa-se que a efetiva participação do Conselho Tutelar nos casos de violência com criança e adolescente, bem como do assistente social, médico e psicólogo; e o núcleo familiar próximo como acompanhantes dessas vítimas no serviço hospitalar, nesse contexto está inserido o (a) enfermeiro (a) que precisa lidar com todos esses elementos quando se trata de uma situação de violência com crianças e adolescentes.

Figura 16 - Nuvem de palavras do *corpus* textual referente aos discursos dos (as) enfermeiros (as) atuantes na alta complexidade, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



Fonte: Produzido pelo Iramuteq com dados da pesquisa.

A partir dessa análise geral do serviço de saúde de alta complexidade pode-se mencionar que os eixos da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência: promoção da saúde, acolhimento, assistência, notificação, e seguimento, têm sido executados de maneira insuficiente para uma abordagem integral às vítimas.

O acolhimento mostra-se como uma ação pautada fundamentalmente na triagem sem permitir o efetivo vínculo entre os sujeitos, a assistência das vítimas apresenta-se como o eixo melhor executado no serviço de saúde quanto à assistência de saúde às condições físicas das vítimas, contudo ainda fragilizado quanto às ações específicas do enfermeiro à vítimas de violência; a notificação dos casos de violência seja para o SINAN ou para o Conselho Tutelar não são realizadas pelos (as) enfermeiros (as) assistenciais, função demandada para outros profissionais; quanto ao seguimento das vítimas, o serviço hospitalar não se insere na rede de proteção de continuidade do cuidado da vítimas caracterizando-se como um serviço de atendimento pontual; e a promoção da saúde mostra-se como um eixo inexistente nesse nível de complexidade.

Esse cenário direciona para um imperativo em repensar as práticas da enfermagem nos serviços de alta complexidade às crianças e adolescentes em situação de violência, uma vez que esses espaços de urgência e emergência recebem essas vítimas frequentemente, e ainda apresentam fragilidades importantes na assistência integral às mesmas, sobretudo o desconhecimento, a insegurança e ausência de habilidades específicas.

7.4 Análise de similitude da atuação dos (as) enfermeiros (as) dos três níveis de atenção à saúde

A partir da análise de similitude pode-se verificar a ocorrência de palavras e as conexões entre elas, o que permite a visualização da estrutura organizacional do conteúdo das entrevistas selecionadas dos (as) enfermeiros (as) nos três níveis de complexidade a partir da árvore máxima visualizada na figura 18. Desse modo, pode-se observar pela análise de similitude a interconexão entre as palavras, assim como o nível de relação entre essas com base no índice de coocorrência que pode ser mais fraco ou mais forte.

Essas conexões são fornecidas com base na teoria dos grafos, assim o Iramuteq pela análise de similitude exibe um grafo que representa as ligações entre as palavras do *corpus* textual, e a partir dessas é possível inferir os temas de relativa importância pela coocorrência. Essa análise permite a diferenciação das partes comuns e as especificidades no *corpus*, inclusive por variáveis descritivas (SALVIATI, 2017), nesse estudo a variável descritiva selecionada foi o nível de complexidade de atuação do (a) enfermeiro (a) (atenção primária, média complexidade, e alta complexidade).

Essas relações entre os termos produziu uma árvore de palavras com ramificações, a qual possui um núcleo central e eixos ramificados a partir desse núcleo (SALVIATI, 2017). Na figura 18 pode-se visualizar a árvore máxima composta por um núcleo central focado no termo “criança” do qual surgem ramificações que descendem construindo eixos analíticos.

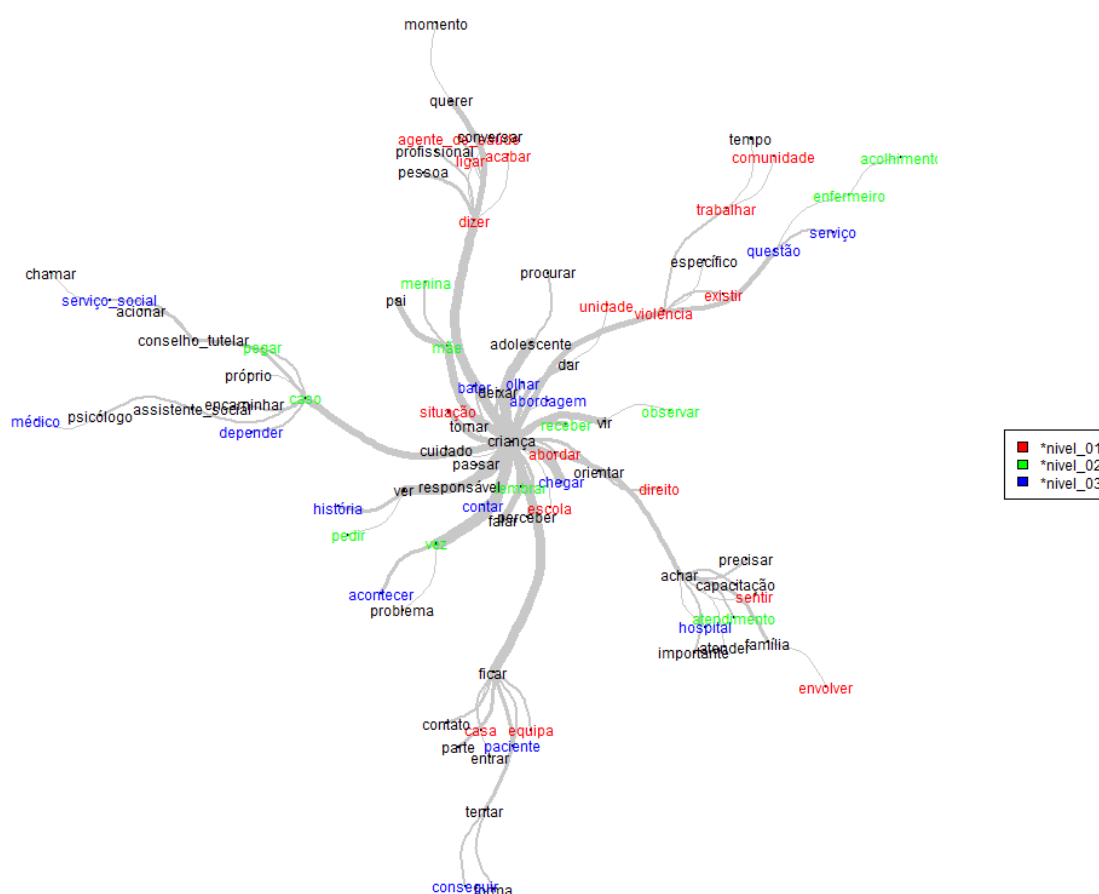


Figura 17 – Análise de similitude dos discursos dos (as) enfermeiros (as) atuantes nos três níveis de complexidade sobre a abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa.

Do núcleo central surgem eixos analíticos por meio de fortes ramificações, cada ramificação apresenta um termo de maior grau de conectividade com o núcleo, que são: “bater”, “deixar”, “abordagem”, “receber”, “abordar”, “lembrar”, “contar”, “passar”, “cuidado”, “mãe”. Esses termos formam dez eixos analíticos que representam aproximações evidenciadas nos três níveis de complexidade de atuação dos (as) enfermeiros (as), contudo, destacadas com coloração diferente os termos característicos de cada nível de complexidade (vermelho = atenção primária; verde = média complexidade; azul = alta complexidade) em cada eixo analítico.

O primeiro eixo analítico emerge da forte ligação com o termo “bater”, que se liga fortemente ao termo “dizer” e se ramifica em “pessoa”, “profissional”, “ligar”, “conversar”, “agente_de_saúde”, “querer”. Esse eixo remete ao falar sobre a violência sofrida ou produzida que muitas vezes é física expressa pelo termo “bater” e os elementos chave nesse

processo são os profissionais de saúde e o agente comunitário de saúde como reveladores da violência, mas também mediadores das situações de violência por meio da conversa.

Corroborando com o supracitado, nesse eixo destacaram-se os termos “dizer”, “ligar”, “acabar”, “agente_de_saúde” como expressivos da atenção primária à saúde reafirmando o papel desse nível de atenção à saúde com o dialogar com as comunidades e revelar as violências nelas presentes, e o termo “bater” associou-se ao nível de alta complexidade o que demonstra uma relação direta com os aspectos físicos da violência e os serviços de urgência e emergência.

A atuação da atenção primária à saúde nas violências com crianças e adolescentes interrelaciona-se como a atuação dos agentes comunitários de saúde junto às famílias na detecção precoce, no diálogo e no elo com as unidades básicas de saúde que devem funcionar como referência e apoio para a comunidade procurar diante das situações de violência (CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017).

O segundo eixo analítico surge do termo “deixar” fortemente associado com “adolescente” que se ramifica no termo “procurar”. O adolescente apesar de fazer parte da linha de cuidado nos três níveis de complexidade não foi o foco dos relatos dos (as) enfermeiros (as) expressando uma posição de segundo plano para esses, muitas vezes associado a dificuldade do adolescente procurar os serviços de saúde produzindo uma relação frágil entre enfermeiros e adolescentes, diferentemente da relação entre enfermeiros (as) e crianças que se mostra expressivamente forte.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar identificou que apenas 48% dos adolescentes procurou por algum serviço ou profissional de saúde nos últimos 12 meses da pesquisa, é evidente que os adolescentes não buscam por serviços de saúde, no entanto, algumas barreiras de acesso podem dificultar essa busca como a falta de informação sobre os meios de obtenção de cuidados, características organizacionais e, especificamente, questões de confidencialidade, desconhecimento sobre os serviços de saúde, e desconforto em compartilhar as preocupações de saúde, além da forma como as equipes de saúde acolhem esses adolescentes (MARTINS *et al*, 2019).

O terceiro eixo analítico emerge da ramificação associada ao termo “abordagem” que se ramifica, por um lado, nos termos “violência”, “existir”, “específico”, “trabalhar”, “comunidade”, “unidade”; e por outro, “questão”, “serviço”, “enfermeiro”, “acolhimento”. Quanto a esse eixo da abordagem os termos se remetem a uma atuação específica do(a) enfermeiro (a) nas unidades de saúde junto às comunidades, bem como essa abordagem

ocorre nos serviços de saúde apresentando o enfermeiro com uma relação direta ao acolhimento das vítimas.

Nesse eixo os termos “unidade”, “violência”, “existir”, “trabalhar” e “comunidade” se associaram a atenção primária evidenciando a unidade básica de saúde e a comunidade como elementos essenciais a esse nível de atuação; os termos “enfermeiro” e “acolhimento” com a média complexidade, o que remete a uma forte atuação do enfermeiro nesse nível de atenção quanto ao acolhimento das vítimas que ocorre por meio da consulta de enfermagem; e os termos “questão” e “serviço” com a alta complexidade remetendo a violência como uma questão desse serviço de saúde.

Mesmo com a relação direta apresentada entre acolhimento e o (a) enfermeiro (a), enfatiza-se a necessidade de avanços nesse cenário desde o acolhimento inicial, essencial e efetivo, a identificação dos sintomas e sinais, a notificação até os cuidados das lesões e suas consequências por meio de registros e planejamento de condutas a fim de alcançar um atendimento humanizado às vítimas (VALERA *et al*, 2015).

O quarto eixo analítico surge na ramificação com o termo “receber” e desse ramificam os termos “vir” e “observar”. Esse eixo faz referência ao recebimento das vítimas de violência nos serviços de saúde e evidencia um forte ato dos (as) enfermeiros (as) em todos os níveis de atenção à saúde que se trata da observação a condição da vítima pautada na inspeção do exame físico, essa conduta apesar de ter sido percebida tanto na atenção primária, secundária e terciária, os termos “receber” e “observar” associou-se a fala dos (as) enfermeiros (as) da média complexidade.

Quando se trata de violência contra crianças e adolescentes o (a) enfermeiro (a) não deve focar somente nos sinais clínicos evidentes perceptíveis pela inspeção, mas também nos indicadores psicossociais a partir do exame físico completo associado à anamnese, na qual o profissional deve estabelecer um diálogo de confiança para confrontar os discursos dos responsáveis e das vítimas (MARTINS *et al*, 2017).

O quinto eixo analítico evidencia-se do termo “abordar” o qual bifurca-se em um forte relação com o termo “chegar” uma vez que a abordagem inicia com a chegada da vítima nos serviços de saúde e no termo “orientar”, desse termo ramificações surgem para os termos “direito”, “achar”, “precisar”, “capacitação”, “sentir”, “atendimento”, “hospital”, “atender”, “família” e desse último termo uma subramificação “envolver”. As relações entre o termo “orientar” e “direito” expressa falas dos (as) enfermeiros (as) quanto a orientar de maneira adequada às vítimas e os familiares, essa atuação se liga a capacitação do (a) enfermeiro (a),

ou seja, ao sentimento de necessidade de capacitação para a produção de uma orientação adequada, do envolvimento com a família e para o atendimento hospitalar.

Essas ações mostraram maior associação direta com os níveis de complexidade, com a atenção primária destacou-se os termos “abordar”, “direito”, “sentir” e “envolver”, esses sentimentos de produzir uma abordagem de maneira qualificada, do envolvimento com a família demonstram dificuldades apontadas pelos (as) enfermeiros (as) da atenção primária; com a atenção secundária o termo “atendimento” considerando que no serviço de saúde nesse nível foca-se no atendimento às vítimas e com a alta complexidade o termo “hospital”, mesmo com essas especificidades de cada nível esse eixo pauta-se na capacitação dos (as) enfermeiros (as) para fundamentar as ações desses profissionais.

Evidencia-se a notória fragilidade de formação profissional pelos (as) enfermeiros (as) para a abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, reflexo da formação acadêmica e do insuficiente estímulo à capacitação dos profissionais e definição de fluxos nos serviços de saúde, o que produz impacto direto nos sentimentos manifestados pelos (as) enfermeiros (as) diante dos casos de violência, bem como no atendimento executado (MARTINS *et al*, 2017).

Salienta-se uma ramificação fraca que sobressai desse eixo de maneira isolada para o termo “escola”, diretamente associado a atenção primária, evidenciando as ações de promoção da saúde nesse âmbito no combate às violências.

O sexto eixo desponta a partir da forte ligação com o termo “lembrar” que se bifurca para o termo “falar” demonstrando uma intensa relação entre lembrar da situação de violência e falar sobre o fenômeno, por outro “lembrar” encontra-se associado a “perceber” e esse termo liga-se com “ficar”, “contato”, “casa”, “paciente”, “equipe”, “tentar”, “conseguir”, o que demonstra uma expressiva atuação do (a) enfermeiro (a) em perceber as situações de violência com crianças e adolescentes no ambiente familiar/doméstico executada em equipe, como também em relação ao próprio paciente, perceber se o mesmo demonstra sinais visíveis ou invisíveis de violência que, muitas vezes, mostra-se como uma tentativa do (a) enfermeiro (a) conseguir executar essa ação.

Nesse eixo os termos “casa” e “equipe” associaram-se a atenção primária à saúde revelando o contexto desse nível de complexidade com os espaços domiciliares e a atuação em equipe considerando a própria conformação das equipes de saúde da família; os termos “paciente” e “conseguir” se associaram a alta complexidade refletindo a visão da vítima nesse serviço de saúde como o paciente e o caráter de tentativa para conseguir suprir as necessidades das vítimas de violência nesses serviços de saúde.

O ato de perceber ou reconhecer as situações de violência pelo (a) enfermeiro (a) se aplica tanto a atuação desse profissional na atenção primária, ao reconhecer possíveis situações de violência no ambiente doméstico com crianças e adolescentes, como no ambiente hospitalar ao olhar para vítima e perceber indícios que não são expostos ou revelados. Portanto, Fernandes *et al* (2017) enfatiza que cuidar de crianças vítimas de violência requer além do conhecimento técnico, a percepção para compreender a linguagem não verbal da vítima e apreender suas individualidades e necessidades físicas e emocionais.

O sétimo eixo emerge pelo termo “contar” o qual se associa de maneira forte ao termo “vez” e esse se bifurca em “acontecer” e “problema”. Esse eixo remete ao fato de contar a problemática da violência e como aconteceu o ocorrido, esse tópico do relato da violência mostra-se como uma problemática para os (as) enfermeiros (as) nos três níveis de atenção à saúde, sobretudo nos serviços hospitalares, considerando que um dos maiores desafios na assistência à vítima é conseguir o relato da mesma sobre a violência sofrida, especialmente crianças e adolescentes. Os termos “contar” e “acontecer” associou-se à alta complexidade e “vez” à média complexidade.

Identificar as situações de violência na infância é complexo, as crianças tendem a não revelar as agressões e os agressores, por medo desses e por afeto, uma vez que os agressores são indivíduos próximos e do ciclo afetivo. Diante dessa dificuldade os profissionais de saúde necessitam estar atentos aos detalhes que possam conduzir à confirmação da violência, ou reforçar a suspeita, elementos que ajudam nesse processo são perguntas investigativas não diretas, confronto de relatos entre vítimas e responsáveis, marcas físicas que não correspondem aos relatos, acidentes incompatíveis com a idade da criança, vestimentas inadequadas com o clima (GARBIN; GUIMARÃES E QUEIROZ; ROVIDA; SALIBA, 2012).

O oitavo eixo emerge a partir do termo “passar” que se liga a “responsável”, “ver”, e desse último ramifica-se os termos “história” e “pedir”. De modo geral, esse eixo se refere a atuação do (a) enfermeiro (a) em captar a situação de violência e solicitar a história do acontecimento, que na maioria das vezes é emitida pelo responsável que acompanha a vítima ao serviço de saúde, esse cenário se associa ao contexto hospitalar revelando que a vítima muitas vezes não tem direito a voz, silenciada por algum mecanismo de controle biopsicossocial para contar sua própria história sendo mediada pela voz da autoridade, ou seja, pelo familiar/responsável.

Assim, o termo “história” se associou a alta complexidade e o termo “pedir” a média complexidade produzindo essa relação direta do eixo com o atendimento das vítimas no ambiente do hospital seja média ou alta complexidade.

O profissional de saúde deve recolher a história clínica da criança, inicialmente, através do cuidador/pais/responsável da mesma, e depois falar diretamente com a criança, uma vez que as informações fornecidas pelo responsável fundamentam a análise para confronto com a história que também deve ser ouvida da possível vítima (GOMES, 2014).

Convenciona-se iniciar a abordagem de uma possível violência através da história clínica, pois esse momento se revela potente para compreender as circunstâncias de ocorrência da situação de violência e os detalhes. Todos esses detalhes devem ser avaliados pelo profissional de saúde quanto à plausibilidade na busca por indícios de omissão, portanto, o (a) enfermeiro (a) deve estar em uma escuta atenta e ampliada a todo instante diante do atendimento de uma possível situação de violência com criança e adolescente (GOMES, 2014).

O nono eixo emerge subdividido em uma ramificação pelo termo “tomar” ligado ao termo “situação” e a outra ramificação emerge pelo termo “cuidado” que se liga fortemente a “caso” e desse termo se ramifica para um lado os termos “encaminhar”, “depende”, “assistente_social”, “psicólogo”, “médico”; para o outro os termos “próprio”, “pegar”, “conselho_tutelar”, “acionar”, “serviço_social”, “chamar”. Nesse eixo quando se remete ao cuidado do caso de violência com criança e adolescente existem duas possibilidades evidentes, a primeira o encaminhamento do caso para o assistente social, o psicólogo, e o médico, e a atuação do (a) enfermeiro (a) depende desse encaminhamento demonstrando que o encaminhar não é um ato em sequência de um fluxo mas uma necessidade do enfermeiro; a segunda diz respeito ao acionamento do Conselho Tutelar que assume o caso e esse ato de chamar esse órgão parte do serviço social expressivamente.

Nesse eixo o termo “situação” associou-se a atenção primária à saúde, os termos “caso” e “pegar” a média complexidade e os termos “depende”, “médico” e “serviço_social” evidenciados na alta complexidade, revelando a dependência do (a) enfermeiro (a) que atua nesse nível de atenção a esses profissionais, o médico e o assistente social para detecção, confirmação e atendimento do caso de violência.

A violência com criança e adolescente exige uma atuação multidisciplinar, nesse aspecto destaca-se a posição de liderança do serviço social que estabelece um elo entre a assistência à saúde e as demais instâncias de proteção, caracterizando-se como a ponte para a resolutividade dos casos de violência. Assim, as assistentes sociais são diretamente

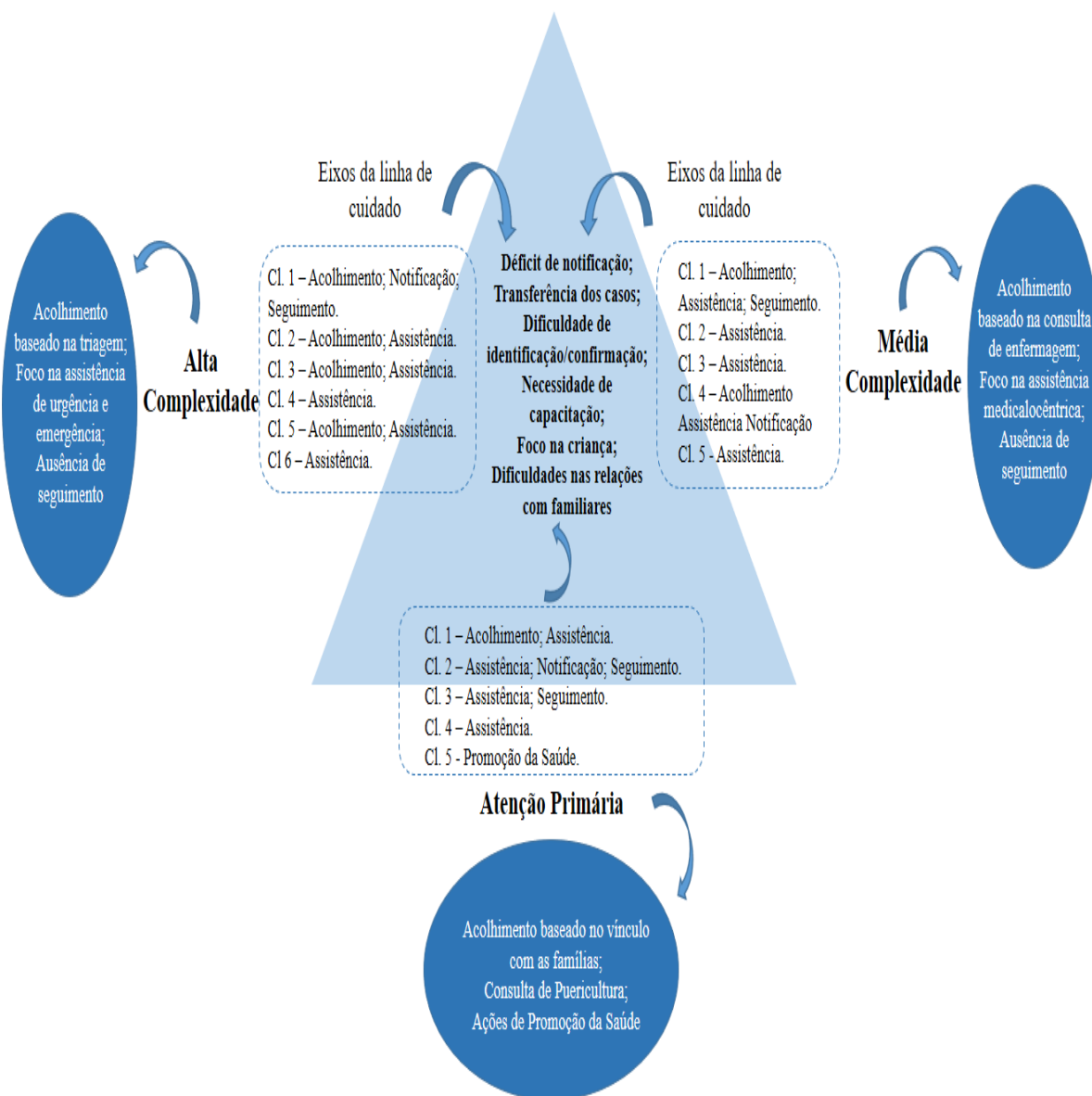
acionadas pelos profissionais de saúde não só para a articulação, mas algumas vezes até para a identificação de situações suspeitas e/ou confirmadas (GONÇALVES *et al*, 2015; EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018).

O décimo eixo emerge do termo “mãe” que se liga fortemente ao termo “pai” e ao termo “menina”; sendo os termos “mãe” e “menina” evidenciados no nível de média complexidade. Esse eixo remete expressivamente a forte relação que o pequeno núcleo familiar apresenta com as situações de violência com as crianças e adolescentes sejam nos pais de agressores, omissores ou testemunhas, e as meninas são evidenciadas uma vez que muitas são negligenciadas pelas mães que omitem as situações de violência vivenciadas no âmbito doméstico.

Destaca-se, de forma enfática, que a maior parte das situações de violência com crianças e adolescentes é cometida por familiares ou pessoas que desempenham função parental de cuidado e de socialização, revelando uma teia complexa de relações familiares, uma vez que agressores e vítimas estão ligados por laços afetivos e simbólicos e que a violência fragiliza (MARTINS; ROMAGNOLI, 2017).

Nesse sentido, condensam-se as convergências e divergências da atuação do (a) enfermeiro (a) frente às crianças e adolescentes em situação de violência por meio da figura 19 abaixo, a qual relaciona os eixos da linha de cuidado com essas aproximações e distanciamentos identificados no estudo.

Figura 18 – Pontos de convergência e divergência nos discursos dos (as) enfermeiros (as) atuantes nos três níveis de complexidade sobre a abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



Desse modo, evidencia-se como convergência nesse estudo o déficit de notificações das situações de violência com crianças e adolescentes nos três níveis de atenção à saúde, uma vez que essas permanecem mistificadas pela associação com responsabilidades legais e envolvimento judiciais, bem como inexistente na atuação da maioria dos (as) enfermeiros (as). Na atenção primária, a subnotificação evidencia-se pelo medo e insegurança da denúncia e a falta de conhecimento, sobretudo, da Ficha de Notificação do SINAN; na média e alta complexidade a existência do serviço de epidemiologia para a notificação dos agravos

à saúde de notificação compulsória distancia o (a) enfermeiro (a) dessa ação; em todos os níveis de atenção à saúde há confundimento por parte dos (as) enfermeiros (as) entre a notificação epidemiológica do SINAN e a notificação para o Conselho Tutelar.

Ressalta-se também a transferência dos casos de violência com crianças e adolescentes para outros profissionais, permeada por uma desresponsabilização dos (as) enfermeiros (as) episódios de violência, em consequência da visão restrita de que tal fenômeno não se constitui competência do (a) enfermeiro (a), sendo demanda para outros profissionais como médicos, assistentes sociais e psicólogos, bem como a outros órgãos como o Conselho Tutelar, transferindo a assistência integral das vítimas a esses profissionais.

Um ponto congruente entre os três níveis de atenção à saúde diz respeito à dificuldade de identificação e a confirmação das violências contra crianças e adolescentes que ainda representam ações pouco desenvolvidas pelos (as) enfermeiros (as). Das ações específicas dos (as) enfermeiros (as), voltadas às vítimas, delimitam-se a consulta de enfermagem e o exame físico, especialmente executados pelos (as) enfermeiros (as) atuantes na atenção primária e nas enfermarias e UTI dos serviços de média e alta complexidade. Contudo, vale salientar que a capacitação específica para abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência compreende o cerne essencial do déficit de atuação dos (as) enfermeiros (as), favorecendo as ações de transferência de responsabilidades na abordagem clínica, psíquica e social.

Desse modo, constata-se a condição unânime entre os (as) enfermeiros (as) quanto à fragilidade na formação na graduação, pós-graduação e nas capacitações em serviços de saúde, o que reflete negativamente nas competências e habilidades dos (as) enfermeiros (as) para prestar uma atenção integral às crianças e adolescentes vítimas de violência. Ao considerar as especificidades que a abordagem a esses grupos requer do profissional de saúde a formação torna-se imprescindível para uma atenção específica e habilitada.

Dentre os pontos que divergiram entre os níveis de atenção à saúde tem-se o acolhimento como um ponto focal, apesar do acolhimento ser papel dos (as) enfermeiros (as) nos três níveis, não se pautou em uma escuta qualificada capaz de acolher a demanda da violência contra criança e adolescente, tornando a assistência resolutiva, como um meio para evitar a revitimização e identificar situações de violência não explícita. Ressalta-se que o acolhimento assumiu uma posição de triagem, especialmente nos serviços de média e alta complexidade focado na queixa principal da situação, resquício de um modelo institucional verticalizado e centrado no modelo biomédico. Na atenção primária em função da capilaridade e os vínculos estabelecidos com a comunidade o acolhimento mostra-se mais

afetivo e baseado em uma escuta, porém ainda permanecem destituídos de abordagem específica para esse fenômeno.

Outro ponto divergente entre os níveis de atenção trata-se das ações de promoção da saúde das crianças e adolescentes direcionada ao estímulo à cultura de paz e a prevenção das violências que destaca-se exclusivamente na atenção primária. As ações de promoção da saúde encontram na escola o espaço privilegiado no qual esses grupos já se encontram favorecendo o contato com o público alvo. A articulação do setor da educação com o da saúde minimiza uma problemática antiga que se trata da ausência, principalmente, dos adolescentes nos serviços de saúde, sendo assim a atenção primária caracteriza-se como o nível de atenção à saúde de predomínio das ações de promoção da saúde pelos (as) enfermeiros (as), permanecendo a média e a alta complexidade voltada às ações de assistência direta às vítimas.

O seguimento das vítimas representa a articulação entre os níveis de atenção à saúde e os órgãos de proteção à criança e ao adolescente, a garantia de um seguimento efetivo oferece a atenção integral e a continuidade do cuidado compreendendo o caráter de reincidência do fenômeno da violência. Contudo, mantém-se uma desarticulação entre os níveis de atenção à saúde o que enfraquece as relações de referência e contrarreferência e favorece a revitimização uma vez que as ações fragmentadas não abarcam a complexidade da problemática, nesse contexto o Conselho Tutelar assume o papel concreto do acompanhamento das crianças e adolescentes sem envolvimento do setor saúde.

Nesse âmbito do esvaziamento das habilidades e competências dos (as) enfermeiros(as) frente a violência as crianças e adolescentes, o seguimento das vítimas na alta complexidade e média complexidade torna-se, rotineiramente, responsabilidade do Conselho tutelar, e na atenção primária, contexto que deveria assumir a responsabilidade pela continuidade do cuidado dessas vítimas os elos são rompidos e não há continuidade da atenção à essa vítima.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu a análise dos aspectos que permeiam a abordagem do (a) enfermeiro (a) frente às crianças e adolescentes em situação de violência, evidenciando as particularidades, aproximações e distanciamentos da atuação desses profissionais nos três níveis de atenção à saúde.

Pode-se mencionar que os eixos da Linha de cuidado de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência não foram integralmente contemplados na atuação dos (as) enfermeiros (as) nos três níveis de atenção à saúde. A partir dessa visão geral, destaca-se o déficit na abordagem do (a) enfermeiro (a) a essas vítimas no que concerne ao acolhimento, à notificação, à assistência, a o seguimento e à promoção da saúde.

Nessa perspectiva, houve pontos em comum da abordagem dos (as) enfermeiros (as) a essas vítimas nos três níveis de atenção à saúde, bem como peculiaridades de cada um desses caracterizando seus aspectos específicos. Os elementos que convergiram entre os níveis, podem ser entendido como uma hierarquização na parcialidade da sua atuação frente aos eixos da Linha de cuidado de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência, os quais pautam-se: no déficit de notificação das situações de violência, na transferência dos casos de violência para outros profissionais de saúde, na dificuldade de identificação e confirmação da violência, na necessidade de capacitação para a abordagem de situações de violência com criança e adolescente, foco na abordagem das crianças em detrimento dos adolescentes e dificuldade nas relações com os familiares, especialmente o pequeno núcleo familiar.

Os pontos que divergem fundamentam-se nas formas de acolher as crianças e adolescentes vítimas de violência, nos diferentes níveis de atenção à saúde, mediados pela Linha de cuidado de atenção integral com foco na consulta de puericultura na atenção primária e na assistência de urgência e emergência na média e alta complexidade, além dos destaque para ações de promoção da saúde para a prevenção das violências e estímulo a cultura de paz que ocorrem exclusivamente na atenção primária.

Cada nível de atenção à saúde apresenta características e desafios peculiares quanto à abordagem das crianças e adolescentes vítimas de violência pelos (as) enfermeiros (as), desse modo, na atenção primária a classe 4 representou a de maior concentração de falas dos (as) enfermeiros (as), a qual se refere ao contexto familiar e a violência contra crianças e adolescentes. Pode-se inferir que um dos grandes desafios do (a) enfermeiro (a) que atua

nesse nível de atenção à saúde pauta-se nas relações com as famílias agressoras e a proximidade com a comunidade.

Na média complexidade, a classe 1 predominou os relatos dos (as) enfermeiros (as), a qual foca-se nas condutas específicas desses profissionais nesse nível de atenção à saúde quanto ao acolhimento e condução do caso em termos de classificação de risco e abordagem multiprofissional que se evidencia fortemente no ambiente hospitalar, especialmente na figura do assistente social.

E na alta complexidade, as classes 5 e 2 predominaram os relatos dos (as) enfermeiros (as), a classe 5 voltada a identificação de sinais de violência com foco na inspeção do (a) enfermeiro (a) como parte do desenvolvimento do exame físico, demonstrando um olhar canalizado para as evidências físicas da violência caracterizando a assistência do (a) enfermeiro (a) na alta complexidade; e a classe 2 destina-se às particularidades de cada setor de atendimento das vítimas de violência revelando diferenças de abordagem entre os (as) enfermeiros (as) no mesmo nível de complexidade em detrimento do setor de atuação. Depreende-se que os setores de enfermaria e UTI favorecem uma assistência de enfermagem sistematizada e um cuidado integral da vítima, permitindo a criação de vínculos de confiança e a compreensão dos aspectos biopsicossociais que cercam a história de violência a qual a criança ou adolescente encontra-se submetido.

Assim, infere-se a confirmação do pressuposto estabelecido para este estudo de que os (as) enfermeiros (as), nos três níveis de atenção à saúde, não constroem uma abordagem às crianças e adolescentes em situação de violência em forma de rede de atenção à saúde. Desse modo, não alcançam a integralidade da atenção às vítimas por meio dos princípios da promoção da saúde, acolhimento, notificação, assistência e seguimento definidos pela Linha de Cuidado para Atenção Integral de Crianças e Adolescentes em situação de violência, instituído pelo Ministério da Saúde.

Destaca-se, portanto, que se faz necessário o desenvolvimento do sentimento de pertencimento do (a) enfermeiro (a) em integrar a rede de proteção à criança e ao adolescente para um maior envolvimento desses profissionais diante dos casos de violência, esse autorreconhecimento mostra-se como o primeiro passo para o desencadeamento de ações articuladas com os outros órgãos de proteção da assistência social e jurídica, tendo em vista que o setor saúde isoladamente não resolverá a complexidade das situações de violência, bem como não se deve eximir dessa responsabilidade.

Sugere-se que para potencializar a atuação específica dos (as) enfermeiros (as) nos setores de saúde e favorecer a articulação entre os órgãos da rede de atenção às crianças e

adolescentes faz-se mister a instituição de um arsenal de recursos terapêuticos, dentre outros, tais como: protocolos de atendimento para os (as) enfermeiros (as) nos serviços de saúde; escalas e instrumentos de identificação de violência em crianças e adolescentes; construção de fluxos na rede de atenção que permitam um caminho contínuo dessas vítimas de maneira articulada e evitem a revitimização das mesmas. A definição de tais instrumentos representa possibilidade de subsídio científico, técnico e inovador para a atuação do (a) enfermeiro (a) e o desenvolvimento de uma prática profissional competente.

Entende-se que a problemática não se encerra na adoção dos instrumentos como subsídios à prática profissional do (a) enfermeiro (a) nos níveis de atenção, extrapola a condição institucional, recaindo na qualificação da formação dos profissionais de saúde, em particular o (a) enfermeiro (a), desde a graduação nas disciplinas com estímulo ao olhar forense do (a) enfermeiro (a) capacitando-os para uma atuação segura e competente, bem como programas de educação continuada, a fim de implantar os instrumentos supracitados e aprimorar a atuação profissional em serviço.

Ressalta-se também a organização dos serviços de saúde em rede de atenção considerando que as crianças e adolescentes expostos à violência precisam ter acesso garantido a vários serviços de saúde e de apoio que proporcionem a superação dessa experiência negativa contribuindo para o rompimento do ciclo da violência na vida desses sujeitos e a recuperação das mesmas.

Nessa perspectiva, os gestores em saúde e os formuladores de políticas públicas necessitam criar ambientes propícios de prestação de serviços às vítimas e apoiar os profissionais de saúde, incluindo os (as) enfermeiros (as), no desempenho de suas atribuições e responsabilidades específicas, o que compreende: treinamento, supervisão e apoio institucional contínuo aos (às) enfermeiros (as); aprimoramento de habilidades e competências específicas dos (as) enfermeiros (as) em avaliar, examinar, interpretar resultados de exames e administrar a situação com as crianças e adolescentes vítimas; e estabelecimento de infraestrutura, suprimentos e recursos financeiros específicos para os cuidados de crianças e adolescentes vítimas de violência.

Para além da responsabilidade profissional dos (as) enfermeiros (as) com as crianças e adolescentes em situação de violência, há o comprometimento ético com a vida desses sujeitos, não denunciar, não se envolver, não buscar investigar e não identificar situações de violência representa atos de omissão com alto poder de manutenção dessas violências no anonimato, o que pode produzir impactos irreversíveis para uma vida e manter uma revitimização por anos.

Vale destacar, que a própria Linha de Cuidado Atenção Integral à crianças e adolescentes em situação de violência, não posiciona o (a) enfermeiro (a) em uma atuação forense, delimitando a identificação da violência ao exame de corpo de delito que, de acordo com a legislação brasileira, deve ser executado por perito legal devidamente habilitado.

Conclui-se que os achados deste estudo, mediante o alcance dos objetivos, apontam para necessidades e inquietações na prática profissional do (a) enfermeiro (a) às crianças e adolescentes vítimas de violência. Um dos pontos-chave trata-se da possibilidade do avanço da Enfermagem Forense no Brasil área que já apresenta ações concretas dos (as) enfermeiros (as) em outros países.

Como limitações do estudo pode-se atribuir o recorte locorregional, definido por um município do interior do nordeste brasileiro com particularidades epidemiológicas, sociais e econômicas, o que influencia na ocorrência das situações de violência com crianças e adolescentes e nas peculiaridades da abordagem dos (as) enfermeiros (as). Assim, estudos em outros cenários se fazem pertinentes para fortalecer os resultados do presente estudo, embora o fenômeno violência, em particular à crianças e adolescentes, complexo, multifacetado e tornado prioritário nas políticas públicas de saúde como um problema global da contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. C. N. B. **A infância vitimizada**: retratos da violência doméstica contra a criança. Curitiba: Appris, 2016.

ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-42, set./out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.12338>. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

ACOSTA, D. F. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006770015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300311. Acesso em: 01 mai. 2019.

AGUIAR, Z. N. **SUS**: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

ALBUQUERQUE, L. M. *et al.* Nursing Terminology defines domestic violence against children and adolescents. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 393-400, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680311i>. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ef7f/81daf1dca5dad9e80cf645c62e34dc5e0a9a.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

ALBUQUERQUE, L. M. *et al.* Nursing Terminology defines domestic violence against children and adolescents. **Rev Bras Enferm**, v.68, n.3, p. 393-400, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680311i>.

ANGELO, M.; PRADO, S. I.; CRUZ, A. C.; RIBEIRO, M. O. Vivências de Enfermeiros no Cuidado de Crianças Vítimas de Violência Intrafamiliar: Uma Análise Fenomenológica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 585-92, jul./set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 jul. 2019.

AQUINO, J. P.; TAPIA, C. E. V.; ANTONIASSI, L. J. Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/316> Acesso em: 27 de out 2019.

ARAGÃO, A. S. *et al.* Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto; v. 21, jan./fev. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700022>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700022&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 09 jul. 2019.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 79-104.

AZEVEDO, A.V. S.; LANÇONI, A. C.; CREPALDI, M. A. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 11, p. 3653-3666, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021103653&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 17 out. 2019.

BANNWART, T. H.; BRINO, R. F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev. paul. pediatr.**, v. 29, n. 2, p. 138-145, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000200002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000200002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 02 Nov. 2019.

BAPTISTA, M. K. S. *et al.* O poder na relação enfermeiro-paciente: revisão integrativa. **Rev. Bioét**, v.26, n.4, p.556-66, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018264274> Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n4/1983-8042-bioet-26-04-0556.pdf> Acesso em: 10 out. 2019.

BARBIANI, R. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 200-211, abr./jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610916>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200200&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 jul. 2019.

BARBOSA, V. M. C.; ANTUNES, M. C.; PADILHA, M.G. S. A reinserção familiar de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar em acolhimento institucional por medida de proteção: o abuso sexual em foco. **Acad. Paul. Psicol.**, v. 36, n. 91, p. 286-309, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2016000200004&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 17 out. 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, A. S.; FREITAS, M. F. Q. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: Consequências e Estratégias de Prevenção com Pais Agressores. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v.19, n.2, p.102-114, dez. 2015.

BIASIBETTI, C. *et al.* Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 40, n. esp., p. 1-9, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200421&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 17 out. 2019.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BRANDÃO NETO, W. *et al.* Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, abr./jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140028>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200195. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191A, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015b. 127p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 135, 1990.

BRASIL. Lei 7.498/1986, 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 5, 1986.

BRASIL. Lei nº 13.595/2018, de 05 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 5, 2018a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola**, tecendo caminhos da intersectorialidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 67, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. DATASUS. **Violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Ministério da Saúde: 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações, Subsecretaria de Edições Técnicas. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília; 2005.

BROFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição: Santa Catarina, 2017.

CAMPINA GRANDE (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Campina Grande: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

CARDOSO, L. S. *et al.* O pensar da enfermagem em serviço de urgência e emergência intrahospitalar. **Rev enferm UFPE on line.**, v.10, n.12, p. 4524-31, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201613> Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30180> Acesso em: 25 out. 2019.

CARLOS, D. M. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: olhares sobre a rede de apoio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.72859>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500426&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 out. 2019.

CARLOS, D. M.; FERRIANI, M. G. C. Family violence against children and adolescents in context: How the territories of care are imbricated in the picture. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0593.2735>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100363. Acesso em: 17 out. 2019.

CARLOS, D. M.; PÁDUA, E. M. M.; FERRIANI, M. G. C. Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 511-8, mai./jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300511. Acesso em: 07 out. 2019.

CARTA DE OTTAWA. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá, 1986.

CASSETTARI, S. S. R., MELLO, A. L. S. F. Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100308&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 02 out. 2019.

CAVALCANTE, F. G.; SCHENKER, M. Famílias que se comunicam através da violência. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 205-221.

CHARLOT, B. A violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 8, p. 432-443, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n8/n8a16.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

CLEMENTS, P. T. *et al.* **Nursing approach to child maltreatment**. 2. ed. United States: STM Learning, 2014.

COCCO, M.; SILVA, E. B.; JAHN, A. C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista Eletrônica**

de **Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 491-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7939>. Disponível em:

<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a11.htm>. Acesso em: 18 out. 2019.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência: definições e tipologias**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 out. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 dez. 2017.

CORDEIRO, K. C. C. *et al.* Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 209-217, jul./set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13029>. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13029/pdf_4. Acesso em: 22 out. 2019.

COSTA, M. A. R. *et al.* Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 491-497, set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150065>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300491&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 out. 2019.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr./jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 out. 2019.

CRAVEIRO, A. V. (org.). **Protocolo de atendimento à criança e ao adolescente vítima da violência do Município de Foz do Iguaçu**. Foz do Iguaçu: Itaipu Binacional, 2016. 100p. DAMOUS, I.; ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 04, p. 911-932, out./dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000400911&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 abr. 2019.

DANTAS, C. N.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de bacon e galimberti. **Texto Contexto Enferm**, v.25, n.1, p. e2800014, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500002800014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000100601&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 05 out. 2019.

DASH, S. K.; PATEL, S.; CHAVALI, K. Forensic nursing - Global scenario and Indian perspective. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 42, p. 88-91, mai. 2016. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2016.05.020>. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27314972>. Acesso em: 05 jul. 2019.

DEBARBIEUX, E. "Violências nas escolas": divergências sobre palavras e um desafio político. In: DEBARBIEUX, E.; C. BLAYA (orgs.). **Violência nas escolas e políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002. p. 59-87.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000100007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 mai. 2019.

DIAS, A. K. G.; TOLEDO, L. V.; AMARO, M. O. F.; SIMAN, A. G. A percepção dos enfermeiros em relação ao seu papel gerencial no âmbito hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 11, p. 2185-94, mai. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201725>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23374/19012>. Acesso em: 10 mar. 2019.

EGRY, E. Y. *et al.* Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 556-563, jul./ago. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420150000400556&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2019.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 83-92, jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320180001000083&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2019.

EGRY, E.Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P.; LISBOA, C. C. R. Coping with child violence in primary care: how do professionals perceive it?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 113-19, jan./fev. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100119&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 20 out. 2019.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 17, n. supl. 1, p. S63-S72, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304201700s100004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2019.

FEIJÓ, V. B. E. R. *et al.* Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate [online]**, v. 39, n. 106, 2015. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003005>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003005> Acesso em: 15 Jan. 2020.

FEIJÓ, V. B. R.; CORDONI JUNIOR, L.; SOUZA, R. K. T.; DIAS, A. O. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 627-636, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300627&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 out. 2019.

FELIZARDO, M. J. A. *et al.* A violência infantil pela óptica dos agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 8, n. 7, p. 1912-9, jul. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201412>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9866/10095>. Acesso em: 15 out. 2019.

FERNANDES, A. P. P.; MAZZA, V. A. **Identificando potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância**. In: Boletim do Instituto de Saúde, v. 14, n. 3, ago. 2013.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p. 1311-1320, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26412016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401311&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 24 out. 2019.

FERNANDES, F. S. *et al.* O Olhar do Enfermeiro no Reconhecimento de Violência Sexual em Crianças e Adolescentes durante o Atendimento Hospitalar. In: International Nursing Congress, 2017, Barcelona. **Abstracts**, Barcelona, mai. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/download/6028/2048>. Acesso em: 16 out. 2019.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000501437&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 14 out. 2019.

FONSECA, F. F. *et al.* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev. paul. pediatr.*, v. 31, n. 2, p. 258-264, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Jan 2020.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p.389-394, fev. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020. Acesso em: 06 out. 2019.

GALINDO, N. A. L. *et al.* Violência infanto-juvenil sob a ótica da enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. supl. 3, p. 1420-9, mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201714>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13986/16843>.

Acesso em: 15 set. 2019.

GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. Í. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p.1879-1890, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601879&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 out. 2019.

GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. Í. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1879-1890, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014> Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf> Acesso em: 6 out. 2019.

GARBIN, C. A. S.; GUIMARÃES E QUEIROZ, A. P. D.; ROVIDA, T. A. S.; SALIBA, O. A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, v. 18, n. 1, p. 107-118, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p107>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 03 nov. 2019.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2010.

GOMES, Albino. **Enfermagem Forense**. Lisboa: Editora Lidel, 2014.

GOMES, F. F. C. *et al.* Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 30, n. 1, p. 31-43, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176812> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000100031&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 11 out. 2019.

GONÇALVES, C. F. G. *et al.* Atuação em rede no atendimento ao adolescente vítima de violência: desafios e possibilidades. **Texto Contexto Enferm**, v.24, n.4, p. 976-83, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004580014> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000400976&lng=en&tlng=en Acesso em: 05 nov. 2019.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T, LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.1, p. 31-7, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100005> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005 Acesso em: 10 out. 2019.

HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S.H. **Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde debate [online]**, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000300482&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 04 out. 2019.

HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Psicoterapia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual no Sistema Público: Panorama e Alternativas de Atendimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.35, n.1, p.182-198, jan./mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000202014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100182. Acesso em: 17 set. 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico** 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 05 out. 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da Violência 2018 Ipea**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

KAMI, M. T. M. *et al.* Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160069>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300213. Acesso em: 21 out. 2019.

KLEVENS, J. **A Violência Coletiva e as Crianças**. EUA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011.

KOLLER, S. H. (org.). **Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 242-254.

KRUG, E. G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2019.

KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. **Psicologia USP**, São Paulo, v.25, n.3, p.246-252, set./dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300246&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 mai. 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017. LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005.

Acesso em: 12 out. 2019.

LEITE, J. T. *et al.* Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55796>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200415&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 set. 2019.

LEMO, M. F. L.; SALLES, A. M. B. Algumas reflexões em torno do suicídio de crianças. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 38-42, 2015.

LIMA, J. S. **Notificação da violência como fator de proteção social a crianças e adolescentes**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.

LINNARSSON, J. R; BENZEIN, E.; ÅRESTEDT, K. Nurses' views of forensic care in emergency departments and their attitudes and involvement of family members. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 24, p. 266-74, jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12638>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24890984>. Acesso em: 22 mai. 2019.

LIRA, S. V. G. et al. ARTICULAÇÃO ENTRE O CONSELHO TUTELAR E O SETOR SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR. **Trab. educ. saúde**, v. 16, n. 2, p. 821-835, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00131>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200821&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 Jan 2020.

LOPES, A. S.; VILAR, R. L. A.; MELO, R. H. V.; FRANÇA, R. C. S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan./mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040563>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2019.

LYNCH, V. A. **Forensic nursing Science**. 2. ed. Missouri: Elsevier Mosby, 2011.

MAIA, R. C.; NUNES, T. G. R.; SILVA, L. I. C.; SILVA, K. M. Da Proteção ao Risco: Configurações da Violência Intrafamiliar na Juventude Paraense. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 33, p. 1-8, out. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33312>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722017000100309&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2019.

MALLOY, L. C.; BRUBACHER, S. P., LAMB, M. E. "Because She's One Who Listens": Children Discuss Disclosure Recipients in Forensic Interviews. **Child Maltreatment**, v.18, n. 4, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077559513497250> Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077559513497250?journalCode=cmxa> Acesso em: 17 out. 2019.

MARCOLINO, E. C. *et al.* Bullying: prevalência e fatores associados à vitimização e à agressão no cotidiano escolar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018005500016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100304&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2019.

MARINHO, P. A. S.; GONÇALVES, H. S. As práticas dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.42, n.2, p.97-104, 2016.

MARTINS, D. C. *et al.* Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 155-168, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4603/2501>. Acesso em: 17 abr. 2019.

MARTINS, F. F. S.; ROMAGNOLI, R. C. A violência contra as crianças e adolescentes admitidos no Hospital João XXIII: uma análise quantitativa. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, v. 10, n. 2, p. 148-161, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2019.

MARTINS, M. M. F. *et al.* Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 35, n. 1, p. 1-15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00044718>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000105007. Acesso em: 02 nov. 2019.

MATIAS, S. S.; NASCIMENTO, E. G. C.; ALCHIERI, J. C. A Percepção dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre as Implicações da Violência intrafamiliar em Crianças e Adolescentes. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 4, p. 38-46, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852013000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jan. 2020.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 4. ed. – São Paulo: Atlas, 2016.

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. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v.6, n.13, p.73-89, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68509>. Acesso em: 02 out. 2019.

MATTIA, B. J.; KLEBA, M. E.; PRADO, M. L. Nursing training and professional practice: an integrative review of literature. **Rev. Bras. Enferm. [online]**, v.71, n.4, p.2039-49, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0504>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672018000402039&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2019.

MELO, R. A.; SOUZA, S. L.; BEZERRA, C. S.; FERNANDES, F. E. C. V. Assistência de enfermagem a criança e ao adolescente em situação de violência doméstica. **Id on Line Rev. Psic**, v.10, n. 32., p.245-259, nov/dez. 2016. DOI:

<https://doi.org/10.14295/idonline.v10i32.577> Disponível em:
<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/577/809> Acesso em: 01 out. 2019.

MELO, W. S. *et al.* Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 526-34, mai./jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0483>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300526. Acesso em: 08 out. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005> Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005 Acesso em: 08 out. 2019.

MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde em Debate [online]**, v. 40, n. 108, p. 190-203, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100190 . Acesso em: 05 out. 2019.

MENDONÇA, A. R. *et al.* Competências do enfermeiro nos serviços de emergência. **Rev enferm UFPE on line.**, v.12, n.10, p.2816-24, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236078p2816-2824-2018> Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/237779/30264> Acesso em: 15 out. 2019.

MINAYO, M. C. Apresentação. In: Gomes, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio DE /janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jan./jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602007&lang=pt. Acesso em: 27 fev. 2019.

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

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 9-41.

MIURA, P. O. *et al.* Violência doméstica ou violência intrafamiliar: análise dos termos. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, n. 30, dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30179670>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822018000100246&lang=pt. Acesso em: 14 mai. 2019.

MONTEIRO, E. M. L. M. *et al.* Culture Circles in adolescent empowerment for the prevention of violence. **International Journal of Adolescence and Youth**, Reino Unido, v. 20, n. 2, p. 167-84, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02673843.2014.992028>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4391289/>. Acesso em: 17 out. 2019.

MORAIS, R. L. G. L.; SALES, Z. N.; RODRIGUES, V. P. Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7672-81, abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201521>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10507/11382>. Acesso em: 12 abr. 2019.

MORAIS, R. L. G. L.; SALES, Z. N.; RODRIGUES, V. P. Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. **Rev enferm UFPE on line**, v.9, Supl. 3, p. 7672-81, 2015.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trab. educ. saúde**, v. 16, n. 3, p. 1039-1055, dec. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00156> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301039&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 out. 2019.

MOREIRA, L. C. O; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 445-453, set./dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572015000300445&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 out. 2019.

MOREIRA, T. N. F.; MARTINS, C. L.; FEUERWERKER, L. C. M.; SCHRAIBER, L. B. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0814.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Rev. SBPH**, v. 17, n. 1, p. 121-139, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100008&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 14 out. 2019.

NERY, T. P. A. B.; LAGES, R. C. N.; TENÓRIO, B. M. P.; MONTE, N. L. Possibilidades de uma enfermagem forense em hospital de urgência. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 3, p. 61-70, jul./set. 2014.

NEVES, J. Da declaração de Alma-Ata à declaração de Astana: avanços ou retrocessos? 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/da-declaracao-de-alma-ata-a-declaracao-de-astana-avancos-ou-retrocessos> Acesso em: 15 out. 2019.

NORMANDIN, P. A. Hidden Child Abuse Identification in the Emergency Department. **Journal of Emergency Nursing**, Boston, v. 42, n. 2, p. 181-182, mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.02.006>. Disponível em: [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(16\)00067-2/abstract](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(16)00067-2/abstract). Acesso em: 14 out. 2019.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.871-880, jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300871&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 jun. 2019.

OLIVEIRA, B. R. G. *et al.* A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: o que nos mostra a literatura nacional. **Rev. Min. Enferm.** v.12, n.4, p.547-556, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/300>. Acesso em: 15 out. 2019.

OLIVEIRA, C. S.; BORGES, M da S. Representações sociais de enfermeiros que cuidam de crianças sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 38, n. 3, e66840, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.66840> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300421&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 15 Jan. 2020.

OLIVEIRA, C. S.; DELZIOVO, C. R.; LACERDA, J. T. **Composição da rede de atenção a pessoas em situação de violência**. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

OLIVEIRA, E. B. *et al.* Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. **Rev enferm UERJ**, v. 25, n. e28842, p. 1-7, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.28842> Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28842/22382> Acesso em: 29 set. 2019.

OLIVEIRA, J. R. *et al.* Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 19, n. 03, p. 759-771, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.18332013> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300759&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 05 out.2019.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes** UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014**. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) São Paulo: 2015.

PAEK, S. H.; KWAK, Y. H.; NOH, H.; JUNG, J. H. A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study. **Medicine (Baltimore)**, v. 98, n. 2, p. e14085, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014085> Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6336610/> Acesso em: 11 out. 2019.

PEDROSO, V. L. B.; PADILHA, M. G. S. Abuso sexual infantil: conhecimento do enfermeiro sobre o seu papel no acolhimento das vítimas e na notificação de casos. **Tuiuti:**

Ciência e Cultura, Curitiba, n. 49, p. 21-42, 2014. Disponível em: <https://interin.utp.br/index.php/h/article/view/917/875>. Acesso em: 13 jun. 2019.

PEITER, C. C *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Esc Anna Nery**, v.23, n.1, p. e20180214, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214> Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180214.pdf Acesso em: 14 out. 2019.

PELEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 305-326.

PENEDO, R. M.; SPIR, W. C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.1, p. 86-92, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400016> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-21002014000100016&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 15 out. 2019.

PEREIRA, A. S. *et al.* **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. In: Boletim do Instituto de Saúde, v. 14, n. 3, ago. 2013.

PEREIRA, I. D. F.; LOPES, M. R.; NOGUEIRA, M. L.; RUELA, H. C. G. Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática na formação de agentes comunitários de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 377-397, maio/ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016005001109&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 10 out. 2019.

PERES, M. F. T. Prevenção, atenção e controle de violências e interpessoais comunitárias. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 305-326.

PFEIFFER, L.; ROSÁRIO, N. A.; CAT, M. N. L. Violência contra crianças e adolescentes: proposta de classificação dos níveis de gravidade. **Rev Paul Pediatr**, v.29, n.4, p.477- 482, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000400002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000400002 Acesso em: 05 out. 2019.

PINTO JUNIOR, A. A.; CASSEPP-BORGES, V.; SANTOS, J. G. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.124-131, abr./jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500020062>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000200124&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 jul. 2019.

PINTO, L. *et al.* A cross-sectional exploratory study of knowledge, attitudes, and practices of emergency health care providers in the assessment of child maltreatment in Maputo,

Mozambique. **BMC Emerg Med**, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0162-9> Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5943990/pdf/12873_2018_Article_162.pdf Acesso em: 11 out. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate [online]**, v. 38, n. esp., p. 209-220, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0209.pdf> Acesso em: 14 out. 2019.

PÜSCHEL, V. A. A. Nurses in the labor market: professional insertion, competencies and skills. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, nov./dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0061>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601220. Acesso em: 11 jul. 2019.

QUADROS, M. N. *et al.* Situação da violência contra crianças e adolescentes no Brasil. **Enfermería Global**, Murcia, v. 15, n. 4, p.174-185, out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.4.222681>. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/222681/197431>. Acesso em: 12 ago. 2019.

RAMOS, M. S.; TEODORO, M. L. M. A importância da capacitação dos profissionais que trabalham com vítimas de violência na infância e na adolescência. In: HABIGZANG, L. F.; RAZERA, J.; CENCI, C. M. B.; FALCKE, D. Violência Doméstica e Transgeracionalidade: Um Estudo de Caso. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 6, n. 1, p. 47-51, jan/jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v6n1p47-51> Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284345309_Violencia_Domestica_e_Transgeracionalidade_Um_Estudo_de_Caso Acesso em: 25 set. 2019.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, jan. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 03 out. 2019.

REINERT, M.. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RICHARDSON, R. Pesquisa social: métodos e técnicas. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

RODRIGUES; T. F. C. S, SANCHES; R.C. N, RÊGO; A. S.; DECESARO; M. N.; RADOVANOVIC; C. A. T. Quotidiano conflituoso de famílias que vivenciam o uso de

drogas. **Rev. Rene.**; v. 20, n. e41002, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041002>.

ROLIM, A. C. A. *et al*. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 1048-1055, dec. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0050.2515> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000601048&lng=en&nrm=iso Acesso em: 01 out. 2019.

SACRAMENTO, L. C. A. *et al*. Os desafios da prática da Enfermagem no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. In: International Nursing Congress, 2017, Barcelona. **Abstracts**, Barcelona, mai. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/download/6028/2048>. Acesso em: 11 ago. 2019.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq** (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). Planaltina, 2017.

SANCHEZ, R.; PACQUIAO, D. An Ecological Approach Toward Prevention and Care of Victims of Domestic Minor Sex Trafficking. **Journal of Forensic Nursing**, Nova Orleans, v. 14, n. 2, p. 98–105, abr./jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/JFN.0000000000000205>. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=01263942-201806000-00007>. Acesso em: 15 set. 2019.

SANTOS, L. F. *et al*. Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 137-149, jan./mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100137&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2019.

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, A. W. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v.16, n. 2, p. 265-274, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528> Acesso em: 25 out. 2019.

SCHEK, G. *et al*. Práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001680016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100311&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2019.

SCHEK, G.; SILVA, M. R. S.; LACHARITÉ, C.; BUENO, M. E. N. Professionals and interfamily violence against children and adolescents: in between legal and conceptual precepts. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 779-784, set./out. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500779. Acesso em: 17 out. 2019.

SILVA, F. R.; ASSIS, S. G. Prevenção da violência escolar: uma revisão da literatura. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 44, abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-9702201703157305>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022018000100404&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2019.

SILVA, J. P.; GARANHANI, M. L.; PERES, A. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.1, p. 59-66, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0096.2525> Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00059.pdf Acesso em: 12 out. 2019.

SILVA, K. L. *et al.* Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 614-622, jul./set. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140045>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/950>. Acesso em: 14 jul. 2019.

SILVA, L. M. P. *et al.* A escuta de crianças e adolescentes nos processos de crimes sexuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2285-2294, jan./ago. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 mar. 2019.

SILVA, P. A. *et al.* (In) visibility of notifications of violence against children and adolescents registered in a municipality in southern Brazil. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 37, n. 2, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e11>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072019000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2019.

SILVA, S. R.; CARVALHO, E. R. A atuação do conselho tutelar com crianças e adolescentes vítimas de violência. **Org. Soc., Iturama (MG)**, v. 6, n. 6, p. 126-137, jul./dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.29031/ros.v6i6.306> Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321992788_A_ATUACAO_DO_CONSELHO_TUTELAR_COM_CRIANCAS_E_ADOLESCENTES_VITIMAS_DE_VIOLENCIA/link/5a3c8553458515f7ea53018d/download Acesso em: 10 out. 2019.

SILVA, T. F. *et al.* O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial 4, p. 249-260, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S420> Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe4/249-260/pt> Acesso em: 10 out. 2019.

SILVEIRA, E. S.; O'DWYER, G. Centro de Trauma: modelo alternativo de atendimento às causas externas no estado do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, v. 41, n. 112, p. 243-254, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711220>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000100243&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 20 out. 2019.

SOARES, E. M. S.; TEIXEIRA, L. M. (org.). **Práticas educativas e cultura de paz: articulando saberes e fazeres**. Caxias do Sul: Educus, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de orientação**: Protocolo de Abordagem da Criança e do Adolescente vítima de violência doméstica. Rio de Janeiro, 2018.

SOUSA, G. S. *et al.* Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3099-3110, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903099&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2019.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 1325-1335, set./out., 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002. Acesso em: 23 ago. 2019.

SOUTO, D. F.; ZANIN, L.; AMBROSANO, G. M. B., FLÓRIO, F. M. Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting from Law 13.010. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 1237-46, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901237. Acesso em: 17 out. 2019.

SOUZA, C. S. *et al.* Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 80-93, jan./mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100080&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 ago. 2019.

SOUZA, D. D. F.; TORRES, M. J. F.; DANTAS, S. F. Percepção da relação teoria e prática no trabalho docente: um estudo com professores da área da saúde. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, Natal, v. 1, n. 12, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15628/rbept.2017.5732>. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/5732/pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

SOUZA, M. A. R. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, out. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 23 out. 2019.

SOUZA, R. G.; SANTOS, D. V. Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos Enfermeiros. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 783-800, jul./set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000300007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 set. 2019.

THOMAZINE, A. M.; TOSO, B. R. G. O.; VIERA, C. S. Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v.14, n.2, p 105-12, dez. 2014. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol14-n2/v_14_n_2-artigo_pesquisa-abordagem_da_atencao_primaria_a_saude.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

TOPÇU, E. T.; KAZAN, E. E. The opinions of senior nursing students about forensic nursing. **Egyptian Journal of Forensic Sciences**, Berlim, v. 8, n. 16, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41935-018-0045-y>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s41935-018-0045-y>. Acesso em: 11 out. 2019.

une application: Aurélia de G. de Nerval. **Bulletin de méthodologie sociologique**, v.28, p. 24-54, 1990. DOI: <https://doi.org/10.1177/075910639002600103> Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/075910639002600103> Acesso em: 18 out. 2019.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents**. New York: UNICEF, 2017.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children**. New York: UNICEF; 2014. 202 p.

VALERA, I. M. A. *et al.* Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 17, n. 3, p. 103-111, jul./set. 2015.

VIEIRA, C. E. N. K. *et al.* School Health Nursing Program: prevention and control of overweight/obesity in adolescents. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, jul. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017025403339>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100433&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 02 nov. 2019.

VIEIRA, L. J. E. S.; SILVA, R. M.; CAVALCANTI, L. F.; DESLANDES, S. F. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 20, n. 11, p. 3407-3416, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.20512014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103407&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 7 out. 2019.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro, FLACSO, 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo no Brasil**. Rio de Janeiro, FLACSO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Astana**. Geneve: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child Maltreatment**. Switzerland: 2017b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Inspire: seven strategies for ending violence against children.** Geneve: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Responding to children and adolescents who have been sexually abused:** WHO clinical guidelines. Switzerland: 2017a. 73 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence Prevention – The Evidence.** Geneve: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Report on Violence and Health.** Geneve: WHO, 2002.

XIMENES, L. F.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O.; AVANCI, J. Q. Violência Comunitária e Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 443-450, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000300003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 set. 2019.

ZEQUINÃO, M. A.; MEDEIROS, P.; PEREIRA, B.; CARDOSO, F. L. Bullying escolar: um fenômeno multifacetado. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 181-198, jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201603138354>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022016000100181&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2019.

APENDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal (RN).
CEP: 59.072-970. Fone: (84) 3215-3196.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) profissional de saúde,

O objetivo deste termo é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado: **“CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: uma abordagem em rede ou caminhos desviados?”**, que tem como desenvolvedora da pesquisa a doutoranda Emanuella de Castro Marcolino, sob orientação do Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, coordenador da Linha de Pesquisa “Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em Saúde Mental e Saúde Coletiva”, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFRN e responsável por esta pesquisa.

A coleta das informações será efetivada pelos pesquisadores e colaboradores da pesquisa por meio de formulários individuais, grupos focais e entrevistas semiestruturadas. Esta pesquisa tem por objetivo analisar o manejo e as peculiaridades da abordagem a crianças e ao adolescente em situação de violência no que compreende a promoção da saúde, acolhimento, notificação, assistência e seguimento na perspectiva do enfermeiro (a) em cada um dos três níveis de atenção à saúde compreendendo-se a temática na amplitude da rede de atenção à saúde.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a necessidade de compreender como acontece a abordagem das crianças e adolescentes em situação de violência pelos enfermeiros nos três níveis de atenção à saúde e suas peculiaridades com vistas propor medidas de fortalecimento da rede de atenção à saúde desses grupos.

Caso você decida participar, você será convidado a participar do grupo focal se atua na Atenção Básica, ou responder a entrevista semiestruturada se atua no Hospital da Criança e do Adolescente de Campina Grande ou se atua no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. O pesquisador responsabilizar-se-á pela privacidade

e respeito aos participantes, utilizando-se de um local reservado para a realização/aplicação de todos os três instrumentos de coleta de dados supracitados.

Durante a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

Pode acontecer um desconforto como nervosismo, insegurança e apreensão durante a realização dos procedimentos de coleta de dados que serão minimizados por meio de um diálogo a fim de tranquilizar o profissional quanto ao sigilo e a importância da pesquisa, e em caso de danos físico ou moral, o participante da pesquisa terá direito a indenização, desde que se comprove legalmente esta necessidade, segundo as leis brasileiras. Como benefícios aos participantes, estes, serão da ordem da reflexão do processo de trabalho voltado as crianças e adolescentes em situação de violência, além de estimular-los a desenvolver ações que potencializem a sua atuação profissional como enfermeiro(a) para com crianças e adolescentes na sua área de atuação. Esta pesquisa também auxiliará na produção de micropolíticas de saúde com foco na concretização da rede de atenção integral à criança e ao adolescente em situação de violência.

Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pela equipe multiprofissional vinculada a esta instituição.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a doutoranda Emanuella de Castro Marcolino: (83) 99615-2713, ou para o Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda: (84) 98710-1851.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

(rubrica do Participante/Responsável legal)

(rubrica do Pesquisador)

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO: Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “**CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: uma abordagem em rede ou caminhos desviados?**”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal ____/____/____.

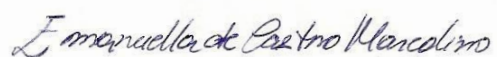
Assinatura do participante da pesquisa

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Como pesquisador responsável pelo estudo “**CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: uma abordagem em rede ou caminhos desviados?**”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal/RN, 02 de Outubro de 2017.



Profª Emanuella de Castro Marcolino
Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

APÊNDICE II – DECLARAÇÃO DE NÃO INÍCIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal (RN).
CEP: 59.072-970. Fone: (84) 3215-3196.

DECLARAÇÃO DE NÃO INÍCIO

Eu, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda, lotado no Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, declaro que a coleta de dados da pesquisa intitulada “CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: uma abordagem em rede ou caminhos desviados? ”, sob minha coordenação e tendo como pesquisadora responsável a doutoranda Emanuella de Castro Marcolino, não foi iniciada.

Natal, 08 de outubro de 2017.

A handwritten signature in cursive script, reading "Emanuella de Castro Marcolino", enclosed in a rectangular box.

Profª Emanuella de Castro Marcolino
Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

APÊNDICE III – CARTA DE ANUÊNCIA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21**

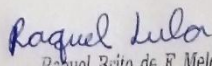
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado: **“CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: uma abordagem em rede ou caminhos desviados?”**, desenvolvido por: **Emanuella de Castro Marcolino**, discente do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, orientado por: **Francisco Arnoldo Nunes de Miranda**, tendo como cenário da pesquisa a **Atenção Básica e o Hospital Municipal da Criança e do Adolescente**.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia a esta diretoria.

Campina Grande, 05 de Outubro de 2017.

Atenciosamente,


Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula

(Coordenadora de Educação na Saúde)

**CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 595, Avenida Dinamérica (ao lado do INSS).
CEP: 58417-003 - Telefone: (83)3335-7254.**

APENDICES IV - CARTA DE ANUÊNCIA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21**

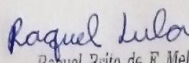
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado: **“CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: uma abordagem em rede ou caminhos desviados?”**, desenvolvido por: **Emanuella de Castro Marcolino**, discente do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, orientado por: **Francisco Arnoldo Nunes de Miranda**, tendo como cenário da pesquisa a **Atenção Básica e o Hospital Municipal da Criança e do Adolescente**.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia a esta diretoria.

Campina Grande, 05 de Outubro de 2017.

Atenciosamente,


Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

**CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 595, Avenida Dinâmica (ao lado do INSS).
CEP: 58417-003 - Telefone: (83)3335-7254.**

APENDICES V- CARTA DE ANUÊNCIA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE**GOVERNO
DA PARAÍBA****SECRETARIA DA SAÚDE**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES
DIREÇÃO TÉCNICA**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada **“CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: UMA ABORDAGEM EM REDE OU CAMINHOS DESVIADOS?”**, a ser desenvolvida pela pesquisadora **EMANUELLA DE CASTRO MARCOLINO**, sob orientação do docente **FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA** está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Este serviço estadual de saúde está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer Serviço da Rede Estadual de Saúde da Paraíba, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Atenciosamente,

CAMPINA GRANDE PB, 02/10/2017

Hospital de Emergência e Trauma
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. José Bezerra da Silva Júnior
Diretor Técnico CRM 6094 Mat 161 630-6

Dr. JOSÉ BEZERRA DA SILVA JÚNIOR
DIRETOR TÉCNICO

Av. Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas, CEP: 58.432-809, Campina Grande-PB
Fone: 3310-5850/3310-5878-Fax 3310-5869

APÊNDICE VI - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: uma abordagem em rede ou caminhos desviados?** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Emanuella de Castro Marcolino a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Prof. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal, 08 de Outubro de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ELABORADO EM DUAS VIAS; UMA FICARÁ COM O PARTICIPANTE E OUTRA COM O PESQUISADOR RESPONSÁVEL.

APENDICE VII - FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO SECUNDÁRIA E ATENÇÃO TERCIÁRIA

Nº: _____

Nível de atenção à saúde que atua atualmente: () atenção primária () atenção secundária
() atenção terciária

1. Identificação:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

2. Formação profissional:

Ano de conclusão da graduação: _____

Instituição de conclusão da graduação: _____

Possui outra graduação? () sim () não

Caso sim, qual: _____

Possui pós - graduação: () sim () não

Especialização () Qual(is): _____

Ano _____

Ano

Mestrado () Área: _____

Ano _____

Doutorado () Área: _____

Ano _____

3. Situação Funcional:

Forma de ingresso: () Concurso Público () Seleção Pública () Outro _____

Jornada de Trabalho semanal: _____

Tempo de serviço na atenção primária do município de Campina Grande: _____

Possui outro vínculo empregatício: () sim () não

Se sim, que tipo de atuação? _____

4. Capacitação profissional:

Você já participou de alguma capacitação específica sobre abordagem a crianças e adolescentes em situações de violência? () Sim () Não

Já participou de outras capacitações onde foi abordado essa temática? () sim () não.

Caso sim: Qual (is) órgão (s)/instituição(es) promoveu (ram):

Em nível de: () Especialização () Aperfeiçoamento () Outro _____

APÊNDICE VIII - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Blocos Temáticos Disparadores

- Conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família

- Como vocês compreendem a ESF de uma maneira geral?
- Para vocês, quais os princípios que fundamentam a ESF?

- Conhecimento sobre a linha de cuidado para Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes em situação de violência

- Vocês sabem da existência da linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência? Falem sobre essa temática.
- Vocês têm conhecimento sobre a rede de atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência? Existem fluxos de organização dos serviços de saúde no município?
- Vocês em algum momento receberam orientação institucional sobre fluxo, seguimento e encaminhamento das crianças e adolescentes em situação de violência?

- Abordagem de crianças e adolescentes em situações de violência no processo de trabalho do enfermeiro da ESF

- Falem um pouco sobre as atividades executadas por vocês enquanto membros da atenção primária a saúde direcionadas a crianças e adolescentes em situação de violência.
- Como as crianças e adolescentes em situação de violência são acolhidas na atuação profissional de vocês?
- Na compreensão de vocês, qual a importância do acolhimento no processo de abordagem de uma situação de violência a crianças e adolescentes?
- E a assistência à saúde direta a essas crianças e adolescentes, como vocês realizam as consultas/avaliações clínicas e a identificação de casos suspeitos ou a confirmação de situações de violência?
- Vocês realizam registros nos prontuários das crianças e adolescentes dessas ações de abordagem individual?
- Vocês buscam apoio multidisciplinar para a realização das abordagens as crianças e adolescentes em situação de violência? E apoio intersetorial?
- Como vocês conduzem a relação com as famílias e o contexto comunitário no qual essas crianças e adolescentes estão inseridos?
- Vocês se sentem capacitados para promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes que sofreram algum tipo de violação de direitos em forma de violência?
- Vocês realizam a notificação dos casos de violência na ficha própria da Vigilância de Violências e Acidentes e envia para o setor de epidemiologia do município? Se não, quais os principais entraves de concretização dessa notificação?
- Como funciona o fluxo/encaminhamento das crianças e adolescentes em situação de violência na atuação de vocês? Existe articulação com os outros setores? Existem dificuldades na concretização desse fluxo?
- Vocês continuam acompanhando os casos de violência a crianças e adolescentes mesmo depois de encaminhados na rede de atenção à saúde?
- Vocês realizam ações de promoção à saúde voltadas à cultura de paz e combate a violência envolvendo crianças e adolescentes? Falem um pouco sobre essa temática. Caso não, falem sobre as dificuldades de execução dessas ações.

APENDICES IX - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

- Conhecimento sobre a média complexidade

- Como você compreende o papel da média complexidade na atenção à saúde?
- Como você pode descrever/caracterizar o seu processo de trabalho na rede de atenção à saúde?

- Conhecimento sobre a linha de cuidado para Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes em situação de violência

- Você sabe da existência da linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência? Fale sobre essa temática.
- Você tem conhecimento sobre a rede de atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência? E se existem fluxos de organização dos serviços de saúde no município sobre essa problemática?
- Você em algum momento recebeu orientação institucional sobre fluxo, seguimento e encaminhamento das crianças e adolescentes em situação de violência?

- Abordagem de crianças e adolescentes em situações de violência no processo de trabalho do enfermeiro da média complexidade

- Como as crianças e adolescentes em situação de violência são acolhidas na sua atuação profissional?
- Na sua compreensão, qual a importância do acolhimento no processo de abordagem de uma situação de violência a crianças e adolescentes?
- E a assistência à saúde direta a essas crianças e adolescentes, como você realiza as consultas/avaliações clínicas e a identificação de casos suspeitos ou a confirmação de situações de violência?
- Você realiza registros nos prontuários das crianças e adolescentes dessas ações de abordagem individual?
- Você busca apoio multidisciplinar para a realização das abordagens as crianças e adolescentes em situação de violência? E apoio intersetorial?
- Como você conduz a relação com as famílias no qual essas crianças e adolescentes estão inseridos?
- Você se sente capacitado para promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes que sofrem algum tipo de violação de direitos em forma de violência?
- Você realiza a notificação dos casos de violência na ficha própria da Vigilância de Violências e Acidentes e envia para o setor de epidemiologia do município? Se não, quais os principais entraves de concretização dessa notificação?
- Como funciona o fluxo/encaminhamento das crianças e adolescentes em situação de violência na sua atuação? Existe articulação com os outros setores? Existem dificuldades na concretização desse fluxo?
- Você continua acompanhando os casos de violência a crianças e adolescentes mesmo depois de encaminhados na rede de atenção à saúde?

APENDICES X – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO TERCIÁRIA

- Conhecimento sobre a alta complexidade

- Como você compreende o papel da alta complexidade na atenção à saúde?
- Como você pode descrever/caracterizar o seu processo de trabalho na alta complexidade (setor de emergência) inserido na rede de atenção à saúde como um todo?

- Conhecimento sobre a linha de cuidado para Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes em situação de violência

- Você sabe da existência da linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência? Fale sobre essa temática.
- Você tem conhecimento sobre a rede de atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência? E se existem fluxos de organização dos serviços de saúde no município sobre essa problemática?
- Você em algum momento recebeu orientação institucional sobre fluxo, seguimento e encaminhamento das crianças e adolescentes em situação de violência?

- Abordagem de crianças e adolescentes em situações de violência no processo de trabalho do enfermeiro da alta complexidade

- Como as crianças e adolescentes em situação de violência são acolhidas na sua atuação profissional?
- Na sua compreensão, qual a importância do acolhimento no processo de abordagem de uma situação de violência a crianças e adolescentes?
- E a assistência à saúde direta a essas crianças e adolescentes, como você realiza as consultas/avaliações clínicas e a identificação de casos suspeitos ou a confirmação de situações de violência?
- Você realiza registros nos prontuários das crianças e adolescentes dessas ações de abordagem individual?
- Você busca apoio multidisciplinar para a realização das abordagens as crianças e adolescentes em situação de violência? E apoio intersetorial?
- Como você conduz a relação com as famílias no qual essas crianças e adolescentes estão inseridos no momento do atendimento emergencial?

- Você se sente capacitado para promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes que sofrem algum tipo de violência?
- Você realiza a notificação dos casos de violência na ficha própria da Vigilância de Violências e Acidentes e envia para o setor de epidemiologia do município? Se não, quais os principais entraves de concretização dessa notificação?
- Como funciona o fluxo/encaminhamento das crianças e adolescentes em situação de violência na sua atuação? Existe articulação com os outros setores? Existem dificuldades na concretização desse fluxo?
- Você continua acompanhando os casos de violência a crianças e adolescentes mesmo depois de encaminhados na rede de atenção à saúde?

APENDICES XI - TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO

Pesquisa: CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: uma abordagem em rede ou caminhos desviados?

Eu, EMANUELLA DE CASTRO MARCOLINO, discente do doutorado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, portadora do RG: 3267055 e CPF: 07651502477 comprometo-me a cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADORA

Natal, 08/10/2017

APÊNDICE XII – CARTA DE APRESENTAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Campus Universitário, BR 101, s/n. - Lagoa Nova – Natal/RN – CEP 59072-970 - Fone:
(0**84) 3215-3615

Natal, 08 de Outubro de 2017.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Senhora coordenadora,

Encaminho para vosso conhecimento e apreciação o projeto de pesquisa sob minha coordenação intitulado **CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: uma abordagem em rede ou caminhos desviados?** Portanto, solicito o parecer deste renomado comitê para iniciar a pesquisa.

Sem mais para o momento, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita de Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda.

Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda
Professor da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem
Departamento de Enfermagem – UFRN
SIAPE 396864

Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa “Ações
promocionais de atenção a grupos humanos em Saúde Mental e
Saúde Coletiva”

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: uma abordagem em rede ou caminhos

Pesquisador: Emanuella de Castro Marcolino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80006417.2.0000.5537

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.456.493

Apresentação do Projeto:

A pesquisa caracteriza-se por um estudo de caso com enfoque exploratório de natureza qualitativa. Ao considerar a complexidade do fenômeno da violência em grupos sociais e a abordagem dos profissionais tem como objetivo analisar o manejo e a abordagem a crianças e ao adolescente em situação de violência pelo enfermeiro (a) nos três níveis de atenção à saúde. Trata-se de um estudo de caso com enfoque exploratório de natureza qualitativa, que será realizado no município de Campina Grande –PB, nos três níveis de atenção à saúde (atenção primária a saúde, atenção secundária a saúde, atenção terciária à saúde) que assistem a crianças e adolescente em situação de violência. A amostra do estudo compreende os enfermeiros que atuam nos três níveis de atenção à saúde: na atenção primária a saúde os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, na atenção secundária a saúde os enfermeiros que atuam no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente, na atenção terciária a saúde os enfermeiros do acolhimento, sala vermelha, observação pediátrica, ala pediátrica e uti pediátrica do Hospital de Trauma de Campina Grande.

A coleta de dados se dará, respectivamente no primeiro nível de atenção à saúde por meio de seis grupos focais, em cada um dos seis distritos sanitários que compõem a atenção primária do município e aos enfermeiros da atenção secundária e terciária através de entrevistas individuais semiestruturadas. Os dados coletados serão analisados por meio da combinação entre Análise de Conteúdo e análise léxica pelo ALCESTE. Todo decorrer da pesquisa se baseará na resolução do

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

CEP: 59.078-970

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 2.456.493

Conselho Nacional de Saúde nº466/2012.

Apresentação do Projeto:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio.

> Critério de Inclusão:

Primeiro nível de atenção à saúde: Profissionais enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família por no mínimo um ano. Profissionais enfermeiros que manejaram pelo menos uma vez crianças ou adolescentes em situação de violência. Segundo e terceiro níveis de atenção à saúde: Profissionais enfermeiros que atuam nos serviços de média e alta complexidade por no mínimo um ano. Profissionais enfermeiros que assistiram pelo menos uma vez crianças ou adolescentes em situação de violência.

> Critério de Exclusão:

Primeiro nível de atenção à saúde: Profissionais enfermeiros que não estejam exercendo sua função por direitos trabalhistas (licenças, férias, atestados) no período de coleta de dados. Profissionais enfermeiros que atuam na área de cobertura da Estratégia Saúde da Família na zona rural do município. Segundo e terceiro níveis de atenção a saúde: Profissionais enfermeiros que não estejam exercendo sua função por direitos trabalhistas (licenças, férias, atestados) no período de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

> Objetivo Primário:

Analisar o manejo e a abordagem a crianças e ao adolescente em situação de violência pelo enfermeiro (a) nos três níveis de atenção à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador, durante a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que o participante pode ser submetido é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina. Pode haver um desconforto como nervosismo, insegurança e apreensão durante a realização dos procedimentos de coleta de dados que serão minimizados por meio de um diálogo a fim de tranquilizar o profissional quanto ao sigilo e a importância da pesquisa, e em caso de danos físico ou moral, o participante da pesquisa terá direito a indenização, desde que se comprove legalmente esta necessidade, segundo as leis

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 2.456.493

brasileiras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trará fundamentos para a compreensão e a percepção dos profissionais enfermeiros sobre adolescentes que sofrem algum tipo de violação de direitos em forma de violência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto havia apresentado todos os documentos obrigatórios que, no entanto, foram constatadas algumas pendências.

Recomendações:

Ver o campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências anteriormente levantadas foram:

1. No formulário CEP/UFRN, o pesquisador descreve "Período de arrolamento dos sujeitos: 01 de dezembro a 31 de dezembro de 2017". Percebe-se que a pesquisa já teve início antes mesmo do parecer do projeto ser liberado, pois nesse período o mesmo ainda estaria em tramitação no CEP Central/UFRN. É de entendimento desse CEP que não há análise de projetos em andamento e que, o CEP Central/UFRN não se responsabiliza pela pesquisa já em andamento.
2. No TCLE: O documento deve apresentar campo para rubricas tanto para o participante da pesquisa quanto para o pesquisador responsável, em cada página do documento.

Análise das pendências:

Após a análise ética da pendência 1: o pesquisador retificou as datas de arrolamento dos voluntários da pesquisa: "15 de janeiro de 2018 a 15 de fevereiro de 2018".

Após a análise ética da pendência 2: o pesquisador editou satisfatoriamente o TCLE.

Depois da revisão ética das respostas às pendências levantadas no parecer anterior, concluímos

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

CEP: 59.078-970

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

**UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA**



Continuação do Parecer: 2.456.493

que as mesmas foram reparadas adequadamente.

Essa adequação situa o protocolo em questão dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas que envolvem o ser humano, estando, portanto, aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;
5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1008901.pdf	29/11/2017 19:06:25		Aceito
Outros	declaracao_de_nao_inicio_com_assinatura_modificada.pdf	29/11/2017 19:04:20	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

**UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA**



Continuação do Parecer: 2.456.493

Outros	Formulario_CEP_modificado.pdf	29/11/2017 19:02:59	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	carta_ao_comite_de_etica_em_pesquis a.docx	29/11/2017 19:00:57	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_modificado.pdf	29/11/2017 18:58:15	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	declaracao_de_nao_inicio_com_assinat ura.docx	20/10/2017 19:36:23	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.docx	20/10/2017 19:35:02	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade_pdf.pdf	20/10/2017 19:34:21	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	Carta_anuencia_atencao_terciaria_a_sa ude.docx	20/10/2017 19:33:00	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	Carta_anuencia_atencao_secundaria_a saude.docx	20/10/2017 19:32:29	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	Carta_anuencia_atencao_primaria_a_sa ude.docx	20/10/2017 19:31:55	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	carta_anuencia_atencao_terciaria_a_sa ude_pdf.pdf	20/10/2017 19:31:23	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	carta_anuencia_atencao_secundaria_a_ saude_pdf.pdf	20/10/2017 19:30:46	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	Carta_anuencia_atencao_primaria_a_sa ude_pdf.pdf	20/10/2017 19:30:02	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	Formulario_CEP.pdf	10/10/2017 18:44:46	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	Instrumento_IV_roteiro_entrevista_semi estruturada_atencao_terciaria.pdf	10/10/2017 18:43:36	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	Instrumento_III_roteiro_entrevista_semi estruturada_atencao_secundaria.pdf	10/10/2017 18:42:25	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	Instrumento_II_roteiro_grupo_focal.pdf	10/10/2017 18:35:16	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	Instrumento_I_formulario_sociodemogra fico.pdf	10/10/2017 18:34:21	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Outros	termo_de_autorizacao_para_gravacao_ de_voz.pdf	10/10/2017 18:32:27	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_nao_inicio.pdf	10/10/2017 18:18:17	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	10/10/2017 18:16:36	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_tese.pdf	10/10/2017 18:11:53	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

CEP: 59.078-970

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 2.456.493

Investigador	projeto_tese.pdf	10/10/2017 18:11:53	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/10/2017 18:09:09	Emanuella de Castro Marcolino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 26 de Dezembro de 2017

Assinado por:

LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ
(Coordenador)

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

CEP: 59.078-970

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br