

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Jéssica Totti Leite

**Ações de enfermeiros(as) na atenção primária à saúde de crianças e
adolescentes vítimas de violência doméstica no distrito oeste do município
de Ribeirão Preto-SP**

Ribeirão Preto
2011

JÉSSICA TOTTI LEITE

Ações de enfermeiros(as) na atenção primária à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no distrito oeste do município de Ribeirão Preto-SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Maria das Graças Bomfim Carvalho

Ribeirão Preto
2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Leite, Jéssica Totti

Ações de enfermeiros (as) na atenção primária à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no distrito oeste do município de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2011.

90p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Carvalho, Maria das Graças Bomfim

1. Adolescente. 2. Violência doméstica. 3. Enfermagem.
4. Atenção Primária à Saúde

LEITE, Jéssica Totti

Ações de enfermeiros(as) na atenção primária à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no distrito oeste do município de Ribeirão Preto-SP.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

*Dedico este trabalho à meus pais **Airton** e **Regina**, por serem minha base, meu alicerce. Agradeço pelo dom da vida, pelo amor que sempre me dedicaram o carinho e a confiança constante. Obrigada por sempre se sacrificarem em prol de meus objetivos. Sem vocês eu nunca estaria aqui. Esta vitória é **NOSSA!!! AMO VOCÊS!!!***

*A todas as **crianças** e os **adolescentes** vítimas de violência doméstica, e a esperança de que, juntos mudaremos esta realidade.*

Agradecimentos

A Deus por me dar esta oportunidade de vir a este mundo e estar sempre comigo.

A Prof^ª. Dr^ª. Maria das Graças Bomfim de Carvalho, por me acolher enquanto orientanda, proporcionando-me momentos ricos de aprendizados. Pela sua dedicação, carinho, confiança e paciência. Muito obrigada minha querida Graça!

A Prof^ª. Dr^ª. Débora Falleiros de Mello pelos ensinamentos, pelo carinho, pelas sugestões e direcionamentos extremamente importantes.

À Prof^ª. Dr^ª. Telma Sanches Vendrúsculo pela sua disposição em dividir comigo um pouco de seus conhecimentos, sua ajuda foi de rica valia.

À Prof^ª. Dr^ª. Marta Angélica Iossi Silva pelos conhecimentos compartilhado e sugestões no momento da minha qualificação.

A minha família obrigada por estarem sempre comigo: a união de vocês é fundamental na minha vida.

Aos meus queridos avós Luizinho, Irene, Ionir e João por ser a base de tudo, amo vocês!!!

Ao meu irmão Nicolas por estar comigo sempre, mesmo que distante, e também, por sua dedicação na correção da minha dissertação. Você não imagina o quanto sou agradecida por ter você em minha vida.

Ao meu irmãozinho Samuca, pela paciência, pelos momentos de silêncio em prol de meus estudos. Você mora no meu coração.

A minha querida Madrinha, por ser uma lutadora de dois cânceres, você é um exemplo de fé e perseverança para todos nós!

À tia Alcione, mesmo pela breve passagem no Brasil se dispôs a dividir comigo seus conhecimentos.

Ao Marco Aurélio, pelo amor, companheirismo e apoio, sem você tudo seria mais difícil.

Á duas crianças que me ensinaram muito e me conquistaram a cada dia: Mel e Rafa, obrigada por me mostrarem a maravilha e doçura que é ser criança.

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP, pela minha formação profissional e a todos seus funcionários (em especial ao do apoio bibliográfico) sempre tão prestativos e atenciosos.

A todos funcionários do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, e em especial, a Shirley, obrigada!

Aos pesquisadores do Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa do Programa de Assistência à Saúde Escolar – PROASE, pela troca de conhecimento. Em especial, à Simone (Apoio Técnico) pela paciência, colaboração e disponibilidade.

A minha querida amiga Diene Carlos, que sempre esteve comigo e me ajudou muito nesse meu caminhar, obrigada!

As colegas de pós-graduação, em especial a Bernatede.

A TURMA: Juliana, Amanda, Adriane, Camila, André, Perón, Fernanda, Paulo, Lucas, Vitor e Eduardo, obrigada por estarem ao meu lado todos estes anos me proporcionando momentos felizes e compreenderem minhas ausências.

A minha fiel cadelinha Isis pelo companheirismo nas noites de estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que possibilitaram a realização deste trabalho.

Ás enfermeiras que participaram da pesquisa, pelo apoio oferecido durante a realização deste trabalho.

*Eu quero cantar as cantigas,
Brincar de ciranda no espaço
Usar aquarela da vida
Pra pintar milhões de abraços
Trabalho é só no futuro
Violência só conheço de nome
Depois da lição um suspiro
Um lanchinho pra matar a fome...
Nada de passa grana e sim passa bola
Não pro farol e sim pra escola
Plantar o respeito e colher cidadãos
Criança perdida só no pique esconde
Sem bala perdida, sem frio e sem fome
Futuro decente ao alcance das mãos
Violência é criança não poder brincar
Sem teto sem sonho sem acreditar
Num mundo decente e mais justo eu sei
A paz é um rio de água corrente
Sacia a sede de vida da gente
A paz ao meu ver deveria ser lei
Paz, a juventude pede paz
Paz, que essa planta cresça mais e mais
Paz, nossas crianças pedem paz,
Paz, vem como as folhas que essa brisa trás.
PAZ!!!*

(Nego Joe- Canção da Paz)

RESUMO

LEITE, J. T. **Ações de enfermeiros(as) na atenção primária à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no distrito oeste do Município de Ribeirão Preto-SP.** 2011. 90f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

A violência doméstica é uma realidade evidenciada com grande frequência e apontada como um grave problema de saúde pública em nosso país. Ela se concretiza, sobretudo contra pessoas em fase de desenvolvimento como crianças e adolescentes. Nosso estudo teve como objetivo conhecer e descrever as ações na Atenção Primária à Saúde prestadas pelo(a) enfermeiro(a) às crianças e aos adolescentes vítimas de violência doméstica em Unidades de Saúde da Família localizadas no Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto – SP. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, se delineando como pesquisa social estratégica, com modalidade de estudo de caso. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, diário de campo e uma visita na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, especificamente a Divisão de Vigilância Epidemiológica no Núcleo de Violência e Acidentes. Participaram do estudo 05 enfermeiras que atuam nos 05 Núcleos de Saúde da Família no Distrito Oeste da cidade de Ribeirão Preto. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, modalidade temática. Emergiram dois núcleos temáticos principais: Ações Municipais na Atenção à Criança e ao Adolescente Vítima de Violência Doméstica e Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: barreiras no combate à violência doméstica. No primeiro núcleo foi abordado as ações no Município de Ribeirão Preto para o combate à violência doméstica em crianças e adolescentes. Embora os esforços da Secretaria Municipal de Saúde promovendo eventos com o objetivo de promover à capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, muitas vezes, há dificuldade destes eventos serem inseridos nas agendas dos enfermeiros atuantes no Núcleo de Saúde da Família. Como rede de apoio social à criança e adolescente vitimizadas foram ressaltadas pelas entrevistadas à comunidade, os vizinhos e a escola. Encontramos em uma entrevista o tráfico de drogas atuando na proteção das vítimas de violência doméstica, o que nos evidenciou certa falência da atuação dos meios de proteção. No segundo núcleo foram apontados alguns fatores que dificultam a ação dos(as) enfermeiros(as) no combate à violência doméstica tal como a falta de capacitação dos conselheiros tutelares, que dificultam a articulação e o estabelecimento de vínculo com os profissionais de saúde. O medo dos(as) enfermeiros(as) em relação ao agressor, a falta de capacitação dos(as) enfermeiros(as) para executar ações contra a violência doméstica, tais como a prevenção, a notificação, o encaminhamento e acompanhamento das vítimas são fatores que dificultam o combate à violência contra crianças e adolescentes. Entendemos que estas considerações acerca das ações no combate à violência doméstica devem ser valorizadas não só pelos(as) enfermeiros(as), mas também por todos os profissionais que atuam nos serviços de atenção à infância e adolescência.

Palavras-chave: Criança e adolescente. Violência Doméstica. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

LEITE, J. T. **Nurses' actions in the primary health care to children and adolescents victims of domestic violence in west district of the municipality of Ribeirão Preto – SP.** 90f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2011.

Domestic violence is a reality very common manifested and indicated as serious problem of health public in our country. It happens, mostly, against people in developing as children and adolescents. The aim of our study is to know and to describe the actions in primary health care accomplished by the nurses to children and adolescents victims of domestic violence in Family Health Center in the West District of the municipality of Ribeirão Preto - SP. In this study is used a qualitative approach, in which is considerate a strategy of social research, a modality of case study. For data collection, it was used semi structured interviews, field diary and one visit to Health Municipal Department in Ribeirão Preto, especially the Division of Epidemiological Surveillance in the Violence and Accident Center. The study included 5 nurses which work in 5 family health centers in west district of Ribeirão Preto. The analysis of data was made through the content analysis, thematic modality. Two main theme centers appeared: “Municipal Actions in Attention to Child and Adolescent Victims of Domestic Violence” and “Nursing in Primary Health Care: limits in the domestic violence combat”. On the first center was discussed the actions in the city of Ribeirão Preto to combat the domestic violence against children and adolescents. Although the Municipal Department of Health's effort to realize events to promote the permanent professional training and education of health professionals, often, there is a difficult to the nurses of Family's Health Center to include in their agenda. The interviewed emphasized as social support network the community, the neighbor and school. The drug traffic was cited in the interview as protection of domestic violence's victims, what reveal failures in actions of protection. On the second center was pointed out some factors which difficult the action of nurses in the combat domestic violence such as lack of professional training of tutelaries, what make difficult the articulation and the establishment of the bond with health professionals. The fear of nurses in relation of aggressor, the lack of professional training of nurses to execute actions against domestic violence, such as prevention, notification, routing and follow up victims are factors which make difficult the combat violence in child and adolescent. Such considerations in relation the actions against domestic violence must be valued not only by the nurses, but also by all the professionals which deal in the attention services to children and adolescents.

Key word: Child and Adolescent. Domestic Violence. Primary Health Care. Nursing.

RESUMEN

LEITE, J. T. **Las acciones de los enfermeros (as) en la primaria de la salud de los niños y adolescentes víctimas de violencia doméstica en el distrito al oeste de la ciudad de Ribeirão Preto.** 2011. 90f. Disertación (Máster) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

La violencia doméstica es una realidad demasiado a menudo se identifica como un grave problema de salud pública en nuestro país. Se dio cuenta, en particular contra personas en el desarrollo de los niños y adolescentes. Nuestro estudio tuvo como objetivo conocer y describir las acciones de atención primaria de salud provisto por (a) enfermero (a) niños y adolescentes víctimas de violencia doméstica en las Unidades de Salud Familiar ubicado en el Distrito Oeste de Ribeirão Preto - SP. Se trata de un estudio de enfoque cualitativo se está convirtiendo en una investigación social estratégica, con el modo de estudios de caso. Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas semi-estructuradas bitácora de campo y una visita del Departamento Municipal de Salud de Ribeirão Preto, específicamente de la División del Centro de Vigilancia Epidemiológica de violencia y lesiones. Los participantes del estudio fueron 05 enfermeras en 05 Centros de Salud Familiar em Distrito Oeste de la ciudad de Ribeirão Preto. Análisis de los datos fue realizada por análisis de contenido, modalidad temática. Dos principales temas surgieron: Acciones Municipal de Atención a Niños y Adolescentes Víctimas de la Violencia Doméstica y de enfermería en Atención Primaria de Salud: Obstáculos para combatir la violencia doméstica. En el primer grupo acciones se abordó en el municipio de Ribeirão Preto a combatir la violencia doméstica niños y adolescentes. A pesar de los esfuerzos de la promoción de la Salud Municipal eventos destinados a promover la capacitación y educación continua para profesionales la salud, a menudo hay dificultad de estos eventos se colocan en las agendas de las enfermeras que trabajan en el Centro de Salud Familiar. Como una red de apoyo social a los niños y adolescente víctimas fueron destacados por los encuestados a la comunidad, vecinos y la escuela. Nos encontramos en una entrevista en el tráfico de drogas que actúan sobre la protección de las víctimas de la violencia doméstica, lo que demuestra el fracaso de algunas de las medidas de protección. En el segundo núcleo se identificaron algunos factores que dificultan la acción de las enfermeras en combatir la violencia doméstica como una falta de formación de asesores tutores, que dificultan la articulación y el establecimiento de vínculos con profesionales de la salud. La El temor de las enfermeras en relación con el delincuente, la falta de capacitación de las enfermeras a tomar medidas contra la violencia doméstica, como la prevención, notificación, referencia y seguimiento de las víctimas son factores que dificultan la lucha contra la violencia contra los niños y adolescentes. Creemos que estas consideraciones acerca de las acciones en lucha contra la violencia doméstica deben ser valorados no sólo por las enfermeras, sino también por todos los profesionales que trabajan en los servicios de salud a niños y adolescentes.

Palabras clave: Infancia y adolescencia. La violencia doméstica. Atención Primaria de Salud De enfermería.

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP, BRASIL 2010.....	40
Figura 2 - Fluxo de Atendimento à pessoa em situação de violência doméstica.	52
Figura 3 - Diagrama – Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias e suas famílias em situação de violência os níveis de atenção à saúde.....	59
Quadro 1 - Número de Famílias cadastradas segundo idade e óbito por violência, Ribeirão Preto, SIAB - Dezembro de 2010.	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CACAV	Centro de Atendimento a Criança e ao Adolescente Vitimizados
CAPS-ad	Centro Psicossocial de Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados da Assistência Social
CSE	Centro de Saúde-Escola
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
NADEF	Núcleo de Gestão à Pessoa Deficiente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PAM	Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PROASE	Programa de Assistência Primária à Saúde Escolar
PSF	Programa de Saúde da Família
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEAVIDAS	Serviço de Atendimento à Violência Doméstica e Agressão Sexual
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

<i>1 Introdução</i>	14
<i>2 Objetivos</i>	22
<i>3 Quadro Teórico Referencial</i>	24
3.1 A Criança e o Adolescente Vitimizados: a violência dentro de casa	25
3.2 Atenção Primária à Saúde e a Violência Doméstica	30
3.3 Pressupostos	36
<i>4 Percurso Metodológico</i>	37
4.1 Campo de Estudo.....	39
4.2 Sujeitos do Estudo	41
4.3 Instrumentos para coleta de dados.....	41
4.4 Análise dos dados	43
<i>5 Análise dos Resultados</i>	45
5.1 Caracterizações do campo de estudo	46
5.2 Caracterizações dos sujeitos da pesquisa.....	48
5.3 Núcleos Temáticos	48
<i>6 Considerações finais</i>	72
<i>Referências</i>	75
<i>Apêndices</i>	84
<i>Anexos</i>	87

1 Introdução

*O seu papel devia ser cuidar de mim,
cuidar de mim, cuidar de mim,
Não me espancar, torturar, machucar,
me bater, eu não pedi pra nascer.*

O interesse pela temática da criança e do adolescente vítimas de violência doméstica emergiu em nosso percurso de iniciação científica na graduação em enfermagem. A partir desta oportunidade, desenvolvemos projetos de extensão universitária com ênfase nos cuidados primários de saúde em escolas e instituições especializadas no atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de violência doméstica.

Os estudos de iniciação científica desenvolvidos durante a graduação, acompanhados pela nossa participação como membro do Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa do Programa de Assistência Primária à Saúde Escolar (PROASE) permitiram nos aproximar da temática Violência Doméstica e desvendar um pouco mais a realidade em que crianças e adolescentes vitimizados e institucionalizados estão inseridos. Participamos do Projeto Temático “A CRIANÇA E O ADOLESCENTE ALVOS DE ATOS VIOLENTOS OU VÍTIMAS POTENCIAIS DA VIOLÊNCIA”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), colaborando na coleta de dados com os pesquisadores do Núcleo de Pesquisa.

Os resultados do projeto mencionado acima, juntamente com as discussões do Núcleo de Estudo, instigaram-nos a desenvolver investigação científica em instituições de acolhimento de crianças e adolescentes vitimizados. Dessa forma, buscamos conhecer a percepção destas vítimas em relação à privação do convívio familiar e à violência que foram submetidas. Desenvolvemos os projetos “A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOB A ÓTICA DE ADOLESCENTES VITIMIZADOS” e “A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA POR ADOLESCENTES VITIMIZADOS” como bolsista de iniciação científica subsidiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Esses trabalhos foram realizados com adolescentes vítimas de violência doméstica institucionalizados no Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vitimizados (CACAV) no município de Ribeirão Preto-SP.

No projeto “A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOB A ÓTICA DE ADOLESCENTES VITIMIZADOS” procuramos conhecer a percepção dos adolescentes em relação à violência que foram submetidos. Nossos resultados demonstraram que a maioria dessas vítimas tem a família como rede de proteção e carinho. Entretanto, quando a violência ocorre dentro de seus lares, esses adolescentes demonstram sentimentos de mágoa, revolta e humilhação. Acresce-se ainda, que os entrevistados mencionaram o uso da violência como modelo corretivo em seus futuros filhos, o que evidencia o ciclo da violência. Devido à necessidade e à importância de complementarmos os dados encontrados, solicitamos a renovação do projeto intitulado “A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA POR ADOLESCENTES VITIMIZADOS” a fim de

que pudéssemos conhecer os tipos de violências vivenciadas pelos adolescentes e por quem foram encaminhados para a instituição. Neste estudo, observamos a violência doméstica associada à violência estrutural, ou seja, grande parte dos atores da violência estavam desempregados, em situações de extrema pobreza. Percebemos que a violência física foi a mais acometida entre as vítimas, seguida pela negligência, pela violência psicológica e, por fim, pela violência sexual. Constatamos também que as vítimas almejam a uma família carinhosa e que a violência não faça parte do cotidiano. Apreendemos também que grandes partes das denúncias procediam de vizinhos e amigos, o que demonstra a atuação da sociedade no combate à violência doméstica.

Atualmente, a humanidade assiste perplexa às inúmeras demonstrações de violência que afetam a vida do ser humano, resultando, muitas vezes, em danos irreversíveis à saúde física, psicológica e social. A violência doméstica contra crianças e adolescentes é uma realidade evidenciada com grande frequência e apontada como um grave problema de saúde pública em nosso país.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), no ano de 2000, em todo o mundo, 57 mil crianças com menos de 15 anos de idade foram mortas por causa da violência. As crianças menores são as mais vulneráveis, pois, conforme a pesquisa, aquelas que estavam na faixa etária entre 0 e 4 anos sofreram o dobro de mortes em relação àquelas entre 10 e 14 anos.

No Brasil, o rápido crescimento dos índices epidêmicos e o elevado número de óbitos causados por acidentes e por violências, correspondem à segunda causa de morte para toda população e a primeira causa para as crianças e adolescentes entre 5 e 18 anos de idade (BRASIL, 2000). Dados do Ministério da Saúde revelam que no ano de 2006, 120 mil crianças e adolescentes encontravam-se em acolhimento institucional por razão da violência doméstica (BRASIL, 2006a).

Em Ribeirão Preto, segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2010), no ano de 2008, entre 1000 crianças nascidas vivas, a taxa de mortalidade correspondeu a 9 crianças, e 2 crianças entre 1000 morreram devido à causas externas. Dados fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (2010) mostram que no ano de 2008, de cada 100.000 habitantes, 1.787 pessoas foram vítimas de violência doméstica. Essas estatísticas reforçam nossa preocupação com o fenômeno da violência no município. No Distrito Oeste de Ribeirão Preto, no mesmo ano, foram registrados 491 casos de violência doméstica (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Corroboramos Martins (2009) ao elucidar a existência de muitas situações em que as crianças e os adolescentes são produtos potenciais da violência. De acordo com a autora, se as crianças conseguirem sobreviver, nos primeiros anos de vida, às doenças diarreicas, à fome e às doenças respiratórias, elas ainda podem se deparar ao longo de suas vidas com diversos tipos de violências.

Podemos definir Políticas Públicas como a interferência do Estado na realidade social, através de ações administrativas ou instrumentos públicos, com objetivo de suprir as necessidades sociais, interesses não só de grupos específicos, mas também individuais, administrando conflitos e implantando projetos e programas para atender setores específicos da sociedade (PRIOTTO, 2008). Em outras palavras, as políticas públicas são respostas de órgãos públicos às necessidades da população.

O Ministério da Saúde formula e programa no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde -, Políticas Públicas de saúde para pessoas de todas as faixas etárias, especialmente para crianças e adolescentes, uma vez que no ano de 2006 esse grupo representava 38% da população dos brasileiros (BRASIL, 2009). Nessa esfera, o Estado vem se esforçando ao implantar medidas públicas para o enfrentamento da violência. Destacaremos, em nossa pesquisa, as principais políticas de proteção à criança e ao adolescente e no combate à violência doméstica.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (portaria nº. 737/2001), publicada pelo Ministério da Saúde, valoriza a ascensão da saúde dos indivíduos e da sociedade através do desenvolvimento, da melhora e da manutenção das condições de vida saudáveis. Desta forma, a política se estende desde as ações para a promoção da saúde até as medidas de tratamento das vítimas, prevenindo sequelas e óbitos devido a estes fatos. Tal medida tem como preocupação, o reconhecimento, a assistência e as notificações dos casos de violência com a finalidade de fornecer suporte para a população e para os profissionais. Para que isso seja possível

Os profissionais de saúde deverão ser habilitados a identificar maus-tratos, procurar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infraestrutura (BRASIL, 2003, p. 32).

A Política de Notificação de Violências Contra Crianças e Adolescentes na Rede do SUS (Portaria nº. 1.968/2001) tem como meta comunicar as ocorrências de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos pelo SUS aos órgãos

competentes. Assim, os profissionais do SUS têm a obrigação de informar a ocorrência do fenômeno através da “Ficha de Notificação Compulsória” aos Conselhos Tutelares ou Juizados de menores da localidade (BRASIL, 2001a). O Ministério da Saúde define Notificação como

uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sócio-sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor (BRASIL, 2002a, p.14).

Ao realizar a notificação, o profissional de saúde promove o direito que a criança, o adolescente e a família tem de viver em um ambiente que proporcione bem estar físico social e emocional, em que a violência não esteja presente (BRASIL, 2002a).

O olhar sobre a criança e adolescente como cidadãos de direito surge legalmente no artigo 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988 e sua posterior regulamentação através do **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, Lei nº 8069/90. Desde então, novas propostas de proteção são apresentadas, entre elas, a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens** (Portaria nº. 1.162/2005) em que esta parcela da população é reconhecida como pessoas em estágio de desenvolvimento e, por isso, precisam de um olhar especial e integral às suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais. Esta política tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida de adolescentes e jovens brasileiros; a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis; a eliminação ou redução dos agravos à saúde. Esses pressupostos serão alcançados mediante a integralidade da atenção, a universalização, a efetividade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação destes adolescentes e jovens. Ressaltamos também, que esta política se compromete em unir atenção à saúde dos jovens e adolescentes à estrutura, ações e rotinas do SUS em todos os seus níveis (LAMARE, 2005).

As políticas citadas acima visam dar suporte às preocupações de profissionais que se deparam cotidianamente com os efeitos da violência doméstica e suas consequências (BRASIL, 2003). Entendemos que algumas medidas de proteção à criança e ao adolescente vitimizados vêm sendo inserida na agenda do setor saúde. No entanto, nota-se que há uma evidente distância entre a proposição e a execução das políticas públicas no enfrentamento da violência doméstica por partes dos profissionais de saúde.

Com o intuito de promover a proteção da criança e do adolescente vitimizados, o Estatuto da Criança e do Adolescente promulgado em 1990, coloca em pauta a obrigatoriedade da notificação de violência doméstica, especificamente nos artigos 13 e 245 (BRASIL, 1992):

Art. 13. 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;

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente;

Com o Estatuto da Criança e do Adolescente, o setor de saúde adquiriu um mandato social, objetivando a prevenção, o diagnóstico e a notificação de casos de violência. Assim, o campo da saúde, tornou-se um espaço privilegiado para a identificação, o acolhimento e o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência doméstica, bem como a orientação às famílias (BRASIL, 2009). Consequentemente, as instituições especializadas foram chamadas a um reordenamento para se adequarem à nova proposta de atenção integral à criança e ao adolescente.

A pesquisa realizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (SOUZA; MINAYO, 2001) revelou que houve um crescimento considerável na produção acadêmica brasileira abordando o tema da violência. No Brasil, até a década de 1960 apenas 3% de trabalhos científicos tinham como temática a violência; na década de 1970 o número aumentou para 11% e, por fim, 86% dos artigos foram realizados na década de 1980.

Mesmo com o crescente interesse pela abordagem da violência, a produção de trabalhos acadêmicos ainda é escassa perante a magnitude do problema. Nosso estudo se justifica pela insuficiência de respostas, na literatura especializada, sobre a violência doméstica no âmbito da atenção primária em saúde, principalmente, de crianças e adolescentes vitimizados; e pela necessidade de colaborar para a elaboração de ações no âmbito da saúde que atendam integralmente estas vítimas.

Buscas exaustivas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) nos últimos dez anos (2000 a 2010), permitiram-nos constatar a existência de trabalhos cuja temática é sobre a violência doméstica no âmbito da atenção primária à saúde. Na base de dados LILACS, realizamos o cruzamento de descritores “Violência Doméstica e Atenção Primária à

Saúde”. Na busca, foram localizados 16 artigos publicados, porém apenas 14 artigos foram publicados nos últimos 10 anos. Entre os artigos, 7 foram originados no Brasil, sendo que 3 destes abordavam a violência doméstica na esfera da atenção primária sofrida por mulheres, 1 artigo abordava a violência doméstica contra o idoso, 1 artigo retratava a violência intrafamiliar no Programa de Saúde da Família, 1 artigo abordava a Promoção da Saúde de crianças e adolescentes e 1 artigo mencionava a violência doméstica no âmbito hospitalar. Além desses, deparamo-nos com 2 artigos provenientes de Cuba, sendo que um artigo retratava a violência contra a mulher e o outro a violência contra o idoso. Também encontramos 3 artigos realizados no Chile, sendo que 1 abordava a violência doméstica contra mulher, 1 discutia a violência doméstica na atenção primária e 1 artigo não apresentava a violência doméstica como foco, e sim, a depressão em mulheres. Por fim, deparamos com 1 artigo realizado na Argentina relacionado à violência doméstica contra a mulher e 1 artigo produzido no Peru com abordagem da violência doméstica no esfera hospitalar. Sendo assim, totalizamos apenas 11 artigos encontrados referentes à violência doméstica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, sendo que, desses, 3 artigos não apresentaram resumos. Mediante a leitura dos resumos dos 8 artigos restantes, observamos que 4 artigos teve como finalidade apresentar as prevalências e os tipos de violências doméstica, 4 artigos apresentou como discussão o profissional de saúde frente a violência doméstica.

Na base de dados SciELO utilizamos como os descritores “Violência Doméstica e Atenção Primária à Saúde” em inglês (“Domestic Violence and Primary Health Care”) com finalidade de incluir um maior número de países. Os resultados totalizaram 15 artigos, porém, 5 desses apareceram duas vezes, 3 artigos apareceram no Lilacs e, por fim, 1 artigo que não teve como foco a violência doméstica, mas a saúde mental. Assim, totalizamos 6 artigos publicados, sendo que 2 destes foram produzidos no Brasil, um artigo sobre a violência na gestação e o outro artigo retratava a relação violência e a droga; 2 artigos oriundos da Espanha, em que um artigo discutia a violência doméstica contra a mulher e o outro artigo teve como foco a violência doméstica no adulto. Por fim, 1 artigo produzido no México, de cuja abordagem era a violência doméstica contra a mulher, e 1 artigo do Chile que retratava a violência doméstica contra a criança.

Os resultados de nossas buscas evidenciam o pequeno número de artigos nos últimos dez anos relacionados à violência doméstica no âmbito da atenção primária à saúde, principalmente a violência doméstica contra a criança e o adolescente. Encontramos apenas um trabalho que discute a prática do(a) enfermeiro(a) no enfrentamento do fenômeno.

Acreditamos que a investigação sobre violência doméstica no contexto da atenção primária à saúde, efetivamente, deva fazer parte de Políticas Públicas, em especial, em relação às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. É fundamental que se comece a discussão, de uma maneira efetiva, sobre o enfrentamento da violência para que se possa aperfeiçoar a promoção de saúde desta população.

Percebemos, no entanto, que ainda permanecem alguns questionamentos que pretendemos abordar neste trabalho:

- ✓ Quais ações são realizadas em busca da integralidade e continuidade da atenção à saúde de crianças e adolescentes e de suas famílias?
- ✓ Quais são as condutas dos(as) enfermeiros(as) que recebem casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica contra crianças e adolescentes no âmbito da atenção primária de saúde, uma vez que esta é o eixo reorganizador do sistema de serviços de saúde?
- ✓ Quais as dificuldades, limites e barreiras que estes(as) enfermeiros(as) enfrentam em relação às ações, seja na investigação, na denúncia ou no acompanhamento, frente ao fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes?

Mediante tal cenário, temos como objeto de estudo as ações, no âmbito da atenção primária à saúde, desenvolvidas por enfermeiros(as) à crianças e ao adolescentes vitimizados **em Núcleos de Saúde da Família** localizados no Distrito Oeste no Município de Ribeirão Preto-SP. Entendemos que, tendo como objeto as ações desenvolvidas por enfermeiros(as), será possível ampliar a compreensão da criança e do adolescente enquanto sujeitos de direitos; fortalecer e enriquecer as ações **na atenção primária à saúde**, ainda tão negligenciadas e, finalmente, aproximar esta temática da área da enfermagem, profissão tão diferenciada e que ocupa espaço primordial na assistência à saúde de toda a população.

A relevância deste estudo consiste em ser uma importante contribuição na área da saúde, no sentido de aprofundar a compreensão do objeto de estudo de nossa pesquisa; apontar o papel do(a) enfermeiro(a) na Atenção Primária à Saúde visando à transformação da atenção à saúde para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica; instrumentalizar a prática do(a) enfermeiro(a) junto a esta população e apontar novas pautas de investigação nessa temática.

2 Objetivos

Nosso estudo tem como objetivo geral conhecer e descrever as ações na Atenção Primária à Saúde prestadas pelo(a) enfermeiro(a) às crianças e aos adolescentes vítimas de violência doméstica em Unidades de Saúde da Família localizadas no Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto – SP. Para tanto, estabelecemos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Descrever as ações relatadas por enfermeiros(as) para o combate à violência doméstica de crianças e adolescentes vitimizados e suas famílias na perspectiva da continuidade e integralidade da atenção à saúde;
- ✓ Conhecer as condutas do(a) enfermeiro(a) em casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica contra crianças e adolescentes;
- ✓ Identificar os limites e as dificuldades de enfermeiros(as) para intervir em casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica.

3 Quadro Teórico Referencial

*A criança é o princípio sem fim
O fim da criança é o princípio do fim
Quando uma sociedade deixa matar as crianças,
É porque começou o seu suicídio como sociedade.*

3.1 A Criança e o Adolescente Vitimizados: a violência dentro de casa

A manifestação da violência doméstica coloca em pauta a necessidade de construirmos um referencial teórico-analítico capaz de analisar suas especificidades, levando em consideração sua complexidade, suas diferentes formas de manifestação e, finalmente, o reconhecimento da articulação existente entre violência doméstica contra crianças e adolescentes com a atenção primária à saúde e com a enfermagem.

Atualmente, a violência doméstica vem se consolidando nos meios acadêmicos e nos meios de comunicação como um problema de relevância pública e social. As manifestações da violência doméstica apresentam dimensões alarmantes em todo mundo e, em especial, no Brasil, onde se constitui um dos problemas mais graves de saúde pública, responsável por provocar forte impacto nas taxas de morbidade e mortalidade de crianças e adolescentes.

Falar da violência é falar da história da humanidade e também de uma questão atual e recente. É um fenômeno histórico e cultural complexo, constituído de significações diversas que, sobretudo, “refere-se a uma conduta de abuso e poder, muitas vezes invisível e/ou encoberta, que envolve situação de força e tensão, assimetria e desigualdade social, danosas para a constituição do indivíduo e da sociedade” (FERRARI, 2002, p. 81).

Devido a essas características inerentes ao fenômeno da violência, percebemos que ela se materializa em pessoas que estão em desvantagem física, emocional e social. Os idosos, as mulheres, as crianças e os adolescentes, inegavelmente, fazem parte deste grupo. No Brasil, sobretudo nos últimos anos, não se pode falar em crianças e adolescentes sem que aflore o tema da violência, o que indica serem estes os dois grupos mais expostos e vulneráveis a sofrerem violações de direitos, afetando direta e indiretamente sua saúde física, mental e emocional. Estudos epidemiológicos e sociológicos mostram que, frequentemente, as crianças são vítimas da violência desde o nascimento. Porém, é na fase da adolescência que essa questão se torna crucial, pois, nesta etapa da vida, os jovens aparecem tanto como agressores, quanto como vítimas (BRASIL, 2004).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente promulgado em 1990, são consideradas crianças pessoas até doze anos de idade incompletos e, adolescentes entre doze e dezoito anos de idade. Já o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), juntamente com a Organização Mundial da Saúde, considera crianças todos os indivíduos com até dez anos de idade incompletos e adolescentes de dez a dezenove anos de idade. Apesar de a definição cronológica ser importante para fins epidemiológicos e para a elaboração de políticas de

saúde, é necessário abordar a criança e o adolescente com um olhar individual, considerando fatores psicológicos, sociais e biológicos (BRASIL, 2007).

Com o propósito de assegurar subsídios para proteção integral, o ECA deixa explícito o reconhecimento da criança e do adolescente como cidadãos de direitos em instituições sociais, educacionais e judiciais, como podemos ver na passagem a seguir:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Definir o que é violência é uma tarefa árdua, principalmente devido à multiplicidade de compreensões ao seu respeito. Apesar da complexidade que possa existir em torno deste tema, existem elementos comuns que ajudam a delimitá-lo: a noção de coerção ou força e o dano que é produzido a um indivíduo ou um grupo social (classe ou categoria social, gênero ou etnia); a violação de direitos humanos, a necessidade de se privilegiar no conceito de violência o percebido, o sentido e o assumido como sofrimento, dor ou dano (ABRAMOVAY et al, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (2002) define violência como a utilização do poder ou da força física, em ameaça ou real, contra outra pessoa, ou contra grupos ou comunidades, que resulte ou tenha a possibilidade de gerar lesão, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento, privação ou morte. Ainda de acordo com a OMS, não existe um fator que explique o porquê de alguns indivíduos se comportarem violentamente com os outros, nem o porquê da violência ser mais presente em algumas comunidades do que em outras. Violência é o resultado de um difícil inter-relacionamento de fatores individuais, sociais, culturais e ambientais.

Segundo Minayo (2006), a violência doméstica acometida às crianças e aos adolescentes pode classificar-se por quatro tipos: violência física, violência psicológica, violência sexual e negligência. A violência física é uso da força física para produzir dor, feridas ou injúrias. A violência psicológica caracteriza-se por agressões verbais com intuito de amedrontar, humilhar e rejeitar a vítima. A violência sexual diz respeito ao ato ou jogo sexual com finalidade de estimular a vítima ou usá-la para conseguir excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por aliciamento, força física ou psicológica. A negligência ou abandono baseia-se na recusa ou deserção dos cuidados necessários à criança ou adolescente (MINAYO, 2006). Quanto a este último tipo de violência, concordamos com

Iossi (2004) quando afirma que é preciso ter cautela para não confundir a negligência com as dificuldades reais oriundas das condições sociais dos pais.

A violência contra crianças e adolescentes incide de tal forma que alcançou o território da família, encontrando espaço na intimidade do lar. A família é o primeiro elo do indivíduo com a sociedade; nela se espera proteção, carinho, transmissão de culturas e práticas educativas para seus descendentes. De acordo com o ECA (BRASIL, 1990, p.8) :

Art.. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Para podermos discorrer sobre a violência doméstica é necessário também compreendermos o conceito de família. Segundo Bruschini a família é

(...) um grupo social composto de indivíduos diferenciados por sexo e por idade, que se relacionam cotidianamente, gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções; ela não é uma soma de indivíduos, mas um conjunto vivo, contraditório e cambiante de pessoas com sua própria individualidade e personalidade (BRUSCHINI, 1997, p. 77).

O conceito de família modifica-se de acordo com a área que ela é abordada, ou seja, não existe um padrão de família universal ou um critério único para se definir “família”. De acordo com Hockenberry e Winkelsein (2006), a biologia descreve família como encarregada da reprodução das espécies; para a psicologia, a família é responsável pelo desenvolvimento da personalidade e do desenvolvimento do indivíduo; a economia conceitua família como uma instituição produtiva destacando as necessidades materiais; a sociologia enfatiza a família como uma entidade de socialização do indivíduo.

Antigamente a família era baseada por relações consanguíneas. Nos dias de hoje, as famílias são mais abrangentes, podendo ser composta por pessoas com laços sanguíneos iguais ou diferentes, casais do mesmo sexo ou sexo oposto e funções iguais para todos os membros familiares. De qualquer modo, sabe-se que é no ambiente familiar em que são gerados os vínculos de solidariedade, os valores éticos, a confiança e o amor (SZYMANSKI, 2001).

Contudo, muitas vezes, o ambiente familiar pode se tornar ameaçador e prejudicial na vida do indivíduo. As condições precárias de saúde, de educação e de moradia, as desigualdades econômicas, sociais e culturais, o desemprego, são alguns fatores que afetam

profundamente as relações familiares, acarretando a produção e a reprodução de modelos de comportamento violentos no cotidiano social e familiar (BRASIL, 2004).

Além disso, outro fator que fortifica a violência doméstica contra criança e adolescente é a cultura, que ao determinar normas, valores e costumes, estabelece como as pessoas se relacionam através da relação de poder. Vivemos em uma cultura que bater nos filhos sempre foi um costume dos pais para educá-los (BRASIL, 2006a).

A composição familiar vem se modificando ao longo do tempo, passando por diversos modelos de adaptações. Em nossa sociedade, a organização da família era em sua essência patrifocal, ou seja, a dinâmica familiar era composta pelo homem. A partir da década de 1970, com o surgimento do movimento feminista, em que é defendido o reconhecimento do direito e a liberdade da mulher, adicionado com a segurança dos métodos anticoncepcionais, a fecundação *in vitro* e o crescente número de divórcios, refletiram na nova estrutura familiar (MARTINS, 2005). Esses fatores, entre outros, ocasionaram um crescimento de famílias matrifocais, ou seja, as mulheres passaram a ser o núcleo da família, que não se desfaz com a saída do homem (SZYMANSKI, 2001).

Mesmo com as modificações na estrutura familiar, esta ainda continua sendo o espaço imprescindível para a garantia da proteção dos filhos e dos outros membros, independente da sua composição ou da forma como vem se estruturando. A família, caracterizada pela dinâmica de vida própria, é afetada pelos processos de desenvolvimento sociais e econômicos e pela ação do Estado e suas políticas (CARLOS, 2010).

Embora a composição familiar vem se modificando nos últimas décadas, segundo o estudo de Martins (2005), o modelo de família patriarcal ainda permanece social e culturalmente estabelecido em nossa sociedade. Um estudo realizado por Martins e Ferriani (2003) em uma casa-abrigo no Município de Ribeirão Preto revelou que a maioria dos atores da violência, 50% dos casos estudados, são os pais biológicos, seguindo de outros com 37%, o pai adotivo com 12% e o padrasto com 12,5%. Essas informações nos mostram a desestrutura do sistema de apoio familiar dessas crianças e a conveniência dos progenitores. Outra pesquisa realizada por Ribeiro (2002) revela que as mães, na maioria das vezes, estão presentes nas residências onde a violência sexual ocorre.

Concordamos com Vendrúsculo (2004) que ao analisar a origem da violência doméstica em uma perspectiva mais abrangente e dinâmica reconhece os diversos fatores que podem favorecer esse fenômeno, entre eles o socioeconômico. Surge, então, a necessidade de valorizar questões sociais, psicológicas e culturais acerca deste tema, com a finalidade de não restringirmos a violência doméstica a uma determinada classe social.

Vendrúsculo (2004) chama a atenção dos determinantes econômicos como potencializadores das formas de violência doméstica contra crianças e adolescentes. A fragilização social favorece o desencadeamento de situações de stress, desemprego, prostituição, dependência química, promiscuidade, entre outros. Salomon (2002) também evidencia que a habilidade dos pais em cuidar de seus filhos está fortemente associada à saúde e aos recursos internos da família. Portanto, a habilidade dos pais em cuidar de seus filhos pode ser prejudicada pela pobreza, desemprego crônico e a exposição em eventos traumáticos.

Embasados nas vertentes acima, podemos classificar a violência em quatro níveis (MINAYO, 2002):

- ✓ Violência Estrutural: procede das desigualdades e exclusões sociais, sendo caracterizada pela pobreza oriunda da dominação de classes sociais.
- ✓ Violência Cultural: resulta das influências da mídia e seus preconceitos e valores, das relações étnicas ou familiares.
- ✓ Violência de Resistência: que se origina da dominação de um grupo por outro.
- ✓ Violência da Delinquência: são atos considerados como crime pela sociedade.

A violência doméstica é intersubjetiva, relacionando-se com a violência estrutural, e que pode ser definida como

ato ou omissão praticado por pais ou responsáveis contra crianças e adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto, e de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação dos direitos que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições peculiares de desenvolvimento (GUERRA, 1998, p. 32).

Mediante a violência doméstica deparamos com um paradoxo: como pode uma criança e/ou adolescente confiar em quem lhe agrediu? Nestas situações, a vítima precisa de apoio social, algum protetor que ocupe um lugar de referência, alguém em que a criança e/ou adolescente confie e acredite, o que pode possibilitar a ruptura do ciclo da violência. Esta pessoa pode ser um membro da família, uma pessoa próxima ou, até mesmo, um profissional.

A violência provoca prejuízos graves ao desenvolvimento humano a curto ou longo prazo, e pode ser mais devastadora quando é cometida por aqueles de quem se espera afeto e proteção, no caso, os pais. É também muito prejudicial para crianças e adolescentes em pleno processo de crescimento e desenvolvimento (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

No que concerne às manifestações físicas da violência doméstica, podemos destacar as lesões na pele, na mucosa, no esqueleto, no sistema nervoso central, no tórax e abdome. A

violência sexual costuma acarretar em gravidez precoce de adolescentes, abortos clandestinos, abandono e aumento de crianças vivendo nas ruas. Tendo em vista fatores emocionais, crianças e adolescentes vitimizados, apresentam maior dificuldade de aprendizagem, distúrbios de comportamentos, fobias e terror noturno, comportamento autodestrutivo, isolamento social, baixa autoestima e depressão (MINAYO, 2006).

As consequências da violência doméstica podem acompanhar a pessoa por todo o percurso de sua vida. Sagim (2008) salienta que as vítimas da violência doméstica possuem maior propensão à vida criminosa, maior envolvimento com substâncias nocivas, comportamento suicida e de automutilação, ansiedade, depressão, distúrbios de personalidade, psicose, problemas nos relacionamentos interpessoais e vocacionais. Deve-se ressaltar ainda que como resultado da violência doméstica, grande parte dessas vítimas acabam buscando no mundo da criminalidade e de drogas um refúgio para as frustrações sociais, fazendo parte novamente do ciclo da violência (OLIVEIRA, 2009).

As questões mencionadas acima ressaltam a complexidade do fenômeno da violência, da sua magnitude no espaço doméstico, e de suas consequências para o desenvolvimento físico, psicológico e social de crianças e adolescentes. É necessário darmos um enfoque especial para as vítimas de violência doméstica e suas famílias, principalmente no domínio da atenção à saúde, tendo como foco as esferas de prevenção, investigação, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A atenção primária à saúde ocupa lugar privilegiado para a investigação, denúncia e acompanhamento dos casos de violência doméstica, devido à grande cobertura e contato com as crianças, adolescentes e suas famílias.

3.2 Atenção Primária à Saúde e a Violência Doméstica

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu em 1978, na Conferência de Alma Ata, como uma proposta internacional em que foram definidos novos paradigmas para a assistência em saúde. Algumas de suas metas são, entre outras, uma maior contribuição para a paz mundial, desse modo ela passou a ser concebida como

a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidenciados e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias nas comunidades por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar (...). Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o

primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, p. 13).

A Atenção Primária à Saúde vem sendo instalada visando à organização do sistema de saúde, com o objetivo de suprir as necessidades da população devido à estimulação de comunidades para exercer controle social de ações e serviços de saúde (GUEDES, 2007).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde tem como princípio a acessibilidade, longitudinalidade e integralidade e coordenação da atenção. A acessibilidade se baseia no primeiro contato do cliente com o sistema de saúde, sendo esta a porta de entrada para o paciente ter acesso aos serviços. A longitudinalidade é o relacionamento pessoal de longa duração entre o cliente e o profissional, que para ser alcançada é necessário que a equipe sirva como fonte de atenção por um determinado ou indeterminado tempo até que a atenção seja alterada. A integralidade estabelece que a Atenção Primária à Saúde reconheça os diversos tipos de necessidade à saúde do usuário, por isso, é imprescindível a disponibilidade de recursos para supri-las. A coordenação à saúde baseia-se na ideia de harmonia ou esforço em comum, é necessário unir todas as informações do cliente visando um atendimento qualificado de saúde.

Nessa arena, foi realizado no Brasil em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, nomeada de *Reforma Sanitária*. Este movimento, iniciado na década anterior, além de reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conceitua-a de forma ampliada, o que demarca o início da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com a legitimação da participação popular.

Neste contexto, foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no país desde 1993, constituído como Política Pública pela Política Nacional da Atenção Básica, tendo como estratégia a reorganização da assistência à saúde. O programa é um plano que se propõe a

(...) contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1998, p. 10).

Notamos que ainda é um desafio enfrentar esta batalha na transformação do modo de se “fazer saúde” no Brasil, no qual o processo saúde/doença é tido exclusivamente como um fenômeno individual, centrado no organismo do cliente e fundamentado na visão biomédica (PEREIRA, 2001). A Estratégia de Saúde da Família (ESF), como é hoje denominada, visa alterar este paradigma, fortalecendo os vínculos entre a equipe de saúde e a população,

buscando a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da saúde. A denominação “Programa de Saúde da Família” foi alterada para “Estratégia de Saúde da Família”, pois no dia-a-dia do trabalho os profissionais não se deparam com fatos planejados, e sim com situações imprevisíveis entre usuários e profissionais (DOMINGOS, 2010). Nessa estratégia é esperado que a equipe de saúde supere o enfoque do modelo biomédico e individual e atue em uma perspectiva coletiva valorizando o subjetivo e o social. Assim, a ESF torna-se um espaço inovador para formulação de programas e ações de saúde que visem atender as necessidades individuais e coletivas da população.

A Estratégia de Saúde da Família destaca-se como um espaço de intervenção, pelo grau de proximidade com as condições de vida da população, permitindo que os membros da equipe tenham conhecimento de grande parte das situações de violência. Em geral, a convivência com a população é suficiente para que suspeitem do problema da violência, ou que, pelo menos, sejam alertados por algum parente ou vizinho (CAVALCANTI, 2002; TUESTA, 1997).

A ESF apresenta algumas características que nos permitem considerá-la com uma estratégia de Política Pública na saúde, tais como: trabalhar em território definido, focado na família, com profissionais que visam o vínculo e a participação da comunidade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) preconiza algumas atribuições para os profissionais que atuam na Saúde da Família. Em relação às funções médicas, é pertinente a execução de consultas clínicas e ações de assistência integral para todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, adulto e idoso); realização de consultas na unidade e no domicílio quando necessário; promover atividades clínicas às áreas prioritárias na intervenção, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde; atuação clínica à prática da saúde coletiva; criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental; oferecer atendimento médico nas urgências e emergências; executar encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, quando necessário, visando à continuidade do tratamento; desempenhar pequenas cirurgias ambulatoriais; aconselhar internação hospitalar; requerer exames complementares; conferir e atestar óbito.

Ao enfermeiro compete exercer cuidados de enfermagem nas urgências e emergências clínicas; efetuar consulta de enfermagem, requerer exames complementares, prescrever e/ou transcrever medicações, de acordo com as disposições legais da profissão; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade; realizar as ações assistenciais integral em todas as fases do ciclo de vida; no nível de suas competências, o enfermeiro deve desempenhar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; promover ações de saúde em diversos

ambientes, na unidade e se necessário na residência; efetuar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde; criar grupos de patologias específicas; supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários e de auxiliares de enfermagem.

O auxiliar de enfermagem tem como atribuições a realização de procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, unidade e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe; preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos na unidade; cuidar da limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências da unidade, garantindo o controle de infecção; desempenhar busca ativa de doenças de cunho epidemiológico; efetuar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária de acordo com suas competências; promover ações de educação em saúde aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco, conforme o planejamento da unidade de saúde da família.

O cirurgião dentista tem como função traçar um levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da comunidade; executar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde; realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adstrita; efetuar encaminhamento para o usuário que necessitem de atendimentos mais complexos; executar atendimento de urgências; desempenhar cirurgias ambulatoriais; prescrever medicações devido aos diagnósticos efetuados; fornecer laudos e atestados sobre assuntos de sua aptidão; realizar assistências integrais, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos; promover ações para a promoção e prevenção em saúde bucal; planejar e supervisionar a distribuição de insumos para ações coletivas; capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal; supervisionar o trabalho desenvolvido pelo técnico de higiene bucal e o atendente do consultório dentário.

O técnico de higiene bucal ou o técnico em saúde bucal tem como função, sob a supervisão do cirurgião dentista, prestar ações preventivas, individuais ou coletivas, tais como escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagens, entre outros; executar procedimentos reversíveis como atividades restauradoras sob supervisão do cirurgião dentista; zelar pela manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos e acompanhar o desenvolvimento da ESF em relação à saúde bucal.

O atendente do consultório dentário tem como atribuições a desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados; sob supervisão do cirurgião dentista, executar procedimentos preventivos e educativos relacionados à saúde bucal; preparar e organizar os

instrumentos e materiais necessários para o trabalho; zelar para a manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; promover o agendamento e orientação dos pacientes em relação às consultas e aos retornos; realizar o acompanhamento e executar trabalhos com a equipe de Saúde da Família à saúde bucal.

O agente comunitário tem como função realizar o mapeamento de seu território; cadastrar as famílias e atualizar os cadastros; identificar famílias que estão expostas às situações de risco; promover ações e atividades, no nível de sua competência; orientar a família para utilização correta do serviço; encaminhar os pacientes e agendar consultas e exames e atendimento odontológico quando necessário; realizar visita domiciliar mensal de todas as famílias; informar os membros das equipes sobre a situação das famílias acompanhadas; promover atividades educativas e ações com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; informar para a comunidade a dinâmica social da ESF, suas necessidades, potencialidade e limites; identificar os recursos e parcerias existentes na comunidade.

Embasados nas atribuições dos profissionais da ESF, principalmente dos(as) enfermeiros(as), podemos apreender que enfermagem está próxima das famílias em seu processo de viver, nas interfaces com a saúde e com a doença, pois o profissional atua como membro ativo em todos os níveis de atenção à saúde. Assim, as atribuições primordiais do(a) enfermeiro(a), principalmente na Atenção Primária à Saúde de crianças e adolescentes vitimizados dadas todas as especificidades que ela traz, são as seguintes: planejamento de ações em promoção da saúde, prevenção de ações violentas e agravos à saúde e, finalmente, a interação com outras equipes a fim de que a vítima receba atenção integral.

O atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência familiar vem sendo um desafio cada vez maior para o profissional de enfermagem, que se vê confrontado com as dificuldades decorrentes de sua formação profissional, (hegemonicamente influenciada pelo modelo biomédico) e a necessidade de exercer um papel cada vez mais ativo na comunicação com a sociedade e os problemas sociais (CUNHA, 2007).

Por apresentar característica de acompanhamento e proximidade com as famílias, o(a) enfermeiro(a) da ESF possui uma importante atuação na assistência direta e integral à saúde da criança e do adolescente. É importante ressaltar algumas atribuições do(a) enfermeiro(a) da Saúde da Família no combate à violência doméstica, tais como: realizar visitas domiciliares em famílias suspeitas de violência; realizar notificação; discutir casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica com a equipe multidisciplinar; orientar pais e responsável da importância do afeto, carinho e diálogo com os filhos; fortalecer vínculos com as instituições de apoio às vítimas de violência doméstica e promover grupos visando à prevenção da violência.

Mediante a abordagem acima, é imprescindível o conhecimento sobre a violência doméstica desde a formação do(a) enfermeiro(a), assim como a atualização de conhecimentos e a busca pela educação permanente sobre o fenômeno no serviço de saúde, adquirindo suporte para identificar e reconhecer, de forma ética e acolhedora, os sinais clínicos e psicológicos dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2005).

A notificação da violência é dever dos profissionais da saúde e direito da criança e do adolescente, assim como dispõe o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente:

Artigo 13: Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1990, p. 18).

Contudo, apesar das determinações legais do ECA, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil, dificultando a superação desse fenômeno e uma política de enfrentamento eficaz. Nesse sentido, o Ministério da Saúde sugere as seguintes ações:

[...] incorporar o procedimento de notificação à rotina das atividades de atendimento e ao quadro organizacional dos serviços preventivos e assistenciais e educacionais, [...] sensibilizar e capacitar profissionais de saúde e de educação para compreenderem o significado, as manifestações e as conseqüências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, bem como treiná-los para o diagnóstico, a notificação e os encaminhamentos dos casos, [...] formar as alianças e parcerias necessárias para que a notificação seja o início de uma atuação ampliada e de suporte [...] (BRASIL, 2002a, p. 17).

É papel do(a) enfermeiro(a) manter-se atualizado e promover a informação sobre a promoção da assistência às vítimas e sobre a notificação da violência doméstica para sua equipe de saúde. Além disso, concordamos com Waidman e Elsen (2004), que apontam a importância de fornecer a assistência à família na unidade básica de saúde, exigindo do profissional de saúde o conhecimento sobre o cuidado que a família oferece no que concerne às crianças e aos adolescentes. Sendo assim, é preciso identificar as dificuldades e as forças familiares para, dessa forma, atender às necessidades de cada um de seus membros e da família como um todo.

Para que seja possível buscar novas formas de intervenção e estabelecer uma visão preventiva, acarretando, assim, mudanças no âmbito da violência doméstica contra crianças e adolescentes, é necessário que toda equipe de saúde dê maior visibilidade a essa problemática. A função da enfermagem tanto na atuação quanto no encaminhamento da vítima e sua família

é uma questão importante que requer uma atitude integrada, cooperativa e sistematizada, visando ao monitoramento e à complementação de políticas públicas a fim de promover respostas e ações efetivas.

3.3 Pressupostos

No presente trabalho, buscamos responder às questões ancoradas aos objetivos. Deste modo, surgiram os pressupostos, resultados da nossa inquietação enquanto ator social atuando no campo da saúde da criança e adolescente.

A família é o primeiro elo do indivíduo com a sociedade, ensinando valores, promovendo proteção e carinho. No entanto, em alguns casos, a família age como ator da violência de seus membros, atuando e perpetuando a violência.

Entendemos que a Atenção Primária à Saúde, especificamente a Estratégia de Saúde da Família, por ter uma maior proximidade e vínculo com a família, está apta a perceber e interceder em casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Assim, com as Políticas Públicas no Município de Ribeirão Preto para o combate da violência, acreditamos que o enfermeiro atuante na ESF tem um papel importante no combate ao fenômeno, por estar próximo à família e acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Porém, percebemos que os enfermeiros na Saúde da Família têm dificuldades em realizar seu papel na intervenção da violência, por falta de capacidade, desconhecimento de Políticas Públicas e falta de intersetorialidade com outros órgãos no combate a violência.

4 *Percorso Metodológico*

Sabemos que uma pesquisa relaciona o pensamento e a ação. Por isso, nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, primeiramente, um problema da vida prática. A atuação do(a) enfermeiro(a) em casos de violências domésticas está relacionada a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, encontrando nele suas razões e seus objetivos (MINAYO, 2010).

Para o delineamento desta pesquisa, adotamos a **abordagem qualitativa**, considerada como aquela desenvolvida no estudo da história, das relações, das crenças, das representações e das opiniões, resultante das interpretações que os indivíduos realizam a respeito do modo de como vivem, de como constroem seus artefatos e a si mesmo, como sentem e pensam, além de mostrar processos sociais ainda pouco conhecidos relativos a grupos particulares, dando a oportunidade de construir novas abordagens, revisão e estabelecendo novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010).

A importância do método qualitativo está em compreender os valores, a cultura e as representações dos grupos sobre o tema pesquisado, abrangendo as relações processadas entre os grupos sociais, tanto no âmbito das instituições como nos movimentos sociais. Além de propiciar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, também possibilitam a criação de novas hipóteses, a construção de indicadores qualitativos, as variáveis e as tipologias (MINAYO, 2010).

Nosso trabalho se configura como **pesquisa social estratégica**, permitindo compreender a realidade e inseri-la aos objetivos propostos. Para Minayo (2010), a pesquisa estratégica se baseia nas teorias das ciências sociais focando nos problemas concretos que emergem na sociedade, mesmo que não compete ao pesquisador apontar soluções para os problemas. Assim, esse tipo de pesquisa desperta um olhar voltado para o real, objetivando a ação da sociedade ou governamental, propiciada para as problemáticas relacionadas ao setor saúde.

Consideramos nossa pesquisa como um estudo de caso, pois segundo Minayo,

o estudo de caso utiliza estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão (...) metodologicamente, os estudos de casos evidenciam ligações causais entre intervenções e situações da vida real; o contexto que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre, o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-los (MINAYO, 2010, p. 164).

4.1 Campo de Estudo

Elegemos nosso campo de estudo as instituições de Atenção Primária à Saúde, especificamente os Núcleos do Programa de Saúde da Família no Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto, São Paulo.

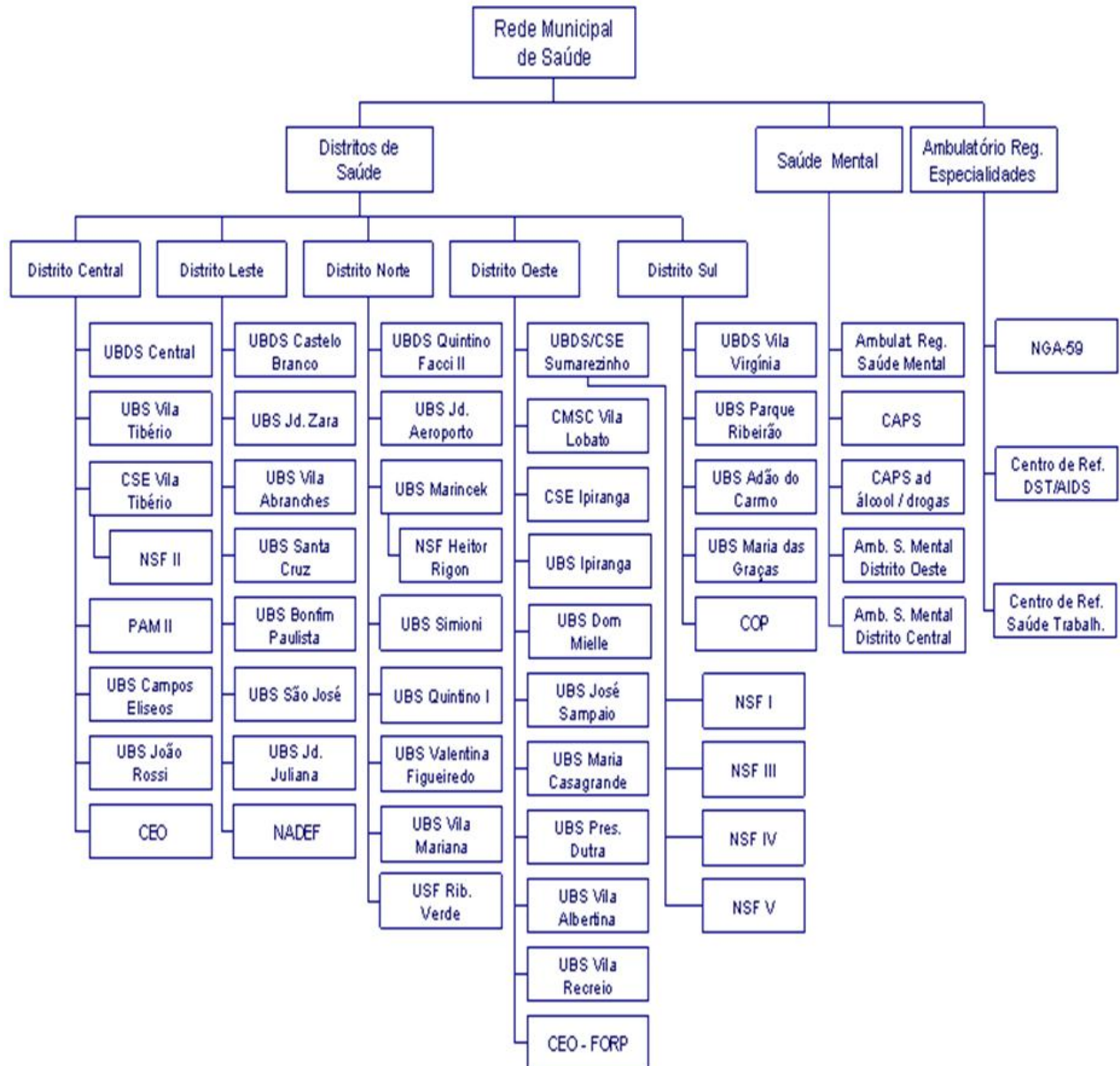
Fundada em 19 de junho de 1856, a cidade de Ribeirão Preto obteve grande impulso com a lavoura de café, cultivado pelos imigrantes e fertilizado pela terra vermelha - "rossa" para os italianos e "roxa" no linguajar caboclo. Ribeirão Preto transformou-se no maior produtor de grãos na virada do século XIX. Abastecia o mundo inteiro com o que se chamava "ouro verde" (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Localizada no estado de São Paulo, o município de Ribeirão Preto apresenta aproximadamente 583.842 habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2010. Sua região é composta por mais de 80 municípios (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Devido ao grande desenvolvimento da cidade surgiram culturas como a cana-de-açúcar, a soja, o milho, o algodão, a laranja, acarretando assim, grande destaque no campo agroindustrial. As atividades econômicas fundamentais são o comércio e o setor de serviços, contudo, destacamos o agronegócio como importante atividade econômica, com um consolidado parque da indústria sucroalcooleira.

A região também se sobressai no pólo científico do país, especialmente no setor da saúde, destacando os principais centros universitários e de pesquisa do estado e do país. A cidade de Ribeirão Preto foi precursora na implantação dos serviços de Atenção Básica, na década de 80. Atualmente, constitui uma vasta rede de saúde, tanto na atenção básica quanto na atenção de alta complexidade. Conta com 05 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 05 Núcleos de Saúde da Família (PSF), 01 Ambulatório Regional de Especialidade (NGA-59), 01 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), 02 Centros de Referências de Moléstias Infecto- contagiosas, 01 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), 01 Centro Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-ad), 03 Ambulatório de Saúde Mental, 14 Hospitais (sendo 06 conveniados com o SUS e 08 não conveniados) (GUEDES, 2007).

A Rede Municipal de Saúde é organizada conforme o organograma abaixo:



Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2009.

Figura 1 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP, BRASIL 2010.

A área geográfica do Distrito Oeste abrange sub-setores das regiões Oeste e Noroeste do município. De acordo com a Secretaria Municipal da Saúde, no ano de 2009 o Distrito Oeste apresentou uma população estimada de 141.998 habitantes (RIBEIRÃO PRETO 2011). A rede pública de saúde possui 18 Unidades de Saúde, sendo 01 Unidade Básica Distrital de Saúde, 08 Unidades Básicas de Saúde e 09 Unidades de Saúde da Família (PEREIRA, 2008).

Justificamos nosso critério de escolha da pesquisa o Distrito Oeste por ser o local da implantação do primeiro Núcleo de Saúde da Família (NSF), e também, pela ligação dos 05 NSF com a Universidade de São Paulo (USP).

No Município de Ribeirão Preto, o primeiro Núcleo com a implantação do Programa de Saúde da Família ocorreu em 1999, na área básica de abrangência do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GUEDES, 2007).

Os Núcleos de Saúde da Família fazem parte de um convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto com parceria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e a fundação de apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP- USP para à prestação de serviços relativos ao desenvolvimento da assistência a saúde, conforme modelo preconizado pelo ministério da saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2006). Abordaremos mais sobre os núcleos na “Caracterização dos Campos”.

4.2 Sujeitos do Estudo

A presente pesquisa teve como sujeitos 05 enfermeiros(as) que atuam nos 05 Núcleos com a Estratégia de Saúde da Família no Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto – SP. A amostra de conveniência foi composta a partir dos seguintes princípios: (i) escolher os sujeitos que detêm os atributos relacionados ao que se pretende estudar (no caso deste trabalho, enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária em Saúde); (ii) considerar tais sujeitos em número suficiente para que possa ter reincidência das informações; (iii) considerar a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até que seja possível uma discussão densa das questões da pesquisa.

4.3 Instrumentos para coleta de dados

Como instrumento de coleta dos dados, elegemos a entrevista semi-estruturada, por meio dela obtivemos os dados objetivos e subjetivos. A entrevista semi-estruturada é definida como "aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que

interessam à pesquisa e, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativa, fruto de novas hipóteses que emergem através das respostas dos informantes" (TRIVIÑOS, 1995, p. 146).

A entrevista constitui uma representação da realidade em que são apreendidas ideias; maneiras de pensar; sentir e maneiras de atuar. Por meio da entrevista também é possível evidenciar razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos, trazendo informações e reflexões do sujeito sobre a realidade que vivencia. Além disso, a entrevista semi-estruturada intercala perguntas fechadas e abertas, ocasionando maior possibilidade ao entrevistado de discorrer sobre o tema proposto (MINAYO, 2010).

As entrevistas seguiram ordem de estímulos verbais, foram gravadas e direcionadas por um roteiro que nos ajudou a explorar informações referentes à experiência dos(as) enfermeiros(as) frente à violência doméstica, e ações que estes profissionais consideraram importantes. Segundo Minayo (2010) o roteiro para a entrevista semi-estruturada serve de guia para o andamento da interlocução permitindo flexibilidade nas conversas e absorvendo novos temas e questões.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em horários e locais escolhidos pelos entrevistados, procurando estabelecer uma conversa dirigida em torno de temas que integram o objeto da pesquisa (APÊNDICE A). Os participantes do estudo autorizaram a gravação das entrevistas, que foram transcritas na íntegra para que não ocorressem perdas significantes na análise dos dados.

A fim de permanecer o sigilo das informações, os(as) enfermeiros(as) foram representados pela letra E, seguida por um número que indicou a ordem em que foram incluídos no estudo. Assim, o(a) primeiro(a) enfermeiro(a) entrevistado(a) foi representado(a) pela letra E1, o segundo por E2 e assim por diante até a letra E5.

Nossa inserção nos campos de pesquisa iniciou-se em setembro de 2010, sendo que cada entrevista teve duração de aproximadamente 50 minutos. Optamos pelo diário de campo como outra estratégia utilizada na coleta de dados, com a finalidade de anotar algumas informações e observações da pesquisadora. Para Minayo (2010), o diário de campo se baseia nas anotações que o investigador observa, e também, o que não é elemento de nenhuma modalidade de entrevista. No diário de campo além de impressões pessoais do pesquisador que podem se transformar com o tempo devem ser escritas consequências de conversas informais, manifestações dos sujeitos relacionados aos pontos investigados, observações de conduta que contrariam as falas, entre outros.

Para a complementação dos dados realizamos uma visita na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, especificamente na Divisão de Vigilância Epidemiológica no Núcleo

de Violências e Acidentes, com finalidade de conhecer as Políticas Públicas de proteção às crianças e adolescentes existentes no município.

Ressaltamos que o referido estudo teve início após ser submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola do Distrito Oeste no Município de Ribeirão Preto mediante o protocolo n.397/CEP/CSE-FMRP-USP, em cumprimento a Resolução 196/96 proposta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (ANEXO A). Ainda conforme a referida Resolução foi solicitada aos sujeitos participantes ou seu responsável o consentimento espontâneo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4.4 Análise dos dados

Para analisar os dados utilizamos a análise de conteúdo na modalidade temática, que segundo Minayo (2010, p. 315), “comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo”. Essa análise visa descobrir os núcleos de sentidos que formam uma comunicação, cuja presença ou frequência indiquem algo para o objeto visado.

Ainda de acordo com Minayo (2010), a análise temática é desenvolvida em três fases:

Pré-análise: baseia-se na seleção dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, relacionando-os entre as etapas realizadas, juntamente com indicadores que orientem a compreensão e interpretação do material. A pré-análise desdobra-se em três momentos: o primeiro é o contato direto e intenso entre o pesquisador com o material de campo, sendo que os pressupostos iniciais e os emergentes, juntamente com as teorias relacionadas aos temas, deixarão a leitura mais sugestiva; o segundo é a reunião de documentos. Nesta etapa buscamos responder algumas normas de validades, como a contemplação dos aspectos do roteiro, a presença de característica do universo pretendido, o critério preciso de escolha aos temas e técnicas, adequação dos documentos a fim de dar resposta ao objetivo da pesquisa. Por fim, retomamos a última parte da etapa exploratória e leitura exaustiva do material às indagações iniciais, possibilitando a correção de rumos de interpretação e abertura para novos questionamentos.

Exploração do material: nessa fase o pesquisador buscou encontrar expressões ou palavras significativas em que o conteúdo de uma fala foi organizado, sendo orientado pelos pressupostos e referenciais teóricos. Inicialmente o texto foi recortado em análise de registro, em segundo lugar escolhemos a regra de contagem frequencial para realizar a classificação e agregação dos dados responsáveis pela especificação do tema.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta parte, apoiados nos materiais de informação, os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Estabelecemos articulações entre os dados e os referenciais teóricos, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

5 Análise dos Resultados

*Se não vejo na criança, uma criança, é
porque alguém a violentou antes,
e o que vejo é o que sobrou de tudo que lhe foi tirado.*

5.1 Caracterizações do campo de estudo

O Ministério da Saúde recomenda que cada Equipe de Saúde da Família abranja uma população de aproximadamente 600 - 1000 famílias com alcance máximo de 4500 habitantes, sendo composto no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Em caso de ampliação da equipe, é inserido um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental (BRASIL, 2000).

Os Núcleos de Saúde da Família foram habilitados pela Secretaria de Saúde por meio da portaria nº 1.140 de 10/10/2000 para atividades desenvolvidas pela Saúde da Família e para construção acadêmica, estando vinculados diretamente à Universidade de São Paulo (USP), sendo cogerenciados pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Secretaria Municipal de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Em nossas visitas ao campo de estudo, constatamos que em quatro núcleos de Saúde da Família as equipes eram compostas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários e um ajudante de serviços gerais (funcionário terceirizado). Encontramos um núcleo com a equipe reduzida, devido à saída de três agentes comunitários, sendo composto por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, dois agentes comunitários e um ajudante de serviços gerais (funcionário terceirizado). Nos cinco NSF encontramos estagiários de enfermagem, de odontologia, de psicologia, de terapia ocupacional e residentes de medicina.

Segundo os entrevistados, cada núcleo abrange uma área com perfil epidemiológico específico, ou seja, cada instituição tem uma população com necessidades diferentes, e a partir disso elaboram ações para o cuidado das famílias. Em três núcleos encontramos a população caracterizada por idosos, já nos outros dois núcleos a maioria da população assistida é caracterizada por crianças e adolescentes, o que contribuiu para um enfoque mais aprofundado sobre nossa temática.

Instituição	Número de famílias cadastradas	Pessoas com idades de 0 - 19 Anos	Pessoas 15 anos ou mais alfabetizadas	Crianças e adolescentes de 07-14 anos na escola	Óbitos por violência 0-19 anos
Núcleo 1	746	438	2.036	170	0
Núcleo 2*	213	152	986	58	0
Núcleo 3	756	554	2.543	187	0
Núcleo 4	927	1.225	2.574	568	0
Núcleo 5	773	777	2.018	283	0

*Dados de 2 microáreas, sendo que 3 microáreas estão sem agentes comunitários

Quadro 1 - Número de Famílias cadastradas segundo idade e óbito por violência, Ribeirão Preto, SIAB - Dezembro de 2010.

Constatamos também que a ficha de notificação compulsória de violência (ANEXO B) fornecida pela Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto é utilizada apenas em 4 núcleos, e que, um núcleo não possui o instrumento de notificação em sua instituição. Neste último Núcleo de Saúde da Família (NSF) é afirmado que nos casos de violência contra criança e adolescente é realizada a denúncia anônima ao Conselho Tutelar, porém a entrevistada alega que estes casos não são notificados à Secretaria Municipal da Saúde.

Segundo uma entrevistada, nos casos de suspeita ou confirmação de violência contra criança ou adolescente toda equipe se reúne e discute a melhor forma de agir e dar segmento a família. A conduta com a vítima e seus familiares é registrada no prontuário da vítima e a ficha de notificação é encaminhada para a Secretaria de Saúde, porém nada é informado ao Conselho Tutelar.

Em três NSF encontramos pastas com materiais educativos enviados pela Secretaria Municipal da Saúde, Serviço de Atendimento à Violência Doméstica e Agressão Sexual-SEAVIDAS e outros órgãos relacionados a todos os tipos de violência.

5.2 Caracterizações dos sujeitos da pesquisa

Fizeram parte da pesquisa 05 enfermeiras que atuam nos Núcleos de Saúde da Família no Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto-SP. A idade dos profissionais varia de 30 a 55 anos, sendo que o tempo de atuação na área da enfermagem foi de 8 a 27 anos e o tempo de atuação no serviço de Saúde da Família é de 06 a 12 anos. Todas as entrevistadas afirmaram que o serviço atual não era o primeiro emprego, mencionando trabalharem em Unidades Básicas de Saúde, hospitais e outras Unidades de Saúde da Família.

Duas de nossas entrevistadas alegaram que não receberam nenhum treinamento para a Estratégia de Saúde da Família, duas enfermeiras relatam que receberam um introdutório com informações básicas sobre o Programa, e uma enfermeira afirma ter recebido treinamento sobre a ESF quando atuava em outro Município. Das enfermeiras que receberam algum treinamento sobre a ESF, apenas uma afirma que foi mencionada a temática da violência doméstica para os profissionais.

5.3 Núcleos Temáticos

Após leitura exaustiva das transcrições das entrevistas e da análise documental, atentando também para dados levantados no diário de campo, e posterior análise destes dados, evidenciamos dois Núcleos Temáticos:

- ✓ **Ações Municipais na Atenção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Violência Doméstica** que foi dividido em dois subtemas – **Programas Públicos Existentes e Redes de Apoio Social à Criança e ao Adolescente;**
- ✓ **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: barreiras no combate à violência doméstica;**

Núcleo Temático 1: Ações Municipais na Atenção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Violência Doméstica

Política Pública pode ser definida como a interferência do Estado na realidade social, através de ações administrativas ou instrumentos públicos, objetivando suprir as necessidades da sociedade, de um determinado grupo ou indivíduos (PRIOTTO, 2008).

O Município de Ribeirão Preto, desde 1999, vem notificando casos de violência doméstica devido à iniciativa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, com o SEAVIDAS - Serviço de Atendimento à Violência Doméstica. A partir de 2006, o Ministério da Saúde visando conhecer a magnitude do problema da violência e a adoção de políticas públicas, elaborou uma Ficha de Notificação com a participação das entidades que recebem os casos de violência doméstica (RIBEIRÃO PRETO, 2011). Em 2009 a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), especificamente o Departamento de Vigilância Epidemiológica enviou um projeto para Brasília com o objetivo de criar o Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes e Promoção da Saúde e, a partir de 2010, iniciou o Núcleo de Prevenção de Violência e Acidentes e Promoção da Saúde na cidade de Ribeirão Preto.

Os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde são instituídos pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 936, de 20 de maio de 2004) e inseridos nos serviços de Vigilância em Saúde/Vigilância Epidemiológica das Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e também, em universidades federais e estaduais. Os núcleos têm os seguintes objetivos: articular a gestão e as ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura de paz, por meio de estratégias e intervenções inter-setoriais; inserir e programar o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, tendo como meta a qualidade da informação para o planejamento das ações de enfrentamento da violência com o setor saúde e demais setores e instituições que visam à promoção de direitos, à proteção e à defesa dos indivíduos; desenvolver e qualificar uma articulada rede de atenção integral às pessoas em situações de violência e promover ações de prevenção e promoção da saúde para os indivíduos mais vulneráveis; e capacitar os profissionais para executar o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente.

Em Ribeirão Preto, o Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde trabalha com a coleta de dados estatísticos, ou seja, estabelece um banco de dados único para as notificações de violências ocorridas no município. Os resultados dos dados revelam a necessidade de criação de políticas públicas nas localidades de maiores incidências da violência. Devido a isso, a SMS julga imprescindível a notificação da violência a todas as unidades de Saúde de Ribeirão Preto. Assim, a Secretaria Municipal da Saúde promove eventos que pretendem conscientizar a importância da notificação e capacitar e auxiliar os profissionais para a lidarem com o fenômeno da violência.

Em 2008, foram realizadas pela Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto em parceria com representantes da Atenção Básica, reuniões com os profissionais de saúde em que se discutiam “O Papel das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, Frente a Casos de Violência Doméstica”. Como resultado do evento, os participantes elaboraram propostas para o combate da violência, que são apresentadas a seguir:

- ✓ Levar orientações e informações sobre os serviços disponíveis na Rede de Apoio em Ribeirão Preto e fornecer números de telefones em casos de emergências;
- ✓ Levar orientações e informações para o agressor sobre serviços disponíveis e Rede de Apoio;
- ✓ Escutar queixas sem preconceitos e julgamento e discutir com a equipe a melhor conduta frente ao caso;
- ✓ Notificar e preencher a Ficha de Notificação de Violência doméstica e enviá-la ao departamento de vigilância epidemiológica do Distrito;
- ✓ Avaliar a situação das crianças e adolescentes, quanto a abusos e maus- tratos, além de verificar a existência de vínculos com entidades educacionais e tentar conseguir atendimento para as crianças;
- ✓ Tentar promover diálogo com a família;
- ✓ Aumentar o número de visitas as famílias expostas à violência;
- ✓ Aplicar AUDIT nas famílias visitadas;

Ao levantar os números de profissionais presentes nessas reuniões, a Secretaria constatou que os menores índices de participantes foram no Distrito Oeste de Ribeirão Preto. Os dados revelam que nenhum(a) enfermeiro(a) esteve presente e o número de agentes comunitários foi o menor em relação aos demais distritos. Observamos nas entrevistas que os sujeitos da pesquisa estão cientes da importância de eventos, porém alegam falta de tempo e oportunidade de estarem presentes.

“A secretaria faz semestralmente mais ou menos, no mínimo anualmente (...) fomos chamadas, mas não tivemos tempo para ir, mas tem. Faz treinamento com a gente, da um suporte nesse assunto” E1.

“A secretaria faz oficinas, alguns eventos que ajudam muito. Mas aqui no núcleo a gente não tem pernas para ir devido poucos funcionários” E3.

“A secretaria às vezes chama pra gente conversar e sempre tem as dicas de como proceder a violência... Pra ensinar como a gente desconfia, de como a gente consegue fazer prevenção. A gente infelizmente não pode ir né? A gente teve outras atividades e não pudemos ir ” E2.

“Bem, são eventos do governo, que falam como lidar com esse problema, discutem casos, ajudam as pessoas que trabalham na área da saúde. Quando dá a nossa equipe comparece, mas é complicado porque devido ao tempo e muitos compromissos na unidade” E5.

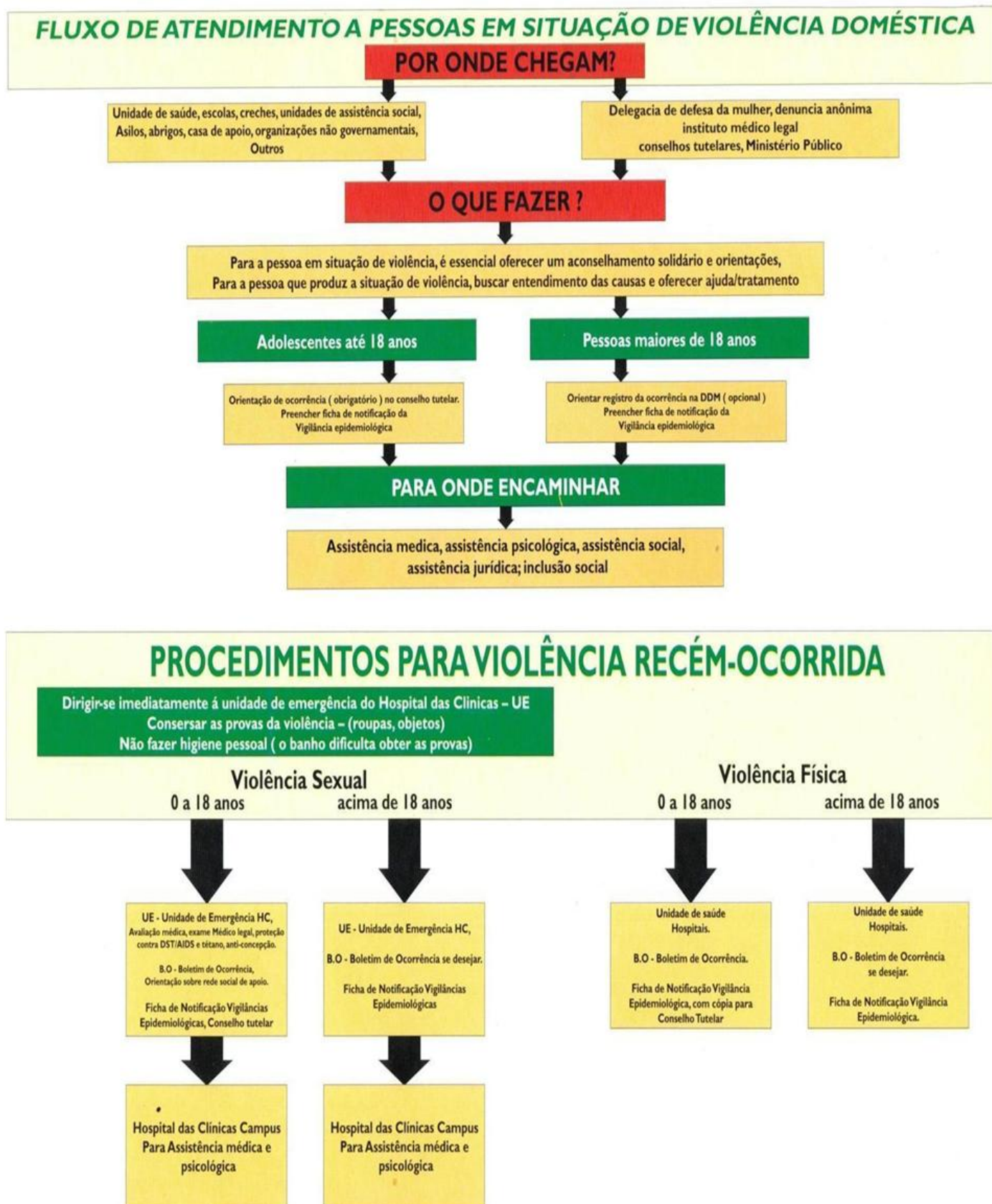
“então a secretaria até está tentando fazer, porque talvez seja esse mesmo o caminho né? Começar, instrumentalizar mesmo o profissional de saúde para lidar com esse tipo de coisa, coisa que não sabe, medo, insegurança, se pedir com certeza eles ajudam. Eles são pessoas muito disponíveis. Eles são muito comprometidos mesmo com isso né?” E2.

Denota-se que as enfermeiras entrevistadas sensibilizam quanto à importância dos eventos promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde para ajudá-los no combate da violência, porém priorizam outras atividades como consultas, visitas e outros procedimentos técnicos.

Devido à complexidade e à especificidade da temática da violência doméstica, torna-se imprescindível compartilhar a busca de conhecimento e as propostas de programas de atuação, diagnóstico e tratamento do fenômeno, visando que todo profissional opere de forma mais adequada na função de proteção às vítimas (ALGERI, 2005).

A autora traz ainda a necessidade de tornar oportuno o preparo do profissional, habilitando-o a agir quando necessário e colocar em prática o conteúdo aprendido. Pensa-se que o(a) enfermeiro(a) tenha conhecimento e magnitude da problemática da violência doméstica e mantenha-se atualizado, buscando a educação permanente para todo o serviço.

A Secretaria da Saúde distribuiu para os profissionais da saúde o seguinte organograma com o fluxo de atendimento as vítimas de violência doméstica:



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2007.

Figura 2 - Fluxo de Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Doméstica.

Programas Públicos Existentes

Recentemente, diversas organizações têm se preocupado em dar suporte às necessidades de profissionais que se deparam com a violência. De acordo com Silva (2003), a importância de nortear o profissional de saúde são resultados da concepção de que a violência representa uma violação dos direitos humanos, sendo uma considerável causa de sofrimento e um fator de risco que ocasiona para diversos problemas da saúde.

A Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto traz em seu “Manual de Violência Doméstica” informações sobre violência doméstica aos profissionais da saúde e para a população em geral. Este material é distribuído nas unidades de saúde do município e aborda os tipos de violência doméstica acometidas em crianças, adolescentes, mulheres e idosos, assim como as suas características, possíveis sintomas encontrados nas vítimas e os locais de denúncias e encaminhamentos.

Ainda na área da saúde, o programa SEAVIDAS, criado desde 1999, atua como uma importante ferramenta no combate à violência doméstica, conta com a participação de profissionais de diversas áreas e experiência na atenção às vítimas de violência em diferentes faixas etárias, e atua como uma ferramenta de combate à violência doméstica.

O SEAVIDAS exerce ações para viabilização de uma assistência eficaz para as vítimas que sofreram agressão sexual nos municípios da região de Ribeirão Preto. O atendimento médico é exercido em conjunto com a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), que tem recursos humanos e técnicos para este tipo de atendimento. Entre outras ações de atendimento às pessoas vítimas de violência, o SEAVIDAS tem como meta melhorar a identificação dos casos e os sistemas de divulgação das entidades de apoio, proporcionando a facilitação das assistências médica, psicológica, jurídica e social e a continuidade dos tratamentos médicos e de apoio psicossocial.

Compreendemos que no país, a problemática da violência vem ganhando espaço em vários setores públicos. Assim como a área da saúde, no campo da assistência social deparamo-nos com as Políticas Públicas da assistência social, que mantém a vigilância social como proteção especial e básica em determinadas situações, como as de vulnerabilidade, riscos pessoais e sociais visando garantir os direitos dos cidadãos. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) integra uma política que tem como meta a organização participativa e descentralizada da assistência social visando o fortalecimento da família em situações de violência. No âmbito da assistência social encontramos o CRAS – Centro de Referência de

Assistente Social –, uma unidade pública estatal, responsável pela organização e oferta de serviço de proteção social básica do SUAS em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. O CRAS é destinado à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e indivíduos, e à articulação destes serviços no seu território de abrangência, e uma atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social. Algumas ações da proteção social básica devem ser desenvolvidas necessariamente nos CRAS voltados para Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), entre outras ações (BRASIL, 2010a).

Outro serviço encontrado no Município de Ribeirão Preto é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Este órgão é integrado ao Sistema Único de Assistência Social, e é apresentado como uma unidade pública do Estado, destinado a serviços especializados de acompanhamento, orientação e apoio as pessoas e suas famílias, quando seus direitos são ameaçados ou violados. Algumas funções do CREAS são as seguintes: fortalecer as redes sociais de apoio e atendimento a família e seus membros; garantir a proteção social imediata e atendimento tendo como objetivo a integridade física, social e mental; fortificar as relações familiares e a proteção entre os membros da família; evitar situações de abandono e institucionalização, entre outras funções. Na compreensão do CREAS também pode abranger serviços voltados para indivíduos e famílias vítimas de violência, de acordo com as exigências da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Essa política objetiva garantir, sem contribuição prévia, o fornecimento de uma proteção com a capacidade de aproximação do cotidiano da vida das pessoas, pois é nele que os riscos e as vulnerabilidades se estabelecem. Além disso, essa política tem como meta incluir os casos individuais, que fazem parte de uma situação social coletiva; as diferenças, as disparidades e as desigualdades; estabelecer uma visão social capaz de apreender as diferenças sociais; ter um olhar social capaz de compreender as necessidades da população, e também as possibilidades ou competências que devem e podem ser realizadas (BRASIL, 2006c).

Ainda no CREAS encontramos o Programa de Enfrentamento à Violência Doméstica cujo objetivo é o de alcançar alternativas para o atendimento e acompanhamento de autores de agressão contra crianças e adolescentes, em conjunto com os encaminhamentos que devem ser conduzidos pelas áreas de segurança pública e justiça para promover a responsabilização dos agressores quando houver a necessidade.

No CREAS também existe o Serviço de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (o antigo Programa Sentinela), que tem como meta atender crianças e adolescentes abusados e/ou explorados sexualmente e seus familiares

através de um conjunto de ações de assistência social, e também, construir uma rede articulada de informações e serviços de atendimento generalizado e especializado. Além disso, o serviço mantém estreita articulação com os demais serviços da Proteção Social Básica e Especial, com as outras Políticas Públicas e instituições que formam o Sistema de Garantia de Direitos. O Serviço de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes tem como objetivo: atender às denúncias de abuso e exploração sexual; oferecer acompanhamento social e psicológico aos envolvidos na situação de violência; prevenir as ocorrências de abuso e exploração sexual; criar Banco de Dados e divulgar os serviços de proteção no município; possibilitar o acesso e a permanência de crianças/adolescentes na escola e em atividades sócio-educativas; garantir à criança/adolescente o direito à convivência familiar e comunitária; viabilizar a qualificação continuada dos profissionais envolvidos no atendimento social às crianças e jovens vítimas de violência sexual, prestar serviço de apoio jurídico, encaminhar a vítima para exame diagnóstico da situação, identificando fatores que determinam suas ocorrências, permitindo sua extinção a curto, médio e longo prazo, acolhimento quando necessário e realizar o monitoramento e avaliação de resultados dos serviços prestados. O Programa distribui para profissionais e populações uma cartilha que aborda questões que envolvem abuso sexual de crianças e adolescentes e trazem definições, formas de manifestações, consequência do abuso sexual, perfil do agressor, orientações para crianças e formas de denúncias da violência doméstica (BRASIL, 2006c).

Com base nos programas acima, compreendemos que o Município de Ribeirão Preto está reconhecendo a importância e se empenhando para traçar diretrizes políticas de programas de proteção à criança e adolescente em “situação de risco”. Entendemos que esses programas são importantes ferramentas no combate a violência doméstica. Por isso, é de grande valia que haja uma articulação entre os diferentes setores os quais se deparam com a temática da violência em seu cotidiano, tendo como meta o compartilhamento de experiências, as discussões de casos, a articulação dos serviços, formando assim, uma rede de apoio ativa, crítica e fundamentada na proteção integral das vítimas de violência doméstica.

Redes de Apoio Social à Criança e ao Adolescente

Segundo Castells (2000) podemos definir rede como um conjunto de nós que estão conectados entre si, e que se conformam e geram fluxos de informações e comunicações entre essas conexões. A rede social é realizada por uma composição em que cada membro interage uns com os outros, proporcionando um sistema de interação sequencial (CARLOS, 2010).

Camargo e Aquino (2003) conceituam rede como colaboração e integração de serviços que tem como objetivo a assistência integral, que atuam em áreas distintas de forma continuada e sistemática, visando o acesso e a intervenção qualificada em cada área, caracterizando uma rede de ações e serviços.

Para visualizarmos as redes de proteção da violência doméstica é necessário verificar o potencial de intervenção e superação a que as vítimas são submetidas. A rede de apoio social é constituída por sistemas e por indivíduos significativos, que sustentam as relações afetivas, estáveis e o equilíbrio de poder com as vítimas. Em nosso estudo, as redes de apoio citadas pelos entrevistados foram as intuições de saúde, a escola, a comunidade e o tráfico de drogas.

“Sim a gente tem vínculo com essa escola... Teve até um trabalho que a gente tava fazendo no ano passado que os professores falavam que os adolescentes e que as crianças estavam muito violentas, batiam uns nos outros, então a gente propôs um trabalho de consciência corporal para eles saberem o quanto que eles podem machucar os outros com a força que eles têm” E3.

“O tráfico que às vezes ajuda, porque eles não permitem abusos nas crianças eles somem com a pessoa mesmo sabe? Geralmente o chefão do tráfico não tolera violência contra mulheres e violência contra crianças. E aqui o núcleo atende uma população bem submetida a essa situação. Então muitas vezes antes de recorrer a gente, as pessoas recorrem ao próprio tráfico. Mas tem gente que tem medo e sabe que o agressor vai ter que correr dali, ou vai levar uma boa surra ou, vai morrer mesmo. A própria sociedade já dá um breque” E1.

“A gente orienta vizinho, pessoas que mostra pra gente o que está acontecendo, a gente orienta ligar no disque criança e fazer a denúncia” E2.

Segundo Poletto (2007), o sentido que as pessoas atribuem às redes de apoio sociais ratificam uma importância maior que o sentido da própria rede, ou seja, o apoio social deve ser mensurado principalmente pelo funcionamento efetivo da rede e pela própria pessoa que o usufrui. Por meio das falas, compreendemos que a vizinhança atuou como fator significativo de proteção para cessar o ciclo da violência doméstica:

“A gente tem que prestar muita atenção, escutar os vizinhos” E5.

“Então é um vizinho que conta: olha minha vizinha está batendo, o que eu posso fazer? ou eu vi alguém abusar de uma criança, quando é algum caso de abuso; eu quero eu denunciar, o que eu faço?” E1.

De acordo com Frizzo e Sarreiera (2005) a rede de apoio social é a união de instituições que tem como finalidade prestar ajuda ao indivíduo. No caso de criança e adolescente vitimizados, as redes de proteção são instituições que fazem parte da vida dessas vítimas, tais como a escola, a família, a comunidade, o serviço de saúde.

Faleiros (2001) define as redes de proteção social à criança e ao adolescente como um conjunto social composto por atores e organismos governamentais e não governamentais, articulado e constituído com a finalidade de garantir os direitos gerais ou específicos de uma parcela da população infanto-juvenil.

Como podemos evidenciar pelas falas das entrevistadas, percebemos que o tráfico de drogas, muitas vezes, executa ações que deveriam ser realizadas pelas redes de proteção. Isso demonstra claramente que há uma falha na articulação das instituições de apoio à criança e ao adolescente, permitindo que os considerados “bandidos da sociedade” ajam como “protetores” dessas vítimas. É importante ressaltarmos que o tráfico de drogas não é uma rede de proteção, como é destacado na entrevista, pois ele age em seu próprio benefício, ou para afastar a atuação da polícia em seu território ou para aderir a criança e o adolescente ao tráfico de drogas. Apesar disso, constatamos por meio das falas abaixo, certo alívio e resignação por parte do entrevistado pela interferência do tráfico nos casos de violência doméstica.

“É bom quando alguém tem coragem de falar para nós alguma coisa, ou tem coragem de falar para o chefe do tráfico que ele da um “sossega leão” nas pessoas que merecem. Aí a gente fica um pouco mais tranquila, não é o mais correto, não fico feliz com isso, mas é o que tem” E1.

“Então, muitas vezes antes de recorrer a gente, as pessoas recorrem ao próprio tráfico. Mas tem gente que tem medo e sabe que o agressor vai ter que correr dali, ou vai levar uma boa surra ou, vai morrer mesmo” E1.

Compreendemos que o sujeito entrevistado tem consciência da falta de ação e articulação das redes de apoio. Isso fica evidente ao referir que ele não aciona o tráfico de drogas para resolver os casos de violência doméstica, mas fica aliviado quando alguém toma alguma atitude de proteção às vítimas, mesmo este sendo o líder do tráfico de drogas da comunidade. Porém esta é uma questão que carece de melhores investigações futuras. Uma rede de proteção social articulada e participativa que integra as diversas áreas do conhecimento e também as experiências e saberes da comunidade tem maior possibilidade de encontrar alternativas para superar suas dificuldades.

A necessidade da assistência integral à vítima e à sua família é cada vez mais crucial para o combate a violência doméstica. Para Conill (2002), além de ser caracterizada por um cuidado completo, a integralidade abrange também a continuidade do cuidado, ou seja, o acompanhamento da assistência. Segundo o Ministério da Saúde

O reconhecimento, na prática dos serviços, é que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral, o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1990, p. 5).

A integralidade possibilita um olhar social de saúde, em que o homem é mais um produto das suas relações com o meio que está inserido do que suas qualidades genéticas. Ou seja, a saúde do indivíduo não pode ser determinada somente pelo seu estado biológico, mas pelas circunstâncias que está inserido. Assim, aparece uma compreensão que o processo saúde/doença está ligado ao modo de vida e determinantes sociais do adoecimento (CONTINI; KOLLER, 2002).

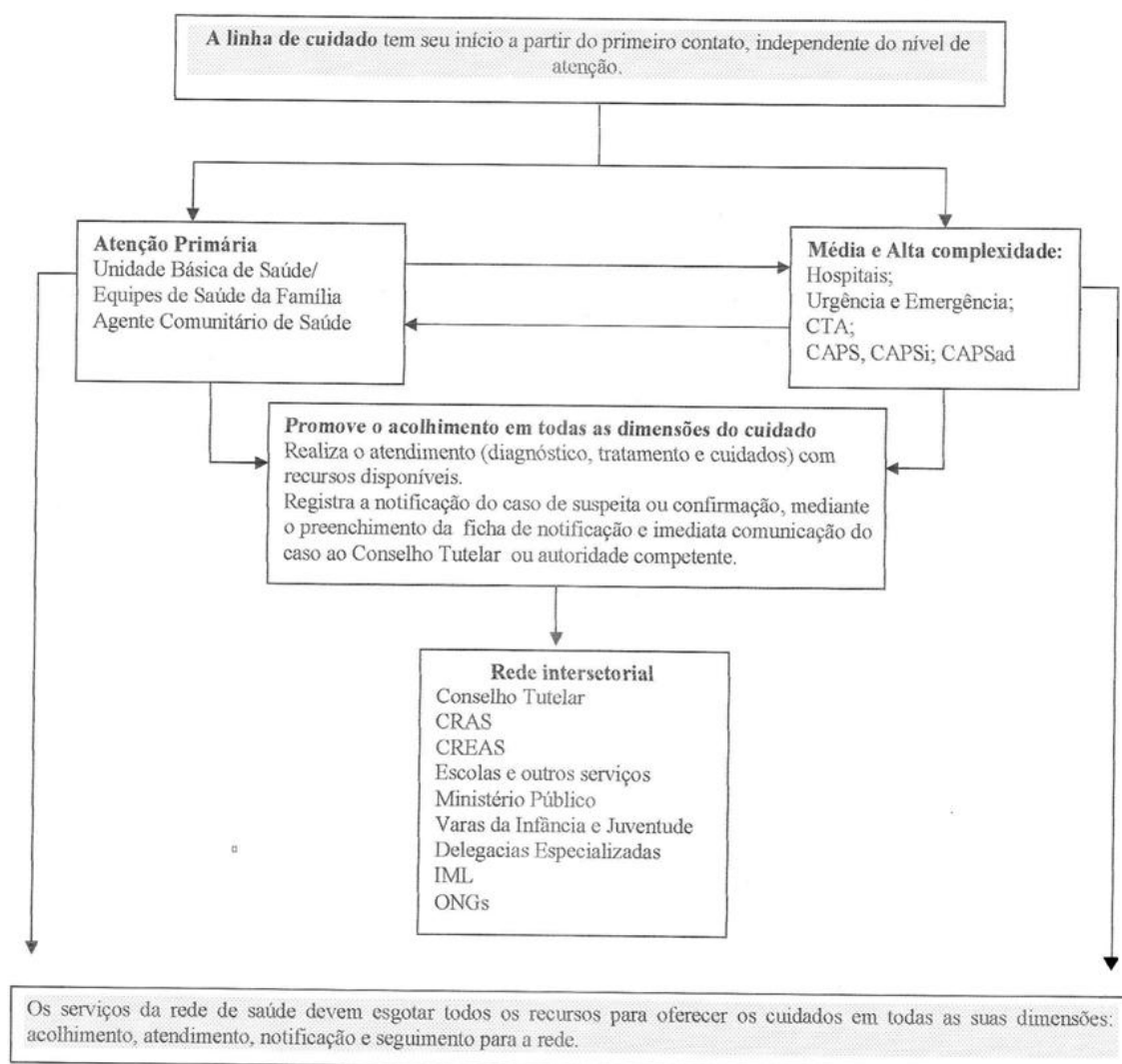
Para o Ministério da Saúde

A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes (BRASIL, 2010b, p. 46).

Com o propósito de sensibilizar e orientar os profissionais de saúde para uma atenção contínua e integrada à saúde da criança, do adolescente, e suas famílias, o Ministério da Saúde

elabora o documento “Linha de Cuidado para a Atenção integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violência” (BRASIL, 2010b). Este documento traz orientações para os profissionais da saúde que se depara com o fenômeno da violência doméstica no cotidiano, e também traz o diagrama com a rede intersetorial de atenção a criança e o adolescente vitimizados. Além disso, neste diagrama, é orientado para os profissionais, tanto da atenção primária quanto da Média e de alta complexidade, realizar o acolhimento da vítima (atendimento, tratamento e cuidado), a notificação dos casos suspeita ou confirmado através da Ficha de Notificação e após, comunicar o caso ao Conselho tutelar ou outro órgão competente.

Diagrama 2 – Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência nos níveis da atenção à saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2010, Brasília-DF

Figura 3 – Diagrama – Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias e suas famílias em situação de violência os níveis de atenção à saúde.

A saúde está ligada a diversos aspectos da vida das crianças e adolescentes, tais como as relações com a família, a escola, o serviço de saúde, entre outros. Para garantir a integralidade da criança e do adolescente é necessário colocar em pauta uma estratégia de capacitação e orientação dos profissionais de saúde, visando garantir a continuidade do atendimento e a articulação das ações das redes de apoio. Desse modo, é importante que o profissional além de detectar a situação da violência doméstica, realize a denúncia, a notificação e o acompanhamento da vítima e sua família, possibilitando assim a promoção e a mudança do comportamento violento da família.

Um importante instrumento de apoio social, o Conselho Tutelar é um Sistema de Garantia dos direitos das crianças, adolescentes e famílias em risco psicossocial. As decisões tomadas, as interações estabelecidas e as expectativas geradas pelo Conselho Tutelar podem desencadear resposta à situação de risco e o desenvolvimento infantil (MILANI; LOUREIRO, 2008). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990):

Art. 131 – O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei;

O Conselho Tutelar, por ser autônomo e não-jurídico, é uma mediação entre o Poder Público local e a comunidade, verificando que suas determinações sejam executadas. O Conselho é composto por um colegiado de cinco munícipes, também conhecidos como conselheiros tutelares, que são eleitos pela comunidade, e tem como objetivo garantir os direitos das crianças e dos adolescentes definidos no ECA. É imprescindível que o conselheiro conheça a rede de serviços existentes na área da criança e do adolescente, juntamente com as políticas públicas locais e os serviços existentes na esfera municipal (PERES, 2001). No caso da violência doméstica, é fundamental o atendimento e encaminhamento dos casos denunciados ao Conselho. O Estatuto da Criança e do Adolescente exige alguns pré-requisitos básicos para se candidatar a conselheiros, tais como consta na Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990, art. 133:

- I- Reconhecida idoneidade moral;
- II- Idade superior a vinte e um anos;
- III- Residir no município;

Os conselheiros possuem mandato de três anos e são responsáveis pelos comunicados dos casos suspeitos ou confirmados de violências e determinam as formas de proteção necessárias, nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, encaminhando as vítimas de violência e suas famílias ao Ministério Público (BRASIL, 2002a).

Inserido na rede social como forma de apoio, o Conselho Tutelar tem a função de articular os recursos formais e informais na atenção à criança e ao adolescente tanto na assistência dos casos quanto na proteção das vítimas. Apesar da natureza administrativa, o Conselho tem como principal meta cuidar para que os direitos das crianças e adolescentes sejam executados. No próximo núcleo temático veremos que uma das dificuldades citadas pelas enfermeiras no combate à violência doméstica é a falta de articulação e capacitação dos conselheiros tutelares, o que muitas vezes acarreta um déficit na assistência dessas crianças e adolescentes vitimizadas.

Núcleo temático 2 - Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: barreiras no combate a violência doméstica

Retomando a Atenção Primária à Saúde, especificamente a Estratégia de Saúde da Família como sendo uma importante ferramenta no âmbito da prevenção, diagnóstico, notificação e encaminhamento dos casos de violência doméstica devido à proximidade com a família e com a comunidade, constata-se em nosso estudo que, embora com todo empenho e esforços da Secretaria Municipal da Saúde e dos Programas existentes no Município, as políticas públicas, algumas vezes, não são utilizadas na prática.

Corroboramos Iossi (2004) quando afirma que no âmbito da violência doméstica todos têm um papel imprescindível na identificação, notificação e encaminhamento dos casos. É fundamental a articulação e as ações conjuntas dos profissionais de diversos setores, tais como os da saúde, os da educação, entre outros, para que a rede de atenção possa garantir os direitos das crianças e adolescentes. Conforme as falas dispostas a baixo, compreendemos que algumas enfermeiras não confiam nos serviços dos conselheiros tutelares, o que acarreta um prejuízo na assistência e acompanhamento aos casos de violência doméstica e, sobretudo, revela a falta de articulação entre esses profissionais. Ademais, outra necessidade ressaltada pelas entrevistadas é a falta de capacitação de conselheiros, uma vez que não é exigido escolaridade para exercer sua função.

“Seria um órgão que funcionaria bem se tivesse pessoas envolvidas e bem treinadas, agora conselheiro pode ser qualquer um, pode ser de nível fundamental, não entender nada sobre o assunto e exercer a profissão” E1.

“A gente tem o conselho tutelar, mas não gostamos de trabalhar com ele, é um pessoal sem preparo, então ficamos perdidos” E4.

“Eu acho que precisa preparar melhor os conselheiros, porque são 10 anos que eu tenho de convivência aqui, convivendo com conselho tutelar e nenhum minuto eu percebi que tem conselheiro preparado para isso, que consiga resolver o problema junto com a gente, que consiga ajudar” E2.

Vale ressaltar que ao Conselho Tutelar compete o papel de adotar as providências necessárias para que os direitos sejam atendidos, zelando para que as necessidades das crianças e dos adolescentes sejam garantidas. Porém, quando o Conselho Tutelar não exerce suas funções, há um prejuízo em diversos setores da sociedade, como a escola e a saúde. Destacamos a importância da capacitação constante dos conselheiros, a fim de conhecerem seus papéis preconizados pelo ECA e, assim, promoverem uma articulação eficaz com as instituições que lidam cotidianamente com a temática da violência doméstica.

Mediante as entrevistas, percebemos que o Conselho Tutelar, algumas vezes, dificulta o vínculo com o serviço de saúde, causando medo e insegurança aos profissionais. A maioria das entrevistadas relata grande dificuldade em articular com o Conselho Tutelar, devido à falta de vínculo com o órgão e também pela descrença da capacidade dos conselheiros em exercer suas funções:

“E sem a ajuda do Conselho é difícil. Depois desse último atendimento em que o conselho revelou que nós acionamos eles, nunca mais chamamos o Conselho. Chamar para discutir um caso nunca mais” E2.

“Eu acho que os setores deveriam estar mais unidos, sabe a intersectorialidade. Seria muito bom se a gente conseguisse juntar a psicóloga do bairro com a assistente social, com a do núcleo, comigo, chamar a família, parece que é diferente sabe?” E1.

A dificuldade de trabalhar em rede pode estar representada pela diversidade cultural, pela construção de vínculo e pela própria valorização do fenômeno da violência.

“O conselho tutelar não dá conta dos casos, mas a parte deles pelo menos”
E1.

“A gente conhece só o conselho e tem as casa, né? como o CACAV, mas tudo é via conselho a gente não pode fazer nada a não ser por via conselho” E2.

Através da fala acima verificamos o desconhecimento dos profissionais em relação ao fluxo de encaminhamento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. É imprescindível que o profissional esteja ciente e atualizado sobre os diversos órgãos de denúncia e encaminhamento às vítimas de violência doméstica.

Em Ribeirão Preto, pode ser realizada a denúncia anônima nos Conselhos Tutelares, no disque denúncia e na Vara da Infância e Juventude. Cabe ao(a) enfermeiro(a) buscar o conhecimento dos locais de denúncia e informar a população para poder usufruir destes recursos e promover estes órgãos para sua instituição e a comunidade.

“Tem o conselho tutelar, nunca precisamos entrar em contato com eles. Sabemos que eles são difíceis para lidar” E5.

“Se o conselho tutelar funcionasse bem, o perfil da população seria outro, o atendimento dessas crianças vitimizadas, dessas famílias vitimizadas seriam outros” E1.

Em relação à violência doméstica, salientamos que nenhuma atuação relacionada a esse fenômeno pode ser representada apenas por uma instituição ou setor. Pelo contrário, o combate da violência exige esforços e articulação de distintos setores e instituições, que executem ações conjuntas e participativas, visando ao atendimento integral à vítima e sua família. Por esse motivo, não cabe atribuímos a culpabilidade da falta ou carência do atendimento dos casos de violência doméstica ao Conselho Tutelar, pois sozinho, esse órgão não irá acabar com o fenômeno da violência. A questão da violência doméstica está relacionada a fatores de ordem pluricausal e não pode ser abordada a partir de uma visão reducionista que coloca a culpa ora na criança, ora na família, sem refletir e agir sobre os demais fatores inter-

atuantes que atravessam sua história individual e coletiva. A desigualdade social, em junção com a ausência de informações, bem como ao desconhecimento dos direitos, dificultam a garantia do exercício de cidadania dos sujeitos subalternizados (KAEFER; TRAESEL; FERREIRA, 2010). A violência estrutural vinculada às condições de vida de crianças e adolescentes, ressaltando que ela advém de questões históricas, econômicas e sociais, resultam em uma circunstância de vulnerabilidade em seu crescimento e desenvolvimento e é disseminada pela insuficiência das políticas públicas (BAZON, 2008).

Retomando nosso quadro teórico, é fundamental que o(a) enfermeiro(a) tenha em mente seu papel como educador, promovendo e divulgando os direitos das crianças e dos adolescentes e oportunizando para a família o modelo não-violento (ALGERI, 2005).

Os sujeitos da pesquisa relatam que não trabalham a prevenção da violência com a família, pois pode ser um fator de estímulo da própria violência, como seguem as falas abaixo:

“Nas primeiras consultas com a criança eu não menciono a violência, a gente tenta trabalhar com a questão, mas a gente não valorizar a questão. Eu acho que você abordar sobre o tema sem ele acontecer é você valorizar e incentivar” E1.

“É difícil sem mais nem menos você chegar para a família e dizer: ‘Não pode bater não heim?!’ - sem ter acontecido nada, às vezes isso pode ser até estimulador” E4.

Através das falas acima, compreendemos a falta da prática educativa relacionada à temática da violência doméstica por parte dos entrevistados. Cabe ressaltar em nosso estudo que a educação em saúde é uma tentativa por meio da qual se utilizam as mais variadas experiências e recursos, para levar os indivíduos a atitudes e práticas que resultem em benefícios de seu bem estar, da família e da comunidade. A educação em saúde promove aprendizagem de novas formas de vida, fortalecendo o conhecimento do ambiente bem como o autoconhecimento (MOSQUERA; STOBÄUS, 1984).

Segundo Algeri (2005) a educação em saúde proporciona novos conhecimentos de vida, sendo assim, é função principal do(a) enfermeiro(a) promover a educação da população em qualquer oportunidade, seja divulgando os preceitos de proteção aos direitos da criança, seja orientando através de palestras, grupos, ou criando programas educativos para pais, entre outros, para que haja uma consistente tentativa de prevenção da violência na família.

Para educar a população, acreditamos que o profissional deve estar preparado para transmitir informações a respeito da violência doméstica, despertando nos indivíduos reflexões sobre as situações de risco, como por exemplo. Porém, em nosso estudo encontramos apenas uma enfermeira que afirma ter a temática da violência doméstica presente em seus treinamentos da ESF. Compreendemos, portanto, que muitos profissionais de saúde durante sua formação acadêmica, não obtiveram conteúdos relativos à violência, o que pode ocasionar inseguranças e dificuldades aos profissionais da saúde para atuar frente ao fenômeno da violência doméstica (ALGERI, 2005). É fundamental que todos os profissionais de saúde, principalmente os que não tiveram preparo acadêmico sobre o fenômeno da violência doméstica busquem a capacitação em outros recursos, tais como em palestras, fóruns e materiais impressos, para poder promover seus saberes a equipe e aos usuários do serviço.

O(a) enfermeiro(a) necessita ter conhecimento da temática acerca da violência doméstica desde sua formação para proporcionar uma educação permanente. Alguns sentimentos de negação, raiva, ansiedade e impotência, que aparecem nos profissionais quando estão diante destas situações estão relacionadas como defesa do próprio ser humano, como uma maneira de amenizar seu próprio sofrimento. É normal encontrarmos enfermeiros(as) e outros profissionais da área da saúde com dificuldades para identificar e/ou cuidar da questão acerca da violência no âmbito familiar (ALGERI, 2005).

Em nosso estudo, os sujeitos mencionam a importância da promoção de informações em saúde, principalmente no que tange nossa temática, a violência doméstica:

“Uma experiência que eu tive foi na escola. A gente fez algumas intervenções na escola e se você tocar no tema [da violência doméstica] todo mundo tem uma história para contar” E1.

“A gente faz atividades com a escola, com os professores. Teve até um trabalho que a gente tava fazendo no ano passado que as professoras falavam que os adolescentes e que as crianças estavam muito violentas, batiam uns nos outros, então a gente propôs um trabalho de consciência corporal para eles saberem o quanto que eles podem machucar os outros com a força que eles têm” E3.

“Já realizamos alguns trabalhos nas escolas, sobre diversos temas. Acho importante a saúde trabalhar junto a escola, pois saúde e educação tem sempre que andar juntas, mas na realidade não é isso que acontece, né?” E4.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) propõe que as atividades realizadas pelos profissionais da saúde tenham finalidades de transmitir conhecimento à população, acarretando a reflexão e o questionamento a respeito de diferentes temáticas relacionadas com a saúde, devendo assim, respeitar a cultura e a realidade de cada comunidade. Além disso, há necessidade de priorizar a escuta do usuário, e permitindo a superação das barreiras e dificuldades durante o atendimento que visa atender às necessidades do cliente.

Para Matumoto, Mishima e Pinto (2001) na saúde pública o poder de intervenção no processo saúde-doença é uma importante ferramenta na prevenção e promoção da saúde. As atividades educativas auxiliam na transmissão de informação, o que gera a prevenção e a diminuição dos agravos à saúde e pode resultar em estratégias de ações. Dentro da saúde pública, a Estratégia de Saúde da Família além de oferecer ao profissional um vínculo mais estreito com a família, oportuniza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, o que possibilita uma maior percepção na identificação de situações de riscos a esta população.

Durante sua atividade assistencial, o(a) enfermeiro(a) da ESF deve ter em mente o papel de educador, oportunizando a família o conhecimento de um modelo de relacionamento não-violento com seus membros (ALGERI, 2005). A educação em saúde possibilita a transmissão de conhecimento para a população, dando a oportunidade de divulgar os direitos de proteção da criança e do adolescente, seja em consultas de enfermagem, grupos educativos para pais, sobretudo os de riscos, ou em palestras na comunidade. Assim como ressalta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b, p. 41) o papel do profissional da saúde é

Informar pais, mães e comunidade sobre as necessidades das crianças e adolescentes, esclarecendo sobre seus direitos e deveres; incentivar o pai a acompanhar o pré-natal e o parto, para estreitar seu vínculo com o filho o mais precocemente possível; incentivar o pai na participação dos cuidados do bebê; facilitar o acesso a serviços de educação e assistência.

Um estudo realizado por Luna, Ferreira e Viera (2010) com 359 profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família, entre eles enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas constatou que 55,6% dos participantes identificaram casos de violência infantil e não notificaram. Além disso, a pesquisa nos mostra que 57,1% dos profissionais alegaram que não abordam o tema da violência nas reuniões de equipe, entre os conselhos de saúde e na própria unidade. A partir destes dados podemos pensar sobre a função dos trabalhadores da saúde em seguir os princípios dos SUS quando esse destaca a promoção de saúde como uma das principais diretrizes do método de trabalho. Segundo o Ministério da Saúde, as ações

educativas devem ser executadas com propósito de levar conhecimento para a sociedade, tendo como consequência as dúvidas e reflexões sobre diferentes temáticas sobre a saúde (BRASIL, 2006b).

O fenômeno da violência doméstica está cada vez mais presente e visível no cotidiano dos brasileiros; um exemplo disso é a frequência com que os fatos de violência aparecem na mídia, configurando-se cada vez mais como um problema social que necessita de uma importante interrupção e uma eficaz intersetorialidade. Nesse sentido, é necessário um posicionamento e articulação do profissional de saúde para se configurar como rede de apoio a essas vítimas.

Outro ponto de grande destaque em nosso estudo é o medo dos profissionais da saúde, principalmente os que atuam na ESF, muitas vezes isso se deve às ações executadas pelos agressores e às ameaças da própria família. Em nossa entrevista a subnotificação dos enfermeiros está associada ao medo do profissional em relação ao ator da violência.

“Para o trabalhador da saúde realmente é muito difícil, ainda mais em um lugar assim que as pessoas conhecem a gente pelo nome, os agentes moram na área, é muito próximo, né?” E2.

“Então, nós aqui do núcleo temos poucos casos de violência contra criança ou adolescente, mas também temos medo sabe. Medo da reação do agressor” E4.

Uma das principais resistências dos profissionais de saúde para realizar a notificação resulta de alguma experiência negativa ou perseguição pelos familiares das vítimas denunciadas (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). Daltoso (2009) afirma que o medo dos profissionais de saúde em encarar o agressor é uma realidade muito presente nas instituições, e pode acarretar a falta de ação dos profissionais como medida de proteção, pois, sentem-se sem apoio para lidar com o fenômeno da violência doméstica. Devido ao vínculo e a proximidade da ESF com as famílias, nossas entrevistadas relatam medo, em relação aos atores da violência, para executar ações no combate a violência doméstica, como mostram as falas a seguir:

“Ai a gente corre risco de morte, a gente não pode também né? a gente tem que proteger nossa família. As famílias que foram denunciadas bateram na

casa dos agentes [agentes comunitários] com arma não mão, então não foi brincadeira” E1.

“Quando a gente identifica um caso de violência doméstica a gente manda para o programa de violência doméstica, mas é que eles [conselho tutelar] ligam na casa da criança e falam olha, o núcleo está te denunciando, vocês tem que parar de fazer isso, porque o núcleo está me ligando, porque vocês estão fazendo isso” E1.

“Deus me livre se acontece de vazar, a gente tem medo, todo mundo tem medo” E2.

O medo dos(as) enfermeiros(as) de se envolverem com os casos de violência doméstica são fortes causas da subnotificação, sendo assim, muitas ocorrências do fenômeno acabam não entrando nos dados epidemiológicos, ferramenta fundamental para a criação de sistemas de proteção a essas vítimas. Através das falas abaixo, encontramos o sentimento de impotência e medo pelas enfermeiras:

“A gente fica frustrado de como pode ajudar, você não sabe como lidar com isso, você tá vendo o que está acontecendo, muitas vezes quer fazer uma denuncia mas só pode fazer como cidadão” E2.

“Às vezes me sinto de mãos atadas, sabe? por medo, por não saber como agir, tenho medo que minha insegurança aflore” E5.

A falta de preparo profissional, o medo perante os processos legais relacionado à notificação (depoimentos, comparecimento em audiências), a atuação dos Conselhos Tutelares que, em muitos casos mostram-se insatisfatória, são as principais causas para a subnotificação dos casos de violência contra criança e adolescente (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

“A notificação hoje amedronta a equipe porque muitas vezes a gente fica sabendo, a gente percebe que ocorre a violência, mas a família não concorda com isso, então você faz uma notificação é a mesma coisa que você fazer

uma denúncia porque a notificação leva o nome, leva tudo, muito complicado” E2.

Como ressaltam os autores, a notificação é

um poderoso instrumento para o estabelecimento de Políticas Públicas, que deve ser usado pelos profissionais, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência na família, da necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência e, ainda, permite o conhecimento da dinâmica da violência intrafamiliar (GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p. 316).

Atualmente muitos profissionais de enfermagem encontram-se despreparados e desinformados sobre as Políticas Públicas de proteção à criança e ao adolescente, como consequência, deixam de notificar casos suspeitos de violência encontrados no serviço de saúde (ALGERI, 2007).

Para a Sociedade Brasileira de Pediatria (2001) a notificação é definida como uma informação emitida pelo setor da saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa para o conselho tutelar visando à promoção dos cuidados sanitários e sociais para a proteção de crianças e adolescentes vitimizados.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) o ato de notificar principia um processo na qual resulta a interrupção de atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer ator da violência.

A notificação está prevista pelo ECA amparado pela lei 8.069 de 13 de julho de 1990, como constam o artigo 13 e o artigo 245 (BRASIL, 1990):

Art. 13. 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;

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente;

Para ajudar no monitoramento da violência, o Estado de São Paulo, no ano de 2000, promulgou a lei nº 10.498 que instituiu a notificação compulsória aos Conselhos Tutelares em casos de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

Porém, mesmo com as exigências do ECA, atualmente a subnotificação é uma realidade presente no país. Além de ser uma exigência do Estatuto, a notificação é um

instrumento muito importante que permite dar visibilidade ao fenômeno, possibilitando a construção de políticas de proteção às vítimas. Em nosso trabalho as entrevistadas mencionam a importância da notificação:

“Porque se a gente notificasse tudo, até o que a gente desconfia de violência com certeza a gente tinha outro números e ações e política pública pra tomar conta disso” E2.

“Notificação da secretaria, que é para criar políticas, eles querem mais quantidade, nos casos de qualquer violência” E5.

Observamos nas falas dos sujeitos que eles estão cientes da importância em notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência, mas não o executam.

Um estudo realizado por Iossi (2004) realizada no Município de Guarulhos no ano de 2001 a 2002 constatou que os profissionais que mais notificaram casos de violência contra criança e adolescente foram os assistentes sociais (46%), seguido pelos psicólogos (12%). Notificações que não apresentava categoria profissional (21%), médicos (6%) e enfermeiros (3%). Esses dados nos mostram que os(as) enfermeiros(as) estão notificando menos os casos de violência doméstica em relação aos outros profissionais da saúde, o que nos permite concluir que, muitas vezes, o(a) enfermeiro(a) não está exercendo seu papel na assistência e acompanhamento da criança e adolescentes vitimizados como deveria.

Ressaltamos que a proximidade com a família, muitas vezes acarreta o medo dos profissionais da ESF em lidar com os atores da violência, o que resulta na ausência ou no déficit da assistência prestada às vítimas. Encontramos em diversas falas o sentimento de medo e desproteção dos profissionais para atuarem com o fenômeno da violência:

“É a história que eu falei para você, tem nome e ai muitas vezes pode vazar isso, porque você assina, coloca seu código profissional, documento. É documento. Deus me livre se acontece de vazar, a gente tem medo” E2.

“(...) então, nós aqui do núcleo temos poucos casos de violência contra criança ou adolescente, mas também temos medo sabe. Medo da reação do agressor” E4.

“Aí a gente corre risco de morte, a gente não pode também né? A gente tem que proteger nossa família. As famílias que foram denunciadas bateram na casa de agentes com arma não mão, então não foi brincadeira” E1.

Concordamos com Gonçalves e Ferreira (2002) quando afirmam que muitas vezes o trabalhador da saúde se depara com uma rede de serviços carente, com regulamentos insuficientes e sem mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar. Este fato é confirmado pela indignação dos sujeitos da pesquisa por não terem articulação e apoio de outros serviços, permanecendo o sentimento de impotência.

“Como vou ter essa segurança para poder conversar sobre essas coisas a hora que a gente quiser, porque a gente fica com medo, né?” E2.

Uma pesquisa realizada por Barbosa (2010) no Município de Fortaleza com profissionais da Saúde da Família mostrou que dos 284 participantes, as dificuldades encontradas para a execução da notificação se deve à falta de estrutura da rede de apoio (36,1%), a falta de conhecimento dos profissionais (35,5%), a falta de proteção ao profissional que realizam a notificação (35,0%) e o medo de envolvimento legal (10,3%).

Os dados acima, junto com os relatos encontrados em nossa pesquisa nos mostram que um dos mais complexos desafios a serem alcançados em relação às notificações é a concretização de redes de apoio aos profissionais de saúde. Barbosa (2010) discute a importância da inclusão em pautas de gestores sobre suporte técnico e legal ao profissional que tenta executar as normas e diretrizes preconizadas pelo SUS.

Nesse sentido, é fundamental institucionalizar condições de segurança e apoio ao profissional de saúde para que este estabeleça a notificação como rotina na instituição, o que pode ser extremamente difícil quando a criminalidade local é intensa, mas que é um importante objetivo a ser alcançado.

6 Considerações finais

A criança é o princípio sem fim e o seu fim é o fim de todos nós

Retomando nosso caminhar, neste estudo cujo objetivo geral foi conhecer e descrever as ações na Atenção Primária à Saúde por meio dos relatos dos (as) enfermeiros (as) no combate à violência doméstica em crianças e adolescentes em Unidades de Saúde da Família no Município de Ribeirão Preto-SP, identificamos dois núcleos temáticos após análise dos dados: Políticas Públicas que foi dividido em 2 subtemas – Programas Públicos existentes e Redes de Apoio à Criança e ao Adolescente; e o outro núcleo temático, Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: barreiras no combate à violência doméstica.

No primeiro Núcleo abordamos as ações municipais para combate à violência doméstica em crianças e adolescentes existentes no município de Ribeirão Preto. Percebemos que a Secretaria Municipal de Saúde promove eventos de capacitação e educação permanente para os profissionais de saúde para ajudá-los no combate a violência. Os esforços da SMS são citados pelas entrevistadas, no entanto, há dificuldades destes eventos serem inseridos na agendas dos profissionais.

Além disso, nos relatos encontramos uma rede de apoio social como forte fator na divulgação e combate à violência doméstica. Percebemos que a própria comunidade não aceita a violência doméstica e se mobiliza para enfrentá-la. Nessa rede descrita pelas enfermeiras, há vizinhos, escola e o próprio tráfico de drogas que assumem papéis de protetores, evidenciando, assim, certa falência dos meios legítimos de proteção às crianças e adolescentes vitimizados. Neste sentido, torna-se imprescindível a interação do campo da saúde com a comunidade e, principalmente com a própria vítima e sua família, para que haja à interrupção do fenômeno da violência.

No segundo núcleo temático, os relatos apontam os fatores que dificultam a ação do(a) enfermeiro(a) no combate à violência doméstica. Primeiramente, destacam-se o Conselho Tutelar, que, segundo as falas encontradas, não estão capacitados para executarem suas tarefas e dificultam o vínculo com o serviço de saúde. Ainda, as entrevistadas mencionaram as fragilidades desse órgão, tal como a necessidade de capacitações permanentes aos sujeitos envolvidos nestas ações a fim de estabelecer intervenções mais efetivas no combate à violência doméstica.

Embora haja proximidade dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família com as famílias, as enfermeiras destacaram o medo delas em relação ao ator da violência como forte indicador da subnotificação nos casos da violência doméstica. O receio em encarar os agressores é uma realidade muito presente nessas instituições em questão, acarretando impasses nas ações dos profissionais, que alegam não terem suporte de proteção para lidarem com o fenômeno da violência doméstica.

Um importante fator para o combate da violência se encontra na educação em saúde. Os sujeitos de nosso estudo relataram não trabalharem com a prevenção da violência com receio de este ser um fator de estímulo da própria violência, evidenciando assim, a falta de conscientização e habilidade destes profissionais para trabalhar a prevenção da violência doméstica.

Contudo, considera-se urgente a capacitação dos(as) enfermeiros(as) através da educação permanente e oportunizar o conhecimento das políticas públicas de proteção às vítimas da violência e também fornecer subsídios de proteção para que estes se sintam seguros para exercerem seus papéis no combate à violência doméstica. É necessário que o(a) enfermeiro(a) insira em sua agenda e de sua equipe eventos com a finalidade de informar e atualizar conhecimentos sobre a violência doméstica.

É de fundamental importância estabelecer medidas de proteção para mudar essa realidade de insegurança que acarreta os(as) enfermeiros (as), permitindo assim, que esses profissionais promovam a assistência integral, a notificação, o encaminhamento e o acompanhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Retornando ao nosso questionamento das ações do(a) enfermeiro(a) frente à violência doméstica contra crianças e adolescentes, compreendemos que muitas ações de combate ao fenômeno não são realizadas pelos profissionais por falta de conhecimento sobre a temática, por medo do ator da violência, por dificuldade de interação com outros setores.

No que tange à perspectiva da integralidade e continuidade da atenção a saúde da criança e do adolescente vitimizados, é imprescindível que o(a) enfermeiro(a) da ESF obtenha uma postura mais ativa e acolhedora se apropriando de novos saberes que auxiliem e aprimorem sua prática. Desse modo, é imprescindível que o(a) enfermeiro(a) acompanhe e estabeleça um trabalho contínuo com as vítimas e as famílias através de grupos, promoção de diálogos com as famílias em consultas, e maior frequência de visitas domiciliares. Esses contatos são apropriados e favorecem condições adequadas para que se observe a existência de sinais e sintomas provinda de uma situação de violência doméstica.

Concluimos que o conhecimento e análise destes achados, bem como sua posterior divulgação, fornecerão subsídios para divulgar as políticas públicas existentes no combate à violência doméstica em crianças e adolescentes e às barreiras existentes para os(as) enfermeiros(as) no enfrentamento deste fenômeno. É de grande valia destacar que este fenômeno abordado de forma mais ampliada inclui o trabalho em equipe, a integração entre os profissionais de saúde e uma articulação efetiva entre diversas instituições.

Referências¹

¹ De acordo com Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 6023.

ABRAMOVAY, M. (Org.). **Cotidiano das escolas: entre violências**. Brasília: UNESCO, Observatório de Violências nas Escolas, Ministério da Educação, 2006.

ALGERI, S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 308-15, dez. 2005.

ALGERI, S. et al. Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 57-60, 2007.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. **Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARBOSA, I. L. **Estratégia saúde da família e a notificação de mais-tratos contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza**. 2010. 77f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-332, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Sistema de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica**. In: Guia de Vigilância Epidemiológica. 4. ed. Brasília. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000. (Caderno de Atenção Básica. Programa da Família, I).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra criança e adolescentes aos conselhos tutelares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 out. 2001b. Seção 1. p.86.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes, pelos profissionais de saúde:** um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília. Ministério da Saúde; 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. (Cadernos de Atenção Básica n° 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências:** Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – 1. ed. 2.ª reimpr. – Brasília. Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Violência faz mal a Saúde.** Brasília 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde:** programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS. **Guia de Orientação N° 1, 1ª versão.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. 2006c. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/usr/File/2006/imprensa/guia_creas.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde,** um direito de adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 10p.

BRASIL. *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Centro de Referência de Assistência Social.* 2010a. Disponível em: <http://mds.gov.br/assistenciasocial/protECAobasica/cras/centro-de-referencia-de-ssistencia-social-cras>. Acesso em: 28 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violência** - Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília. 2010b.

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, M. A. ; GUERRA, V. N. A. (Orgs.). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2. ed. p. 49-79. São Paulo: Cortez. 1997.p. 49-79.

CAMARGO, M.; AQUINO, S. **Redes de Cidadania e Parcerias - enfrentando a rota crítica**. In: BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher - Plano Nacional: Diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo Políticas para as Mulheres. Brasília, 2003.

CARLOS, D. M. **Fatores de proteção sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica e abrigados – subsídios para a construção da resiliência**. 2010. 141p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

CASTELLS M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

CAVALCANTI. M. L. T. **A abordagem da violência intrafamiliar no programa médico de família – dificuldades e potencialidades**. 2002. Tese (Doutorado)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro 2002.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 191-202, 2002. Suplemento.

CONTINI, M. L. J., KOLLER, S. H. (org.). **A adolescência e psicologia: práticas e reflexões críticas**; Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

CUNHA, J. M. **A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar**. 2007. 177f. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

DALTOSO. D. **A percepção de enfermeiras na rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher**. 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

DOMINGOS, M. M. L. N. **Avaliação para melhoria da qualidade (AMQ):** monitorando as ações na saúde da família e criando possibilidades no cotidiano. 2010. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social.** São Paulo: Cortez. 2001

FERRARI, D. C. A. Definição de abuso na infância e na adolescência. FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Orgs.). **O fim do silêncio na violência familiar.** São Paulo: Ágora. 2002. p. 81-94.

FERRIANI, M. G, et al. **Debaixo do mesmo teto:** análise da violência doméstica. Goiânia: AB Editora. 2008.

FRIZZO, K. R.; SARRIERA, J. C. O Conselho Tutelar e a rede social na infância. **Psicologia USP.** São Paulo. vol. 16, n. 4, p. 175-196. 2005.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 18. n.1, p. 315-9. jan./fev. 2002.

GUEDES, A. A. B. **A informação na Atenção Primária em Saúde como Ferramenta para o Trabalho do enfermeiro.** 2007. 104f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GUERRA, V. N. A. **Violências de pais contra filhos:** a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez, 1998.

HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSEIN, W. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 7ª Ed, São Paulo: Ed Mosby, Elsevier, 2006.

INSTITUO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICA. (IBGE). 2010. Ribeirão Preto – SP. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?r=2&codmun=354340>> Acesso em: 12 dez. 2010.

IOSSI, M. A. **Um caminhar necessário:** a participação dos profissionais da saúde na assistência às crianças vítimas de violência doméstica. 2004. 130f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

KAEFER, C. O.; TRAESEL, E. S.; FERREIRA, C. L. A comunidade escolar como protagonista na prevenção da violência contra a criança e o adolescente. Santa Maria. **VIDYA**, v. 30, n. 2, p. 21-31, jul./dez. 2010.

LAMARE, T. **TÍTULO**. Ministério da Saúde. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo. **Anais eletrônicos**. Disponível em: http://www.proceedings.cielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100016&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 23 nov. 2010.

LUNA, G. L. M; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-491, 2010.

MARTINS, C. S.; FERRIANI, M. G. Caracterização dos agressores e vítimas de violência sexual intrafamiliar: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 129-139, 2003.

MARTINS, C. S. **A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes**. 2005. 136f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MARTINS, C. S. **A institucionalização de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: o cuidar na visão das instituições e das famílias envolvidas**. 2009. 185f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, fev. 2001.

MINAYO. M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e Criança**. São Paulo: EDUSP. p. 95-114. 2002.

MINAYO. M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora fiocruz. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRSCO, 12 ed. 2010.

MILANI, R. G; LOUREIRO, S. R. Famílias atendidas por violência doméstica: condições psicossociais pós- ações do Conselho Tutelar. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, p. 50-67, 2008.

MOSQUERA J. J. M.; STOBÄUS C. D. **Educação para a saúde: desafio para a sociedade em mudança**. 2. ed. Porto Alegre: D. C. Luzatto.1984.

OLIVEIRA. J. E. C. **As ações das escolas, através de seus gestores, no processo de enfrentamento da violência escolar**. 2009. 244f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial. **Violência e Saúde**. Genebra, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Ginebra: OMS, 1978.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. 256f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenhos das Unidades de Atenção Básicas em Saúde do Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto**. 2008. 237f. Livre docência, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

PERES, E. L. **Concepções e práticas dos conselheiros tutelares acerca da violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo sobre o caso de Curitiba**. 2001. 177f. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2001.

POLETTI, M. **Contextos ecológicos de promoção de resiliência para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade**. 2007. 104f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

PRIOTTO, E. P. **Violência escolar: Políticas públicas e práticas educativas**. 2008. 200f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2008.

RIBEIRÃO PRETO. **Plano Municipal de Saúde: 2005-2008**. 2005. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>. Acesso em: 15 Ago. 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Plano de Trabalho. 2006. Disponível em http://www.desenv.intranet.ribeiraopreto.sp.gov.br/leis/upload/15732_1.pdf. Acesso: 10 Jan. 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Departamento de vigilância epidemiológica: dados da violência doméstica**. 2010. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/vigep/violencia-domestica.pdf> Acesso em: 10 dez. 2010.

RIBEIRÃO PRETO. História do município de Ribeirão Preto- SP - 2011. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/conhecarib/i3301_principal.php. Acesso em: 19 jan. 2011.

RIBEIRO, M. A. **Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes**: estudo realizado no Centro de Referência da Criança e do Adolescente e nos Conselhos Tutelares de Ribeirão Preto. 2002. 154f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SAGIM, M. B. **Violência doméstica observada e vivenciada por crianças e adolescentes no ambiente familiar**. 2008. 283f. Tese (Doutorado)- Faculdade de filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

SALOMON, Z. Situação da criança e do adolescente e Israel: crescendo em ambientes violentos – vulnerabilidade e resiliência. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 73-91.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes**. São Paulo, 2004. (Guia para os profissionais de saúde).

SEADES. **Sistema Estadual de Análise de Dados**. São Paulo. Disponível em: <http://www.seades.gov.br> Acesso em: 15 de agosto de 2010.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. **Análise das tendências da produção acadêmica sobre acidentes e violências**. Claves-Ensp-Fiocruz, Rio de Janeiro. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**. 2001. 2. ed. Rio de Janeiro, FIOCRUZ / ENSP / CLAVES/ Ministério da Justiça/ Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SZYMANSKI, H. **A relação família/escola**: desafios e perspectivas. Brasília: Plano Editora, 2001.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1995.

TUESTA, A. J. A.; **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde. 1997. 162f. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

VENDRÚSCULO, T. S. **Políticas e prioridades políticas**: a experiência de Ribeirão Preto no atendimento à criança e ao adolescente, vítimas de violência doméstica. 2004. 291f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

WAIDMAN, M. A.; ELSÉN, I. Família e necessidades... revendo estudos. **Acta Sci, Health Sci**, Maringá, v.26, n.1, p.147-157, jan/jun. 2004.

Appendices

APÊNDICE A

Identificação

Idade:

Tempo de atuação na enfermagem:

Tempo deste serviço:

Este foi seu primeiro emprego?

Entrevista

- 1- Recebeu algum treinamento do programa de saúde da família? Se sim, em algum momento foi levantado o tema da violência doméstica?
- 2- Há algum treinamento ou preparo que você conhece ou teve para os profissionais de saúde em relação a violência doméstica contra crianças e adolescentes?
- 3- Fale um pouco sobre o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica aqui no núcleo.
- 4- Como você identifica que uma criança e/ou adolescente sofre de violência doméstica?
- 5- Você conhece alguma estratégia para investigar uma suspeita ou confirmação de violência doméstica?
- 6- Você conhece alguma ação de prevenção para a violência doméstica contra crianças e adolescentes? Se sim, você desenvolve alguma destas em sua unidade de saúde?
- 7- Existe algum protocolo que direciona vocês nos casos ou suspeita de violência doméstica em crianças e adolescentes?
- 8- Você conhece ou realiza alguma ação de prevenção contra a violência doméstica?
- 9- Quando há suspeita de violência doméstica, como que vocês levantam as informações necessárias para a investigação? Existe parceria com alguma instituição?
- 10- Como é o relacionamento da equipe de saúde com as famílias da comunidade?
- 11- O que vocês fazem no caso da confirmação de violência doméstica em crianças e adolescentes aqui no Núcleo?
- 12- Você já realizou algum tipo de notificação nos casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica?
- 13- Você tem alguma sugestão para ajudar no combate à violência doméstica?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Jéssica Totti Leite, CPF 327.122.108-16, RG 43.431.465-1, aluna de mestrado da EERP/USP. Estou realizando uma pesquisa sob a orientação da Profa. Dra. Maria das Graças Bomfim Carvalho, sobre a atuação do enfermeiro diante de casos de violência doméstica em crianças e adolescentes em Núcleo de Atenção Primária a Saúde. Nesta pesquisa realizarei entrevistas que serão gravadas e terão como finalidade conhecer aqueles fatores que poderiam facilitar um melhor atendimento a essas vítimas de violência doméstica.

Se você aceitar participar desta pesquisa, por favor, coloque seu nome e número do documento de identidade abaixo. No caso de dúvidas, ligue para o telefone 3039-3332. Será garantido o sigilo e anonimato dos entrevistados, o que não lhe causará nenhum dano ou exposição. Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessário, tendo a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa assim que desejar sem penalização alguma. Também ressalto que esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-CEP/CSE-FMRP-USP.

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, aceito _____ participar da pesquisa descrita acima. Confirmando ter recebido as informações sobre a pesquisa a ser desenvolvida, e ciente sobre os direitos abaixo relacionados, cedo também os direitos da entrevista e do levantamento de dados para serem divulgados em eventos científicos e periódicos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso traga qualquer prejuízo ao entrevistado.
3. A segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado.
4. O compromisso de me valer da legislação em caso de dano.
5. A garantia de que não haverá riscos e nem desconfortos, gastos de qualquer natureza.
6. A garantia de seguir todas as exigências que constam na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Enfermeiro (a)

Pesquisadora: Jéssica Totti Leite

Contato: Rua Abílio Loyola nº 35 Planalto Verde. Ribeirão Preto – São Paulo.
Telefone: (16) 3975-7083; E-mail: jessicaleite_enf@yahoo.com.br

Anexos

ANEXO A



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 20 de outubro de 2010.

Of. Nº.248/10/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

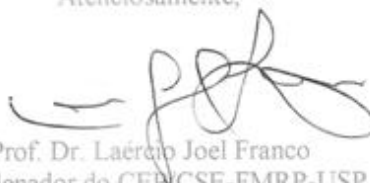
Prezada Senhora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; em reunião realizada no dia 19/10/2010, analisou e apreciou o parecer do senhor relator, referente ao projeto de pesquisa “**As ações de enfermeiros na atenção primária à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica do Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto-SP**”, protocolo nº.397/CEP/CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V. Sª e como pesquisadora, Jéssica Totti Leite, mestranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, foi **aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,




Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profª.Drª. Maria das Graças Bonfim de Carvalho do
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

ANEXO B

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Nº	
<p>Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).</p> <p>Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.</p>					
Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)			
	5 Data da Ocorrência da Violência	6 Hora da Ocorrência (0 - 24 horas)			
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome			8 Data de Nascimento	
	9 Idade	10 Sexo	11 Gestante		
	12 Cor	13 Escolaridade			
	14 Ocupação	15 Situação conjugal / Estado civil			
	16 Relações sexuais		17 Possui algum tipo de deficiência?		
	18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe		
	20 UF		21 Município de residência	22 Bairro de residência	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número		
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência				
	32 UF		33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência	
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36 Número	
	38 Zona de ocorrência		39 Ocorreu outras vezes?		
	41 Meio de agressão		42 Tipo de violência		
	37 Complemento (apto., casa, ...)		40 A lesão foi autoprovocada?		
	38 Zona de ocorrência		39 Ocorreu outras vezes?		
	41 Meio de agressão		42 Tipo de violência		

Lesão	43 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Sem lesão 05 - Contusão 09 - Órgãos internos do tórax 13 - Amputação 02 - Fratura 06 - Queimadura 10 - Vasos sanguíneos 14 - Traumatismo dentário 03 - Entorse/luxação 07 - Traumatismo crânio-encefálico 11 - Nervos 15 - Outros (espec.) _____ 04 - Corte/perfuração/laceração 08 - Órgãos internos do abdome 12 - Intoxicação 99 - Ignorado		
	44 Parte do corpo atingida 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Cabeça/face <input type="checkbox"/> Boca/dentes <input type="checkbox"/> Tórax/dorso <input type="checkbox"/> Membros superiores <input type="checkbox"/> Pescoço <input type="checkbox"/> Coluna/medula <input type="checkbox"/> Abdome/quadril <input type="checkbox"/> Membros inferiores <input type="checkbox"/> Outros _____		
Violência Sexual	45 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Outros _____		46 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal
Em casos de violência sexual	47 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____		
	48 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da agressão	49 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	50 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido	51 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	52 Suspeita de uso de álcool/drogas 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Evolução e encaminhamento	53 Evolução do caso / Encaminhamento no setor saúde 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito 9 - Ignorado		
	54 Se óbito, data 		
	55 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____		
	56 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
Informações complementares e observações			
Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	
		Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura