

Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento**Attention to child and teenagers victims of intrafamiliar violence for nurses in health services of ready-care****La atención a los niños y adolescentes víctimas de la violencia intrafamiliar por los enfermeros en los servicios de pronto atendimento**Angélica Malman Thomazine^I, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira^{II}, Cláudia Silveira Viera^{III}^I Enfermeira. Cascavel, PR. E-mail: angimth@gmail.com.^{II} Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental, doutoranda no Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente do curso de Enfermagem da Unioeste, Campus de Cascavel. Cascavel, PR. E-mail: brosana@unioeste.br.^{III} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Unioeste, Campus de Cascavel. Cascavel, PR. E-mail: claudiavictor@terra.com.br.**RESUMO**

A violência intrafamiliar trata-se da forma mais complexa e velada de violência contra a criança e o adolescente, pois a convivência com o agressor é diária. O profissional da saúde tem o dever ético e legal de denunciá-la, para isso precisa conhecê-la. Objetivamos identificar de que forma acontece o atendimento de enfermagem as crianças e aos adolescentes vítimas de violência intrafamiliar nos serviços de pronto-atendimento de instituições de saúde conveniadas ao SUS no município de Cascavel-Paraná, no que diz respeito à identificação dos casos e as medidas de notificação. Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com enfermeiros, cujos dados foram obtidos por meio da entrevista semi-estruturada e analisados seguindo-se as regras para análise temática. Encontramos que os enfermeiros conseguiram identificar/suspeitar de violência intrafamiliar no atendimento de crianças/adolescentes vitimizados, porém, poucos realizaram a notificação, mesmo sendo um dever legal e ético. Faz-se necessário a implementação de um protocolo de atendimento, o qual defina claramente o papel de cada membro, instituição, órgão governamental, setores da sociedade civil e profissionais no atendimento e prevenção da violência, construindo-se uma rede hierarquizada, articulada e contínua de ações, além de capacitações continuadas da equipe e possíveis mudanças na rotina, estrutura e no ambiente de atendimento.

Descritores: Criança; Adolescente; Violência doméstica; Enfermagem.**ABSTRACT**

The intrafamiliar violence is the more complex and hided form of violence against children and teenagers, because they are living together with the aggressor. The health professionals have ethical and legal obligation in denounce this situation, then they need to know about the violence. The aim of this paper is to identify which way occur the nursing attendance to children and teenagers victims of the intrafamiliar violence in the ready-care health service of the institution to the Health Unique System in Cascavel/Paraná, about the identification of the cases and the measures of notification. Qualitative, descriptive and exploratory research, whit nurses, which data were obtained by semi-structure interview. The data analyses follow up thematic analysis rules. The research finds that the nurses get to indentify and suspect of the intrafamiliar violence in the care of the children and teenager victims. However, few nurses made the notification in despite of the ethical and legal obligation. Then in this context is necessary the implementation of the attendant protocol, which define clearly the act of everyone, institution, government organ, civil and professionals society sectors in the violence attendance and violence prevention. It can build a hierarchy net, articulate net, and it needs continuity actions, besides time continue qualify and it can be changes of the routine, structure and the attendance environment.

Descriptors: Child; Adolescent; Domestic violence; Nursing.**RESUMEN**

La violencia intrafamiliar es la más compleja y velada forma de violencia contra los niños, niñas y adolescentes, una vez que el agresor vive con ellos en el hogar. El profesional de la salud tiene el deber ético y moral de denunciarlo, por lo tanto se necesita conocer la violencia intrafamiliar. Se procuró entonces identificar cómo es que ocurre el atendimento de los enfermeros a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar en el servicio de atención a la salud de instituciones conveniadas al SUS en la ciudad de Cascavel-Paraná, a respecto de la identificación de casos y las medidas de notificación. Pesquisa cualitativa, descrita y exploratoria, con enfermeros, cuyos datos fueran obtenidos por medio de entrevista semi-estructurada y analizados siguiendo-se las reglas para la analise tematica. Se encontró que las enfermeras pueden identificar o sospechar de violencia en el cuidado de niños y adolescentes víctimas, pero pocos han hecho la notificación, mismo sendo su deber ético y jurídico. Es necesario criar un protocolo de atención, que muestre claramente el papel de cada uno de sus miembros, institución, organismo gubernamental, los sectores de la sociedad civil y profesionales de la atención y prevención de la violencia a fin de construir una red jerárquica, articulada y continua de acciones, además es necesario la formación continua del equipo de salud y los posibles cambios en la rutina, la estructura y el entorno de la atención.

Descriptores: Niño; Adolescente; Violencia domestica; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a atenção prestada por profissionais de saúde às crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, fenômeno que é universal e endêmico, independente de cultura, classe social, sexo ou etnia⁽¹⁾. No Brasil, a criança e o adolescente são protegidos e tem seus direitos garantidos pelos 267 artigos contidos na Lei Federal 8.069/90 que formam o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽²⁾, o qual estabelece absoluta prioridade aos direitos da criança e adolescente como: primazia de proteção, precedência de atendimento, preferência nas políticas públicas e privilegiada destinação de recursos, assim como a obrigatoriedade para os profissionais de saúde e educação, especificamente, em notificar casos dessa natureza.

É sabido que o profissional da saúde, no exercício da sua profissão, tem o dever ético e legal de denunciar casos de violência contra a criança e o adolescente, porém nem sempre é o que acontece. Muitos profissionais sentem apreensão em invadir a dinâmica familiar, há aqueles que temem retaliações por parte do agressor e outros consideram que tem conhecimento insuficiente para os procedimentos de notificação⁽³⁾.

Dessa forma, questionam-se como os profissionais da Enfermagem, que prestam atendimento nos serviços de pronto-atendimento das instituições de saúde (pronto-socorro, pronto atendimento continuado, serviço de atendimento móvel de urgência) conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Cascavel - Paraná age diante de uma criança ou adolescente vítima de violência intrafamiliar? Eles conseguem perceber os sinais da agressão intrafamiliar? Sabem como e para que órgão responsável realizar a notificação?

Este estudo se justifica na medida em que se propõe a uma reflexão sobre o assunto, tornando públicos os resultados encontrados, para que os profissionais de enfermagem entrem em contato com a produção teórica sobre a temática e possam a partir de então refletir e aprimorar sua prática, bem como ajudar na resolução deste que é um grave problema na vida de muitas crianças e adolescentes de nosso país.

Assim, trazemos inicialmente algumas definições de autores que se dedicam a temática há mais de uma década, para embasar nosso estudo. De início, "partimos do pressuposto de que a violência possui uma historicidade, assim como as teorias e discursos que se propõem explicá-la. Suas inúmeras manifestações particulares trazem ao debate questões universais, como a importância do valor da vida humana"⁽⁴⁾. Explicar a ocorrência da violência contra as crianças e os adolescentes é uma tarefa complexa, pois envolve a articulação em rede de

aspectos sócio-culturais, psicossociais, psicológicos e até mesmo biológicos, a fim de que se possa atingir uma compreensão mais abrangente acerca do problema em questão.

Em relação à violência intrafamiliar, a qual é descrita na literatura específica também como maus-tratos e abuso infantil, apresentamos suas definições, iniciando pela que a designa como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao desenvolvimento da criança ou adolescente. É a violência que ocorre na família, envolvendo parentes que vivem ou não sob o mesmo teto, embora a probabilidade de ocorrência seja maior entre parentes que convivem cotidianamente no mesmo domicílio. A violência doméstica, por sua vez, não se limita à família, inclui outros membros do grupo que convivem no mesmo espaço doméstico, vinculadas ou não por laços de parentesco⁽⁵⁾.

O abuso infantil constitui-se de "toda ação praticada ou omitida por indivíduos, instituição, Estado ou sociedade e que resulte em alterações, as quais venham a privar a criança de sua liberdade e de seus direitos, prejudicando seu desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social"⁽⁶⁾, ou como consequência da ausência, insuficiência ou distorção da interação dos pais com seus filhos⁽⁷⁾. Maus-tratos são definidos como lesões infligidas por um dos pais ou cuidador da criança e/ou constituem uma exorbitância no sentido de controlar, disciplinar e punir seu filho⁽⁸⁾.

A violência doméstica contra a criança e o adolescente é apresentada na literatura, classicamente, como: violência física, violência psicológica, violência sexual e negligência, classificação essa que adotamos nesse estudo e conceituamos a seguir.

A violência física é a mais frequente, pois a vítima que está em desenvolvimento é indefesa frente ao agressor, que na maioria das vezes é a mãe⁽¹⁾. Caracteriza-se por qualquer ação única ou repetida, danosa à integridade física da criança ou adolescente, cometida sempre com caráter intencional, ou seja, não acidental, causada por um adulto agressor^(6,9). Esse dano pode variar desde lesões leves até o extremo que é a morte.

Violência psicológica pode ser caracterizada como toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa⁽⁵⁾. "Ocorre quando o adulto (ou pessoa mais velha) constantemente deprecia a criança ou adolescente, bloqueia seus esforços de auto-aceitação; interfere de maneira negativa no seu desenvolvimento, causando-lhe grande sofrimento mental. É importante ressaltar que essa atitude pode se expressar sobre a forma de ação ou omissão. Ameaças de abandono e/ou

confinamento também podem representar formas de sofrimento psicológico⁽¹⁰⁾.

O abuso sexual infantil "é uma forma de violência que envolve poder, coação e/ou sedução. É uma violência que envolve duas desigualdades básicas: de gênero e geração. É frequentemente praticado sem o uso da força física e não deixa marcas visíveis, o que dificulta a sua comprovação, principalmente quando se trata de crianças pequenas. O abuso sexual pode variar de atos que envolvem contato sexual com ou sem penetração a atos em que não há contato sexual, como o voyeurismo e o exibicionismo. Supõe uma disfunção em três níveis: o poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco); a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor); e o uso delinquente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre seu corpo⁽⁶⁻⁷⁾. A exploração sexual que tem por objetivo a prostituição e a pornografia também está incluído neste tipo de abuso. As crianças do sexo feminino são as vítimas mais frequentes, com idade entre 4 e 12 anos⁽⁶⁾.

Com relação à negligência, antes de mais nada é necessário diferenciar a real negligência, sob a forma de violência, que se caracteriza enquanto omissão por parte da família em relação à criança e a negligência social a qual toda a família esta sendo vítima e, portanto não tem condições de oferecer melhores condições e qualidade de cuidado à criança. O profissional de saúde no momento do atendimento da criança ou adolescente "deverá discernir entre prática abusiva, ignorância ou miséria⁽⁶⁾.

A negligência, como violência contra a criança e o adolescente pode ser definida como a privação de algo essencial e necessário ao seu desenvolvimento e "estão incluídos neste tipo de abuso atos de omissão nos quais os adultos responsáveis não provêem adequadamente os nutrientes para o corpo e para o psiquismo, não oferecendo supervisão e proteção adequadas e estão física e emocionalmente indisponíveis para a criança⁽⁶⁾. Configura-se quando pais ou cuidadores falham em prover cuidados de saúde, alimentação, higiene pessoal, vestimenta, educação, moradia e suporte emocional, e quando tal falha não é o resultado das condições de vida que foge ao seu controle⁽¹⁾.

Após delimitarmos de forma conceitual as classificações da violência intrafamiliar, discorreremos sobre as medidas de enfrentamento das situações deste tipo de violência pelos profissionais e/ou instituições de saúde. Em relação aos maus-tratos na infância, existem pelo menos duas responsabilidades impostas a todas as pessoas que assistem crianças: a de descobri-los e de denunciá-los⁽¹¹⁻¹²⁾.

O serviço básico de saúde pode atuar como um importante aliado na prevenção primária das

violências domésticas contra crianças, adolescentes e mulheres, nos diferentes enfoques da atuação, incluindo-se o espaço propiciado pelo pré-natal, o atendimento pediátrico e o de ginecologia, ou ainda, nas atividades dos agentes de saúde e nos grupos comunitários de saúde⁽¹³⁾.

Porém, em nenhum outro serviço de saúde a violência é tão visível como no setor de emergência, que muitas vezes é a porta de entrada do sistema público de saúde. O momento do atendimento "para muitas pessoas, é a única vez em que estará, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público). Em muitos casos, é um dos únicos momentos em que a violência será declarada⁽¹⁴⁾.

Deve-se considerar como primeiro aspecto dos maus-tratos, a suspeita. O "grau de suspeita varia desde um leve indício de que possa ter havido violência até o relato explícito da criança ou do adulto que a acompanha". Porém "nenhuma dúvida deve impedir a notificação imediata dos casos de maior gravidade, sejam eles suspeitos ou confirmados, que implicam grave risco para a criança⁽¹⁵⁾.

Uma equipe de saúde preparada pode perceber, documentar, abordar e acompanhar boa parte dos casos de violência contra a criança e o adolescente. E para isso, é necessária capacitação de forma continuada, para que possam se apropriar dos conhecimentos necessários sobre a temática, direitos da criança, aspectos jurídicos que envolvem os procedimentos judiciais, afim de que atuem de uma forma mais abrangente, evitando intervir unicamente sob o enfoque do atendimento clínico⁽¹⁾.

A "atitude dos profissionais frente à abordagem dos maus-tratos cometidos contra a criança e o adolescente se encontra intimamente relacionada com a visibilidade ou não que o problema assume em seu cotidiano⁽¹³⁾. Para ter ou não visibilidade é necessário que o profissional de saúde faça uso de uma escuta e olhar ampliados no momento do seu atendimento.

Ao se receber uma criança ou adolescente vitimizados no serviço de saúde, o profissional deve saber que está lidando com uma situação na qual, embora com distintas caracterizações, há duas vítimas: a própria criança e a pessoa que praticou o ato. Sendo assim, é necessário antes de iniciar a intervenção, identificar a melhor forma de abordar o caso, a fim de elaborar um plano de trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional⁽⁶⁾.

Os profissionais, no momento do atendimento, devem estar atentos a história contada pelos pais para explicar o surgimento das lesões, pois pode haver discrepância nos relatos dos pais ou entre a história que eles contam e o achado no exame físico⁽⁶⁾. Na entrevista inicial não se deve "confrontar diretamente o suposto perpetrador de abuso porque

é preciso tomar providências para documentar e denunciar o abuso de um modo que garanta a segurança da criança”⁽¹⁶⁾.

Para que haja um atendimento de emergência de qualidade às vítimas de violência e o início de uma intervenção de prevenção, faz-se necessário modificar quatro aspectos intrínsecos: sensibilização/capacitação dos profissionais de emergência para a importância do reconhecimento e da atuação diante destas situações; criação de rotinas institucionais diante dos distintos casos de violência, atribuindo responsabilidades e ações para os diferentes profissionais da equipe de saúde, a fim de que os devidos encaminhamentos sejam realizados; articulação de listas de referência de instituições, serviços, organizações governamentais e não-governamentais que possam receber os encaminhamentos para os casos atendidos na emergência, integrando uma rede de prevenção; e melhoria do registro hospitalar dos casos de violências a fim de poder subsidiar o planejamento de ações futuras⁽¹⁴⁾.

Pautados nos questionamentos e na literatura ora apresentados, este trabalho tem como objetivo identificar de que forma acontece o atendimento de enfermagem as crianças e aos adolescentes vítimas de violência intrafamiliar nos serviços de pronto-atendimento de instituições de saúde conveniadas ao SUS no município de Cascavel-Paraná, no que diz respeito à identificação dos casos e as medidas de notificação.

METODOLOGIA

Esse é um estudo de natureza descritiva e exploratória, no qual optamos pela metodologia qualitativa para sua realização. O método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus aparatos e a si mesmos, sentem e pensam⁽¹⁷⁾.

Abordagens qualitativas são utilizadas para investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e documentos. Permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo⁽¹⁷⁾.

Caracterizamos o local do estudo a partir da descrição da localização da cidade e das instituições escolhidas para pesquisa de campo. A cidade de Cascavel localiza-se na região oeste do estado do

Paraná, distante 500 km da capital estando com aproximadamente 290.000 habitantes. É um importante centro agro-comercial fazendo parte do Mercosul. Caracteriza-se como um dos centros educacionais do Estado, pois conta com cinco centros formadores de 3º Grau, destes uma universidade pública estadual e as demais privadas. É sede da 10ª Região Administrativa de Saúde do Estado do Paraná formada por 24 municípios, constituindo-se no município de referência para os demais no setor saúde⁽¹⁸⁾.

Na atenção à saúde, Cascavel tem uma ampla rede de serviços incluindo 32 unidades básicas de saúde municipais, sendo oito funcionando como unidades de saúde da família, duas urbanas e seis rurais, duas unidades de pronto-atendimento continuado ao nível da atenção secundária, um centro regional de especialidades, várias clínicas privadas das mais diversas especialidades, oito hospitais, sendo seis privados, conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS, um público estadual e um filantrópico específico para o tratamento do câncer.

A pesquisa de campo foi realizada nos serviços de pronto-atendimento de instituições de saúde pública integrantes do Sistema Único de Saúde, do município em questão, a saber, um pronto-socorro de instituição hospitalar pública de ensino, duas unidades de pronto atendimento continuado cuja característica é a atenção secundária na rede que compõem os diferentes níveis de atenção à saúde no município e o serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU.

Cabe ressaltar a especificidade de cada serviço. O hospital universitário tem uma estrutura de 19.865,10 m², dispõe de atendimento especializado nas mais diversas áreas da medicina, com 173 leitos, é o maior hospital público da região Oeste e Sudoeste do Paraná. Atende uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes, que são de regiões do Estado do Paraná e Mato Grosso do Sul, e de países como o Paraguai e Argentina. O pronto-socorro atende casos de alta complexidade, em situações de sofrimento com risco de morte eminente. Na clientela encontram-se adultos, idosos e crianças. São atendidos em média 3.100 pacientes/mês (estatística de mar/08), no pronto atendimento, sendo encaminhados dos PAC's, SAMU, SIATE, Serviço Médico da Rodovia e Central de leitos, pois o HU é referência para os 25 municípios da região e mais 05 Regionais de Saúde. O serviço tem em sua equipe seis enfermeiros⁽¹⁹⁾.

As unidades de pronto atendimento continuado – PAC's prestam atendimento médico-assistencial de nível secundário na rede assistencial de saúde do município, a pacientes residentes no município de Cascavel, em clínica médica clínica pediátrica, em situações de sofrimento, sem risco de vida. Presta ainda apoio diagnóstico (laboratorial e radiológico)

aos pacientes em situações de emergência; ambulatório de cardiologia, ambulatório de feridas de alta complexidade, realização de suturas e pequenas cirurgias eletivas. Os serviços têm em sua equipe quatro enfermeiros em cada unidade, totalizando oito enfermeiros⁽¹⁸⁾.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU é um programa que tem como finalidade prestar socorro à população em casos de emergência. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas. O SAMU realiza atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito após a chamada gratuita, feita para o telefone 192. Realiza o transporte e o atendimento pré-hospitalar de pacientes até a unidade de referência, podendo ser, de acordo com a gravidade, o pronto-socorro (atenção terciária) ou o pronto atendimento continuado (atenção secundária). O serviço tem em sua equipe de profissionais oito enfermeiros⁽¹⁸⁾.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, sob parecer nº 202/2006-CEP. Para a coleta de dados foi apresentado aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi lido e explicado. Após não restar nenhuma dúvida sobre a participação destes na pesquisa, o termo foi assinado pelos participantes. Foi mantido o anonimato dos entrevistados para que o requisito do sigilo das informações fornecidas pelos sujeitos pudesse ser contemplado. As falas estão apresentadas no texto por siglas de letras e números.

A amostra foi constituída de enfermeiros que trabalhavam nos serviços mencionados, sendo que o critério de inclusão foi o período de atuação nesse serviço, igual ou superior a seis meses, além do interesse e aceite em participar como sujeito da pesquisa. Do total de 22 enfermeiros que integravam os serviços a época da coleta de dados, apenas 13 compuseram a amostra após a aplicação dos critérios de inclusão. Quatro foram excluídos por não terem o tempo de serviço necessário para compor os sujeitos do estudo e cinco optaram por não participar da pesquisa.

Com relação à caracterização dos enfermeiros temos que dos 13 enfermeiros entrevistados, cinco são do sexo masculino e oito do sexo feminino, com idades entre 20 e 30 anos para sete dos enfermeiros, dois entre 31 e 40 anos, três entre 41 e 50 anos e um com idade acima de 50 anos. No que diz respeito ao local de trabalho, cinco enfermeiros trabalhavam no pronto-socorro, cinco enfermeiros no pronto atendimento continuado e três enfermeiros no serviço de atendimento móvel de urgência. Sobre o tempo de

formação, um enfermeiro formou-se há mais de 20 anos, três formaram-se de 11 à 20 anos, quatro de seis a 10 anos e cinco enfermeiros formaram-se em até cinco anos. Em se tratando de tempo na função, três dos enfermeiros trabalhavam de seis meses a um ano, seis enfermeiros de um ano a dois anos e quatro de três a quatro anos.

A técnica de coleta de dados eleita para o desenvolvimento do estudo foi a entrevista semi-estruturada, registradas pelo pesquisador no momento em que as respostas foram dadas. Depois do registro de cada resposta, essa foi lida para o entrevistado, a fim de confirmar a veracidade do registro. A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo da pesquisa qualitativa e por meio dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Essa técnica caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala e também, como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico. Com esse procedimento, pode-se obter além dos dados objetivos, os subjetivos, que se relacionam aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados⁽¹⁷⁾.

As questões norteadoras para a entrevista foram: O que é para você violência intrafamiliar? Você já atendeu uma criança ou adolescente que tenha sofrido violência intrafamiliar? De que tipo? O que levou você a suspeitar que essa criança/adolescente foi vítima de violência? Que medida tomou para o atendimento? Teve dificuldade para o atendimento? Foi realizado algum procedimento legal de notificação? Você conhece algum procedimento de notificação de violência contra a criança e o adolescente?

A trajetória interpretativa seguiu os passos de ordenação dos dados, classificação dos dados e análise temática⁽¹⁷⁾. A partir do conjunto do material empírico produzido, realizamos diversas leituras horizontais destacando estruturas de relevância nos textos. Realizamos a leitura vertical dos dados, assinalando os aspectos convergentes e divergentes. As leituras cruzadas entre os núcleos de sentido obtidos na análise das entrevistas permitiram apreender as categorias empíricas, as quais denominamos “o que é a violência intrafamiliar no entendimento dos enfermeiros”, “o atendimento prestado pelos enfermeiros à criança ou ao adolescente vitimizados”, “tipos de violência atendida pelos enfermeiros”, “a percepção da vitimização”, “medidas tomadas no instante do atendimento”, “dificuldades encontradas na atenção a criança ou adolescentes vítimas de violência intrafamiliar” e “a notificação e o conhecimento de procedimentos legais de notificação”.

RESULTADOS

O que é a violência intrafamiliar no entendimento dos enfermeiros

Na definição de violência intrafamiliar houve predominância de citação da violência psicológica (verbal e mental) e física. Os sujeitos descrevem ações que englobam a negligência, violência social e violência psicológica, porém, não caracterizando a negligência enquanto violência. Também não aparece a citação da violência sexual, o que abre precedentes para duas hipóteses, primeiro, ela está subentendida quando citada a violência física e segundo, o tabu ainda é muito grande, até mesmo na hora de relatar o atendimento a este tipo de violência. Como pode ser observado nos fragmentos das falas a seguir. (...) *desrespeito, seja físico ou verbal, desacordo que venha a agredir o outro fisicamente ou psicologicamente (E3). (...) agressão seja psicológica ou física (E5). Todo tipo de violência verbal, física...(E7). Qualquer tipo de agressão física ou mental (E8). Alimentação inadequada, pais despreparados, ameaças ou castigos, falta de condições sócio econômicas e culturais (E13).*

Quanto à especificação intrafamiliar, percebemos a delimitação desta como sendo a violência de [...] *pai contra filho, marido contra mulher, filho contra pai idoso (E1). Violência que ocorre com os familiares e nas relações familiares (E9). [...] todo tipo de agressão ocorrida dentro do lar (E12).*

Quando se pensa em violência é necessário visualizá-la em dois planos, o social e o individual. A violência social se dá em suas desigualdades e (des)estruturas sociais, enquanto a violência direcionada ao indivíduo provoca danos na sua estrutura física e psicológica, pois é direcionada, não podemos limitar nosso olhar apenas para as ações pontuais, agressões de pai contra filhos, por exemplo, sem compreendermos o contexto em que esta família está inserida.

A violência doméstica é apenas uma das formas de violência praticada pela sociedade contra a criança e o adolescente, sendo fruto do contexto histórico, social, cultural e político no qual estão inseridos e vê-la apenas como uma questão de conflito pessoal entre pais e filhos é limitador. Dessa forma, é preciso não incorrer no erro de culpabilizar única e exclusivamente a família na qual acontece a violência intrafamiliar, ignorando que esta se encontra inserida numa realidade sócio-econômica, faz parte de uma sociedade capitalista extremamente anuladora e espoliadora, que nunca se preocupou de forma clara e real, com a questão social. Há a necessidade de estruturar uma política pública preocupada com a questão social, interessada em gerar para a população emprego, saúde, moradia e educação. É necessário que o profissional de saúde consiga ver

além do ato violento, é preciso que este perceba a realidade a qual estes indivíduos estão inseridos⁽²⁰⁾.

Outro entendimento encontrado na caracterização da violência é a sua compreensão como *uma doença, a pessoa não deve ser normal, né?(E2)*.

A literatura sobre a temática aponta que não é uma tipagem que caracteriza os pais abusivos, porém algumas características tem se mostrado estatisticamente significativas. Quando os pais agressores apresentam algum distúrbio mental, etilismo ou instabilidade imediatamente se atribui a violência a essa característica. Contudo, muitas vezes os pais não as apresentam e mesmo assim adotam comportamentos violentos. Alguns casos apresentam históricos de infâncias difíceis e estes pais têm mais propensão de apresentarem comportamento violento^(6,10). Classificar o comportamento dos pais agressores como portadores de distúrbios comportamentais mostra muito mais o julgamento moral feito pela intensidade da agressão cometida do que uma classificação científica⁽³⁾, portanto, devemos refletir antes de classificar como doente um agressor, a fim de conseguir prestar o socorro adequado a família com esta problemática.

O atendimento prestado pelos enfermeiros à criança ou ao adolescente vitimizados

Os estudos sobre violência indicam que os serviços de emergência costumam se deparar com casos extremos de violência contra crianças e adolescentes, mas também nos demais serviços é possível detectar essas situações⁽¹⁴⁾. Assim, ilustramos o atendimento de situações de violência pelos enfermeiros do estudo. *Um (caso) que eu lembro (E5). Sim. São frequentes e várias ao longo de três anos (E6). Já, mas no momento do atendimento não sabia (E7). Já. Lembro de dois casos, mas teve mais (E9). Já, nesse tempo que estou aqui, quatro vezes (E12).*

Alguns profissionais não têm certeza, mas sim a suspeita de que poderia se tratar de um caso de violência contra a criança ou adolescente, no momento do atendimento. *Que tenha sido identificado essa causa, não. Provavelmente ocorreu [...] (E1). Com certeza, não. Porque são suposições (E2). [...] a gente não teve caso ainda. Nós suspeitamos... (E3). Isso é difícil de definir porque só é realizado uma avaliação inicial quando a gente faz o atendimento e suspeita que tem agressão não dá tempo de avaliar, a gente só suspeita [...]. Nenhuma. Eu não recebi, mas passou aqui. Uma criança de dois anos vítima de violência física e sexual (E8).*

O primeiro aspecto a ser considerado no atendimento de uma possível vítima de violência é a suspeita de que a mesma ocorreu, pois só assim poderá se estabelecer uma investigação mais

detalhada, alcançando ou não a confirmação. Apenas a suspeita já é o suficiente para a notificação, pois em alguns casos, a investigação pode requerer um tempo no qual a criança ou adolescente permaneçam sob a ação do familiar violento, sofrendo ainda mais, possibilitando chegar à eminência de morte.

É preciso salientar que só o reconhecimento precoce ainda é muito pouco para que haja o término da violência, é necessária a notificação. Cabe ao enfermeiro, assim como para os demais profissionais do serviço, identificar, tratar, avaliar e encaminhar, quando necessário para outros profissionais especializados que podem e devem compor uma rede de atenção.

Outro aspecto a ser destacado é a percepção de como se dá a visibilidade da violência nas instituições. *Grande parte das instituições consideram violência doméstica apenas quando tem lesões visíveis e nesses casos, marcas, traços psicológicos (E3).*

Assim como encontramos em nosso estudo, a literatura^(1,5) tem apontado que durante muito tempo a área de saúde tem apenas tratado as lesões e traumas visíveis deixados pela violência, apenas direcionando sua atenção para os casos gravíssimos e aberrantes, que indispensavelmente precisam de cuidados. Desta forma, as ações de saúde tornam-se incompletas, porque boa parte do fenômeno da violência acaba negligenciada, pois se sabe que a violência nem sempre deixa marcas visíveis, como a violência psicológica e em alguns casos, a sexual.

Tipos de violência atendida pelos enfermeiros

Ao conceituar a violência intrafamiliar, não houve referência por parte dos sujeitos, da violência sexual como uma violência intrafamiliar. Contudo, ao referenciar os tipos de violência, a violência sexual aparece nas citações. *Violência sexual (E2, E7, E8). [...] abuso sexual... (E3). Estupro (E10).* Assim como a violência física, apontada como frequente na literatura, e também pelos sujeitos do estudo. *[...] ter sofrido uma agressão (E4). Agressividade física, através das lesões que a gente percebia que tinha, queimadura de cigarro e hematomas (E5). Violência física... (E6, E8, E13). Agressão física (E7, E9). [...] que foi espancada... (E12).* A violência psicológica, menos frequente, mas não menos importante, também aparece. *[...] ameaça por parte de padrasto (E3). [...] psicológica...(E6).*

A negligência, que não foi apreendida dos dados quando se definiu a violência intrafamiliar, neste momento, surgiu tanto de forma explícita, quanto indireta. *Maus-tratos, desde alimentação, a criança estava desnutrida, cuidados de higiene (E5). Um caso, negligência. E o segundo caso de abandono pela mãe adolescente (E11).*

Assim como na literatura referenciada nesse

estudo frequentemente são relatados de tipos de violência associados, percebemos este fato também em nossa realidade. *Maus-tratos [...] Agressividade física [...] (E5). Violência física e psicológica [...] (E6). [...] violência sexual que foi comprovada posteriormente e agressão [...] (E7). Física e sexual (E8). Os dois casos são violência física por negligência [...] (E13).*

Quanto ao perpetrador da violência apontado por alguns enfermeiros, temos: *[...] padrasto (E3, E12). [...] pelos pais (E6). [...] pela mãe adolescente (E11).* A literatura, de um modo geral, aponta que a principal agressora é a mãe⁽¹⁾, até por ser o familiar que passa a maior parte do tempo com a criança ou adolescente, porém esta só aparece em um relato em nosso estudo, não se confirmando localmente tal condição.

Entretanto os estudos aqui referenciados também evidenciam que as atitudes agressivas são tomadas em sua grande maioria pelos pais, em segundo lugar pelas mães, e em terceiro lugar por irmãos, avós, padrastos ou outros parentes⁽⁷⁾. A negligência prevalece quando a mãe é a agressora e a violência sexual prevalece quando o pai é o agressor⁽¹¹⁾. Neste caso, os dados de nosso estudo estão consoantes com essa literatura.

A percepção da vitimização

A dinâmica do fazer cotidiano nem sempre permite que os enfermeiros percebam, numa primeira aproximação, que uma criança ou adolescente pode estar sendo vítima de violência intrafamiliar. Assim, é preciso incluir em sua rotina a escuta ativa em busca da prevenção desse problema, a partir de elementos cotidianos de seu trabalho, seja o histórico de enfermagem, seja o exame físico, ou ainda nos procedimentos realizados para atendimento. *Não foi por exame físico. Foi por colocações que o Conselho Tutelar passou. Foi o Conselho Tutelar (que) trouxe por suspeita (E2). O próprio relato do paciente e dos vizinhos (E6). Pelas informações desconstruídas dos acompanhantes e pelas características das lesões (E13).*

Um dos instrumentos de trabalho do profissional enfermeiro é o histórico de enfermagem ou anamnese. Quando esse trabalho é desenvolvido, informações que subsidiem a prática profissional podem ser obtidas, direcionando as ações de enfermagem de acordo com as necessidades prementes do indivíduo a ser cuidado. É um aliado do planejamento das ações, podendo auxiliar na comprovação dos casos de violência, pois seus dados podem ser discutidos com a equipe de saúde e somados aos dos demais profissionais. No trabalho em equipe fica mais fácil evidenciar os sinais de violência e interromper seu ciclo.

Ainda, além da história, outro elemento a ser

utilizado é a observação, pois, por meio dela é possível suspeitar/perceber a violência. *O fato dela ter pouco tempo de vida (E4). [...] através da observação e da conduta de tratamento dos pais em relação a criança (E5).*

Também os enfermeiros suspeitaram e/ou perceberam a violência por meio do exame físico, exames de apoio diagnóstico, ou quadro clínico apresentado. *[...] a menina referia muita cólica, mas não quis deixar ser examinada, referiu sangramento vaginal, tinha só nove anos (E3). [...] após a anamnese, após ela entrar na unidade de terapia intensiva foi descoberta a violência e após a tomo (tomografia) que foi descoberto o traumatismo crânio encefálico... (E8). O quadro que a pessoa apresentava, sintomas e marcas (E9). [...] o estado físico da criança. E o desenvolvimento psicomotor alterado (E11). Pelos traumas, hematomas, equimoses (E12). Pelas informações desconstruídas dos acompanhantes e pelas características das lesões (E13).*

Nesse aspecto, é importante destacar que os sujeitos relatam a adoção em seu cotidiano de medidas de atenção ao indivíduo para o tratamento do problema apresentado clinicamente, o que resulta no chamado do serviço móvel de urgência ou na entrada para atendimento no serviço de ambulatório ou pronto-socorro. Não há evidência de acompanhamento do caso, para solução do problema maior que é a violência a qual a criança ou adolescente foi vítima, mas sim em relação ao cuidado dos sinais e sintomas apresentados para atendimento em saúde. Esse fato é consoante com a literatura^(1,5) sobre a temática, a qual chama a atenção da área da saúde sobre esse aspecto, o cuidado somente no momento da crise e não o acompanhamento para solução do problema da violência junto de uma equipe interdisciplinar e intersetorial, demonstrando um cuidar isolado e fragmentado.

Medidas tomadas no instante do atendimento

Os enfermeiros apontam os cuidados clínicos imediatos tomados, conforme as falas a seguir: *[...] (foi prestado) atendimento clínico (E5). Começamos a fazer a reanimação cardíaco-respiratória, punccionado veia, feito adrenalina (E7). Prestação dos primeiros socorros, a criança estava em parada cardíaco-respiratória (E8). Primeiro caso, a gente fez os primeiros cuidados, punccionou, medicou e instalou o oxigênio, banho e alimentação. Segundo caso, atendemos a criança e cuidamos da criança às doze horas do plantão (E11).*

Relatam ainda o cuidado clínico imediato mais o encaminhamento para o local de atendimento de referência, pois estamos falando de realidades diferentes de atenção – serviço móvel, nível

intermediário e hospitalar, conforme explicitado a seguir: *Atendimento primário, sinais vitais, contenção, medicação farmacológica e encaminhamento para a unidade de referência e contactado o serviço social do local (E3). A gente verificou os sinais vitais da criança. Foi levada para o hospital (E4). Foi feita uma higiene no local e uso de pomada tópica. E encaminhado ao hospital (E10). Assistência clínica de enfermagem imediata e discutida com o serviço social e pediatra. Que ambos não tomaram providência porque foi encaminhada ao hospital (E13).*

Não se discute a fundamental importância do atendimento clínico imediato a uma criança ou adolescente que foi vítima de violência exacerbada, pois nesse momento, em que a mesma é encaminhada para uma unidade de atenção a saúde, ou faz uso de um serviço móvel de atendimento, encontra-se em grande sofrimento físico e/ou psíquico que requerem intervenção rápida e precisa. Outro aspecto de extrema importância é o apoio emocional as vítimas de violência, por isso é imprescindível o atendimento por uma equipe multidisciplinar. Todavia, o tratamento deve ultrapassar as abordagens clínica e psicológica, pois se sabe que a partir do momento em que se identifica um caso de violência contra a criança ou adolescente e não se realiza a notificação, este caso não será registrado, não receberá uma investigação, não será dimensionado enquanto problema de saúde pública, nada será realizado a fim de estancar a violência cometida, a família não terá a atenção e o tratamento adequado e desta forma, haverá reincidência de igual gravidade ou superior.

Nesse sentido, a medida legal mais em voga é o encaminhamento para o Conselho Tutelar. *Passa pelo médico primeiro, depois aciona o Conselho Tutelar (E2). Comuniquei o serviço social e Conselho Tutelar para acompanhamento [...] (E5). Foi chamado o Conselho Tutelar. A princípio porque a noite não tem serviço de psicologia (E6). [...] já estava encaminhado para o Conselho Tutelar [...] então eu comuniquei ao Conselho (E9). Foi comunicado ao Conselho Tutelar, além claro, do atendimento médico (E12).*

Tendo em vista o que a literatura aqui estudada aponta, faz parte do encaminhamento que todos os casos suspeitos e/ou confirmados sejam remetidos ao Conselho Tutelar, de acordo com o citado no Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”⁽²⁾.

No entanto, percebe-se a necessidade da utilização de protocolos para nortear o atendimento

às vítimas de violência. A partir do momento em que o serviço estabelece um protocolo de atendimento, o profissional se sente seguro e respaldado para então tomar as medidas cabíveis durante esse processo. Quando o serviço de saúde não tem um protocolo, o atendimento e os encaminhamentos seguem critérios do profissional que atende o caso, embasados única e exclusivamente na opinião pessoal ou no saber técnico-científico deste. Portanto, o profissional sente-se livre para escolher notificar ou não, mesmo sendo prevista ética e legalmente a notificação para estes casos⁽¹⁵⁾.

Dificuldades encontradas na atenção a criança ou adolescentes vítimas de violência intrafamiliar

Destacamos a dificuldade encontrada pelos enfermeiros no atendimento da criança e ou adolescente em relação aos pais ou familiares e em relação a *pobreza, ignorância dos pais, falta de educação. Problemas sócio-culturais (E5). A dificuldade é o próprio familiar que tenta esconder que é um problema de maus-tratos em casa. Não se abre quando é problema familiar (E9). Dificuldade encontrada foi a informação dos pais, alegaram não saber o que tinha acontecido (E10). Geralmente é em relação aos pais. Apesar de estar evidente que a criança sofreu uma agressão, eles negam (E12).*

No momento do atendimento, deve-se estar atento ao fato de que numa situação de violência, a família da criança abusada também é vítima. Vítima da ação violenta que ocorre dentro do seu lar e por vezes, da realidade sócio-econômica na qual está inserida, cujos determinantes sociais envolvidos culminam em ações dessa natureza. E, portanto, o atendimento deve-se estender também aos familiares. A tentativa de esconder a violência intrafamiliar no momento do atendimento pode ser vista como medo que os familiares sentem das conseqüências quando a violência é revelada. Todavia, a partir do momento que os familiares souberem que serão amparados e tratados por uma equipe multidisciplinar, possivelmente o serviço de saúde deixe de ser um acusador que pune para se tornar um refúgio das famílias que precisam de ajuda.

Outra dificuldade relatada é em relação à própria criança que está sendo atendida. *Um caso foi dificultado pela introversão da criança abordada (E3). Pediatría é sempre um campo muito difícil de trabalhar. Uma criança como essa não consegue se comunicar além do choro (E4).* No atendimento em pediatria é necessário que o profissional consiga perceber os sinais que a criança apresenta por meio de postura, choro, gestos, pois nem sempre consegue comunicar de forma eficaz todos os seus sentimentos. Para as crianças maiores, o uso do

lúdico no atendimento também pode ser um importante aliado, pois nessa fase vê o mundo por meio da fantasia e da brincadeira e se o profissional puder alcançá-la neste mundo, poderá manter uma comunicação mais efetiva e eficaz, e assim, tomar as medidas necessárias ao atendimento⁽⁶⁾.

Ainda com relação às dificuldades encontradas, foi relatado que estas são relativas à identificação da violência e preparo da equipe. *A dificuldade é de identificar a violência intrafamiliar e, até preparo nosso, da equipe em prestar atenção nestas questões. Neste tipo de caso você tem que estar pensando naquilo para fazer o diagnóstico. Toda vez que aparece uma criança com trauma a primeira suspeita tem que ser a violência para então fazer a investigação e então descartar. Não só eu, mas também os auxiliares, o médico, a equipe do internamento (E1).*

Muitos fatores devem ser levados em consideração no momento da identificação de um caso de violência no atendimento, desde a capacidade de se comunicar da criança, estado físico em que esta se encontra até o preparo da equipe para esta ação, atitude da família da criança ou adolescente, passando pelas condições de trabalho e equipamentos disponíveis.

É preciso um olhar amplo do profissional e instrumentos institucionais que possibilitem este olhar, como por exemplo, número suficiente de funcionários, boa remuneração, uma equipe multidisciplinar atuante, capacitações para treinar o olhar dos profissionais envolvidos no atendimento, respaldo da instituição para as ações de intervenção, envolvimento da Secretaria Municipal de Saúde com as ações desenvolvidas, entre outros.

A criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação é fundamental, pois a instituição de saúde deve garantir a ação do profissional ao realizar a notificação, compartilhando a responsabilidade da ação⁽¹⁴⁾. Também se devem definir etapas e atribuições de cada profissional e instituição envolvida na ação, isto inclui os profissionais envolvidos no primeiro contato com a vítima da violência até a Secretaria Municipal de Saúde

Ainda, outra dificuldade citada são as autoridades competentes. *A dificuldade é saber que as autoridades competentes não dão o significativo suporte para minimizar ou diminuir esse drama social. Porque igualmente o adolescente acaba voltando com quadros mais graves de agressão (E6).* É necessário salientar a importância de ações interligadas entre "o atendimento prestado internamente na instituição de saúde e o conjunto de ações públicas"⁽¹³⁾. É importante chamar o poder público à sua responsabilidade por meio do registro dos maus tratos. Pois só assim, por meio da

comprovação epidemiológica da sua magnitude poderemos efetivamente exigir o suporte adequado para uma melhor intervenção e prevenção dos casos de violência.

A notificação e o conhecimento de procedimentos legais de notificação

Quanto à realização do procedimento de notificação pelos enfermeiros, obtivemos tanto situações de cumprimento desse preceito legal, quanto de não efetivação dessa norma. [...] *mas não foi feito. A gente não tem esses papéis. Não sei se caberia no atendimento pré-hospitalar. Não tem protocolo de atendimento à criança vítima de violência (E4). De notificação da agressão não (E6). [...] não sei se foi feita alguma notificação (E10). No primeiro caso, não foi realizado [...]* (E11).

As falas acima evidenciam a ausência de notificação, muito embora, no atendimento da criança ou adolescente vitimizados, os sujeitos tenham identificado ou levantado uma suspeita de violência sofrida. Neste momento, deveríamos ter encontrado dados compatíveis sobre a realização da notificação. Temos, portanto, um distanciamento entre o reconhecimento de uma situação de violência e sua notificação que precisa ser superado.

Por outro lado, temos também profissionais que realizaram algum tipo de procedimento de notificação. *Foi acionado o Conselho Tutelar que tomou as medidas cabíveis no momento (E5). Foi realizado na unidade de tratamento intensivo [...]* (E8). [...] *como não ia ter ninguém para cuidar da criança, ligamos para o Conselho Tutelar (E11).*

Quanto ao conhecimento de procedimentos de notificação, obtivemos: *Eu sei que existe. Até participei de discussão sobre o assunto. Mas nunca vi aqui no hospital, até porque não tive oportunidade de participar de algum caso (E1). A notificação que a gente faz é para o Conselho Tutelar e é encaminhado ao hospital e lá, eles tomam as providências necessárias. Lá eles sabem conduzir o caso (E2). Em casos severos, com risco de morte, pode-se contactar o Conselho Tutelar e a Polícia local, contudo é de responsabilidade da instituição que irá diagnosticar e tratar a criança e o adolescente tomar as medidas cabíveis (E3). Nós seguimos o protocolo da instituição de relatar a gravidade do caso ao Conselho Tutelar e com maior gravidade a polícia. Quando nós identificamos maus-tratos por iniciativa própria denunciemos ao Ministério Público (E6).*

Os enfermeiros citam o encaminhamento ao Conselho Tutelar, o que está correto e condizente com a determinação da Legislação. Contudo, não podemos deixar de destacar nesse momento, a crença dos profissionais de que, depois de encaminhada a criança para o atendimento hospitalar, e no ambiente hospitalar, depois de

encaminhado o caso para o conselho tutelar, a situação estaria resolvida. Assim, resolve-se o problema do atendimento clínico ou cirúrgico imediato e não o problema da violência, a qual a criança estará novamente submetida quando do retorno ao ambiente que gerou a situação pela qual lhe foi prestado atendimento.

Para além do encaminhamento ao conselho tutelar é preciso e a criação de redes de atenção a vítimas de violência em todo o país, a exemplos de municípios como Curitiba e Goiânia, onde existem tais redes de proteção e funcionam muito bem. Incluem serviços como: unidades de saúde públicas (hospitais, unidades ambulatoriais), o setor de educação dos municípios (ao nível gerencial e das escolas e creches), o setor de assistência social, o conselho tutelar, o ministério público, as secretarias municipais (de saúde, de educação, de meio-ambiente, de serviço social, de planejamento urbano). Seu objetivo, para além da atenção integral as vítimas de violência, é reduzir a vulnerabilidade do grupo infanto-juvenil, intervir precocemente em situações geradoras de violência, dar o atendimento necessário às vítimas, às suas famílias e aos agressores e produzir indicadores que permitam conhecer o problema e a partir deles planejar a prevenção da violência⁽¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a criança e o adolescente se apresenta de forma expressiva em nossa sociedade, embora a criança e o adolescente tenham leis que os protejam e estabeleçam absoluta prioridade aos seus direitos. Dentre essas garantias, está o direito de proteção à vida e à saúde, sendo assim, o profissional da saúde, no exercício da sua profissão, tem o dever ético e legal de denunciar a violência contra a criança e o adolescente, pois esta pode gerar marcas físicas e psicológicas irreversíveis, podendo produzir sequelas de difícil reversão até a morte.

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, com preparo técnico-científico para atuar tanto no cuidado quanto na prevenção do abuso e negligência contra a criança e o adolescente, deve estar atento para tais situações e promover a existência e/ou integrar as redes de atendimento locais.

Encontramos na realidade estudada que o enfermeiro, durante o atendimento, consegue perceber/identificar a violência intrafamiliar, porém nem sempre essa percepção leva a notificação. A ausência de protocolos de atendimento à crianças/adolescentes vitimizados nos serviços e a presença de uma equipe multiprofissional com atuação fragmentada foi apontado pelos enfermeiros como problema encontrado para a realização de um

atendimento amplo e de qualidade e de uma notificação eficaz.

A notificação é parte integrante e fundamental do atendimento a criança e ao adolescente vítima de violência intrafamiliar. E para que esta seja realizada de forma adequada é necessário que o profissional de saúde esteja apto a identificar um caso suspeito ou confirmado para que então a notificação possa ser realizada. Sabe-se que casos não-identificados, tornam-se casos não-notificados, continuando assim o sofrimento da criança ou adolescente vitimizados. Sabe-se que os maus-tratos cometidos contra a criança e o adolescente só são reconhecidos como tal após a notificação, pois só assim se iniciam os esforços para proteção da vítima.

Para que haja um atendimento eficiente e eficaz por parte dos profissionais envolvidos na atenção da criança/adolescente vitimizados ao nível local faz-se necessário uma política de responsabilidade institucional, respaldando o profissional para a realização da notificação. Além da implementação de um protocolo de atendimento, o qual defina claramente o papel de cada membro, instituição, órgão governamental, setores da sociedade civil e profissionais no atendimento e prevenção da violência, para que assim se construa uma rede hierarquizada, articulada e contínua de ações.

Assim temos uma abordagem ampla e integrada para enfrentamento da violência, mudando a forma de olhar dos profissionais que prestam assistência às crianças e aos adolescentes e suas famílias, para orientar, acompanhar, diagnosticar precocemente e prestar assistência às vítimas em situação de risco para violência.

Esperamos ter contribuído para a reflexão sobre a temática da violência contra a criança e o adolescente, embora saibamos que esse assunto não se esgota com os resultados dessa pesquisa, pelo contrário, esse foi apenas o recorte possível nesse momento e novos e mais aprofundados estudos precisam ser realizados como subsídio aos profissionais de saúde na prevenção e solução da violência que assola as crianças.

REFERÊNCIAS

1. Lima CA. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990.
3. Roque EMST, Ferriani MGC. Desvendando a violência doméstica contra a criança e adolescente sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis-SP. Rev Latino-am Enfermagem. 2002;10(3):334-4.
4. Gomes R, Deslandes SF, Veiga MM, Bhering C, Santos JFC. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. Cad. Saúde Pública. 2002;18(3):707-14.
5. Algeri S, Souza LM. Violência contra crianças e

adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2006;14(4):625-31.

6. Collet N, Oliveira BRG. Manual de Enfermagem em Pediatria. Goiânia: AB Editora; 2002.

7. Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Cad. Saúde Pública. 2004;20(2):456-64.

8. Junqueira MFPS, Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. Cad. Saúde Pública. 2004;19(1):227-35.

9. Ferriane MGC, Pelegrino FM. A trajetória da violência doméstica no município de Ribeirão Preto. Rev. Bras. Enferm. 2004;57(3):350-3.

10. Lopes CLS, Carvalho ECA. Violência contra a criança e o adolescente: subsídios técnicos para interpretação dos conceitos. Curitiba: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado do Paraná (CEDCA/PR); 2003.

11. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005;21(4):1124-33.

12. Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural do instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. Cad. Saúde Pública. 2003;19(6):1701-12.

13. Gomes R, Junqueira MFPS, Silva CO, Junger WL. Abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2002;7(2):275-83.

14. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? Ciênc. saúde coletiva. 1999;4(1):81-94.

15. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2002;18(1):315-19.

16. Parker B, Campbell JC. Atendimento a sobreviventes de abuso e de violência In: Stuart GW, Laraia M. Enfermagem Psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2001.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

18. Portal do Município de Cascavel [Internet]. Casvavel: Prefeitura Municipal de Cascavel (BR) [cited 2009 dez 30]. Available from: <http://www.cascavel.pr.gov.br/>.

19. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ [Internet]. Cascavel: UNIOESTE (BR) [cited 2009 dez 30] Available from: <http://www.unioeste.br/huop/>.

20. Vendruscolo TS, Ferriani MGC, Silva MAI. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(spe):812-9.

Artigo recebido em 05.09.08.

Aprovado para publicação em 11.08.09.

Artigo publicado em 31.12.09.