**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LÊDA MARIA ALBUQUERQUE

**CONSTRUÇÃO DE UM SUBCONJUNTO
TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES VULNERÁVEIS À
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

**SÃO PAULO
2014**

LÊDA MARIA ALBUQUERQUE

**CONSTRUÇÃO DE UM SUBCONJUNTO
TERMINOLÓGICO DA CIPE[®] PARA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES VULNERÁVEIS À
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EEUSP-EERP da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Emiko Yoshikawa Egry

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Marcia Regina Cubas

**SÃO PAULO
2014**

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Albuquerque, Lêda Maria

Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica / Lêda Maria Albuquerque. São Paulo, 2014.

176 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcia Regina Cubas

Área de concentração: Saúde Coletiva

1. Enfermagem. 2. Classificação. 3. Terminologia.
4. Violência doméstica. 5. Violência contra o menor.
6. Adolescência. 7. Atenção primária à saúde. 8. Saúde pública.
I. Título.

LÊDA MARIA ALBUQUERQUE

CONSTRUÇÃO DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE®
PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES VULNERÁVEIS À VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da EEUSP-EERP da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos profissionais integrantes da Rede de Proteção de Curitiba, dos órgãos governamentais e não governamentais, que cotidianamente lutam em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho tem a contribuição de muitas pessoas, com as quais tenho compartilhado muito mais do que reflexões teóricas.

À Prof.^a Dra. Emiko Yoshikawa Egry, pela oportunidade de percorrer esse caminho, pelos ensinamentos, e pela serenidade e clareza com as quais me guiou.

À Prof.^a Dra. Marcia Regina Cubas, pelo exemplo, visão, apoio e amizade.

À Prof.^a Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, que abriu minha visão sobre a questão de gênero, mas, mais do que isso, me acolheu em sua casa e em sua família. Gratidão eterna.

À Prof.^a Dra. Miriam Nóbrega, que me apresentou à CIPE[®] e à CIPESC[®] e disse-me que era possível. Com seu jeito manso, estimula, aponta desafios e convida à construção coletiva. Estendo os agradecimentos às colegas pós-graduandas da UFPB/Centro CIPE: Ana Cláudia, Luciana, Lina e Grace Kelly.

Às amigas Maira Apostólico e Rafaela Gessner, pelo carinho, apoio, companheirismo, pela alegria contagiante e pelos momentos compartilhados.

Aos colegas mestrandos, doutorandos, pós-doutorandos e pesquisadores com os quais convivi em disciplinas e discussões nos grupos de pesquisa, especialmente: Paula Hino, Paula Grazi, Rebeca, Dayann, Claudia Marques, Tereza, Maycon, Cecília, Dora Salcedo, Paula Miura, Karen, Vânia Souza, Laura, Vanessa Comassetto, Dani(s), Iara, Patrícia Rocha, Patrícia Carvalho, Vânia Carnassale, Aline, Rosalinda, Simone e Cynthia.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, especialmente ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, suas professores, especialistas e funcionários, com as quais vivenciei o verdadeiro significado do termo “acolher”.

Ao Programa de Mestrado em Tecnologia em Saúde da PUCPR, pelo apoio dos funcionários, professores e alunos com os quais tive a oportunidade de compartilhar espaços de estudo e trocas, especialmente: Carina, Mariane, Denilsen, Elaine e Luiz.

Aos colegas da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, instituição da qual me orgulho em pertencer há mais de 25 anos e que tem impulsionando meu desenvolvimento profissional e pessoal. Em nome dos amigos Simone Perotta, Soriane Martins, Márcia Steil e Toni Silveira, agradeço aos demais companheiros de jornada, que sempre me estimularam a seguir em frente.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico – CNPq, pela bolsa concedida.

À minha rede de apoio: mãe, pai (*in memoriam*), sogra, irmãos, cunhados, sobrinhos, tias, compadres, amigos; e à Néia, pelo carinho e estímulo.

Aos meus queridos: meu marido Lidio, meus filhos Aline e Marcos. O amor de vocês foi o motor propulsor para eu trilhar esta jornada, assim como tem sido a fonte de inspiração para minha vida.

Por fim, agradeço a Deus por abençoar minha vida com caminhos virtuosos e pessoas especiais e por sempre me sustentar em todos os momentos.

Albuquerque LM. Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: a violência doméstica contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo, multifacetado e arraigado nas relações sociais que, por vezes, apresenta-se naturalizado e até banalizado. Historicamente, ela existe nas sociedades desde os primórdios. Nas últimas décadas, porém, houve o aumento significativo de casos de violência contra a criança e o adolescente no mundo. Ao mesmo tempo cresceu, também, a preocupação com a denúncia e o enfrentamento do problema, principalmente por organismos mundiais. Tal preocupação se expressa nas políticas públicas, como tem sido no Brasil. A Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos *locus* em que se pode visibilizar e enfrentar a violência doméstica, pois lida com as populações do território, suas famílias, as creches e as escolas. Preparar os profissionais da APS para lidar com esse fenômeno tem sido um desafio, mas a enfermagem, por meio de sua prática social, apresenta potencial para o enfrentamento da violência doméstica. As consultas de enfermagem devem ser instrumentalizadas para tal, recomendando-se o uso de terminologia padronizada como facilitadora da boa comunicação entre os profissionais e da tomada de decisões nos serviços de saúde. Desse modo, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) recomenda a estruturação de subconjuntos terminológicos como estratégia para facilitar seu uso pelos profissionais. **Objetivo:** organizar um subconjunto terminológico de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente. **Método:** pesquisa do tipo metodológica, ancorada nos referenciais da TIPEsc – Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva e estruturada em quatro fases interdependentes e subsequentes: 1) identificação de termos e conceitos relevantes para a prática de enfermagem em relação ao enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes; 2) mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE®, versão 2011; 3) elaboração dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; 4) estruturação do subconjunto terminológico da CIPE® para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Resultados:

a revisão de literatura para identificação dos termos resultou em 40 artigos selecionados na base BIREME, que foram processados na ferramenta PORONTO, gerando, assim, uma lista com 17.365 termos. Estes foram normalizados e resultaram em 514 termos que foram mapeados e cruzados com os existentes na CIPE[®] 2011, evidenciando 214 termos constantes e 138 não constantes nessa classificação. Dessa forma, constituiu-se o banco de termos da linguagem especial de enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente, o qual, juntamente com o modelo de sete eixos da CIPE[®], a norma ISO 18.104 e o modelo teórico, ancorou a elaboração de 139 diagnósticos/resultados e 222 intervenções de enfermagem. Dessa maneira, foi organizado o subconjunto terminológico. **Conclusões:** a produção do subconjunto ancorado pela visão de mundo da TIPESC possui potencial para aprimoramento da prática profissional no espaço da consulta de enfermagem sistematizada e no âmbito da Atenção Básica de Saúde, bem como no processo de formação de novos profissionais e na educação permanente dos atuais. Faz-se necessária a continuidade da pesquisa, visando à validação conceitual dos termos não constantes na CIPE[®].

PALAVRAS-CHAVES: Enfermagem. Classificação. Terminologia. Violência Doméstica. Violência Infantil. Adolescência. Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva.

Albuquerque LM. Construction of a terminology subset from ICNP® for vulnerable children and adolescents to domestic violence [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: domestic violence against children and adolescents is a complex, multifaceted phenomenon, rooted in social relations, which is sometimes featured as natural and common place. Historically, it has existed since primitive societies. However, in the past decades, there has been significant increase in the number of cases of children and adolescents' abuse worldwide. Meanwhile, there has also been an increase in the concern to report it and cope with the problem mainly on the part of world organizations. Such concern has been revealed in public policies like in Brazil. The Primary Healthcare Center is one of the *loci* to unveil and cope with domestic violence as it deals with populations, families, day care centers and schools within its territory. Thus, training professionals to deal with such a phenomenon has been a challenge, but nursing, by means of its social practice, has the potential to cope with domestic abuse. Nursing consultations must use instruments for that, being recommended standardized terminology to facilitate effective communication among professionals and decision-making in health services. Thus, the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) recommends to structure terminology subsets as a strategy to facilitate their use by professionals. **Objective:** To organize a terminology subset on nursing diagnoses, results and interventions to cope with domestic violence against children and adolescents. **Method:** methodological research grounded on TIPESC (Theory of Nursing Praxis Intervention in Collective Health) background and framed in four interdependent and subsequent phases: 1) identification of terms and concepts relevant for nursing practice regarding coping with domestic violence against children and adolescents; 2) cross-checked mapping of the identified terms with the ICNP® terminology, version 2011; 3) elaboration of enunciates for nursing diagnoses, results and interventions; 4) framing of the ICNP terminology subset to cope with domestic abuse against children and adolescents. **Results:** literature review for term identification resulted in 40 selected articles in BIREME database, processed by means of PORONTO tool, thus generating a list of 17,365 terms. Those were standardized and resulted in 514 terms which were mapped and

cross-checked with the existing ones in ICNP[®] 2011, evidencing 214 existing terms and 138 non-existing terms in this classification. Thus, special nursing terminology database to cope with domestic abuse against children and adolescents was framed, which anchored the elaboration of 139 diagnoses/results and 222 nursing interventions along with the ICNP[®] 7-Axis model, ISO 18104 and the theoretical model. Thus, the terminology subset was organized. **Conclusions:** the elaboration of the subset grounded on TIPESC worldview has the potential to refine professional practice in systematic nursing search and in the scope of Primary Healthcare, besides the process of training new professionals and provide ongoing education to current ones. The continuity of the research is deemed necessary aiming at the conceptual validation of non-existing terms in the ICNP[®].

KEY WORDS: Nursing. Classification. Terminology. Domestic violence. Child abuse. Adolescence. Primary Healthcare. Collective Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Modelo 7 Eixos CIPE®	59
Figura 2 – Esquema explicativo da determinação social do processo saúde-doença	71
Figura 3 – Modelo teórico para a construção do subconjunto terminológico para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade para a violência doméstica.	78
Figura 4 – Representação esquemática do percurso metodológico.....	81
Figura 5 – Esquema representativo dos processos de mapeamento e normalização realizados	99

QUADROS

Quadro 1 – Políticas públicas brasileiras de enfrentamento à violência	35
Quadro 2 – Subconjuntos terminológicos desenvolvidos em programas brasileiros de pós-graduação em enfermagem	62
Quadro 3 – Relação de artigos selecionados na revisão de literatura	91
Quadro 4 – Exemplos de verbos identificados nos artigos e a frequência de aparição	95
Quadro 5 – Exemplos de adjetivos identificados nos artigos e a frequência de aparição	96
Quadro 6 – Exemplos de substantivos identificados nos artigos e a frequência de aparição	96
Quadro 7 – Quadro demonstrativo dos termos selecionados em relação à CIPE® 2011, de acordo com a classificação de Leal ⁽¹⁵⁸⁾	100

Quadro 8 – Quadro-síntese dos termos classificados de acordo com Leal ⁽¹⁵⁸⁾ , distribuídos por eixos da CIPE® 2011.....	108
Quadro 9 – Distribuição dos termos identificados na literatura em constantes e não constantes nos eixos da CIPE® 2011.....	109
Quadro 10 – Comparação entre os diagnósticos/resultados de enfermagem CIPE® 2011 e os construídos no estudo	111
Quadro 11 – Relação das intervenções de enfermagem pertencentes ao grupo promoção.....	119
Quadro 12 – Relação das intervenções de enfermagem pertencentes ao grupo causas, consequências e manifestações	121

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE [®]	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC [®]	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
DE	Diagnóstico de Enfermagem
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IE	Intervenções de Enfermagem
ISO	International Organization for Standardization – (Organização Internacional de Normalização)
MHD	Materialismo Histórico e Dialético
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
RE	Resultados de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TIPESC	Teoria da Intervenção Prática em Saúde Coletiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	JUSTIFICATIVA	26
3	OBJETIVOS	30
3.1	GERAL.....	31
3.2	ESPECÍFICOS.....	31
4	MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS.....	33
4.1	MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS FORMAS DE ENFRENTAMENTO NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA.....	34
4.2	MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	52
5	MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO	65
5.1	MARCO TEÓRICO	66
5.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	78
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	88
6.1	IDENTIFICAÇÃO DOS TERMOS E MAPEAMENTO CRUZADO.....	89
6.2	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE	111
6.3	ESTRUTURAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE	128
7	CONCLUSÕES	151
	REFERÊNCIAS	155
	APÊNDICE.....	173
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	174
	ANEXO	175
	PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	176

APRESENTAÇÃO

Meu interesse por esta temática relaciona-se à experiência acumulada na área de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e no desenvolvimento e implantação de nomenclatura de enfermagem, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) e na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC[®]). O resultado dessas experiências está disponível no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS - Curitiba), desde 2004, e é fruto de um trabalho iniciado em 2002. Durante o mestrado, avaliei a implantação da CIPESC[®] no prontuário eletrônico⁽¹⁾ e, desde então, tenho me dedicado aos estudos da SAE e das classificações de enfermagem, especialmente a CIPE[®] e a CIPESC[®].

Na SMS também tive a oportunidade de trabalhar como articuladora regional da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. Implantada no município no ano de 2000, a Rede desempenha importante papel de identificação da violência doméstica e de delineamento de intervenções, por meio do acompanhamento e da prevenção da ocorrência de novos casos, bem como de capacitações dos profissionais e de articulações com outros órgãos, comunidades e famílias. Simultaneamente, atuei como articuladora regional do Programa Adolescente Saudável da SMS, que preconiza o atendimento integral ao adolescente, bem como a promoção do protagonismo juvenil.

O contato com esses temas tem gerado inquietações que me mobilizaram para a presente investigação com a perspectiva de contribuir para a ampliação dos conhecimentos da enfermagem e para a compreensão do fenômeno da violência doméstica que acomete crianças e adolescentes, a fim de delinear estratégias que impactem positivamente o enfrentamento do problema, além de apoiar a nomeação, documentação e visibilidade do trabalho desempenhado pela enfermeira da Atenção Básica de Saúde.

Os direitos das crianças

Ruth Rocha

Toda criança do mundo deve ser bem protegida
Contra os rigores do tempo, contra os rigores da vida.

Criança tem que ter nome
Criança tem que ter lar
Ter saúde e não ter fome
Ter segurança e estudar.

Não é questão de querer, nem questão de concordar
Os direitos das crianças, todos tem de respeitar.

Direito de perguntar... ter alguém pra responder.
A criança tem direito de querer tudo saber.
A criança tem direito até de ser diferente.
E tem que ser bem aceita seja sadia ou doente.

Tem direito à atenção, direito de não ter medos
Direito a livros e a pão, direito de ter brinquedos.

Mas a criança também tem o direito de sorrir.
Correr na beira do mar, ter lápis de colorir...

Lamber fundo de panela
Ser tratada com afeição
Ser alegre e tagarela
Poder também dizer não!

Festejar o aniversário, com bala, bolo e balão!
Brincar com muitos amigos, dar uns pulos no colchão.

Ter tempo pra fazer nada, ter quem penteie os cabelos,
Ficar um tempo calada... Falar pelos cotovelos.

Uma caminha macia, uma canção de ninar,
uma história bem bonita, então, dormir e sonhar...

Embora eu não seja rei, decreto, neste país,
Que toda, toda criança tem direito a ser feliz!

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Dentre os problemas de saúde que acometem as crianças e os adolescentes, a violência aparece com destaque. Por se tratar de um fenômeno socio-histórico, que acompanha a humanidade^(2,3), a violência é difícil de ser conceituada, sendo vista “por vezes, como uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural por vezes uma resultante das interações sociais por vezes ainda como um componente cultural naturalizado”^(2:10).

Entretanto, segundo Minayo⁽²⁾, há consenso entre os estudiosos do assunto sobre sua permanência em todas as sociedades e sobre o fato de constituir-se em um fenômeno complexo, um problema social e histórico, nutrido por aspectos contextuais específicos, cujas manifestações concretas possibilitam a sua percepção como objeto de reflexão e superação⁽²⁾. As causas externas, que incluem os diferentes tipos de violência e os acidentes, estão entre os principais problemas de saúde pública em nosso país, provocando significativo impacto na saúde e na qualidade de vida da população^(4,5).

Até a década de 1960, as violências ocupavam o quarto lugar no perfil de mortalidade geral, mas, a partir da década de 1980, com a transição epidemiológica, observou-se a ascensão de doenças circulatórias para a primeira causa de mortalidade, seguidas pelas causas externas, em segundo lugar, e as neoplasias, em terceiro⁽²⁾. No entanto, a mudança epidemiológica associada à efervescência das lutas por conquistas democráticas e por direitos humanos, em especial os direitos das crianças e dos adolescentes⁽⁶⁾, nas décadas de 1980 e 1990, impulsionou a inclusão do tema da violência na pauta do setor de saúde.

Nesse contexto, no alvorecer do segundo milênio, o governo brasileiro lançou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências⁽⁷⁾, com o principal propósito de reduzir a “morbimortalidade por acidentes e violência no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população”^(5:429).

Ao reconhecer a violência como problema social complexo e causa de muitos danos, o setor de saúde considera a premência de uma abordagem diferenciada, para além da identificação e do tratamento dos casos, o que significa, também, promover: o desenvolvimento de ações de prevenção; a identificação de situações de risco e dos grupos mais vulneráveis; o diálogo com os familiares; e a articulação com outros setores do serviço público, bem como organizações da sociedade civil⁽⁸⁾.

A violência, um fenômeno bastante amplo, pode ser tipificada como: intrafamiliar ou doméstica; social; estrutural; institucional; delinquencial; e comunitária. Dentre estas, destaca-se o tipo de violência estrutural, que se assenta nas desigualdades geradas pela má distribuição de renda, típica de sociedades divididas em classes sociais⁽⁹⁾. Todas as formas, entretanto, apresentam consequências negativas para as pessoas, especialmente para as crianças e os adolescentes.

Apesar de bastante semelhantes à primeira vista, existem diferenças entre os tipos *violência intrafamiliar* e *violência doméstica* que, mesmo sendo sutis, devem ser mencionadas.

A *violência intrafamiliar* é entendida como qualquer ação ou omissão que cause prejuízo à integridade psicológica e/ou física do indivíduo, afetando negativamente seu desenvolvimento. É impetrada por um membro de sua família, incluindo pessoas que desempenham papel parental, ainda que sem consanguinidade, dentro ou fora de casa⁽¹⁰⁾. Já a *violência doméstica* é aquela que ocorre dentro do espaço do domicílio e inclui outras pessoas do convívio, mesmo sem função parental.

Na prática, entretanto, os dois termos referem-se ao mesmo problema, pois denominam conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão⁽⁸⁾. No presente estudo adota-se o termo *violência doméstica*, pois para o grupo geracional de adolescentes e crianças parece fazer mais sentido.

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é considerada como:

todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes tem de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento^(11.36).

A “transgressão do poder/dever de proteção do adulto”, acima citada, certamente é um dos aspectos que agravam a situação, uma vez que a criança ou adolescente, conforme seu papel histórico em nossa sociedade e pelas características próprias de um ser em desenvolvimento, esperam do adulto proteção, segurança e afeto.

Segundo sua natureza, os atos violentos podem ser classificados em^(9,10):

- **violência física:** caracterizada pelo uso intencional da força física com objetivo de ferir, punir, deixando, ou não, marcas evidentes no corpo;
- **violência psicológica:** representada por toda forma de desrespeito, desqualificação, discriminação, que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou adolescente;
- **violência sexual:** praticada quando uma pessoa, em situação de poder, obriga outra a práticas sexuais contra a vontade, usando força física ou influência psicológica. Inclui desde o exibicionismo até o ato sexual em si, bem como a exploração sexual visando ao lucro;
- por fim, a **negligência:** caracterizada pela omissão de cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança e do adolescente. Nesse sentido, o abandono é uma forma extrema de negligência.

A caracterização de diferentes formas de violência favorece sua identificação, mesmo que comumente estejam entrelaçadas⁽⁵⁾, expressando-se associadamente, como aquelas praticadas nas relações interpessoais e as provenientes do sistema social⁽¹²⁾.

É importante, também, não confundir *negligência* com *violência estrutural*, pois esta impõe condições sociais de privação às famílias, limitando o provimento das necessidades dos seus membros. Assim, quando a família se encontra em situação de exclusão social, com prejuízo à sua sobrevivência e redução das possibilidades de superação da condição de pobreza, o convívio salutar fica prejudicado, o que favorece o desequilíbrio das relações.

Além disso, o orçamento familiar insuficiente pode influenciar mais significativamente os membros mais vulneráveis, como os filhos, que podem ser levados ao abandono da escola ou ao trabalho infantil, entre outras violações dos seus direitos fundamentais⁽¹³⁾. Assim, diante da situação de violência doméstica é preciso avaliar o contexto global e evitar o pré-julgamento e a culpabilização da família.

Além de compreender a violência doméstica, suas características, formas de manifestação e consequências para crianças e adolescentes, é importante refletir sobre a infância e a adolescência do ponto de vista histórico.

A palavra infância vem do francês *enfant*, “aquele que não fala”. Tal ideia reflete a concepção remota da criança como alguém sem capacidade própria, sem valor e sem espaço na sociedade. De fato, no passado, tão logo conseguisse agir sem apoio da mãe, a criança era inserida no mundo dos adultos, sem identidade própria⁽¹⁴⁾.

De acordo com Ariès⁽¹⁵⁾, na família da época medieval, a criança era considerada um adulto em miniatura, ignorando-se a sua condição peculiar de ser em desenvolvimento. Precocemente, desempenhava tarefas equivalentes às dos adultos e a sobrecarga de atividades, associada às más condições ambientais, culminava em elevada mortalidade. Portanto, não havia naquela ocasião o que o autor denomina de “sentimento de infância”.

Com a revolução industrial, vinculada ao modo de produção capitalista surge a família moderna composta de pai, mãe e filhos, no

modelo patriarcal, ou seja, tendo o pai como chefe. A criança começa a ter espaço dentro da família e passa a ser disciplinada pela educação⁽¹⁶⁾.

Assim, a estrutura familiar vem se modificando ao longo do tempo e no mundo contemporâneo é contingenciada pela urbanização, pelo desenvolvimento econômico, pelos avanços dos meios de comunicação, dentre outros fatores que levam a alterações da estrutura e dos valores familiares. Essas modificações influenciam diretamente o modo como a infância é percebida⁽¹⁶⁾.

Apesar das modificações na ideia de família, esta ainda é permeada pela visão patriarcal, gerando relações assimétricas de poder⁽¹⁷⁾. Tal desigualdade se manifesta, dentre outras maneiras, na violência de gênero, que atinge as mulheres, inclusive as adolescentes, e na violência de geração, que afeta crianças e adolescentes⁽¹⁸⁾.

Na década de 1940 a criança passa a ser considerada objeto de afeto, além de ter direitos assegurados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, declarada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Por conseguinte, com o objetivo de reconhecimento das especificidades da infância, distintas das do mundo adulto⁽¹⁹⁾, a ONU proclamou a Declaração Universal dos Direitos da Criança em 1959, a qual estabeleceu em dez princípios os direitos fundamentais para as crianças (ou seja, os menores de 18 anos), tais como os direitos à liberdade, a brincar, aos estudos e ao convívio social.

Posteriormente, em 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas publicou a Convenção sobre os Direitos das Crianças, legitimando-as como sujeito de direitos e tornando-se o instrumento de direitos humanos mais aceito no mundo, ratificado por 193 países⁽²⁰⁾, dentre eles, o Brasil. Seu formato de convenção imputa aos países signatários a incorporação dos deveres jurídicos em seu sistema legal.

A discussão internacional sobre direitos humanos, associada ao movimento nacional de democratização, inspirou a formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA⁽²¹⁾. Promulgado em 1990, o documento reitera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e

atribui à família e ao Estado, provedor de políticas públicas, a responsabilidade de promover seu pleno desenvolvimento.

A despeito dos importantes avanços, crianças e adolescentes continuam sofrendo, especialmente aqueles afetados pelas desigualdades sociais perpetuadas historicamente, as quais determinam a baixa escolaridade, a exploração no trabalho, a gravidez precoce, o abuso e a exploração sexual, e tantas outras formas de violência.

A maneira de conceber a infância, vem se modificando ao longo da história. A criança passou a ser vista como um indivíduo pertencente à sociedade, inserido na cultura e em interação com ela. Tal visão contribuiu para a desnaturalização da infância como algo universal⁽¹⁴⁾. Sendo assim, não existe uma infância universal, mas muitas “infâncias”, cujas expressões individuais vinculam-se à inserção histórica, cultural, de classe, de etnia e de gênero⁽²²⁾.

Já a adolescência, em consonância com o paradigma biologicista, predominante em nosso meio, é conceituada como o período de transformações da puberdade e tratada de maneira natural, homogênea e universal. No entanto, é preciso ressaltar que existem definições mais amplas que consideram a adolescência como um fenômeno social, pois está imbricada nos aspectos culturais, sociais e históricos das sociedades em que se insere⁽²³⁾.

Ao pensar a diversidade de contextos econômicos, sociais, culturais, em distintos tempos históricos, constata-se que a adolescência é plural, diversificada e em cada tempo e espaço se manifesta de maneira diferente, individual e coletivamente, configurando-se como fenômeno social e submetida ao modo de produção predominante⁽²³⁾.

Esta maneira histórica e dialética de olhar a infância e adolescência é adotada no presente estudo, pois essas categorias geracionais, assim como outras, são socialmente determinadas, ou seja, dependentes das formas de inserção na produção societal em um dado tempo histórico.

É imperativo que a violência doméstica contra crianças e adolescentes seja enfrentada por toda a sociedade, destacadamente

pelos serviços de saúde, mediante o exercício de políticas públicas competentes, asseguradas por profissionais de saúde instrumentalizados e capazes de intervir.

Scherer e Scherer⁽²⁴⁾ discutem o papel da equipe multiprofissional de saúde na identificação e no manejo dos casos de maus tratos contra a criança, uma vez que a sua interrupção precoce pode evitar o trauma contínuo e reduzir danos à saúde. Os autores destacam, também, o potencial da enfermeira para o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de reabilitação, bem como de articulador entre os diversos serviços de saúde, de educação, judiciários, comunitários, entre outros.

Dentre as diferentes maneiras de enfrentar a violência doméstica contra crianças e adolescentes, cabe à enfermeira a apropriação de instrumentos que o auxiliem a reconhecer, descrever e atuar sobre o fenômeno. As classificações de enfermagem têm o propósito de apoiar a nomeação dos fenômenos presentes na prática, bem como de estabelecer intervenções e acompanhamento dos resultados.

Atualmente, existem diversos sistemas de classificação 5tem enfermagem, tais como: classificação de diagnósticos de Enfermagem da NANDA International⁽²⁵⁾, cuja primeira versão foi lançada em 1970; Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos⁽²⁶⁾; de Intervenções de Enfermagem⁽²⁷⁾; de Resultados de Enfermagem⁽²⁸⁾; da CIPE^{®(29)}, dentre outros.

Nesse contexto, a CIPE[®] foi concebida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) como um instrumento de informação destinado a descrever a prática de enfermagem e torná-la visível nos sistemas de informação de saúde, explicitando a contribuição da Enfermagem para os cuidados de saúde⁽³⁰⁾. Em essência, a CIPE[®] apresenta-se como uma linguagem unificada para a expressão dos elementos da prática de enfermagem, ou seja, o que as enfermeiras fazem em relação às necessidades de cuidado identificadas, com vistas a produzir determinados resultados⁽²⁹⁾. Dessa forma, a partir da CIPE[®], é possível

criar declarações de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Desde 1990, foram lançadas oito versões desse sistema, o que evidencia seu caráter dinâmico e mutável: Alfa, Beta, Beta 2, Versão 1.0, Versão 1.1, Versão 2, a CIPE[®] 2011 e a CIPE[®] 2013. Já nos anos iniciais do desenvolvimento da CIPE[®], o CIE percebeu uma lacuna de termos referentes à prática de enfermagem na área de extrainternação, criando, assim, um projeto específico para supri-la. Dentre os países convidados a participar desse projeto estava o Brasil^(29,31), representado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que coordenou o projeto CIPE[®], desenvolvido de 1996 a 2000.

Por meio do projeto CIPE[®] foi possível revisitar as práticas de enfermagem em saúde coletiva, captando sua diversidade e amplitude em nosso país de dimensões continentais. Um dos resultados demonstrou as diferentes faces dos processos de trabalho em enfermagem na saúde coletiva⁽³²⁾; o outro gerou um inventário vocabular⁽³³⁾ o qual consiste em uma lista de termos presentes no cotidiano da enfermagem nos serviços de atenção básica de saúde e que foram categorizados segundo os eixos da CIPE[®] - versão Beta.

No processo evolutivo da CIPE[®] a versão 1.0 apresentou mudanças mais significativas, pois passou a ser um recurso para acomodar vocabulários existentes, desenvolver novos vocabulários e identificar relacionamentos entre conceitos e vocabulários. Essa versão foi desenvolvida por meio da *Web Ontology Language* (OWL) e sua estrutura reduziu-se de 16 para sete eixos, evitando redundância e ambiguidade dos termos. A intenção de criar o modelo de sete eixos era tornar a classificação mais amigável aos usuários⁽²⁹⁾.

Outra estratégia contida na versão 1.0 foi o incentivo à estruturação de catálogos ou subconjuntos terminológicos contendo diagnósticos, resultados e intervenções para uma área específica da Enfermagem⁽²⁹⁾, com vistas a facilitar a integração da CIPE[®] à prática⁽³⁴⁾.

Os passos iniciais para o desenvolvimento do catálogo compreendem a definição do cliente e da prioridade de saúde⁽³⁴⁾. Desse modo, no presente estudo, os clientes são as *crianças* e os *adolescentes* e a prioridade de saúde é a *violência doméstica*.

No Brasil, embora se detectem diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem nos registros em saúde, os mesmos não são realizados de maneira padronizada, pois ainda é incipiente a utilização de sistemas classificatórios de enfermagem⁽³⁵⁾.

Diante desse contexto emerge a questão norteadora: quais conceitos da prática de enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenções) descrevem o cuidado de enfermagem para as crianças e os adolescentes vulneráveis à violência doméstica?

Assim, este trabalho pretende contribuir com novos saberes que qualifiquem os processos de trabalho das enfermeiras e contribuam para o reconhecimento e para a intervenção no fenômeno da violência doméstica, a qual afeta crianças e adolescentes.

2 Justificativa

2 JUSTIFICATIVA

A violência doméstica contra crianças e adolescentes consiste em um fenômeno contraditório e complexo, o qual tem em sua causalidade componentes históricos, culturais e estruturais imbricados, apresentando uma multiplicidade de consequências individuais e sociais.

Em pesquisa nacional por amostragem, publicada pelo IBGE, em 1989, o domicílio foi o local em que mais frequentemente ocorreu a violência física contra a infância e a adolescência. Cerca de 200.000 crianças e adolescentes declararam terem sofrido agressão física, sendo que, em 80% dos casos, os agressores eram parentes e conhecidos.⁽³⁶⁾

Segundo o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência do Ministério da Justiça, que compilou dados de 1.635 conselhos tutelares de todo o Brasil, no período compreendido entre 1999 e 2004, foram contabilizadas 174.851 notificações de violações, sendo a convivência familiar e comunitária o direito mais violado, com o equivalente a 51% dos registros. Nesses casos, os principais violadores foram a mãe e o pai, representando uma tendência também encontrada em outras pesquisas⁽³⁷⁾.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, no período entre 2000 e 2002, teve 3.103 notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes, a maioria delas por negligência e abandono, seguidas de agressões físicas, abuso sexual e abuso psicológico. Ao agrupar todos os tipos, a mãe foi a principal agressora (56,6%), exceto nos casos de abuso sexual nos quais o pai aparece como responsável principal. Dentre as notificações, 1.948 delas foram agressões contra crianças de 0 a 9 anos, sendo que, destes, 46,5% eram meninos e 53,5%, meninas⁽³⁷⁾.

Apesar de esses dados representarem apenas a ponta do *iceberg*, uma vez que a violência doméstica ainda é bastante subnotificada, é possível perceber a extensão e a gravidade do problema. Identifica-se que mesmo um serviço estruturado para atuar frente à violência doméstica contra a criança e o adolescente, com rede constituída e

disponibilidade de uma nomenclatura de enfermagem com diagnósticos e intervenções, não é suficiente para que a enfermeira reconheça a violência doméstica e atue sobre ela.

De acordo com Apostólico et al⁽³⁸⁾ se os profissionais não perceberem a violência como um foco de sua prática, de maneira ampliada e dialética a intervenção não será adequada. O autor ressalta, ainda, a importância da disponibilidade de diagnósticos e intervenções voltadas para a família, uma vez que a abordagem individual é, boa parte das vezes, insuficiente⁽³⁸⁾.

O uso de terminologia padronizada facilita a documentação em saúde, contribuindo para a boa comunicação entre os profissionais, bem como para a tomada de decisões nos serviços de saúde. O rápido aumento do uso de sistemas de registros eletrônicos de dados de saúde impulsiona o uso de terminologias padronizadas, tendo em vista seu potencial de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência e para a geração de novos conhecimentos⁽³⁴⁾.

Por ser uma terminologia que representa o domínio da prática de enfermagem internacionalmente, a CIPE[®] facilita a coleta, a armazenagem e a análise dos dados e tem potencial de aplicação nos distintos cenários de práticas para apoiar a nominação dos fenômenos dos quais a enfermagem se ocupa. No entanto, com o seu crescimento, tornou-se extensa e complexa, de tal forma que a estruturação de subconjuntos terminológicos passou a ser uma importante estratégia para facilitar seu uso pelos profissionais nos diversos contextos (geográficos, culturais e clínicos) de prática, além de contribuir para sua expansão⁽³⁷⁾, uma vez que detalha termos que representam áreas específicas de atuação.

O desenvolvimento de subconjunto específico, contendo uma coletânea de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, tem o potencial de consolidar-se como importante ferramenta para a identificação e a nominação das situações com as

quais se deparam as enfermeiras, assim como das estratégias que empregam e dos resultados que obtém no seu cotidiano, além de apoiar a documentação, aumentando a visibilidade do trabalho da enfermeira diante do fenômeno em foco.

Justifica-se o presente estudo por não existir ainda um subconjunto terminológico de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente que utilize a estrutura da CIPE[®] e o referencial teórico da TIPESC. Assim, pretende-se contribuir para a consolidação da própria CIPE[®] e para o conhecimento da enfermagem.

3 Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Organizar um subconjunto terminológico de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os termos e conceitos presentes na literatura científica para subsidiar a construção de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem;
- Elaborar as afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Bem no Fundo

No fundo, no fundo,
bem lá no fundo,
a gente gostaria
de ver nossos problemas
resolvidos por decreto
a partir desta data,
aquela mágoa sem remédio
é considerada nula
e sobre ela — silêncio perpétuo
extinto por lei todo o remorso,
maldito seja que olhas pra trás,
lá pra trás não há nada,
e nada mais
mas problemas não se resolvem,
problemas têm família grande,
e aos domingos saem todos a passear
o problema, sua senhora
e outros pequenos probleminhas.

Paulo Leminski

4 Marcos teórico- conceituais

4 MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Neste capítulo, apresenta-se uma revisão de literatura subdividida em dois tópicos.

O primeiro abordará a violência e a participação do setor de saúde no seu enfrentamento, as especificidades da violência doméstica contra as crianças e os adolescentes e a atuação dos profissionais de saúde, em especial da enfermeira, frente ao fenômeno. O segundo, por sua vez, abrangerá a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®) e a estruturação de subconjuntos terminológicos de enfermagem.

4.1 MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS FORMAS DE ENFRENTAMENTO NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

A violência está presente desde o início da história da humanidade, mas nem por isso deve ser vista como natural ou inevitável. Com ocorrência e crescimento em todo o mundo, mas com dimensão real desconhecida em sua totalidade, causa um impacto negativo às economias dos países, devido aos custos dos serviços de saúde e absenteísmo ao trabalho, além do impacto do sofrimento humano que é incalculável⁽³⁹⁾.

Constitui-se como um problema social, que transforma-se em questão de saúde por provocar impactos negativos à saúde individual e coletiva, com lesões físicas e psíquicas que exigem a prestação de cuidados específicos, e, também, por incluir-se como tema para trabalhos preventivos e de promoção da saúde.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou a resolução WHA49.25, na qual declarou a violência como o maior e mais crescente problema de saúde pública. Chamou, assim, a atenção do mundo para as consequências, a curto e longo prazos, para

indivíduos, famílias, comunidades e países, e recomendou a realização de diagnósticos situacionais e planos de enfrentamento locais⁽⁴⁰⁾.

Dessa forma, o setor de saúde vem sendo chamado a assumir o seu papel diante da violência. No Brasil, a estruturação de políticas específicas tem sido uma vertente de atuação, em consonância com as recomendações de organismos internacionais como a OMS, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), reafirmando o papel do setor e apresentando diretrizes para que os estados e municípios implementem ações para o enfrentamento do fenômeno.

No Quadro 1 estão dispostas portarias, leis e decretos que tratam de diretrizes e ações frente à violência.

Quadro 1 – Políticas públicas brasileiras de enfrentamento à violência

Ano	Política	Instrumento	Propósito
2000	Plano Nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil ⁽⁴¹⁾		
2001	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência	Portaria MS/GM nº. 737, de 16/05/01 ⁽⁷⁾	Estabelece diretrizes e atribui responsabilidades institucionais. Pressuposto básico a articulação intrasetorial e intersetorial.
2001		Portaria nº. 1.968/GM, de 25/10/01 ⁽⁴²⁾	Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde (SUS).
2003	Política Nacional de Atenção às Urgências	Portaria nº. 1.863/GM, de 29/09/03 ⁽⁴³⁾	Aprimoramento e a expansão dos atendimentos pré, intra e pós-hospitalares das vítimas de acidentes e violências, dentre outros eventos que requerem esse tipo de atenção.
2003		Lei nº. 10.778, de 24/11/03 ⁽⁴⁴⁾	Institui a notificação compulsória de violência contra a mulher.
2003		Lei nº. 10.741 de 1/10/2003 ⁽⁴⁵⁾	Institui o Estatuto do Idoso.

(continua)

(continuação)

Ano	Política	Instrumento	Propósito
2004	Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes ⁽⁴⁶⁾		Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: – organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; – articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/AIDS; – promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.
2004		Decreto nº. 5.099, de 03/06/04 ⁽⁴⁷⁾	Regulamenta a notificação compulsória de violência contra a mulher.
2004	Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde	Portaria MS/GM nº. 936, de 19/05/04 ⁽⁴⁸⁾	Visa a implantação /implementação dos núcleos de prevenção das violências e promoção da saúde em âmbito local, voltados para a atenção integral e proteção às pessoas e suas famílias em situação de violência.
2004		Portaria nº. 2.406, de 05/11/04 ⁽⁴⁹⁾	Institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher dentro do SUS e aprova instrumento e fluxo para notificação nos serviços de saúde.
2005	Aprovação da Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências ⁽⁵⁰⁾		Contempla as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas;
2006	Política Nacional de Promoção da Saúde	Portaria nº. 687/GM ⁽⁵¹⁾	Reforça medidas anteriores e revalida o seu caráter transversal e estratégico ao contemplar os condicionantes e determinantes das violências e acidentes no país. Visa, também, a promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, bem como a estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no país;
2006	Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio	Portaria nº. 1.876/GM, de 14/08/06 ⁽⁵²⁾	Reforça a necessidade da notificação dos casos de suicídio e tentativas, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências.
2006	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – Viva	Portaria nº. 1.356/GM, de 23/06/06 ⁽⁵³⁾	Estabelece vigilância constante e vigilância por inquérito. Ficha de investigação SINAN – Net.
2006	Lei Maria da Penha	Lei nº. 11.340 de 07/08/06 ⁽⁵⁴⁾	Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

(continua)

(continuação)

Ano	Política	Instrumento	Propósito
2007		Decreto nº. 6.230, de 11/10/07 ⁽⁵⁵⁾	Cria a Agenda Social Criança e Adolescente. Estabelece o compromisso pela redução da violência contra crianças e adolescentes. Institui o comitê gestor de políticas de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes.
2008	Pacto pela Vida ⁽⁵⁶⁾	Publicação do Ministério da Saúde	Dentre os indicadores desse pacto, citam-se: implantação da notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências e implantação de núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde. Prevê, além disso, atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.
2010	Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências ⁽⁵⁷⁾	Publicação do Ministério da Saúde	Estabelece parâmetros para identificação e intervenção perante a violência contra crianças e adolescentes.
2011		Lei nº. 12.461, de 26/07/11 ⁽⁵⁸⁾	Altera a Lei n.º 10.741 e reforça a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a pessoa idosa atendida em serviço de saúde.
2011	Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes	Publicação do Ministério da Saúde ⁽⁵⁹⁾	Visa a promover, por intermédio de formação profissional continuada, a organização e a sustentabilidade da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual. Desenvolver conhecimentos sobre a formação de redes integradas de atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual, articulando-as com outras redes específicas (para crianças, idosos e outros segmentos).

(conclusão)

É inegável que passos importantes têm sido dados no sentido de inserir o tema da violência no setor de saúde, seguindo uma trajetória persistente para sua legitimação, com a oferta de parâmetros, diretrizes e possibilidades; entretanto, são ainda insuficientes para a efetivação de ações tanto dos serviços quanto dos profissionais em favor daqueles que sofrem com o problema.

Sem prescindir dos demais setores da sociedade, a área da saúde configura-se como o campo para o enfrentamento da violência, como ponto nevrálgico de oportunidade de contato continuado com a população

em diferentes momentos da vida e por motivos diversos, além de ser um espaço para onde confluem os problemas decorrentes da violência.

Superar a dimensão exclusivamente curativa de atendimento às vítimas da violência, apesar de sua inegável importância, é o desafio que se apresenta, uma vez que se faz necessário ampliar o rol de ações de prevenção do problema e de promoção de condições salutogênicas que possam fazer frente à violência.

Violência doméstica contra crianças e adolescentes

A violência contra a criança está presente na história desde os tempos primitivos, mas a partir da década de 1960 passou a ser foco de estudos de profissionais da saúde^(60,61). Dentre as diversas manifestações de violência que atingem crianças e adolescentes, certamente, a mais perversa é a que ocorre no espaço domiciliar, no contexto das relações familiares.

A violência doméstica é reiterada pela crença de que os pais tem total autonomia de decisão sobre seus filhos e sempre esteve associada ao processo educativo, como instrumento de disciplinamento, diante de comportamentos considerados impróprios⁽⁶¹⁾.

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) reconhece a família como unidade fundamental da sociedade e ambiente natural para garantir o crescimento saudável e o bem-estar de seus membros, especialmente das crianças, assim como o reconhecem, também, a Declaração Universal de Direitos Humanos, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Porém, na prática, o espaço de convivência nas famílias pode ser local perigoso para crianças e adolescentes ao se configurar como cenário dos mais diversos tipos de violência⁽⁶²⁾.

Coibir a violência que ocorre no meio familiar é particularmente difícil, pois a visão cultural do espaço doméstico como esfera privada ainda predomina na sociedade. Porém, há que se destacar os avanços

dos marcos legais que valorizam os direitos humanos e estabelecem políticas de proteção aos direitos das crianças e adolescentes, e definem o papel do Estado para assegurar esses direitos, independente do *locus* em que sejam infringidos.

No Brasil, a Constituição cidadã de 1988⁽⁶³⁾ e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽²¹⁾, de 1990, são importantes marcos legais para a criação de uma cultura favorável em defesa dos direitos das crianças e adolescentes, bem como para o estabelecimento de estratégias concretas de acesso às políticas sociais.

Os praticantes da violência contra a criança e o adolescente no domicílio incluem, via de regra, pessoas com vínculo familiar e afetivo, pais, padrastos e madrastas, avós, tios, cuidadores alternativos, sogros, irmãos, parentes mais distantes⁽⁶²⁾ e, ainda, vizinhos. Já os tipos de violência sofridos pelas vítimas variam em conformidade com a idade e estágio de desenvolvimento⁽⁶²⁾.

A violência física compreende uma variedade de formas de agressões; algumas mais leves, que não deixam marcas visíveis, outras mais acentuadas, como queimaduras, chutes, tapas, mordidas, asfixia, agressões com instrumentos, como cintos, chinelos, dentre outros. Há, ainda, situações extremas que podem culminar em óbito. Em quaisquer das situações existem consequências danosas à saúde psicológica e ao desenvolvimento da criança e do adolescente⁽⁶²⁾.

Em relação à violência física fatal, as crianças menores são mais vulneráveis, até mesmo pela sua condição de fragilidade, dependência dos adultos e incapacidade de defesa. Países que investigam óbitos infantis com mais rigor constataram que o risco de crianças menores de um ano serem vítimas de homicídio é três vezes superior ao de crianças entre um e quatro anos e duas vezes, entre crianças de cinco a 14 anos⁽⁶²⁾. Entretanto, como a maioria dos países não dispõe de sistema avançado de notificação e monitoramento de óbitos infantis, muitos casos de homicídios domésticos ficam ocultos na mortalidade geral de crianças abaixo de cinco anos.

Já em relação à negligência, caracterizada pelo não atendimento às necessidades físicas e emocionais da criança ou do adolescente, é o tipo de violência mais comum, sendo, por vezes, difícil distinguir se ocorre deliberadamente, por ignorância ou por impossibilidade da família de assistir a criança⁽⁶²⁾. Somam-se à negligência a violência sexual e a psicológica.

A primeira ancora-se na cultura do silêncio, sob a qual crianças e adolescentes não podem contar o que sofrem e os adultos não falam sobre os riscos de o problema ocorrer, ficando, ainda, sem ação quando se deparam com tal problema. A segunda associa-se aos demais tipos de violência e caracteriza-se por ameaças, humilhações, xingamentos, insultos, rejeição, dentre outras formas de desvalorização. Suas marcas são mais sutis, menos visíveis.

Outro tipo de violência vivenciada pelas crianças e adolescentes em seus lares é a chamada *violência indireta*, ou seja, quando não é alvo direto dos atos violentos, mas os presencia entre membros da família⁽⁶²⁾. Nesse caso, predomina a violência de gênero contra suas mães.

Inúmeros aspectos desencadeiam, facilitam e perpetuam a violência contra crianças e adolescentes. No entanto, todos têm em comum o abuso de poder do mais forte – o adulto, em contraposição ao mais fraco – a criança e o adolescente⁽⁶⁴⁾.

Sendo a violência doméstica contra a criança e o adolescente um fenômeno complexo, torna-se relevante compreender os componentes que favorecem sua ocorrência⁽⁶⁵⁾, tais como: características dos pais⁽⁶⁶⁾, das crianças e do grupo familiar – poder e autoridade; socialização pela violência; valores culturais; estrutura familiar; classe social; bem como estresse ambiental e ausência de apoio social.

As famílias, assim como as sociedades, estão em processo contínuo de mudança. O desenvolvimento dos países tem provocado alterações significativas na sua constituição e no seu modo de vida. A explosão da urbanização, levando à aglomeração em grandes centros, associada à concentração de renda, tem contribuído com a degradação das condições

de vida das famílias, a ponto de, no mundo, um em cada três moradores urbanos residir em favelas⁽⁶²⁾.

Também vem ocorrendo perda de proteção social. Por um lado, pela redução da rede de apoio das famílias, tradicionalmente exercida por parentes, padrinhos, vizinhos⁽⁶²⁾, pois todos estão submetidos às mesmas condições econômicas e sociais e, por outro lado, pela dificuldade de acesso aos serviços como educação, saúde, creches, dentre outros.

A pressão pela sobrevivência, com jornadas de trabalho extensas e extenuantes, residências lotadas e escassez de recursos, resultam em situações de estresse. O quadro ainda se agrava em famílias monoparentais, que, além das desvantagens econômicas, sofrem com a sobrecarga de não dispor do cônjuge para dividir as responsabilidades de cuidar e educar os filhos⁽⁶²⁾ e realizar as tarefas cotidianas próprias da vida em família.

Os danos da nova conformação das famílias sobre a saúde dos seus membros, em especial sobre os mais frágeis – crianças, adolescentes e idosos - têm sido alvo de estudos em todo o mundo. Na perspectiva de Gallo e Williams⁽⁶⁷⁾ a análise de fatores de risco para conduta infracional em adolescentes constatou que, dentre outros fatores, a vida em famílias monoparentais chefiadas, predominantemente, por mulheres, com baixa escolaridade, exercendo trabalho pouco qualificado e com baixa remuneração, é fortemente impactada por essas condições, refletindo diretamente no estilo parental exercido pela mãe no processo de cuidar/educar os filhos.

Na perspectiva do presente estudo, pode-se dizer quase o mesmo, mas deve-se ressaltar que não são fatores de risco, mas vulnerabilidades dadas historicamente em que as questões relativas a gênero fazem sentido, principalmente para as classes sociais menos privilegiadas⁽⁶⁸⁾.

As formas de relações familiares são construídas socialmente, com base na cultura e nos valores, os quais, por sua vez, também são construídos historicamente nos diferentes espaços geopolíticos. Assim, a violência que ocorre no âmbito doméstico é reflexo das relações violentas

que transitam no espaço público e privado, em que um retroalimenta o outro continuamente.

Autores como Bittar e Nakano atribuem à falta de habilidades sociais e os traços antissociais dos pais os fatores de risco familiar para a ocorrência da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Neste mesmo estudo⁽⁶⁹⁾, que investigou os motivos de agressão de mães aos seus filhos, constatou-se a relação dessas agressões com a história vivida em suas famílias de origem, quando crianças.

Dentre aspectos que contribuem para a dificuldade do desenvolvimento da identidade materna e, conseqüentemente, de um modelo de cuidado e afeto a ser aplicado junto aos filhos, estão: a experiência de uma infância marcada por perdas de pessoas significativas, seja por falecimento ou por separação dos pais, levando à falta de referência das figuras maternas e/ou paternas e à desestruturação da família nuclear; a convivência em um ambiente permeado pelo uso de álcool e outras drogas resultando em violência familiar, presenciada ou sofrida; e as carências afetivas durante a infância, dentre outros fatores.

Denota-se, por meio destas afirmações, um posicionamento ideológico que imputa à família idealizada a incompetência em cuidar dos seus. Mesmo que, muitas vezes, essa falta de domínio seja realidade, não se pode isentar a sociedade, seus aparatos jurídico-ideológicos e as formas de relações sociais de produção, da responsabilidade pela produção da violência.

Sabe-se que a violência usualmente se concretiza contra pessoas com algum tipo de desvantagem, seja física, emocional ou social. A que ocorre no ambiente doméstico denota especialmente as desigualdades tanto de geração, pois são os adultos agredindo as crianças e adolescentes, quanto de gênero, predominantemente perpetradas pela figura masculina, de maneira direta - contra as meninas - e indireta - quando direcionada às mães.

O fenômeno da violência, visto em sua multiplicidade de causas e consequências e a partir do imbricamento entre aspectos internos próprios de cada pessoa e as determinações sociais expressas nos contextos de vida, resulta na singularidade de desgastes e potencialidades (vulnerabilidades e resiliências) próprias de cada pessoa ou grupo homogêneo.

A presença da violência dentro da família é fruto das vulnerabilidades sociais, culturais, econômicas, políticas e, ao mesmo tempo, geradora de outras vulnerabilidades que afetam diretamente cada um de seus membros, particularmente as crianças e os adolescentes, devido à fase de desenvolvimento em que se encontram. Como exemplo, tem-se o aliciamento de crianças e adolescentes para a exploração sexual⁽⁷⁰⁾.

Considerando-se a complexidade do fenômeno da violência, cabe uma reflexão sobre o conceito de vulnerabilidade. Esse conceito nasce na área de defesa dos direitos humanos para denominar indivíduos ou grupos fragilizados, política ou juridicamente, quanto à proteção, promoção ou garantia dos seus direitos de cidadania. Sua migração para área da saúde se dá com o surgimento da epidemia da Aids, especialmente pela influência dos movimentos ativistas e de defesa dos direitos humanos⁽⁷¹⁾.

Desde então, o conceito de vulnerabilidade vem sendo aprimorado, mas, em síntese, significou uma ampliação da visão sobre os problemas de saúde, superando a abordagem tradicional de avaliação de risco individual ao considerar os aspectos coletivos e contextuais.

A vulnerabilidade compõe-se de três eixos que se articulam entre si: o componente *individual*, que se refere às informações, atitudes, valores e crenças da pessoa, bem como à sua capacidade de processamento e incorporação de novos comportamentos no seu repertório de vida; o componente *social*, que implica a obtenção da informação e a capacidade de processá-la e incorporá-la, e que está condicionada ao acesso aos meios de comunicação, de escolarização e à possibilidade de superar

barreiras culturais; e, por fim, o componente *programático*, caracterizado pelo acesso aos recursos para evitar a exposição ao problema e acessar os meios de proteção, incluindo-se a organização das instituições (de saúde, de educação, de ação social, de cultura, entre outras) para fazer frente ao problema⁽⁷¹⁾.

O uso do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde se deu com a epidemia da Aids, mas sua incorporação nesse setor vem crescendo, dada sua potencialidade para a interpretação e intervenção sobre o processo saúde-doença, na perspectiva da determinação social⁽⁷²⁾, o que possibilita sua aplicação a fenômenos fortemente radicados nos aspectos sociais, como o tema do presente estudo.

Desse modo, a aplicação do conceito de vulnerabilidade possibilita particularizar a relação parte-todo⁽⁷¹⁾, ou seja, compreender como as dimensões (particular, singular e estrutural) da realidade em que a pessoa está inserida se articulam para produzir violência e não-violência.

Neste momento, é relevante compreender algumas características do conceito de vulnerabilidade, como o fato de ser multidimensional, ou seja, em uma mesma situação a pessoa pode estar vulnerável a alguns agravos e a outros, não. A vulnerabilidade se dá em diferentes graus e dimensões, os quais mudam constantemente ao longo do tempo. Logo as pessoas não são vulneráveis, mas *estão vulneráveis*⁽⁷¹⁾.

A compreensão da violência doméstica contra a criança e o adolescente à luz da vulnerabilidade amplia a visão da enfermeira e muda o foco da culpabilização dos pais, reconhecendo-os como atores sociais que também estão submetidos a condições adversas e que apresentam contradições dialéticas nas relações parentais. Com isso, busca-se desenvolver valores que tornam o ser humano qualitativamente melhor, incorporando valores como solidariedade, compaixão, amor, liberdade e autonomia para a vida em sociedade.

Estudos têm mostrado que algumas características das crianças e dos adolescentes tornam-nos mais vulneráveis à violência doméstica, tais como: filhos não planejados; crianças adotadas ou sob guarda; recém-

nascidos prematuros de baixo peso; portadores de anomalias congênitas ou deficiência física ou mental; filhos que não correspondem às expectativas dos pais; ou, ainda, quando estão em fase de desenvolvimento específicos, como durante o período de treinamento de esfínteres^(73;65). Estas configuram-se, portanto, como situações que exigem muito dos pais, do ponto de vista físico, emocional, social e econômico, e geram alto nível de estresse.

Estudos mostram que existem características nas famílias ocidentais contemporâneas que podem significar proteção contra a violência doméstica: é o caso da família que estabelece relação afetiva com a criança e o adolescente, repassando valores como a cooperação, a aceitação, a tolerância, a alteridade e a solidariedade⁽⁶⁹⁾.

Outro aspecto igualmente considerado protetor é a existência de uma rede social de apoio sólida, que ofereça suporte à família e seus membros no desempenho das tarefas cotidianas, bem como na superação de situações de maior adversidade como a perda de um emprego ou de um ente querido⁽⁶⁹⁾.

A rede social de apoio compreende todas as relações do indivíduo nas múltiplas situações da vida e contempla os membros da família, colegas de trabalho, amigos, vizinhos, assim como as organizações não governamentais e os serviços governamentais, os quais possuem possibilidade de fornecer ajuda à pessoa e à família⁽⁷⁴⁾.

Assim, como funções da rede social, temos: companhia social; apoio emocional; guia cognitivo; regulação social; ajuda material ou de serviços e acesso a novos contatos⁽⁷⁵⁾. Observa-se, ainda, o apoio operacional⁽⁷⁵⁾ que se efetiva no auxílio para o desempenho de tarefas cotidianas como os afazeres domésticos, levar ou pegar as crianças na escola, dentre outras.

Consequências e manifestações da violência doméstica contra a criança e o adolescente

As crianças e adolescentes que vivenciam situações de violência doméstica podem apresentar algumas manifestações psicológicas, tais como: alteração do padrão do sono; pesadelos repetitivos; ansiedade; raiva; culpa; vergonha; medo do agressor e de pessoas com biotipo semelhante ao dele; isolamento social; dificuldade para resolver problemas interpessoais; autoagressão; baixa autoestima; hostilidade; depressão; dificuldade de percepção da realidade; baixo desempenho escolar; sentimento de rejeição, entre outros. Há, ainda, alguns quadros mais graves como ideação suicida, fobias e outros transtornos psiquiátricos⁽⁷⁶⁾.

Naqueles que sofrem abusos sexuais alguns sinais podem ser mais específicos, como masturbação excessiva, banhos frequentes, distúrbios da imagem corporal, comportamento auto e hetero destrutivo, sintomas psicóticos⁽⁷⁶⁾ e, ainda, enurese e/ou encoprese, comportamento sedutor ou sexualizado, falta de confiança em si, infecções urinárias e doenças sexualmente transmissíveis⁽⁷⁷⁾.

O uso de álcool e outras drogas por adolescentes e adultos tem sido apontado como importante desdobramento dos eventos de violência nos períodos iniciais da vida, o que aumenta a probabilidade de perpetuação da violência doméstica, desta vez como perpetradores contra seus parceiros íntimos e filhos⁽⁷⁸⁾.

Por outro lado, pertencimento social tem sido apontado como um diferencial nas questões pertinentes à violência doméstica contra a criança e o adolescente, pois, embora esse fenômeno ocorra em todas as classes sociais, é nas mais desfavorecidas que assume dimensões mais devastadoras. A pobreza aumenta em 22 vezes o risco de violência contra as crianças, em 56 vezes o de negligência educacional e em 60 vezes o risco de morte por abuso e/ou negligência⁽⁷⁶⁾.

A lista de problemas decorrentes dos atos violentos não se findam, pois, em se tratando de pessoas *sui generis* em contextos de vida

singulares são muitas as possibilidades de arranjos com potencial contributivo para o agravamento ou superação das consequências da violência doméstica contra a criança e o adolescente, desde a duração do evento, até a intervenção por agentes públicos (profissionais da saúde, educação, serviço social, jurídico, conselho tutelar, entre outros), passando pela existência de rede social de apoio e por aspectos internos constitutivos da criança ou adolescente.

Atuação dos profissionais da Atenção Básica

No setor de saúde, de maneira especial, a Atenção Básica de Saúde configura-se como espaço privilegiado para a identificação da violência doméstica contra a criança e o adolescente e para a atuação dos profissionais no seu enfrentamento.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽⁷⁹⁾, revisada e publicada em 2012, reafirmou as Unidades de Saúde (US) como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde e reiterou os princípios sobre os quais está ancorada: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Por conseguinte, ressaltam-se as diretrizes acerca do desenvolvimento da atenção integral de modo que esta provoque impacto na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades: adscrição de clientela pela delimitação territorial, com responsabilidade sanitária pela população residente; uso de tecnologias de cuidado complexas, para apoiar o manejo das necessidades de saúde prevalentes e importantes no território, seguindo-se critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e observando-se “o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos”⁽⁷⁹⁾.

Complementarmente, as ações de seguimento e monitoramento da saúde de gestantes, crianças e adolescentes, o atendimento às demandas e intercorrências à saúde, apresentadas por essa clientela, as

atividades coletivas preventivas realizadas no território, as ações educativas realizadas em escolas e centros de educação infantil, as visitas domiciliares às famílias do território, entre outras ações, representam excelentes oportunidades de detectar situações de vulnerabilidade para a violência doméstica contra a criança e o adolescente, bem como situações explícitas de violação dos direitos das crianças e adolescentes.

Os profissionais de saúde, atores que efetivamente operacionalizam as ações em saúde, são peças-chave na implementação de políticas públicas em favor dos direitos das crianças e dos adolescentes, as quais são expressas em ações de identificação e notificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência, bem como de assistência e seguimento dos confirmados e, ainda, de prevenção da ocorrência de novos casos e/ou reincidências e, especialmente, de promoção de relacionamento saudável entre pais e filhos.

Para que realizem a identificação, no entanto, é preciso que conheçam sobre a violência doméstica contra a criança e o adolescente e sobre quais os potenciais desencadeadores e manifestações mas, principalmente, que reconheçam suas próprias possibilidades de atuação frente à situação.

Estudos nacionais dedicados a entender como os profissionais de saúde se portam sobre a violência doméstica contra a criança e o adolescente^(80;81;82;83) apontam que em relação ao procedimento de notificação existe uma posição contraditória, pois, ao mesmo tempo em que reconhecem sua importância como instrumento para dimensionamento do problema e como um dos meios para sua interrupção, esses profissionais revelam que não a realizam⁽⁸⁰⁾.

Dentre os motivos alegados para a não notificação estão a dúvida sobre realmente se tratar de violência doméstica contra a criança ou o adolescente, especialmente quando a família silencia ou apresenta versão diferente da apresentada pela criança ou adolescente, ou quando recusa qualquer forma de informação, auxílio ou intervenção. Percebe-se,

dessa forma, que ainda persiste a crença de que se devem notificar apenas os casos confirmados⁽⁸⁰⁾.

Atrela-se a isso a abordagem realizada pelos profissionais, que, diante das situações atendidas, focam-se nos sinais evidentes de agressão^(81;82), deixando de visualizar as situações mais dissimuladas, cujas marcas não estão reveladas em hematomas, mas são decorrentes de violências tão ou mais graves do que as demonstradas por sinais visíveis.

Outro obstáculo à notificação mencionado na literatura é a ausência de protocolo institucional que oriente as ações, gerando inseguranças sobre as decisões, bem como medo de implicações legais sobre o profissional e de manifestações dos agressores. Assim, a decisão de notificar não se baseia na orientação da legislação vigente, mas fica condicionada às especificidades de cada caso, às características pessoais dos profissionais e à estrutura do serviço^(80;83).

Diferentemente do que se pensa, a notificação não é uma ação de caráter de denúncia policial, mas uma informação epidemiológica que visa noticiar a situação, tanto dentro do setor saúde como para fora de seus limites, transformando-se em instrumento concreto de articulação com parceiros dos setores de educação e de assistência social, dentre outros⁽⁸³⁾.

A notificação é, ainda, um propulsor de ações de investigação mais aprofundada⁽⁸³⁾, permitindo conhecer melhor a família, elucidar os fatos e identificar recursos que possam ser acionados no sentido de defender os direitos de crianças e adolescentes. Dessa forma, a notificação visa a desencadear uma rede de proteção, bem como de suporte à família, em favor da criança e do adolescente, objetivos maiores da atuação do profissional de saúde nessas situações.

No que concerne às dificuldades anteriormente descritas, ao se investigar as ações adotadas em situação de violência doméstica contra a criança e o adolescente foram encontradas a notificação, a discussão da situação com outro membro da equipe multiprofissional e o acionamento

de psicólogos e assistentes sociais, tanto para apoio a si mesmo como às famílias⁽⁸⁰⁾.

É preciso lembrar que as dificuldades encontradas pelos profissionais para o desempenho de uma assistência eficaz junto a crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica contribuem para a persistência da invisibilidade do fenômeno, fato que requer providências urgentes, dentre as quais: a inclusão da temática no processo de formação e educação continuada dos profissionais⁽⁸⁰⁾, a organização de protocolos institucionais⁽⁸¹⁾ que definam fluxos, os serviços de referência e a constituição de redes intersetoriais articuladas para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente.

Dessa forma, o profissional se sentirá mais amparado e fortalecido para sua atuação, a qual deve estar em consonância com as diretrizes do SUS expressas nas leis, portarias, normas, protocolos, no sentido da integralidade do atendimento às crianças, aos adolescentes e famílias em situação de vulnerabilidade para a violência doméstica.

Dada a complexidade do objeto em questão é necessária a ação interdisciplinar e multiprofissional, de maneira articulada e complementar. Tal articulação só faz sentido no campo prático, onde os profissionais que atuam nos setores de saúde, ação social, educação, direito, interagem entre si e com os movimentos sociais para agregar forças e fazer frente à violência⁽⁸⁴⁾.

Reconhecendo a colaboração interdisciplinar e multiprofissional como estratégias a serem adotadas frente à complexidade do fenômeno da violência, há que se identificar a especificidade de cada um dos profissionais.

Uma vez que o foco deste trabalho é o desenvolvimento de um instrumento para apoiar a profissional enfermeira que atua na Atenção Básica de Saúde para o reconhecimento e enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente, se faz necessário

compreender como essa profissional tem se posicionado diante desse fenômeno.

A enfermagem atua na atenção integral à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica, incluindo ações de: identificação^(77;66); notificação^(77;66); encaminhamento de vítimas e agressores⁽⁷⁷⁾; ações de prevenção⁽⁷⁷⁾; trabalho de orientação dos pais sobre processo disciplinatório⁽⁶⁶⁾; e, especialmente, acionamento de parceiros de outras instituições, que configurem a rede de proteção⁽⁶⁶⁾.

A assistência de enfermagem à criança ou ao adolescente vulneráveis à violência doméstica tem como intenção a cessação da violência, diante da perspectiva do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito.

Tendo em vista o uso de violência como instrumento disciplinatório pelos pais⁽⁸⁵⁾, é preciso desenvolver um trabalho com estes, orientando-os e apoiando-os para a reorganização de papéis e relações intra e extrafamiliares. Dada a complexidade inerente ao agravo da violência, trata-se de um trabalho a médio e longo prazo.

É preciso que a enfermeira esteja presente junto à família para descobrir maneiras de promover seu fortalecimento, bem como mobilizá-la para o alcance de seu bem-estar para além dos aspectos biológicos, de maneira que recuperem a confiança ou a crença em suas capacidades⁽⁸⁶⁾.

A aproximação da enfermeira das famílias residentes em seu território, especialmente junto à família agressora, com a perspectiva de estabelecimento de vínculo, é o ponto de partida para a aplicação das etapas da consulta ou do processo de enfermagem, as quais incluem a coleta de dados, o diagnóstico, o planejamento, a implementação das intervenções e a avaliação. Compreender o contexto em que a família está inserida, a dinâmica familiar, assim como seus padrões de comunicação e de interação intra e extrafamiliar, é fundamental para estabelecer a assistência de enfermagem.

4.2 MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A operacionalização do cuidado prestado pela enfermeira nos diversos contextos de prática se efetiva pela aplicação do processo/consulta de enfermagem: instrumento constituído por etapas que se articulam entre si com o objetivo de coletar dados para identificar as necessidades de cuidado, planejar e implementar ações para manutenção ou melhoria do estado de saúde do indivíduo, família ou comunidade⁽¹⁾.

O termo *processo* foi aplicado ao contexto da enfermagem, primeiramente, em 1950, em uma palestra ministrada nos Estados Unidos por Lynda Hall, que o caracterizou como a atuação da enfermeira com e para o paciente⁽⁸⁷⁾.

No percurso de desenvolvimento da profissão, identificam-se três gerações do Processo de Enfermagem (PE).

A primeira surgiu em 1967 e o descreveu em quatro fases: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação. Naquela ocasião, as soluções dos problemas dos pacientes focalizavam prioritariamente as condições fisiopatológicas e médicas⁽⁸⁸⁾.

Com a realização da primeira conferência para a classificação de diagnósticos de enfermagem realizada em 1973, pela American Nurses Association, a fase diagnóstica do PE é incluída neste, o que demarca sua segunda geração⁽⁸⁸⁾.

A inclusão da fase de diagnóstico alavancou o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, o qual passou a enfatizar o raciocínio diagnóstico e o pensamento crítico e transformou o PE em instrumento para solução de problemas, o qual é lógico e linear e configura-se como processo dinâmico de apoio à tomada de decisão dos profissionais⁽⁸⁸⁾.

Cresceu rapidamente o interesse pelo Processo de Enfermagem no mundo, o que o levou a ser usado no ensino e, também, como guia para o desenvolvimento de padrões para a prática de enfermagem⁽⁸⁷⁾.

No Brasil, a proposição do PE por Wanda Horta⁽⁸⁹⁾ provocou grande impacto, especialmente nas escolas de nível superior de enfermagem, embora a introdução de sistemas de classificação de enfermagem em nosso país tenha sido posterior.

A terceira geração, iniciada na década de 1990, focaliza-se na verificação de resultados do paciente que sejam sensíveis à intervenção de enfermagem⁽⁸⁸⁾.

São muitas as formulações a respeito do Processo de Enfermagem e suas definições, disponíveis na literatura. Entendido como um conjunto de passos que visa à individualização do cuidado por meio de abordagem de solução de problemas, é guiado por teoria ou modelo conceitual de enfermagem e, também, pelos conhecimentos científicos e experiências da enfermeira que o aplica⁽⁸⁷⁾.

O processo de enfermagem possui aspectos próprios que o qualificam como instrumento indispensável para a prática profissional: a intencionalidade, a organização, a dinamicidade, a flexibilidade e o uso de embasamento teórico⁽⁹⁰⁾. Acrescentam-se a isso, integrar a base legal da profissão; basear-se no conhecimento; ser planejado; ser focado no usuário e voltado às metas⁽⁹¹⁾.

Apontam-se, ainda, como razões para seu estudo e aplicação, o fato de ser a primeira ferramenta para começar a pensar como enfermeira, de sustentar, praticamente, todos os modelos de cuidado e propiciar o pensamento crítico e a tomada de decisão e, também, porque a aplicação de seus princípios constitui-se em base para a prática segura da enfermagem⁽⁹²⁾.

Garcia e Nóbrega^(88:189) definem o processo de enfermagem sob dois aspectos:

- 1) como instrumento tecnológico - para favorecer o cuidado, organizar as condições necessárias à realização dos cuidados e para documentar a prática profissional.
- 2) como modelo metodológico - para identificar, descrever, explicar/predizer necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos de ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que os

aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem.

A Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem⁽⁹³⁾, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, considera o processo de enfermagem um instrumento metodológico que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional e reitera sua organização em cinco fases inter-relacionadas e interdependentes: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.

É consenso na literatura que sua organização em etapas é para facilitar a sua explicação, pois, na prática, ocorrem de maneira articulada e até sobreposta⁽⁹⁴⁾. Por se tratar de um método para guiar as ações, o processo de enfermagem deve ser aplicado em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

A resolução, referida anteriormente, esclarece dois aspectos importantes. Primeiramente, faz a equiparação entre os termos **Processo de Enfermagem** e **Consulta de Enfermagem**, elucidando que esta se refere à aplicação do Processo, com todas as suas fases, em serviços de saúde ambulatoriais, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros. Afirma, ainda, que os técnicos e auxiliares de enfermagem, participam da execução do PE naquilo que lhe couber, em conformidade com o estatuto legal da profissão^(95;96), sob a supervisão da enfermeira.

Tais pontos são importantes, pois esclarecem distorções conceituais e históricas na nossa profissão entre Processo e Consulta de Enfermagem, como se fossem coisas diferentes, e, também, por explicitar a participação dos demais membros da equipe de enfermagem, exceto no estabelecimento de diagnóstico e da prescrição, privativos da enfermeira⁽⁹⁷⁾.

Por fim, a Resolução 358/2009 estabelece o registro formal da execução do processo/consulta de enfermagem junto à pessoa, família ou coletividade, incluindo: um resumo dos dados; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade

humana; as ações ou intervenções implementadas e, ainda, os resultados obtidos em decorrência das ações ou intervenções de enfermagem implementadas⁽⁹³⁾.

Logo a aplicação do processo/consulta de enfermagem proporciona à enfermeira a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrados nas necessidades dos usuários.

A consolidação da Atenção Básica de Saúde, especialmente por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família, considerada estruturante para mudança do modelo assistencial de saúde, tem contribuído para a ampliação significativa de postos de trabalho para as enfermeiras nas Unidades de Saúde. A presença do profissional tem possibilitado a ampliação de ações, incluindo a supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, articulação com demais membros da equipe de saúde e a realização de ações de assistência e promoção à saúde junto aos indivíduos, famílias e população residente no território⁽⁹⁸⁾.

Dessa forma, o trabalho clínico vem sendo incrementado, especialmente junto aos grupos ditos prioritários, tais como: gestantes, crianças, adolescentes, portadores de doenças crônicas, idosos, dentre outros.

A reflexão sobre como a consulta de enfermagem ocorre no cotidiano dos serviços de atenção básica, no entanto, nos leva a identificar dificuldades: algumas ligadas a aspectos estruturais, tais como espaço físico, recursos humanos, modelo assistencial predominante; outras, do ponto de vista profissional, pois a consulta consiste em uma produção de serviço complexa, exigindo habilidades e conhecimentos inerentes à profissão e ao processo educativo, permeados por competências relacionais e comunicacionais⁽⁹⁷⁾.

Estudo sobre a prática da enfermeira na Estratégia Saúde da Família identificou a prevalência de ações gerenciais e administrativas⁽⁹⁸⁾, atribuídas ao modelo assistencial hegemônico, determinante das práticas⁽⁹⁹⁾. Entretanto, também observou-se relevante atuação da

enfermeira nas ações de monitoramento da saúde da criança, com impactos positivos sobre as reduções da morbidade e da mortalidade e elevação da cobertura vacinal⁽⁹⁸⁾.

A área de saúde da criança é considerada prioritária, expressa em políticas nacionais^(42;56;57), e os serviços de atenção básica são estratégicos para a captação e seguimento dessa clientela⁽¹⁰⁰⁾.

A consulta de enfermagem configura-se como um espaço de exercício das relações, favorecedor da formação de vínculo, que vai além da identificação de sinais clínicos ao realizar abordagem ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes e abranger ações de vigilância em saúde e ações direcionadas ao fortalecimento das famílias para que promovam a saúde infantil⁽¹⁰⁰⁾.

Pelas especificidades da criança já está consolidada, para a população e para os serviços de saúde, a importância de seu seguimento regular nos serviços de saúde, estando já consubstanciado um “cardápio” de ações voltadas para esse público, as quais incluem a consulta de puericultura, a atualização da carteira vacinal, o atendimento a intercorrências, ações educativas junto aos pais ou familiares, dentre outras.

Diferentemente do que ocorre em relação às crianças, inexistente para o adolescente uma programação continuada, resumindo-se, na maioria das vezes, a ofertas de atividades pontuais⁽⁹⁸⁾. Acresce-se a isso o fato de ter um calendário vacinal mais espaçado, e, ainda, pelas peculiaridades próprias que fazem com que se esquivem dos serviços, os quais, por sua vez, também não têm sido eficazes em trazê-los para seu âmbito de atuação⁽¹⁰¹⁾.

No entanto, os adolescentes, assim como as crianças, também se encontram em um período importante do desenvolvimento, necessitando de acompanhamento regular de saúde. O que acontece é que as necessidades dos adolescentes estão mais ocultas, ou melhor, não se traduzem em manifestações físicas, as quais os profissionais estão mais acostumados a detectar.

A consulta de enfermagem voltada ao adolescente constitui-se como espaço potente de estabelecimento de vínculo e responsabilização no cuidado com a própria saúde, na promoção da autonomia, na prevenção e na superação de vulnerabilidades⁽¹⁰¹⁾.

Oportunizar a expressão do adolescente, por meio da escuta atenta, da atitude de acolhimento e não julgamento, favorece a captação de necessidades e vulnerabilidades que permeiam sua vida familiar e social⁽¹⁰²⁾. Consultas bem conduzidas favorecem o estabelecimento do profissional como adulto-referência para o adolescente, passando a fazer parte da sua rede social de apoio.

Como requisitos para viabilizar a realização da consulta de enfermagem sistematizada nas unidades de saúde incluem-se a reorganização do processo de trabalho da enfermeira e da equipe, a definição de modelo(s) teórico(s), de instrumentos para coleta de dados e de nomenclatura para nominação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem⁽⁹⁷⁾.

Dentre as classificações de termos de enfermagem, tem-se a CIPE[®], que compõe a Família de Classificações da Organização Mundial da Saúde e constitui-se em uma terminologia que, por meio de sua estrutura multiaxial, permite a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem nos distintos cenários de práticas, facilitando a coleta, a armazenagem e a análise dos dados em saúde⁽¹⁰³⁾. Sua elaboração e desenvolvimento são coordenados pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE).

No Brasil foi desenvolvido o projeto CIPESC[®], entre os anos de 1996 e 2000, que resultou em um inventário vocabular de termos com base na arquitetura da CIPE[®], versão Beta, e um retrato dos processos de trabalho e das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem brasileira na área de saúde coletiva⁽³³⁾. Os termos identificados na pesquisa foram remetidos ao CIE e parte deles foram incorporados na CIPE[®] Versão 1.0.

Entretanto, a utilização de sistemas de classificação nos serviços de saúde brasileiros ainda ocorre de maneira incipiente. A CIPE[®] vem se destacando com algumas experiências bem sucedidas, dentre elas a que ocorreu no município de Curitiba, capital do estado do Paraná, que implantou uma nomenclatura de enfermagem, elaborada com base na CIPE[®], versão Beta 2, e no inventário vocabular da CIPESC^{®(104)}. Tal experiência confirmou a possibilidade do uso da linguagem CIPE[®] como instrumento de apoio à sistematização da assistência de enfermagem no cenário da atenção básica⁽¹⁰⁵⁾.

No processo de desenvolvimento da classificação já foram editadas oito versões, sendo que a partir da versão 1.0 foi incorporado, no processo de revisão, o modelo proposto pela Organização Internacional de Padronização (ISO), na norma ISO 18.104:2003 – Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem^(106;107).

Esse modelo foi criado a partir das necessidades de implementar sistemas de base computacional para áreas clínicas; facilitar o reembolso das ações desempenhadas pela enfermagem; favorecer a documentação das contribuições da enfermagem para os resultados de saúde e fomentar a produção de conhecimento na área⁽¹⁰⁶⁾. Também teve o propósito de harmonizar as diferentes terminologias usadas pelas enfermeiras em sua prática de documentação dos dados clínicos e favorecer o mapeamento de termos com outras terminologias de saúde, de forma a integrar registros de enfermagem e sistemas de informação em saúde^(106;107).

Após estudos que testaram sua aplicação na prática e apontaram limitações e sugestões de aprimoramento foi realizada uma atualização denominada ISO 18.104:2014⁽¹⁰⁸⁾, a qual aprimorou aspectos que favorecem a integração com outros sistemas classificatórios em saúde e a interoperabilidade em sistemas de informação em saúde.

O Modelo de Sete Eixos da CIPE^{®(29)} consiste em uma estrutura de classificação formada por sete eixos: *foco* – a área de atenção relevante para a enfermagem; **julgamento** – opinião clínica relacionada ao foco da prática de enfermagem; **cliente** – sujeito ao qual o diagnóstico se refere;

ação – um processo intencional aplicado a um cliente; **meios** – uma maneira de desempenhar uma intervenção; **localização** – orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenção; e **tempo** – o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência. Cada eixo abriga termos que, combinados, formam os conceitos, ou seja, os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, e as regras de combinação dos termos seguem as orientações contidas na ISO 18.104⁽¹⁰⁶⁾.

Figura 1 – Modelo 7 Eixos CIPE®

Fonte: CIE, 2007.

Segundo a CIPE®, um diagnóstico de enfermagem é um rótulo atribuído por uma enfermeira como resultado do processo de decisão, após a avaliação do cliente/usuário. Já o resultado de enfermagem refere-se à meta pretendida após a implementação das intervenções de enfermagem e sua mensuração é feita ao longo do tempo, refletindo as mudanças ocorridas nos diagnósticos⁽³⁰⁾.

Segundo a norma ISO⁽¹⁰⁶⁾ e as diretrizes do CIE⁽²⁹⁾, para compor uma afirmativa de diagnóstico e resultado de enfermagem são

necessários um termo do eixo **foco** e um termo do eixo **juízo**, sendo opcional o uso de termos dos demais eixos, inclusive dos eixos **foco** e **juízo**.

Exemplo de diagnóstico: **parentalidade prejudicada**, sendo que *parentalidade* é um termo do eixo **foco** e *prejudicada*, um termo do eixo **juízo**.

Exemplo de resultado: **parentalidade eficaz**, no qual *parentalidade* é um termo do eixo **foco** e *eficaz* um termo do eixo **juízo**.

Como se observa, ambos - diagnóstico e resultado - têm a mesma estrutura. Diferentemente de outras classificações, a CIPE[®] propõe uma forma ampla e simples para descrever o resultado, considerando-o como produto de intervenções implementadas em resposta a um diagnóstico inicial, ou seja, o resultado é um novo diagnóstico⁽²⁹⁾.

Exemplo:

1º diagnóstico: parentalidade prejudicada.

Realizam-se as intervenções de enfermagem e faz-se nova avaliação, gerando um novo diagnóstico.

2º diagnóstico (também resultado de enfermagem): *parentalidade eficaz* (houve modificação do diagnóstico).

Nem sempre acontece a modificação do diagnóstico inicial após as intervenções, pois ele pode manter-se; em outros casos, pode modificar-se, mas para pior.

Uma **intervenção** de enfermagem é uma ação realizada em resposta a um **diagnóstico** de enfermagem de modo a originar um **resultado** de enfermagem⁽³⁰⁾.

Para a formulação de intervenções de enfermagem, também são utilizadas a norma ISO⁽¹⁰⁶⁾ - e as diretrizes do CIE⁽²⁹⁾, que preconizam que para compor uma intervenção deve-se utilizar ao menos um termo do eixo **ação** e um termo alvo (considerando-se termos de quaisquer dos outros eixos, com exceção do eixo **juízo**). Exemplo: apoiar os pais para o desempenho eficaz do papel parental. Sendo *apoiar* um termo do eixo **ação** e *papel parental* o termo que representa o alvo da ação.

Devido ao seu constante desenvolvimento, a CIPE[®] tornou-se extensa e complexa, de tal forma que a estruturação de subconjuntos terminológicos – enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem direcionados a uma determinada clientela ou uma prioridade em saúde específica – passou a ser uma importante estratégia para facilitar seu uso pelos profissionais em áreas específicas de atuação. Para a elaboração de um subconjunto, faz-se necessária a identificação de termos relevantes para a atuação da enfermagem na área selecionada, seja na literatura, em prontuários de pacientes ou em relatos de profissionais⁽³⁴⁾.

Dessa forma, o CIE pretende facilitar a incorporação da CIPE[®] à prática da enfermeira, facilitar a documentação da prática de enfermagem e contribuir para o desenvolvimento da própria CIPE[®]⁽¹⁰⁹⁾.

O CIE estimula a produção de subconjuntos por enfermeiras de todo o mundo. Para isso, recomenda o uso da norma ISO 18.104⁽¹⁰⁶⁾, deixando livre o uso de modelo conceitual ou teórico para o ordenamento dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, bem como a apresentação dos subconjuntos.

Subconjuntos terminológicos da CIPE[®] publicados pelo CIE:

- Estabelecer parceria com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento⁽¹¹⁰⁾.
- “Cuidados paliativos para uma morte digna” - Países: Etiópia, Índia, Quênia, EUA⁽¹¹¹⁾.
- “Indicadores de Resultados de Enfermagem” – País: Canadá⁽¹¹²⁾.
- “Enfermagem Comunitária” – País: Escócia⁽¹¹³⁾.
- “Catálogo CIPE para Dor Pediátrica” – País: EUA⁽¹¹⁴⁾.
- Catálogo CIPE – “Cuidados de enfermagem para crianças com HIV e AIDS” – País: EUA⁽¹¹⁵⁾.
- SNOMED CT – “Equivalência da Tabela de Diagnósticos e demonstração de resultados” – País: EUA⁽¹¹⁶⁾.

Subconjuntos em desenvolvimento em nível mundial:

- Obstetrícia e Cardiologia – País: Paquistão⁽¹¹⁷⁾.
- Pacientes oncológicos, País Alemanha⁽¹¹⁸⁾.
- Enfermagem em desastre, País Austrália⁽¹¹⁹⁾.
- Cuidados críticos, País Brasil⁽¹¹⁹⁾.
- Processo familiar, Chile⁽¹¹⁹⁾.
- Não adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão, México⁽¹¹⁹⁾.
- Risco de câncer de mama, México⁽¹¹⁹⁾.
- Cuidado comunitário, Noruega⁽¹¹⁹⁾.
- Família e paternidade no nascimento da criança, Portugal⁽¹¹⁹⁾.
- Depressão, Portugal⁽¹¹⁹⁾.
- Dependência de drogas, Portugal⁽¹¹⁹⁾.
- Saúde mental, Portugal⁽¹¹⁹⁾.

Quadro 2 – Subconjuntos terminológicos desenvolvidos em programas brasileiros de pós-graduação em enfermagem

Titulo do subconjunto	Ano	Clientela	Prioridade de saúde	Instituição	Finalização
Catálogo CIPE para insuficiência cardíaca congestiva ⁽¹²⁰⁾	2009	Pacientes com ICC (classe III)	Doenças cardíacas	UFPB	68 DE/RE 252 IE
Catálogo CIPE para dor oncológica ⁽¹²¹⁾	2009	Pacientes com dor oncológica	Dor oncológica	UFPB	156 DE/RE 219 IE
Correlação entre o sistema de informação de eventos adversos pós-vacinação e a CIPE®: construção de diagnósticos de enfermagem ⁽¹²²⁾	2010		Eventos adversos pós-vacinação	PUCPR	75 DE/RE
Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a pessoa idosa: proposta de subconjunto terminológico da CIPE® ⁽¹²³⁾	2011	Idosos comunitários	Enfermagem geronto-geriátrica	UFPB	127 DE/RE 578 IE

(continua)

(continuação)

Titulo do subconjunto	Ano	Clientela	Prioridade de saúde	Instituição	Finalização
Proposta de subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para Hipertensos na Atenção Básica ⁽¹²⁴⁾	2012	Hipertensos	Doenças cardiovasculares	UFPB	60 DE/RE 351 IE
Proposta de um subconjunto terminológico da CIPE para clientes submetidos à prostatectomia ⁽¹²⁵⁾	2013	Pacientes submetidos à prostatectomia	Pacientes cirúrgicos	UFPB	33 DE/RE 206 IE
Construção de um catálogo CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o acompanhamento do desenvolvimento da criança ⁽¹²⁶⁾	2014	Crianças de 0 a 3 anos	Acompanhamento de desenvolvimento	EEUSP	17 DE/RE
Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada ⁽¹²⁷⁾	2014	Pessoas com diabetes mellitus	Diabetes mellitus	UFPB	66 DE/RE 347 IE

(conclusão)

A disponibilização de um subconjunto terminológico para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade para a violência doméstica intenciona contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, sendo a finalidade do presente estudo.

nunca cometo o mesmo erro duas vezes
já cometo duas
três
quatro
cinco
seis
até esse erro aprender que só o erro tem vez.

Paulo Leminski

5 Marco teórico- metodológico

5 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

5.1 MARCO TEÓRICO

O referencial teórico-metodológico desta tese apóia-se na TIPEsc, que se ancora na visão de mundo materialista, histórica e dialética e propõe o desenvolvimento da intervenção de enfermagem de maneira dinâmica e participativa⁽¹²⁸⁾. A TIPEsc consiste na

sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno, articulado aos processos de produção e reprodução social, referentes à saúde-doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente interpor instrumentos de intervenção^(128:103).

A visão de mundo é a âncora para captação e interpretação do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, bem como para o delineamento das estratégias de intervenção, evitando-se a restrição aos aspectos biológicos, também presentes no fenômeno.

Nas bases filosóficas da TIPEsc estão a historicidade e a dinamicidade, sendo que a historicidade está baseada no materialismo histórico e refere-se à mobilidade constante da História, às transformações que ocorrem o tempo todo e que são operadas pelas ações dos homens. Essa teoria considera o ser humano como ser histórico, isto é, inserido em um tempo e espaço, em constante construção e interação com os outros seres humanos e com a natureza⁽¹²⁹⁾.

Já a dinamicidade articula-se ao modo dialético de pensar, cujo conceito-chave é a contradição entre dois polos opostos, um negando e outro afirmando, simultaneamente, sobre o mesmo fenômeno⁽¹²⁸⁾, gerando, assim, a propulsão para a mudança.

Na sustentação teórica da TIPEsc estão as categorias conceituais e as dimensionais. As categorias conceituais, consideradas mediadoras para a compreensão do fenômeno em foco, compreendem: sociedade; homem; processo saúde-doença; saúde coletiva; assistência;

enfermagem; trabalho; necessidade; vulnerabilidade; e educação⁽¹²⁸⁾. Ao focalizar um determinado objeto de estudo, a reflexão ou expressão desses conceitos auxilia tanto a compreensão do fenômeno quanto sua contextualização histórica, o que contribui para a qualificação da intervenção de enfermagem.

As categorias dimensionais incluem a totalidade, a práxis e a interdependência entre o estrutural, o particular e o singular.

A **totalidade** constitui-se no entendimento da relação do todo com a parte, favorecendo a compreensão da realidade.

Tal metodologia de intervenção em saúde coletiva privilegia o saber e o fazer, promovendo uma aproximação entre esses aspectos, constituindo, assim, a **práxis**: ação articulada à reflexão ou prática reflexiva⁽¹²⁹⁾. Teoria e prática se alimentam e retroalimentam, respectivamente, de maneira crítica e reflexiva, levando à transformação material da realidade. A dinamicidade da realidade exige constante movimento e transformação, tanto da teoria, quanto da prática, evitando a cristalização de ambas.

A categoria dimensional **interdependência entre o estrutural, o particular e o singular** permite melhor compreensão do fenômeno e a totalização da realidade objetiva, com a identificação das contradições nela presentes. A dimensão estrutural refere-se a aspectos mais gerais da sociedade, ao modo de produção, às políticas sociais e de saúde, aos sistemas e instituições de saúde. Já a dimensão particular engloba as classes sociais e os grupos, enquanto a singular enfoca as expressões/representações do processo saúde-doença em um microgrupo e seus indivíduos. Tendo em vista a inter-relação, ao se intervir em uma das dimensões as demais também se alteram⁽¹²⁸⁾.

A contribuição deste trabalho está especialmente direcionada à dimensão singular, na qual se manifesta o processo saúde-doença, determinado pelos modos de produção e reprodução social da classe a qual pertencem as crianças, os adolescentes e famílias em situação de

vulnerabilidade para violência doméstica. No entanto, não se nega o imbricamento desta com as demais dimensões.

A complexidade do fenômeno em foco convida à reflexão sobre o processo saúde-doença, que se expressa dinamicamente nos indivíduos e coletividades como resultado dos determinantes sociais diretamente ligados à inserção nos modos de produção e reprodução social⁽¹²⁹⁾.

Dessa maneira, torna-se fundamental a compreensão crítica do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes e a reflexão sobre a realidade, localizando suas contradições e identificando os pontos de vulnerabilidade que possibilitem a construção de proposta de intervenção.

Complementarmente à TIPEsc, utilizou-se a hermenêutica dialética para aprofundar a análise de sentido dos termos e enunciados encontrados para descrição do fenômeno. A hermenêutica associada à dialética contribui para a compreensão do texto como processo social e de conhecimento. Ambas consideram como nuclear a historicidade do pesquisador e do objeto, e, também, que não há observador imparcial. A dialética enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso, enquanto a hermenêutica destaca a mediação, a unidade de sentido. Assim, dialética e hermenêutica se complementam para a obtenção de uma compreensão mais aprofundada⁽¹³⁰⁾.

A TIPEsc constitui-se em teoria e método aplicáveis pela enfermagem em saúde coletiva; portanto, cabe uma breve apresentação sobre este campo de saberes e práticas, seu entrelaçamento com a teoria da determinação social do processo saúde-doença e com as categorias estruturantes: classe social, gênero, geração e raça/etnia.

A saúde coletiva tem suas raízes fundadas em movimento contra-hegemônico, de crítica à saúde pública e ao positivismo, surgido na América Latina, na década de 1970. Fundamenta-se no materialismo histórico e dialético (MHD), corrente filosófica fundada por Karl Marx para transpor a visão positivista⁽¹²⁸⁾ e na teoria da determinação social do processo saúde-doença, que, por sua vez, considera a forma de inserção

do ser humano na sociedade como determinante do modo de adoecer e morrer das pessoas e coletividades⁽¹³¹⁾.

À luz da concepção marxista de processo, a saúde coletiva considera saúde-doença como processo decorrente de determinantes históricos que modelam as condições de vida (reprodução social), a depender da inserção no trabalho (produção social), gerando distintos potenciais de desgaste e de fortalecimento, que resultam em manifestações no corpo biopsíquico⁽¹³¹⁾.

Como espaços e estratégias de intervenção sanitária, a saúde coletiva considera o espaço singular - que inclui os indivíduos e famílias, o espaço particular – representado pelos grupos sociais, e, ainda o espaço estrutural – que compreende os modelos econômicos e políticas de saúde⁽¹³²⁾.

A saúde coletiva prioriza quatro objetos de intervenção: políticas (formas de distribuição do poder); práticas (mudanças de comportamentos; cultura; práticas institucionais, profissionais e relacionais); técnicas (organização e regulação dos recursos e processos produtivos); e instrumentos (meios de produção da intervenção)⁽¹³²⁾. O presente trabalho refere-se à produção de instrumento para utilização da profissional enfermeira no seu processo de cuidar.

A dimensão subjetiva das práticas de saúde, ou seja, das vivências dos usuários e trabalhadores, é valorizada pela saúde coletiva, favorecendo o diálogo com outros saberes e práticas, abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação e configurando-se como campo interdisciplinar⁽¹³²⁾.

A teoria da determinação social do processo saúde-doença, baseada no MHD, interpreta os fenômenos saúde-doença como um processo único que engloba aspectos biológicos e sociais e compreende que a forma de organização da sociedade é determinante do processo saúde-doença⁽¹³³⁾.

A categoria central para compreender a determinação social é a reprodução social, que analisa a dinâmica da vida social, em espaço e tempo específicos, permitindo a identificação das contradições que determinam esse movimento. Desse modo, se refere à forma de organização da vida social, expresso nas maneiras de trabalhar (transformar a natureza) e de consumir os bens socialmente produzidos, mediados pela distribuição⁽¹³⁴⁾.

Considera-se, além disso, a existência de forças benéficas ou protetores – valores que contribuem para o desenvolvimento de uma vida saudável - e, em contraposição, têm-se as forças destrutivas ou deteriorantes - contra-valores. A relação entre essas forças resulta nas manifestações de saúde-doença⁽¹³⁵⁾.

O momento da produção social (produção dos bens e serviços) implica diferenças em relação a postos de trabalho e salários e condições objetivas de trabalho, resultando em desgastes e potencialidades, ou seja, condições negativas ou positivas, cuja dinâmica resultará em mais ou menos saúde, conforme se pode observar na **Figura 2**.

Figura 2 – Esquema explicativo da determinação social do processo saúde-doença

Fonte: Egry, Fonseca, 2006⁽¹³⁶⁾.

Para compreender o fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente à luz da saúde coletiva faz-se necessária uma aproximação das categorias sociológicas: classe social, gênero, geração e raça/etnia.

No processo histórico da modificação do modo de produção, o surgimento do capitalismo inaugura uma nova forma de relação das pessoas com o trabalho, pois, com os meios de produção concentrados nas mãos de poucos, as relações de cooperação foram substituídas por exploração e dominação⁽¹³¹⁾.

Assim, surge a divisão social do trabalho, entre os que produzem e os que administram o processo de produção, da qual emergem duas classes sociais: a produtora, formada pela massa dos trabalhadores, e a exploradora, constituída pelos proprietários dos meios de produção. Com o passar do tempo, a complexificação dos processos de trabalho orientou a criação de subdivisões dentro das classes primárias⁽¹³¹⁾.

Cada **classe social** tem características próprias de modos de vida, costumes e interesses comuns e ocupa uma posição específica na divisão social do trabalho. As classes sociais que não detêm os meios de produção tendem a se subordinar à classe dos proprietários.

A categoria **gênero** é fundamental quando se trabalha com a questão da violência doméstica, uma vez que favorece o entendimento dos papéis de homens e mulheres, socialmente definidos.

De maneira geral, gênero refere-se à construção histórica das relações sociais entre os sexos, distinguindo o biológico do social. A definição clássica de Scott^(137:14) explicita gênero com base em dois aspectos: um como “elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças entre os sexos”; outro como “uma forma primeira de significar as relações de poder”.

À luz desse construto, compreende-se que ser mulher e ser homem são construções sociais, históricas, conectadas a tempo e lugar específicos. Tal construção também é perpassada por classe social, geração, raça/etnia, além de outras categorias sociais. Historicamente, a mulher tem ocupado posição social inferior ao homem na sociedade e tais desigualdades construídas e naturalizadas legitimam a subordinação feminina, o que colabora para a ocorrência da violência contra as

mulheres. Por isso a importância da inclusão da categoria gênero a fim de iluminar o fenômeno da violência⁽¹³⁸⁾.

A categoria **geração**, como as demais aqui tratadas, se expressa nas relações sociais no conjunto da sociedade. Inegavelmente, as idades constituem-se como relevante fator de organização social, influenciando as posições ocupadas⁽¹³⁹⁾ e as tarefas desempenhadas pelos indivíduos em todas as sociedades. Desse modo, o próprio setor de saúde se vale da idade para as análises epidemiológicas e organização das suas ações.

No entanto, vale esclarecer que a idade, ou faixa etária, remete à característica individual biológica, enquanto o conceito de geração amplia essa visão, conectando-se ao contexto social e articulando-se às demais categorias (classe social, gênero e etnia). Dessa forma, reconhece-se que o pertencimento a cada uma delas reverbera em desdobramentos sobre as condições de vida, e, conseqüentemente, de saúde das pessoas de cada geração.

A categoria geração permite avaliar vulnerabilidades específicas de grupos que se encontram em polos que necessitam de maior proteção. No presente trabalho interessa, de maneira particular, a geração **infância**¹, que é definida pela sociologia da infância como “o lugar ocupado pela infância na sociedade”^(140:200).

Ao apresentar a infância como objeto sociológico, Sarmento^(141:363) critica a perspectiva biologistica que reduz a infância a “um estado intermédio de maturação e desenvolvimento humano”, bem como a perspectiva psicologizante, a qual “interpreta as crianças como indivíduos que se desenvolvem independentemente da construção social das suas condições de existência e das representações e imagens historicamente construídas sobre e para eles”.

O conceito de geração de propositura de Karl Mannheim, sociólogo húngaro, é resgatado por Sarmento^(141:364)

¹ A categoria geracional infância inclui crianças e adolescentes.

a geração consiste num grupo de pessoas nascidas na mesma época, que viveu os mesmos acontecimentos sociais durante sua formação e crescimento e que partilha a mesma experiência histórica, sendo esta significativa para todo o grupo, originando uma consciência comum, que permanece ao longo do respectivo curso de vida.

Tal proposição concede à geração forte identidade histórica e cultural, a exemplo da “geração pós-guerra” ou “geração de 70”, que identifica as pessoas que nasceram e viveram em condições específicas, conferindo-lhe identidade distinta da geração antecessora.

O conceito anterior foi transformado por Qvortrup^(141:363), que o desvinculou da história cultural para acentuar as questões estruturais. Dessa forma, considera geração como “variável independente, trans-histórica, prioritariamente ligada aos aspectos demográficos e econômicos da sociedade”. Logo a infância existe de maneira independente das crianças, como atores sociais concretos, tendo em vista que deixam de ser crianças, de tal forma que a categoria é periodicamente “esvaziada” e “preenchida”, conferindo-lhe uma característica temporal própria das categorias geracionais⁽¹³⁹⁾, diferentemente das demais categorias em discussão.

A reflexão sobre o conceito de infância possibilita a compreensão de que as relações entre adultos e crianças são permeadas por variações dinâmicas historicamente produzidas. Por um lado, têm-se as relações intrageração dos atores sociais de uma classe etária definida; por outro, têm-se as práticas sociais diferenciadas dos atores de uma classe etária específica, em cada período histórico concreto. Assim, a geração infância está em constante mudança e o estatuto social da infância, ancorado em ideologias e normas que estabelecem seu lugar social, está em constante transformação. Tal processo, no entanto, é permeado por contradições⁽¹⁴²⁾.

A aplicação do termo infância, como componente de uma geração, inclui crianças e adolescentes. Embora as considerações anteriores sobre a categoria sociológica infância façam sentido para a adolescência, cabem algumas ponderações sobre as especificidades desse período da

vida, cuja denominação como fase distinta da infância e da vida adulta é relativamente recente.

Existem várias delimitações cronológicas para a adolescência e, para fins deste estudo, foi considerado o recorte etário adotado pelo ECA⁽²¹⁾ entre 12 e 18 anos completos.

À semelhança da infância, a adolescência é uma categoria social, constituída historicamente e cujo modo de ser adolescente é entrelaçado e perpassado pelas relações de gênero, raça/etnia, classe social, concretizado em contextos sócio-culturais específicos.

A adolescência surgiu na época da revolução industrial como uma necessidade de preparar as crianças maiores para ingressar no mercado de trabalho⁽¹³¹⁾. Seu estabelecimento como fase específica da vida, com particularidades biológicas, sociais e culturais, veio a se firmar no século XX. No ocidente apresenta longa duração, com critérios flexíveis de delimitação, uma carga de conflitos e descompasso entre a maturação sexual e a obtenção do *status* social de adulto⁽¹⁴³⁾.

Predominantemente, é vista sob a lógica biomédica, sendo igualada à puberdade e considerada um fenômeno universal e natural⁽¹⁴³⁾. Também prevalece a visão psicologizante que trata esse período como sendo de instabilidade de humor, construção de identidade e agressividade, como próprios da fase⁽¹³¹⁾.

Ao superar a visão universalizante da adolescência e afirmar sua característica singular, determinada pela inserção social na cadeia produtiva, que condiciona as condições de reprodução social, ou seja, as condições concretas de vida que são distintas entre as classe sociais, compreende-se que o processo da adolescência adquire manifestações sociais muito distintas a depender do lugar social ocupado por cada sujeito.

A especificidade do lugar e tempo históricos ocupado por cada adolescente determina as vulnerabilidades e/ou aspectos protetores a que está exposto, resultando na expressão singular do processo saúde-doença⁽¹³¹⁾.

A categoria **raça/etnia** deve ser apresentada de maneira singular para que a desigualdade racial não seja reduzida à desigualdade de classe, embora estejam articuladas. O termo raça foi criticado como ideologia, após ter sido utilizada como justificativa para escravização, colonização, separação, perseguição e morte de muitas pessoas. É usado para designar indivíduos e grupos que compartilham um conjunto de características físicas⁽¹⁴⁴⁾.

Nos descritores em ciências da saúde⁽¹⁴⁵⁾ o termo etnia reporta-se a grupo étnico que é definido como “um conjunto de pessoas identificadas por tradição social e cultural, mantida no grupo geração após geração, por uma história e origens comuns e um senso de identificação de grupo”.

Já o racismo refere-se à concepção da desigualdade e subalternidade entre as raças, legitimando diferenças sociais, culturais e políticas. A ação do racismo desqualifica o sujeito, provocando incapacidade, inferioridade, culpa, as quais favorecem a incorporação de sentimentos negativos, deixando-os mais vulneráveis para se defenderem e afirmarem sua diferença⁽¹⁴⁴⁾.

A história brasileira, marcada pela escravidão de negros e índios, deixou marcas ideológicas e culturais de inferiorização das pessoas pertencentes a esses grupos, com reflexos reais em desigualdades de direitos (contradizendo o texto legal) e oportunidades, resultando em más condições de vida e saúde.

De acordo com o censo 2010⁽¹⁴⁶⁾ 57% da população brasileira é constituída por pardos e negros, sendo estes, respectivamente, 42,1% e 5,9%. No entanto, a mesma proporção não se observa em relação ao acesso aos direitos sociais, educação, saúde, moradia, emprego, dentre outros, pois existe grande disparidade entre brancos e negros, com enorme desvantagens para estes.

Os dados de expectativa de vida ao nascer e PIB *per capita* desagregados por gênero e etnia demonstram significativas diferenças. A expectativa de vida encontra, respectivamente, os seguintes dados: homens brancos - 69 anos; mulheres brancas - 71 anos; homens negros -

62 anos; e mulheres negras - 66 anos. Os dados relativos à renda informam que o PIB *per capita* das mulheres negras é de 0,76 salários mínimos (SM); dos homens negros, 1,36 SM; das mulheres brancas, 1,88 SM; e dos homens brancos, 4,74 SM⁽¹⁴⁴⁾.

No tocante aos dados de violência, as estatísticas de homicídios apresentam uma desvantagem clara dos negros em relação aos brancos. Proporcionalmente, morrem mais homens negros do que brancos por homicídio: no ano de 2010 morreram 2,3 negros por cada branco e os dados apresentam uma tendência de aumento dessa desvantagem⁽¹⁴⁷⁾.

Os dados referentes à ocorrência da violência doméstica contra a criança e o adolescente, em distintos grupos étnicos, ainda são muito precários devido ao baixo grau de preenchimento da informação de cor/etnia nos instrumentos formais de informação do sistema de saúde e outros correlatos, mas, a julgar pelas desigualdades já mencionadas, certamente as crianças e os adolescentes negros são mais atingidos pelo problema.

Cada uma dessas categorias constitui-se numa dimensão da vida social, mas nenhuma delas, analisada isoladamente, revela sua complexidade, uma vez que atuam entrelaçadamente, por serem elementos que se fundiram historicamente e se expressam nas relações sociais cotidianas.

Essas dimensões, presentes no cotidiano, expressam diferenças, oposições, conflitos e/ou alianças provisórias (no sentido da dialética e dinamicidade), o que justifica a necessidade de que a enfermeira busque enxergá-las nos usuários atendidos nas unidades de saúde, pois, se este não pode transformar a sociedade globalmente, pode atuar localmente, dispensando tratamento diferenciado para aqueles marcados pelas desigualdades, colocando em prática o princípio de igualdade do SUS.

A figura a seguir representa uma síntese esquemática do referencial teórico utilizado para a construção do subconjunto terminológico para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade para a violência doméstica.

Figura 3 – Modelo teórico para a construção do subconjunto terminológico para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade para a violência doméstica

Fonte: Albuquerque LM, Egry EY, Cubas MR, 2014⁽¹⁴⁸⁾.

Categorias de análise

Os resultados foram analisados à luz do referencial, considerando-se três grandes categorias de análise: **determinação social do processo saúde-doença**; **geração e consulta de enfermagem**.

5.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Considerando-se que o subconjunto terminológico é um instrumento tecnológico para apoiar a consulta de enfermagem à criança e ao adolescente vulneráveis à violência doméstica, este estudo constitui-se em uma pesquisa metodológica⁽¹⁴⁹⁾.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) valoriza o desenvolvimento de subconjuntos, uma vez que estes contribuem para o acréscimo de termos à CIPE® e facilita sua aplicação nos contextos de prática⁽³⁴⁾.

Em 2008, o CIE publicou um documento-guia para desenvolvimento de catálogos⁽¹⁰⁹⁾ descrevendo dez passos em consonância com o Modelo de Terminologia de Referência de Enfermagem da ISO 18.104:2003⁽¹⁰⁶⁾.

Os dez passos propostos foram:

- 1) identificar o cliente e a prioridade de saúde;
- 2) documentar a relevância para a enfermagem;
- 3) comunicar-se com o CIE para verificar se já existem outros trabalhos semelhantes em andamento, potencializando a ação em rede;
- 4) utilizar o Modelo de Sete Eixos para a composição dos enunciados;
- 5) identificar evidências e literaturas para apoiar a formulação de enunciados pertinentes;
- 6) desenvolver materiais de apoio para uso do catálogo;
- 7) testar ou validar os enunciados;
- 8) adicionar, eliminar ou rever os enunciados, conforme necessário;
- 9) trabalhar com o CIE para desenvolver a versão final; e
- 10) auxiliar o CIE na divulgação do catálogo.

Posteriormente, no ano de 2010, Coenen e Kim⁽³⁴⁾ apresentaram uma releitura do processo de desenvolvimento de catálogos, caracterizada por seis passos relacionados ao ciclo de vida da terminologia da CIPE®, que se compõe de três fases.

Portanto, os dois primeiros passos para construção de catálogos: 1. Identificar cliente(s) e prioridade de saúde; 2. Coletar termos e conceitos

relevantes para uma dada prioridade, associam-se à primeira fase do ciclo de vida da terminologia - **pesquisa e desenvolvimento**.

Os passos: 3. Mapear os conceitos identificados com a terminologia CIPE[®]; e 4. Modelar novos conceitos, relacionam-se à segunda fase do ciclo de vida da terminologia – **Manutenção e operação**.

Por fim, os passos: 5. Finalizar; e 6. Divulgar ligam-se à terceira fase do ciclo de vida da terminologia – **Disseminação e ensino**.

Foram desenvolvidos vários catálogos^(119;122;127) baseados em modelos teóricos distintos e com variação nos passos metodológicos. Nesse processo, percebeu-se que a utilização das denominações “catálogo” e “subconjunto terminológico” induzia à confusão. Assim, o CIE passou a recomendar o uso da segunda denominação.

Em março de 2013, em disciplina cursada na Universidade Federal da Paraíba, realizou-se uma revisão dos catálogos produzidos (internacionais e nacionais) e de seus passos metodológicos, em comparação aos procedimentos recomendados na literatura. Nessa oportunidade, foram estabelecidas quatro fases, que foram seguidas na presente pesquisa, para a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE[®]: 1) identificação dos termos; 2) mapeamento cruzado; 3) elaboração dos diagnósticos, resultados e intervenções e 4) estruturação do subconjunto terminológico.

5.2.1 Fases da pesquisa

O caminho metodológico percorrido foi dividido em quatro fases, conforme roteiro esquemático descrito na Figura 4.

Figura 4 – Representação esquemática do percurso metodológico

Fonte: Albuquerque LM, 2014.

Fase 1 – *Identificação dos termos e conceitos relevantes para a prática de enfermagem em relação à criança e ao adolescente em situação de vulnerabilidade para violência doméstica*

Essa fase consistiu de uma revisão de literatura, caracterizando-se metodologicamente como pesquisa bibliográfica, para a identificação e extração de termos considerados, clínica e culturalmente, pertinentes e relevantes para a prática de enfermagem diante do fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente.

O levantamento foi realizado na base de dados da Bireme, no mês de março de 2013, utilizando-se os seguintes descritores combinados entre si, com os operadores booleanos “and” e “or”: violência doméstica;

violência; criança; síndrome da criança maltratada; maus-tratos infantis; adolescente; enfermagem; negligência; negligência infantil; violência sexual; abuso sexual; prevenção; abuso sexual infantil.

Como critérios de inclusão, os artigos deveriam estar disponíveis na íntegra e abranger conteúdo referente à violência doméstica contra a criança e o adolescente, suas manifestações, causas e consequências, e mencionar articulação com as práticas de enfermagem e/ou dos profissionais de saúde para enfrentamento do problema e sua prevenção.

Os critérios de exclusão, por sua vez, foram publicações em formato diferente do de artigo, tais como editoriais, cartas ao editor, anais de eventos, teses e dissertações, e artigos em outra língua que não o português, pois se considerou que o idioma diferente seria um empecilho para a extração de termos, uma vez que um estudo terminológico demanda equivalência semântica, além da tradução literal da palavra. Não foi delimitado período de publicação dos artigos.

Os dados foram organizados em planilha específica contendo título, autores, nome do periódico, ano de publicação, base de dados, palavras-chave e resumo. Todos os artigos selecionados foram lidos na íntegra.

Após o levantamento da literatura, foi utilizado o PORONTO^(150;151) ferramenta para construção semiautomática de ontologias² a partir de textos em português na área de saúde e desenvolvida em tecnologia de código aberto e gratuita, a qual possibilitou a extração dos termos presentes nos artigos selecionados.

A extração de termos a partir de textos é uma das formas de obtenção de conhecimento em ontologia, reconhecendo-se termo como uma palavra ou conjunto de palavras que designam os conceitos próprios de uma área⁽¹⁵¹⁾.

² Nas Ciências e Tecnologias de Informação, as ontologias são classificações. São usadas como um meio para categorizar ou agrupar em classes as informações, definindo as relações existentes entre os conceitos de determinado domínio (área do conhecimento). (fonte: <http://www.significados.com.br/ontologia/>)

As reduções de tempo e de custo são apontadas como vantagens de utilização de ferramentas como o PORONTO⁽¹⁵⁰⁾ para a extração de termos em textos, cabendo aos atores humanos a decisão de seleção do termo⁽¹⁵¹⁾.

A escolha dessa ferramenta também se ancora no fato de que a CIPE[®] desde a sua versão 1.0 passou a utilizar a Web Ontology Language (OWL) no software Protege, o que possibilitou a organização hierárquica dos termos dentro da classificação, embora isso não fique visível para os usuários⁽²⁹⁾.

Para o processamento dos artigos na ferramenta foi necessária a estruturação de um *corpus*, que se constituiu do agrupamento dos artigos selecionados em um único documento, organizado em parágrafo contínuo, sem espaços de linhas entre os artigos. Foram excluídas as seções do artigo com baixo potencial de termos, ou seja: autores, resumo, *abstract*, metodologia e referências. o documento foi salvo em formato texto (extensão .txt). Para evitar confusão pela ferramenta, foram removidos os acentos e os sinais gráficos de cedilha das palavras.

O arquivo texto foi submetido ao PORONTO⁽¹⁵⁰⁾, selecionando-se as alternativas “termos simples” e “termos compostos”, sem o filtro “apenas substantivos”, e não foi atribuído valor mínimo de aparição no texto.

A ferramenta desmembrou o *corpus* em palavras. A lista gerada foi exportada para o *Excel for windows*, onde foi realizada a seleção dos termos e conceitos, observando-se os critérios de revisão estabelecidos pelo CIE, a saber: que pertençam ao domínio da enfermagem; que não sejam redundantes com os termos atuais; que estejam expressos de forma clinicamente relevante; que sejam coerentes com o conhecimento científico; e que não violem a estrutura da CIPE^{®(109)}. Fundamentalmente, foram consideradas tanto a pertinência quanto a relevância para o trabalho.

Esse processo gerou uma lista de termos a qual foi submetida a um processo de normalização (correção gráfica, de gênero, número, grau e uniformização com os termos da CIPE[®] 2011⁽¹⁵²⁾).

Fase 2 – Mapeamento cruzado

O mapeamento cruzado consiste em um método de comparação de dados não padronizados com linguagem padronizada de enfermagem, com vistas a identificar semelhanças e validar seu uso em contextos diversos⁽¹⁵³⁾.

Tem sido utilizado para a comparação de linguagem não padronizada com linguagem padronizada contida em sistema de classificação de enfermagem^(154;155) e, também, para estudos comparativos entre sistemas de classificação de enfermagem⁽¹⁵⁶⁾ ou, ainda, entre uma classificação de enfermagem e outro sistema de informação⁽¹⁵⁷⁾.

No presente estudo foram comparados termos extraídos da literatura com os contidos na CIPE[®] 2011⁽¹⁵²⁾.

Para a realização do mapeamento cruzado, foram construídas duas planilhas no programa *Excel for Windows*: uma contendo os termos normalizados extraídos dos artigos e outra contendo os termos e conceitos³ da CIPE[®] 2011⁽¹⁵²⁾. Foi utilizado, também, o Programa *Acess for Windows*, importando-se as planilhas do Excel e fazendo-se o processamento, o qual resultou em termos constantes e não constantes na CIPE[®].

Os termos não constantes foram analisados em consonância com os critérios de Leal⁽¹⁵⁸⁾ que apresenta as seguintes definições para os termos: **similar** - aquele que é distinto na grafia, porém com significado idêntico; **mais abrangente** - considera os que apresentam significado mais amplo do que o contido na CIPE[®]; **mais restrito** - quando o significado do termo é menor do que o contido na CIPE[®]; e, para aquele que é totalmente distinto, utiliza a denominação **não existe concordância**, considerando-os como termos novos. No presente estudo,

³ Segundo a CIPE[®] termos é a unidade semântica que constitui os eixos e conceitos e referem-se à junção de termos simples em atômicos, ou seja, os diagnósticos, resultados e intervenções.

os termos classificados como **similar** foram considerados como termos constantes na CIPE® 2011⁽¹⁵²⁾.

A extração dos termos dos artigos, a normalização, o mapeamento e a análise resultaram em um banco de termos específico da linguagem de enfermagem para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade para a violência doméstica, composto pelos termos constantes e não constantes na CIPE® 2011⁽¹⁵²⁾, o qual foi utilizado para compor os diagnósticos/resultados e as intervenções que constituem o subconjunto terminológico resultante desse estudo.

O mapeamento foi realizado para os termos identificados nos artigos *versus* termos contidos em todos os sete eixos da CIPE® 2011⁽¹⁵²⁾, e repetido para comparar os diagnósticos/resultados construídos *versus* a relação de diagnósticos/resultados contidos na CIPE® 2011⁽¹⁵²⁾.

Repetiu-se, mais uma vez, para que se cruzasse a relação de intervenções construídas *versus* conceitos de intervenção da CIPE® 2011⁽¹⁵²⁾.

Fase 3 – Construção dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem

Para a elaboração dos diagnósticos/resultados a base empírica foi constituída pelo banco de termos construído na fase anterior, pela CIPE® 2011⁽¹⁵²⁾ e pelo modelo teórico da TIPESC. Para tanto, foram seguidos os seguintes passos: elaboração dos diagnósticos e resultados de enfermagem; mapeamento cruzado dos diagnósticos/resultados elaborados com a CIPE® 2011⁽¹⁵²⁾; e construção das intervenções de enfermagem para os respectivos diagnósticos.

A elaboração das intervenções foi realizada com base na literatura científica, tendo como base empírica principal: protocolo do Ministério da saúde⁽⁵⁷⁾; García e Cubas⁽¹⁵⁹⁾, NIC⁽²⁷⁾ e Albuquerque e Cubas⁽¹⁰⁴⁾.

Fase 4 – Estruturação do subconjunto

Neste momento foi estruturado o subconjunto contendo: orientações de utilização; importância para a enfermagem; aplicação do modelo teórico; e os enunciados dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

A partir da construção do banco de termos, foram elaboradas as afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, com base no Modelo de Sete Eixos da CIPE^{®(29)} e no modelo proposto pela Organização Internacional de Normalização (ISO), norma ISO 18.104 – Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem^(106,108).

5.2.2 Aspectos éticos

Em conformidade com a Resolução 466/12⁽¹⁶⁰⁾ o trabalho foi apreciado e aprovado no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP, sob parecer nº 74384 de 14/08/2012.

Até o presente momento, não envolveu seres humanos; porém, o trabalho deverá prosseguir para a realização de validação junto aos especialistas.

Sujeito Indireto

Quem dera eu achasse um jeito
de fazer tudo perfeito,
feito a coisa fosse o projeto
e tudo já nascesse satisfeito.
Quem dera eu visse o outro lado,
o lado de lá, lado meio,
onde o triângulo é quadrado
e o torto parece direito.
Quem dera um ângulo reto.
Já começo a ficar cheio
de não saber quando eu falto,
de ser, mim, indireto sujeito.

Paulo Leminski

6 Resultados e discussão

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e a discussão à luz das categorias de análise: determinação social do processo saúde-doença, geração e enfrentamento realizado durante a Consulta de Enfermagem. Eles serão apresentados seguindo-se as fases metodológicas; ou seja: identificação dos termos e mapeamento cruzado; diagnósticos; resultados; e intervenções de enfermagem frente à violência doméstica contra crianças e adolescentes. Finalmente, será exibido o catálogo que é a estruturação do subconjunto terminológico da CIPE® para o enfrentamento da violência doméstica contra criança e adolescente, na perspectiva da enfermagem em saúde coletiva.

6.1 IDENTIFICAÇÃO DOS TERMOS E MAPEAMENTO CRUZADO

Fase 1 – Identificação dos termos

Para a elaboração de um subconjunto, faz-se necessária a identificação de termos relevantes para a atuação da enfermagem na área selecionada, seja na literatura, em prontuários de pacientes ou em relatos de profissionais⁽³⁴⁾. No presente estudo, a base empírica para a identificação dos termos constituiu-se de artigos identificados por meio de revisão integrativa da literatura.

O levantamento foi realizado na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de março 2013, utilizando-se os seguintes descritores, combinados entre si, e, também, os operadores booleanos “and” e “or”: violência doméstica; violência; criança; síndrome da criança maltratada; maus tratos infantis; adolescente; enfermagem; negligência; negligência infantil; violência sexual; abuso sexual; prevenção; abuso sexual infantil.

Como critérios de inclusão, os artigos deveriam estar disponíveis em português, na íntegra, e abranger conteúdo referente à violência doméstica contra a criança e o adolescente, suas manifestações, causas e consequências, e mencionar articulação com as práticas de enfermagem ou dos demais profissionais de saúde para enfrentamento do problema e sua prevenção.

Por sua vez, os critérios de exclusão foram: publicações em formato diferente do formato artigo, tais como: editoriais, cartas ao editor, anais de eventos, teses e dissertações e artigos em outra língua que não em língua portuguesa, pois o estudo demanda equivalência semântica, além da tradução literal da palavra. Não foi delimitado período de publicação dos artigos.

Os dados foram organizados em planilha específica contendo: título, autores, nome do periódico, ano de publicação, base de dados, palavras-chave e resumo. Todos os artigos selecionados foram lidos na íntegra.

A partir da combinação dos descritores, originou-se uma lista com 237 produções, incluindo artigos, livros, teses e dissertações. Depois de aplicados os critérios de inclusão e retiradas as duplicidades, o resultado foi uma seleção de 40 artigos, distribuídos entre os anos de 1994 e 2012, sendo que a maior concentração de publicações situava-se entre 2005 e 2012, com 33 artigos o que demonstra um aumento no interesse pelo tema. Todos os artigos estavam localizados na base LILACS.

Quanto às revistas que veicularam os artigos, temos que: 17 artigos foram publicados em 10 diferentes revistas de enfermagem; 14 artigos foram publicados em 10 diferentes revistas de saúde, e nove concentravam-se em uma mesma revista de saúde coletiva. Do total de artigos, 28 foram de pesquisa, 10 de revisão e dois de reflexão.

Quadro 3 – Relação de artigos selecionados na revisão de literatura

Ano	Título	Autores	Periódico
2012	Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero	Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira, RNG	Acta Paul Enferm; 2012; 25(6): 895-901
2012	Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre a prevenção do crime e do dano	Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MAL	Rev Bras saúde matern. Infant, 2012; 12(4):403-11
2011	A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar	Abranches CD, Assis SG	Cad Saúde Pública. 2011;27(5):843-54
2011	A representação da violência em adolescentes de escolas da rede pública de ensino do município do Jaboatão dos Guararapes	Melo MCB, Barros EN, Almeida AMLG	Ciênc Saúde coletiva. 2011;16(10):4211-21
2011	Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes	Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MAL	Rev Bras Enferm 2011; 64(5):919-24
2011	Atuação profissional na atenção básica de saúde frente à identificação e notificação da violência infanto-juvenil	Lima MCCS, Costa MCO, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, Silva MR	Rev Baiana saúde pública. 2011; 35(supl1):118-37
2011	Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras	Bannwart TH, Brino RF	Rev. paul. pediatr. 2011;29(2): 138-145.
2011	Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF Niterói/ RJ	Rocha PCX, Moraes CL	Ciênc Saúde coletiva, 2011; 16(7):3285-96
2010	Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência	Cocco M, Silva EB, Jahn AC	Rev eletr enf, 2010;12(3): 491-7
2010	Comportamentos violentos de adolescentes e coabitação parento-filial	Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Krindges M	Rev saúde pública. 2010; 44(1):53-59
2010	Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar	Woiski ROS, Rocha DLB	Esc Anna Nery Rev Enferm 2010;14(1):143-50
2010	Maus tratos contra crianças e adolescentes	Martins CBG	Rev Bras Enferm. 2010; 63(4):660-65
2010	Violência contra crianças e adolescentes: estratégias de cuidado adotadas por profissionais de saúde	Cocco M, Silva EB, Jahn AC, Poli AS	Ciênc cuid saúde 2010. 9(2):292-300
2010	violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade	Cocco M, Lopes MJM	Rev Gaucha Enferm. 2010; 31(1):151-159

(continua)

(continuação)

Ano	Título	Autores	Periódico
2009	A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde	Silva PA, Lunardi VL, Silva MRS, Lunardi WD	Ciênc cuid saúde. 2009;8(1):56-62
2009	Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento	Thomazine AM, Oliveira BRG, Viera CS	Rev eletrônica enferm, 11(4) dez, 2009
2009	O enfermeiro na atenção à criança com suspeita de abuso sexual: uma abordagem fenomenológica	Ciuffo LL, Rodrigues BMRD, Cunha JM	Online braz. j. nurs. (Online); 8(3)dez. 2009.
2009	Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência	Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF	Ciênc Saúde coletiva. 2009;14(2):349-361
2009	Violência contra crianças e adolescentes: rompendo o silêncio	Monteiro EMLM, Brandão Neto W, Gomes IMB, Freitas RBN, Brady CL, Moraes MUB	Rev RENE 2009. 10(3):107-116
2009	Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura	Pesce R	Ciênc Saúde coletiva, 2009; 14(2):507-18
2008	Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente ¹	Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS	Rev Lat Am Enferm. 2008; 16(1):136-41
2008	Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência	Lima PD, Farias GM	Rev eletr enf, 2008;10(3):643-53
2008	Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: Um Estudo em São Bentodo Una, PE, Brasil	Granville-Garcia AF, Silva MJF, Menezes VA	Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2008; 8(3):301-307
2008	Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor	Rosa e Campos MAM, Schor N	Saude Soc. 2008;17(3):190-200
2007	Cuidado à família de crianças em situação de abuso sexual baseado na teoria humanística	Silva LMP, Galvao MTG, Araujo TL, Cardoso MVLML	Online Braz J Nurs (online), 2007;6(1)
2006	Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura	Aded NLO; Dalcin, BLGS; Moraes TMM; Cavalcanti MT	Rev psiquiatr clín 2006;33(4):204-13
2006	Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras	Gomes R, Minayo MCS, Assis SG, Njaine K, Schenker M	Ciênc Saúde coletiva, 2006; 11(supl):1291-302

(continua)

(continuação)

Ano	Título	Autores	Periódico
2006	Redes de prevenção à violência: da utopia à ação	Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo MCS	Ciênc Saúde coletiva. 2006;11(supl):1313-22
2005	A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar	Cunha JM, Assis SG, Pacheco STA	Rev Bras Enferm. 2005;58(4):462-5
2005	Dimensões da violência contra crianças e adolescentes apreendidas do discurso de professoras cuidadoras	Gomes VLO, Fonseca AD	Texto & contexto enferm 2005; 14(n.Esp):32-7
2005	Indicadores da violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes	Rossi D, Silva JLP	Rev Ciência med. 2005; 14(6):495-502
2005	Violência intrafamiliar contra a criança: uma análise crítico-reflexiva para a equipe de enfermagem	Algeri S, Souza L	Online Braz J Nurs (online), 2005:4(3)
2005	Violência sexual: integração saúde e segurança no atendimento imediato à vítima	Rosa e Campos MAM, Schor N, Anjos RMP, Laurentiz JC, Santos DV, Peres F	Saude soc. 2005; 14(1):101-09
2003	Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil	Pordeus, AMJ, Fraga MNO, Facó TPP	Cad Saúde Pública. 2003; 19(4):1201-04
2003	Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil	Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW	Rev saúde pública. 2003; 37(1):8-14
1999	As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva	Monteiro MCN, Cabral MAA, Jodelet D	Ciênc. Saúde coletiva 1999;4(1):161-70
1999	Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico	Gomes R, Silva CMFP, Njaine K	Ciênc saúde coletiva 1999; 4(1):171-81
1999	Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família	Cavalcanti, MLT	Ciênc Saúde coletiva. 1999;4(1):193-200
1998	Caminhos da prevenção da violência doméstica e escolar: construindo a paz	Maldonado MT	Adolesc Latinoam. 1998;1(2):111-17
1994	Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro	Assis SG	Cad. Saúde Pública. 1994; 10(supl1):s126-s34

(conclusão)

Para a extração dos termos dos artigos foi utilizada uma ferramenta semiautomática: PORONTO⁽¹⁵⁰⁾. Para viabilizar o processamento por esta ferramenta, foi necessária a preparação de um *corpus*, que consistiu no agrupamento dos artigos em um documento Word®, excluindo-se as seções de autores, resumos, metodologia e referências, e também os sinais gráficos e as acentuações.

Cada artigo tratado dessa maneira foi convertido em um arquivo de texto e submetido ao PORONTO⁽¹⁵⁰⁾ que gerou, automaticamente, uma relação com 17.365 termos simples e compostos, com suas respectivas frequências de aparição, a qual foi exportada para planilha Excel®. A partir disso, foi realizada a seleção manual de termos pertinentes ao fenômeno e ao objetivo da pesquisa.

Realizou-se o processo de normalização quanto a gênero, número, grau, sinonímia, tempo verbal, ortografia e, ainda, a exclusão de elementos de ligação. A normalização é uma técnica recomendada na literatura para estudo de identificação de termos⁽¹⁶¹⁾ e tem sido utilizada em pesquisas semelhantes^(127;162;163;164).

Esse processo resultou em uma lista com 1.439 termos, com frequência de aparição variando entre um e 1.828. Inicialmente, os termos foram classificados em substantivos, adjetivos e verbos para facilitar a análise de pertinência com o fenômeno e com a estrutura dos eixos da CIPE®, uma vez que, via de regra, o eixo julgamento é constituído por adjetivos, o eixo ação por verbos e os demais eixos por substantivos.

Nos quadros 4, 5 e 6 constam exemplos de termos identificados, com a respectiva frequência de aparição nos artigos.

Quadro 4 – Exemplos de verbos identificados nos artigos e a frequência de aparição

nº	verbos	nº	verbos
81	Observar	27	evitar
79	conhecer	26	explicar
75	revelar	24	integrar
69	diagnosticar		orientar
65	abordar		ajudar
64	cuidar	23	oferecer
63	atuar		valorizar
	demonstrar	22	prevenir
56	auxiliar	18	estimular
	desenvolver	17	ênfatizar
55	avaliar	16	detectar
	compreender		elaborar
54	evidenciar		facilitar
52	referenciar	15	proporcionar
49	notificar		recomendar
48	relacionar	14	articular
47	especificar		assegurar
	enfrentar		documentar
45	receber	11	escutar
	Associar		fortalecer
44	Constatar	9	alertar
	Definir		sensibilizar
	Participar	8	capacitar
	expressar		planejar
43	possibilitar	7	acionar
	registrar		apoiar
42	refletir	6	esclarecer
41	reconhecer		acolher
40	verificar	5	debater
39	confirmar		ensinar
36	investigar	4	encorajar
	promover		sistematizar
35	proteger	3	convidar
	encaminhar		descartar
33	suspeitar		fomentar
	acompanhar	2	amparar
32	descrever		acalmar
30	caracterizar	1	aconselhar
30	discutir		aliviar
29	vincular		clarificar
	informar		instruir
28	sugerir		intensificar

Quadro 5 – Exemplos de adjetivos identificados nos artigos e a frequência de aparição

nº	adjetivos
408	sexual
317	físico
246	psicológico
201	agressor
111	presente
73	emocional
51	medo
41	grave
29	psicossocial
14	vulnerável
8	vergonha
7	sociocultural
4	biopsicossocial
3	antissocial

Quadro 6 – Exemplos de substantivos identificados nos artigos e a frequência de aparição

nº	substantivos
1.828	violência
1.358	criança
824	adolescente
692	saúde
606	profissional
416	família
330	pai
272	atendimento
250	poder
227	prevenção
220	comportamento
219	maus tratos
194	enfermagem
181	rede
180	cuidado
170	mãe
164	notificação
161	desenvolvimento
140	proteção
139	infância
138	abuso
134	direito
	enfermeiro

nº	substantivos
106	risco
138	abuso
106	risco
86	intrafamiliar
78	adolescência
77	enfrentamento
49	sofrimento
48	capacidade
40	autoestima
38	domiciliar
36	omissão
31	comunicação
30	abandono
24	articulação
23	cidadania
22	gênero
17	exclusão
12	acolhimento
11	resiliência
	privação
8	opressão
7	domicílio

Embora possa ser considerada expressiva a quantidade de termos encontrada, o conjunto pode não estar revelando a face histórica do fenômeno, tal como se verifica no modelo teórico.

Estudo amplo realizado no Brasil mostrou que, majoritariamente, a realidade objetiva não vem sendo visualizada em termos do marco teórico apresentado para a compreensão do fenômeno, pois a hegemonia do quadro conceitual funcional positivista surge fortemente também neste caso⁽¹⁶⁵⁾. Os resultados obtidos no presente estudo guardam semelhança entre os achados de Cubas, Carvalho, Malucelli e Denipote⁽¹⁶⁶⁾, entretanto, apresentam diferença entre estudos de Cubas e Egry⁽¹⁶⁷⁾ e Cubas e Egry⁽¹⁶⁸⁾.

Tal diferença é dada pelas categorias interpretativas que se adotaram ao exame do fenômeno: um deles busca, na lógica formal, os termos, respondendo às etapas do processo de identificação proposto por Coenen e King⁽³⁴⁾; o outro, parte da lógica dialética, segundo a qual é preciso reconhecer as raízes históricas e a dinamicidade dos fenômenos e, por isso, os significados dados aos termos apresentarão variabilidade de acordo com os grupos sociais que vivenciam, por exemplo a violência, a infância, a adolescência, a família, o gênero, entre outros⁽¹⁶⁵⁾.

Apesar da frequência de aparição dos termos ter sido importante para a identificação dos mesmos, observaram-se termos relevantes com baixas frequências de aparição, a exemplo de “opressão” e “vergonha”, que apresentaram a frequência de oito vezes de aparição, os quais também foram selecionados, tendo em vista a pertinência com a temática pesquisada.

A identificação de termos específicos que compõem a linguagem especial da enfermagem na temática da violência doméstica contra a criança e o adolescente configura-se como um importante passo para a formulação de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, com possibilidade de organização de subconjunto terminológico da CIPE[®]. Tal material poderá ser utilizado para apoiar os enfermeiros na identificação de situações de vulnerabilidade e risco para

a violência doméstica, bem como aquelas em que o problema já se encontra instalado, e subsidiar o planejamento e as intervenções em para o enfrentamento do problema.

A utilização da ferramenta PORONTO⁽¹⁵⁰⁾ para a extração dos termos dos artigos foi um facilitador, porém, como a decisão pela seleção do termo é necessariamente um trabalho humano⁽¹⁵⁰⁾ essa fase foi bastante trabalhosa e demandou atenção para identificar os termos correspondentes à prioridade de saúde selecionada (violência doméstica), a clientela definida (criança e adolescente), e que também apresentasse potencial para composição de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Estudos que utilizaram esse recurso tecnológico partilham da mesma opinião^(127;164).

Por vezes, foi necessário retornar ao *corpus* para compreender o contexto no qual o termo aparece para, então, decidir por sua inclusão ou, ainda, por sua alteração. Pavel e Nolet⁽¹⁶⁹⁾ ressaltam a importância da análise contextual dos termos, o que foi confirmado no estudo de estruturação de banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital universitário⁽¹⁶⁴⁾.

Fase 2 – Mapeamento cruzado

O processo de normalização gerou uma nova lista com 915 termos, que foi submetida ao mapeamento cruzado com os termos da CIPE® 2011.

Foram realizados dois mapeamentos com os termos de todos os eixos da CIPE® 2011. O primeiro, a partir de uma lista com 915 termos, entre os quais, após a comparação com a lista CIPE® 2011, foram identificados 706 termos não constantes e 209 termos constantes. Essa lista passou novamente por normalização, correção e compatibilização com os termos contidos na CIPE®, resultando em 514 termos, os quais foram submetidos ao segundo mapeamento cruzado com a CIPE® 2011 que, após as correções e refinamentos, resultou na listagem final de 352 termos: 214 constantes e 138 não constantes.

Após o processo de normalização os 138 termos não constantes foram submetidos à análise de significado e semelhança com os termos da CIPE[®] 2011 de maneira a identificar sinônimos e retirar duplicidades.

Justificam-se os vários refinamentos devido à complexidade do processo de seleção de termos, análise e comparação com a CIPE[®], à luz da pertinência com o fenômeno da violência doméstica contra as crianças e os adolescentes. No processo de mapeamento alguns termos não foram reconhecidos como iguais aos da CIPE[®] por diferenças ortográficas, tais como: acentuação e letras maiúsculas/minúsculas. Assim, estes termos requereram correções e adequações até obter-se o resultado final.

Figura 5 – Esquema representativo dos processos de mapeamento e normalização realizados

Em seguida, os 352 termos selecionados foram classificados de acordo com os critérios de Leal⁽¹⁵⁸⁾, conforme descrito no Quadro 7.

Quadro 7 – Quadro demonstrativo dos termos selecionados em relação à CIPE® 2011, de acordo com a classificação de Leal⁽¹⁵⁸⁾.

Eixo	Termo CIPE® 2011	Termos resultantes da busca e triagem	Análise
A	Aconselhar	aconselhar	igual
A	Agendar	agendar	igual
A	Aliviar	aliviar	igual
A	Alterar	alterar	igual
A	Analisar	analisar	igual
A	Aplicar	aplicar	igual
A	Apoiar	apoiar	igual
A	Assistir	assistir	igual
A	Atender	atender	igual
A	Aumentar	aumentar	igual
A	Avaliar	avaliar	igual
A	Colaborar	colaborar	igual
A	Coletar	coletar	igual
A	Consultar	consultar	igual
A	Contatar	contatar	igual
A	Controlar	controlar	igual
A	Demonstrar	demonstrar	igual
A	Descrever	descrever	igual
A	Determinar	determinar	igual
A	Educar	educar	igual
A	Encaminhar	encaminhar	igual
A	Encorajar	encorajar	igual
A	Ensinar	ensinar	igual
A	Entrevistar	entrevistar	igual
A	Envolver	envolver	igual
A	Estabelecer	estabelecer	igual
A	Estabelecer Limite	estabelecer limite	igual
A	Estimular	estimular	igual
A	Evitar	evitar	igual
A	Examinar	examinar	igual
A	Executar	executar	igual
A	Explicar	explicar	igual
A	Facilitar	facilitar	igual
A	Garantir	garantir	igual
A	Identificar	identificar	igual
A	Implementar	implementar	igual
A	Informar	informar	igual
A	Iniciar	iniciar	igual
A	Interpretar	interpretar	igual
A	Interromper	interromper	igual
A	Intervenção	intervenção	igual
A	Investigar	investigar	igual
A	Mediar	mediar	igual
A	Minimizar	minimizar	igual
A	Monitorar	monitorar	igual
A	Motivar	motivar	igual
A	Notificar	notificar	igual

(continua)

(continuação)

Eixo	Termo CIPE® 2011	Termos resultantes da busca e triagem	Análise
A	Observar	observar	igual
A	Obter	obter	igual
A	Oferecer	oferecer	igual
A	Organizar	organizar	igual
A	Ouvir	ouvir	igual
A	Participar	participar	igual
A	Planejar	planejar	igual
A	Preparar	preparar	igual
A	Prevenir	prevenir	igual
A	Promover	promover	igual
A	Proteger	proteger	igual
A	Reforçar	reforçar	igual
A	Registrar	registrar	igual
A	Responder	responder	igual
A	Verificar	verificar	igual
C	Adolescente	adolescente	igual
C	Adulto	adulto	igual
C	Comunidade	comunidade	igual
C	Criança	criança	igual
C	Cuidador	cuidador	igual
C	Família	família	igual
C	Irmãos	irmãos	igual
C	Mãe	mãe	igual
C	Pai	pai	igual
C	Pais	pais	igual
F	Abuso	abuso	igual
F	Abuso Infantil	abuso infantil	igual
F	Abuso sexual	abuso sexual	igual
F	Aceitação	aceitação	igual
F	Acesso	acesso	igual
F	Adaptação	adaptação	igual
F	Angústia	angústia	igual
F	Ansiedade	ansiedade	igual
F	Apoio emocional	apoio emocional	igual
F	Aprendizagem	aprendizagem	igual
F	Autocontrole	autocontrole	igual
F	Autoestima	autoestima	igual
F	Autoimagem	autoimagem	igual
F	Autoimagem Negativa	autoimagem negativa	igual
F	Automutilação	automutilação	igual
F	Autonomia	autonomia	igual
F	Barreira na Comunicação	barreira na comunicação	igual
F	Cognição	cognição	igual
F	Comportamento	comportamento	igual
F	Comportamento Agressivo	comportamento agressivo	igual
F	Comportamento Autodestrutivo	comportamento autodestrutivo	igual

(continua)

(continuação)

Eixo	Termo CIPE® 2011	Termos resultantes da busca e triagem	Análise
F	Comportamento Desorganizado	comportamento desorganizado	igual
F	Comportamento Sexual	comportamento sexual	igual
F	Comunicação	comunicação	igual
F	Confiança	confiança	igual
F	Conhecimento	conhecimento	igual
F	Crença	crença	igual
F	Crença Equivocada	crença equivocada	igual
F	Crescimento	crescimento	igual
F	Crise	crise	igual
F	Crise Familiar	crise familiar	igual
F	Cuidar (tomar conta)	cuidar	igual
F	Culpa	culpa	igual
F	Depressão	depressão	igual
F	Desamparo	desamparo	igual
F	Desempenho Escolar	desempenho escolar	igual
F	Desenvolvimento Adolescente	desenvolvimento adolescente	igual
F	Desenvolvimento Infantil	desenvolvimento infantil	igual
F	Dignidade	dignidade	igual
F	Direitos do Paciente	direitos do paciente	igual
F	Direitos Humanos	direitos humanos	igual
F	Discriminação	discriminação	igual
F	Discriminação de Gênero	discriminação de gênero	igual
F	Educação da Criança	educação da criança	igual
F	Enfrentamento	enfrentamento	igual
F	Esperança	esperança	igual
F	Estupro	estupro	igual
F	Exibicionismo	exibicionismo	igual
F	Frustração	frustração	igual
F	Habilidade	habilidade	igual
F	Identidade	identidade	igual
F	Impotência	impotência	igual
F	Incesto	incesto	igual
F	Integridade	integridade	igual
F	Isolamento Social	isolamento social	igual
F	Lei	lei	igual
F	Lesão	lesão	igual
F	Ligação	ligação	igual
F	Ligação crianças-pais	ligação crianças-pais	igual
F	Medo	medo	igual
F	Necessidade	necessidade	igual
F	Negligência	negligência	igual
F	Papel	papel	igual
F	Papel da Família	papel da família	igual
F	Papel do enfermeiro	papel do enfermeiro	igual

(continua)

(continuação)

Eixo	Termo CIPE® 2011	Termos resultantes da busca e triagem	Análise
F	Percepção	percepção	igual
F	Personalidade	personalidade	igual
F	Política	política	igual
F	Privacidade	privacidade	igual
F	Processamento de Informação	processamento de informação	igual
F	Processo de Tomada de Decisão	processo de tomada de decisão	igual
F	Raiva	raiva	igual
F	Recuperação	recuperação	igual
F	Relação Sexual	relação sexual	igual
F	Resposta ao Trauma	resposta ao trauma	igual
F	Socialização	socialização	igual
F	Sofrimento	sofrimento	igual
F	Stress	stress	igual
F	Suspeita	suspeita	igual
F	Suspeita	suspeita	igual
F	Suspeita	suspeita	igual
F	Trauma	trauma	igual
F	Vergonha	vergonha	igual
F	Vínculo	vínculo	igual
F	Violência	violência	igual
F	Violência Doméstica	violência doméstica	igual
J	Baixo	baixo	igual
J	Eficaz	eficaz	igual
J	Gravidade	gravidade	igual
J	Potencialidade	potencialidade	igual
J	Risco	risco	igual
J	Severo	severo	igual
L	Lar	lar	igual
M	Enfermeira	enfermeira	igual
M	Protocolo	protocolo	igual
T	Adolescência	adolescência	igual
T	Crônico	crônico	igual
T	Frequentemente	frequentemente	igual
T	Infância	infância	igual
A		acompanhar	similar
A		ajudar	similar
A		anotar	similar
A		assegurar	similar
A		caracterizar	similar
A		compreender	similar
A		defender	similar
A		detectar	similar
A		diferenciar	similar
A		elaborar	similar
A		esclarecer	similar
A		escutar	similar
A		fortalecer	similar

(continua)

(continuação)

Eixo	Termo CIPE® 2011	Termos resultantes da busca e triagem	Análise
A		incentivar	similar
A		orientar	similar
A		possibilitar	similar
A		respaldar	similar
A		solicitar	similar
F		acompanhamento	similar
F		atuação do enfermeiro	similar
F		capacidade	similar
F		competência	similar
F		crescimento saudável	similar
F		educação infantil	similar
F		gênero	similar
F		incerteza	similar
F		linguagem verbal	similar
F		maus tratos	similar
F		perda afetiva	similar
F		prevenção	similar
F		sentimento de culpa	similar
F		sentimento de impotência	similar
F		situação de pobreza	similar
F		suporte	similar
F		suporte emocional	similar
F		suporte familiar	similar
F		suporte social	similar
F		vínculo afetivo	similar
F		vínculo pais e filhos	similar
J		abaixo	similar
J		grave	similar
L		domicílio	similar
L		doméstica	similar
A		realizar	mais abrangente
A		reconhecer	mais abrangente
F		conflito	mais abrangente
F		isolamento	mais abrangente
F		lazer	mais abrangente
F		limite	mais abrangente
F		linguagem	mais abrangente
F		parental	mais abrangente
F		participação	mais abrangente
F		privação	mais abrangente
F		processo interativo	mais abrangente
F		proteção	mais abrangente
F		tomada de decisão	mais abrangente
A		conversar	mais restrito
A		dialogar	mais restrito
A		divulgar	mais restrito
A		fortalecer vínculo	mais restrito
A		prevenir a negligência	mais restrito

(continua)

(continuação)

Eixo	Termo CIPE® 2011	Termos resultantes da busca e triagem	Análise
A		prevenir a violência doméstica	mais restrito
A		prevenir a violência sexual	mais restrito
A		revelar	mais restrito
F		adaptacao psicossocial	mais restrito
F		capacidade para afeto	mais restrito
F		comportamento transgressor	mais restrito
F		comunicacao familiar	mais restrito
F		conhecimento sobre abuso	mais restrito
F		conhecimento sobre violência	mais restrito
F		desenvolvimento cognitivo	mais restrito
F		desenvolvimento de habilidades	mais restrito
F		desenvolvimento de habilidades de autoproteção	mais restrito
F		desenvolvimento emocional	mais restrito
F		desenvolvimento mental	mais restrito
F		direitos de cidadania	mais restrito
F		discriminação racial	mais restrito
F		educação sexual	mais restrito
F		estatuto da criança e do adolescente	mais restrito
F		exploração sexual	mais restrito
F		prevenção da revitimização	mais restrito
F		prevenção de abuso	mais restrito
F		processo de superação	mais restrito
F		promoção da cidadania	mais restrito
F		relacionamento familiar	mais restrito
F		revelação do abuso	mais restrito
F		suspeita de abuso	mais restrito
F		suspeita de violência	mais restrito
F		violência infantil	mais restrito
F		violência sexual	mais restrito
A		acalmar	não existe concordância
A		aceitar	não existe concordância
A		acionar	não existe concordância
A		acolher	não existe concordância
A		acrescentar	não existe concordância
A		agir em rede	não existe concordância
A		articular	não existe concordância
A		brincar	não existe concordância
A		confirmar	não existe concordância
A		conhecer	não existe concordância
A		discutir	não existe concordância
A		ênfatizar	não existe concordância
A		influenciar	não existe concordância
A		instrumentalizar	não existe concordância
A		pedir	não existe concordância
A		planejar	não existe concordância

(continua)

(continuação)

Eixo	Termo CIPE® 2011	Termos resultantes da busca e triagem	Análise
A		potencializar	não existe concordância
A		preservar	não existe concordância
A		proporcionar	não existe concordância
A		refletir	não existe concordância
A		reiterar	não existe concordância
A		repetir	não existe concordância
A		respeitar	não existe concordância
A		sensibilizar	não existe concordância
A		sistematizar	não existe concordância
A		sugerir	não existe concordância
A		suspeitar	não existe concordância
A		valorizar	não existe concordância
F		abandono	não existe concordância
F		abandono escolar	não existe concordância
F		acolhimento	não existe concordância
F		ambiente familiar	não existe concordância
F		articulação	não existe concordância
F		autoproteção	não existe concordância
F		barreira	não existe concordância
F		busca ativa	não existe concordância
F		ciclo da violência	não existe concordância
F		cidadania	não existe concordância
F		condição de vida	não existe concordância
F		conflito conjugal	não existe concordância
F		conflito familiar	não existe concordância
F		contexto	não existe concordância
F		contexto familiar	não existe concordância
F		contexto social	não existe concordância
F		convivência	não existe concordância
F		cuidado de enfermagem	não existe concordância
F		desigualdade	não existe concordância
F		desigualdade de direitos	não existe concordância
F		detecção precoce	não existe concordância
F		dinâmica familiar	não existe concordância
F		evasão escolar	não existe concordância
F		exclusão	não existe concordância
F		exclusão escolar	não existe concordância
F		geração	não existe concordância
F		inclusão	não existe concordância
F		inclusão social	não existe concordância
F		inserção social	não existe concordância
F		interação	não existe concordância
F		mudança	não existe concordância
F		omissão	não existe concordância
F		perda	não existe concordância
F		pertencimento	não existe concordância
F		poder	não existe concordância
F		processo saúde doença	não existe concordância

(continua)

(continuação)

Eixo	Termo CIPE® 2011	Termos resultantes da busca e triagem	Análise
F		promoção da saúde	não existe concordância
F		recreação	não existe concordância
F		rede social	não existe concordância
F		rede de proteção	não existe concordância
F		reincidência	não existe concordância
F		reinserção social	não existe concordância
F		rejeição	não existe concordância
F		rejeição parental	não existe concordância
F		resiliência	não existe concordância
F		respeito	não existe concordância
F		revitimização	não existe concordância
F		sinais de abuso	não existe concordância
F		sinais de violência	não existe concordância
F		solidariedade	não existe concordância
F		subalternidade	não existe concordância
F		subalternidade de gênero	não existe concordância
F		subalternidade de geração	não existe concordância
F		violação dos direitos	não existe concordância
F		vulnerabilidade	não existe concordância
J		elevado	não existe concordância
J		integral	não existe concordância
J		precoce	não existe concordância
L		intrafamiliar	não existe concordância
M		ecomapa	não existe concordância
M		ficha de notificação	não existe concordância
M		genograma	não existe concordância
M		indicador	não existe concordância

(conclusão)

Os termos classificados como igual e similar são considerados constantes na CIPE®, enquanto os classificados como “mais abrangente”, “mais restrito” e “não existe concordância” são considerados termos novos.

Todos os termos passaram a constituir o **banco de termos da linguagem especial de enfermagem para o fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente**, que foi a base empírica, juntamente com a CIPE® 2011, para a construção dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem.

A estruturação de banco de termos tem sido desenvolvida em vários estudos^(127;161;162;163;164), como um recurso para construção de subconjuntos terminológicos, bem como para alimentar sistemas de

informação de maneira a auxiliar na operacionalização da consulta/processo de enfermagem.

O Quadro 8 mostra uma síntese da classificação dos termos segundo Leal⁽¹⁵⁸⁾, distribuídos por eixos da CIPE[®] 2011, sendo F= foco, A= ação, C= cliente, J= julgamento, M= meio, Tempo= tempo e L= localização.

Quadro 8 – Quadro-síntese dos termos classificados de acordo com Leal⁽¹⁵⁸⁾, distribuídos por eixos da CIPE[®] 2011

Classificação dos termos	Eixos da CIPE [®] 2011							Total
	F	A	C	J	M	T	L	
Igual	86	62	10	6	2	4	1	171
Similar	21	18	-	2	-	-	2	43
Não existe concordância	55	28	-	3	4	-	1	91
Mais restrito	26	8	-	-	-	-	-	34
Mais abrangente	11	2	-	-	-	-	-	13
Total	199	118	10	11	6	4	4	352

Como se pode observar no Quadro 8, os termos constantes, constituídos pelos iguais e similares, totalizaram 214 (60,8%), enquanto os novos, que incluem os “mais abrangentes”, “menos abrangentes” e “não existe concordância”, somaram 138 (39,2%).

O eixo Foco representou a maioria dos termos encontrados (56,5%). O achado é relevante, pois esse eixo é fundamental para a elaboração de diagnósticos/resultados. Considerando-se os que não estavam na base da CIPE[®], 30,4% eram termos novos do eixo Foco. A seguir, foi o eixo Ação, fundamental para a elaboração das intervenções.

Ao distribuir os 214 termos constantes, nos sete eixos da CIPE[®], obteve-se:

Quadro 9 – Distribuição dos termos identificados na literatura em constantes e não constantes nos eixos da CIPE® 2011

Eixo	Constantes na CIPE®	Não constantes na CIPE®
Foco	107	92
Ação	80	38
Cliente	10	0
Julgamento	08	3
Meio	2	4
Tempo	4	0
Localização	3	1
Total	214	138

No processo de análise dos termos, alguns termos mereceram um olhar mais atento devido à sua localização na árvore hierárquica da classificação. Como exemplo, tem-se o termo *recreação* que consta na CIPE® 2011, no eixo Meio: “dispositivo para recreação”, “brinquedo”. No presente estudo, ele foi considerado um termo novo no eixo Foco, com o qual foram elaborados os diagnósticos/resultados: “déficit de recreação”, “recreação melhorada”, “recreação adequada” e a intervenção “explicar aos pais a importância da recreação e lazer para a promoção do desenvolvimento da criança”. Estudos de construção de banco de termos⁽¹⁵⁵⁾ também encontraram situação semelhante, com proposição de novo posicionamento na árvore hierárquica da CIPE®.

Foram identificados termos presentes na CIPE® em enunciados diagnósticos, mas que não constam como termos atômicos no eixo Julgamento, por exemplo: “déficit, positivo e diminuído”, utilizados nos diagnósticos: “déficit de conhecimento”, “autoestima positiva” e “impotência diminuída”. Em estudo de estruturação de subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com *diabetes mellitus* na atenção especializada⁽¹²⁷⁾, situação similar foi detectada, envolvendo os termos: “alterada” e “inadequada”.

Supõe-se que a inclusão de termos a partir de estruturação de subconjuntos tenha gerado esse tipo de situação, ou seja, incluíram-se os enunciados de diagnósticos e intervenções sem o acréscimo simultâneo dos termos atômicos nos eixos respectivos. Como a CIPE® é uma

classificação em constante desenvolvimento, espera-se que a identificação dessas situações possa contribuir para o seu aprimoramento.

Também foram identificados termos que tem adesão ao fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente, mas não se enquadram com o formato da CIPE® para elaboração de DE/RE/IE, por exemplo: “subordinação”, “naturalização”, “invisibilidade”, “interdisciplinar”, “integralidade”, “intergeracional”, “intrageneracional”, entre outros.

Novamente, aqui é explícita a contradição entre a lógica que rege a classificação e a lógica dialética, que ilumina a interpretação do fenômeno da violência contra a criança e o adolescente.

A naturalização da violência nas relações intergeracionais é fruto da ideologia adultocêntrica dominante^(6;61), em que os pais se julgam no “direito” de educar seus filhos à sua maneira, apesar dos avanços legais que definem crianças e adolescentes como sujeitos de direitos⁽²¹⁾. Isto tem sido apontado como uma das razões da sua não identificação ou (in)visibilidade nos serviços de saúde. Associa-se, ainda, a ideologia androcêntrica, de dominação masculina sobre as mulheres e meninas, que perpassa a sociedade e é aprendida historicamente e que contribui para naturalizar a violência⁽¹³⁸⁾.

Os profissionais de saúde, a quem cabe a identificação do fenômeno da violência e a intervenção sobre ele, também estão inseridos na mesma sociedade e, portanto, reproduzem a ideologia dominante que influencia suas práticas^(170;171), a ponto de não reconhecerem situações de violência que se apresentam cotidianamente nos serviços de saúde⁽³⁸⁾, contribuindo com a invisibilidade do fenômeno.

Estudos que abordam a percepção dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra a criança e o adolescente apontam como dificuldades: o despreparo para o reconhecimento e abordagem das situações que se apresentam^(66;170;171;172;173) o desconhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente⁽¹⁷⁴⁾, e o medo de represália por parte dos agressores⁽¹⁷³⁾.

O reconhecimento da vulnerabilidade de crianças e adolescentes e, por conseguinte, o seu enfrentamento, também apresenta outras dificuldades: a falta de estrutura dos serviços de saúde, com sobrecarga de trabalho dos profissionais, que afeta especialmente a enfermagem;⁽¹⁷²⁾ o processo de trabalho focado na doença e no biológico, que recorta o objeto de trabalho nas suas dimensões biológicas⁽¹⁷²⁾; a falta de diálogo ou intersetorialidade com outras instituições⁽¹⁷¹⁾; e a descrença na efetividade dos órgãos de defesa dos direitos das crianças⁽¹⁷³⁾.

6.2 DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA VIOÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Fase 3 - Elaboração dos DE/RE/ IE

Uma vez concluído o banco de termos foram elaborados os diagnósticos/resultados de enfermagem e realizado o mapeamento cruzado com os conceitos da CIPE® 2011. Constatou-se que dos 141 diagnósticos/resultados, 62 já constavam na CIPE® 2011 e os demais, 79, foram considerados novos (Quadro 10).

Quadro 10 – Comparação entre os diagnósticos/resultados de enfermagem CIPE® 2011 e os construídos no estudo

Diagnósticos/Resultados CIPE® 2011	Diagnósticos/ Resultados construídos	Análise
Ansiedade	Ansiedade	igual
Atitude Conflituosa da Família	Atitude conflituosa da família	igual
Autoestima positiva	Autoestima positiva	igual
Autoimagem Positiva	Autoimagem positiva	igual
Baixa autoestima	Baixa autoestima	igual
Baixo peso	Baixo peso	igual
Barreira na Comunicação	Barreira na comunicação	igual
Capacidade prejudicada para executar o cuidado	Capacidade prejudicada para executar o cuidado	igual
Cognição Eficaz	Cognição eficaz	igual
Cognição Prejudicada	Cognição prejudicada	igual
Comportamento Autodestrutivo	Comportamento autodestrutivo	igual

(continua)

(continuação)

Diagnósticos/Resultados CIPE® 2011	Diagnósticos/ Resultados construídos	Análise
Comportamento Autodestrutivo Ausente	Comportamento autodestrutivo ausente	igual
Comportamento de Busca de Saúde	Comportamento de busca de saúde	igual
Comportamento de Busca de Saúde Prejudicado	Comportamento de busca de saúde prejudicado	igual
Comportamento Interativo Eficaz	Comportamento interativo eficaz	igual
Comportamento Interativo Prejudicado	Comportamento interativo prejudicado	igual
Comportamento Sexual Eficaz	Comportamento sexual eficaz	igual
Comportamento Sexual Problemático	Comportamento Sexual Problemático	igual
Comunicação Prejudicada	Comunicação Prejudicada	igual
Depressão	Depressão	igual
Depressão Melhorada	Depressão Melhorada	igual
Desempenho Eficaz do Papel Parental	Desempenho eficaz do papel parental	igual
Desenvolvimento Eficaz da Criança	Desenvolvimento eficaz da criança	igual
Desenvolvimento Prejudicado da Criança	Desenvolvimento Prejudicado da criança	igual
Desenvolvimento Prejudicado do Adolescente	Desenvolvimento Prejudicado do adolescente	igual
Desesperança	Desesperança	igual
Enfrentamento Eficaz	Enfrentamento eficaz	igual
Enfrentamento Familiar Eficaz	Enfrentamento familiar eficaz	igual
Enfrentamento Familiar Prejudicado	Enfrentamento familiar prejudicado	igual
Enfrentamento Prejudicado	Enfrentamento prejudicado	igual
Esperança	Esperança	igual
Estresse dos Pais	Estresse dos pais	igual
Falta de Apoio Familiar	Falta de apoio familiar	igual
Falta de Apoio Social	Falta de apoio social	igual
Habilidade para Adaptar-se	Habilidade para adaptar-se	igual
Habilidade para Realizar a Manutenção da Saúde	Habilidade para realizar a manutenção da saúde	igual
Habilidade para Realizar o Cuidado	Habilidade para realizar o cuidado	igual
Habilidade Protetora Eficaz	Habilidade protetora eficaz	igual
Impotência	Impotência	igual
Impotência Diminuída	Impotência diminuída	igual
Incontinência por Estresse	Incontinência por estresse	igual
Ligação Afetiva Prejudicada Cuidador-Criança	Ligação afetiva prejudicada cuidador-criança	igual
Ligação Eficaz Cuidador-Criança	Ligação eficaz Cuidador-Criança	igual
Medo	Medo	igual
Parentalidade Prejudicada	Parentalidade prejudicada	igual
Processo Familiar Eficaz	Processo Familiar Eficaz	igual
Processo Familiar Prejudicado	Processo familiar prejudicado	igual
Prontidão para Comunicação Eficaz	Prontidão para comunicação eficaz	igual

(continua)

(continuação)

Diagnósticos/Resultados CIPE® 2011	Diagnósticos/ Resultados construídos	Análise
Prontidão para Conhecimento	Prontidão para conhecimento	igual
Prontidão para Enfrentamento Eficaz	Prontidão para enfrentamento eficaz	igual
Prontidão para Enfrentamento Familiar Eficaz	Prontidão para enfrentamento familiar eficaz	igual
Prontidão para Esperança	Prontidão para esperança	igual
Prontidão para Parentalidade Positiva	Prontidão para parentalidade positiva	igual
Prontidão para processo familiar eficaz	Prontidão para processo familiar eficaz	igual
Prontidão para Tomada de Decisão Eficaz	Prontidão para tomada de decisão eficaz	igual
Resposta ao Trauma do Estupro	Resposta ao trauma do estupro	igual
Sobrepeso	Sobrepeso	igual
Socialização Eficaz	Socialização eficaz	igual
Socialização Prejudicada	Socialização prejudicada	igual
Tomada de Decisão Eficaz	Tomada de decisão eficaz	igual
Tristeza Crônica	Tristeza crônica	igual
Violência Doméstica	Violência doméstica	igual
	Ansiedade ausente	não existe concordância
	Ansiedade diminuída	não existe concordância
	Apoio familiar eficaz	não existe concordância
	Apoio familiar melhorado	não existe concordância
	Apoio social eficaz	não existe concordância
	Apoio social melhorado	não existe concordância
	Atitude conflituosa ausente da família	não existe concordância
	Atitude conflituosa diminuída da família	não existe concordância
	Autoestima melhorada	não existe concordância
	Barreira ausente na comunicação	não existe concordância
	Barreira diminuída na comunicação	não existe concordância
	Capacidade eficaz para executar o cuidado	não existe concordância
	Capacidade melhorada para executar o cuidado	não existe concordância
	Cognição melhorada	não existe concordância
	Comportamento autodestrutivo diminuído	não existe concordância
	Comportamento de busca de saúde aumentado	não existe concordância

(continua)

(continuação)

Diagnósticos/Resultados CIPE® 2011	Diagnósticos/ Resultados construídos	Análise
	Comportamento interativo melhorado	não existe concordância
	Comunicação eficaz	não existe concordância
	Comunicação melhorada	não existe concordância
	Conhecimento adequado sobre educação sem violência	não existe concordância
	Conhecimento adequado sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	não existe concordância
	Conhecimento adequado sobre processo de mudança comportamental do adolescente	não existe concordância
	Conhecimento adequado sobre serviços comunitários	não existe concordância
	Conhecimento melhorado sobre educação sem violência	não existe concordância
	Conhecimento melhorado sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	não existe concordância
	Conhecimento melhorado sobre processo de mudança comportamental do adolescente	não existe concordância
	Conhecimento melhorado sobre serviços comunitários	não existe concordância
	Déficit de conhecimento sobre educação sem violência	não existe concordância
	Déficit de conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	não existe concordância
	Déficit de conhecimento sobre processo de mudança comportamental do adolescente	não existe concordância
	Déficit de conhecimento sobre serviços comunitários	não existe concordância
	Déficit de recreação	não existe concordância
	Depressão ausente	não existe concordância
	Desamparo	não existe concordância
	Desamparo diminuído	não existe concordância
	Desempenho escolar adequado	não existe concordância
	Desempenho escolar melhorado	não existe concordância
	Desempenho escolar prejudicado	não existe concordância
	Desenvolvimento eficaz do adolescente	não existe concordância
	Desenvolvimento melhorado da criança	não existe concordância

(continua)

(continuação)

Diagnósticos/Resultados CIPE® 2011	Diagnósticos/ Resultados construídos	Análise
	Desenvolvimento melhorado do adolescente	não existe concordância
	Desesperança diminuída	não existe concordância
	Eliminação intestinal adequada	não existe concordância
	Eliminação urinária adequada	não existe concordância
	Enfrentamento familiar melhorado	não existe concordância
	Enfrentamento melhorado	não existe concordância
	Estresse ausente dos pais	não existe concordância
	Estresse diminuído dos pais	não existe concordância
	Imagem corporal negativa	não existe concordância
	Imagem corporal positiva	não existe concordância
	Impotência ausente	não existe concordância
	Incontinência por estresse diminuída	não existe concordância
	Ligação afetiva melhorada cuidador-criança	não existe concordância
	Medo ausente	não existe concordância
	Medo diminuído	não existe concordância
	Negligência	não existe concordância
	Negligência ausente	não existe concordância
	Negligência diminuída	não existe concordância
	Parentalidade eficaz	não existe concordância
	Parentalidade melhorada	não existe concordância
	Peso corporal adequado	não existe concordância
	Peso corporal melhorado	não existe concordância
	Processo familiar melhorado	não existe concordância
	Recreação adequada	não existe concordância
	Recreação melhorada	não existe concordância
	Rede social aumentada	não existe concordância

(continua)

(continuação)

Diagnósticos/Resultados CIPE® 2011	Diagnósticos/ Resultados construídos	Análise
	Rede social escassa	não existe concordância
	Resposta ausente ao trauma do estupro	não existe concordância
	Resposta diminuída ao trauma do estupro	não existe concordância
	Risco diminuído de negligência	não existe concordância
	Risco diminuído de violência doméstica	não existe concordância
	Risco de negligência	não existe concordância
	Risco de violência doméstica	não existe concordância
	Socialização melhorada	não existe concordância
	Tomada de decisão melhorada	não existe concordância
	Tomada de decisão prejudicada	não existe concordância
	Tristeza ausente	não existe concordância
	Tristeza crônica diminuída	não existe concordância
	Violência doméstica ausente	não existe concordância

(conclusão)

O processo de elaboração dos diagnósticos/resultados foi apoiado no modelo de sete eixos da CIPE®⁽²⁹⁾ e na ISO 18.104⁽¹⁰⁹⁾. Estes estabelecem que o Diagnóstico pode ser um achado clínico ou a combinação entre um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento, sendo os demais eixos opcionais. Outra regra inclui a associação de Foco e Julgamento à potencialidade, expressa por risco ou chance, sendo que risco indica um diagnóstico negativo e chance um diagnóstico positivo.

- Exemplo 1: estresse dos pais - em que *estresse* é um achado clínico, configurando-se como um Diagnóstico, e *dos pais* identifica o cliente, portador do Diagnóstico.
- Exemplo 2: comportamento interativo prejudicado - em que *comportamento interativo* é foco e *prejudicado* é julgamento.
- Exemplo 3: risco de violência doméstica - em que *risco* expressa um Diagnóstico negativo de probabilidade (e violência doméstica?)

A base empírica para a elaboração foi o banco de termos construído, a CIPE® 2011⁽²⁹⁾ e outros estudos^(57;105;160).

O referencial teórico adotado, a experiência da pesquisadora, o processo de raciocínio clínico diagnóstico e a literatura também foram considerados para a elaboração dos diagnósticos que, por definição, expressam uma necessidade de cuidado. Assim, os diagnósticos apresentados intencionam demonstrar as necessidades que podem estar presentes nas crianças, adolescentes e famílias que se encontram vulneráveis ou em situação de violência.

A CIPE®⁽²⁹⁾ se organiza em forma de árvore hierárquica, na qual os termos estão distribuídos. O eixo Foco subdivide-se em três grandes grupos: entidade, processo e condição, os quais abrigam os termos. Ao se analisar os focos presentes nos conceitos diagnósticos/resultados do presente trabalho, constatou-se a predominância das classes hierárquicas processo e condição, sendo que abaixo de **processo** obteve-se “processo psicológico” com 41 diagnósticos/resultados (DE/RE); “comportamento”, com 38 DE/RE; “processo corporal”, com 14 DE/RE e “processo familiar”, com seis DE/RE. Os outros 40 DE/RE encaixaram-se no grupo **condição**, que inclui conhecimento, habilidade, prontidão, estresse e acesso.

Verifica-se coerência com a lógica da CIPE® que apresenta termos que nominam, predominantemente, os fenômenos biológicos individuais, aplicando-se, portanto, para retratar as manifestações do fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente que afetam especialmente as dimensões psicológicas (emoções, atitudes e respostas psicológicas) e comportamentais (comportamento interativo e agressivo)^(11;9).

A organização do subconjunto em dois subgrupos, um relativo a diagnósticos e intervenções de promoção e outro relativo a causas, consequências e manifestações, baseou-se na compreensão de que todo encontro entre o enfermeiro e os usuários dos serviços de saúde

constitui-se em oportunidade de reconhecimento e enfrentamento da violência doméstica.

O subgrupo da promoção apresenta diagnósticos de bem-estar, que favorece o reconhecimento de aspectos salutogênicos a serem reforçados pelo enfermeiro na consulta. À semelhança do estudo que delineou uma ferramenta releitora da base de diagnósticos e intervenções de enfermagem da base CIPEsc[®] implantada na rede de atenção básica do município de Curitiba⁽¹⁶⁷⁾, os diagnósticos podem ser classificados como diagnósticos protetores ou benéficos, os quais revelam as potencialidades e valores presentes na situação avaliada e explicitam o perfil de saúde doença naquele determinado espaço singular - Figura 2.

A identificação de aspectos positivos, salutogênicos, também denominados de “patrimônio” por Chiesa, Veríssimo, Fracoli⁽¹⁷⁵⁾, reconhece os recursos que os sujeitos, foco da ação do enfermeiro, possuem, seja individualmente, seja relacionados à rede social a qual pertencem. Partir do “patrimônio” pessoal/familiar corrobora contribui com a construção de autonomia para gerir a própria vida e superar os desafios postos.

Para isso, é preciso romper com a clínica tradicional, que estabelece uma relação verticalizada, de caráter normativo e informativo, e que limita a autonomia dos sujeitos de cuidado, e passar a compreender o espaço da consulta de enfermagem sob a lógica da clínica ampliada^(176;177) que se centra no sujeito e utiliza-se de tecnologias relacionais, favorecendo a construção de vínculo ao centrar-se na identificação das necessidades dos sujeitos.

Por outro lado, os diagnósticos do grupo causas, consequências e manifestações, denominados destrutivos⁽¹⁶⁷⁾, revelam a exposição a processos e condições deletérias à saúde, representando os riscos e contra-valores que determinam o processo saúde-doença dos sujeitos em questão, tal como se pode ver na Figura 2.

Dessa maneira, será possível reconhecer as singularidades dos processos familiares de grupos sociais e revisitar o potencial de

fortalecimento da infância e da adolescência saudáveis e os potenciais de desgaste das relações sociais intrafamiliares e com a sociedade.

Após a elaboração dos diagnósticos/resultados de enfermagem foram construídas as Intervenções de Enfermagem respectivas a cada diagnóstico, com vistas a alcançar o resultado esperado.

A construção das intervenções foi ancorada no modelo de sete eixos da CIPE^{®(29)} e na ISO 18.104⁽¹⁰⁸⁾, entendendo-se que a ação de enfermagem é um processo pelo qual um serviço intencional é aplicado a um receptor de cuidados. É representada por um termo do eixo Ação, verbo no infinitivo, tais como: “acolher”, “ajudar”, “apoiar”; e pode indicar um Alvo, que é aquele ou aquilo que é afetado pela Ação, por exemplo: “apoiar emocionalmente o usuário”.

Como base empírica, foram utilizados o próprio banco de termos elaborados inicialmente: a CIPE[®] 2011⁽¹⁵²⁾; protocolo da rede de proteção de Curitiba⁽¹⁰⁾, a NIC⁽²⁷⁾, Albuquerque e Cubas⁽¹⁰⁴⁾, Garcia e Cubas⁽¹⁵⁹⁾ a experiência da pesquisadora e o raciocínio terapêutico.

Descreve-se, a seguir, a relação das intervenções em ordem alfabética distribuídas em consonância com o modelo teórico, ou seja, intervenções para o conjunto de diagnósticos referentes à promoção, totalizando 68, e 154 intervenções para o conjunto de diagnósticos referentes a causas, consequências e manifestações, somando 222.

Quadro 11 – Relação das intervenções de enfermagem pertencentes ao grupo promoção

Intervenções de Promoção
Acolher usuário em suas necessidades
Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores
Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas
Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados
Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos
Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas
Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo
Auxiliar o(a) usuário(a) a reexaminar percepções negativas de si mesmo

(continua)

(continuação)

Intervenções de Promoção
Auxiliar os membros da família a identificar e resolver os conflitos por meio do diálogo
Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares
Criar vínculo com o(a) usuário(a)
Desencorajar tomada de decisão quando está sob grande pressão
Elogiar a atitude de busca de saúde
Elogiar a capacidade de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão
Elogiar a capacidade para realizar a manutenção da saúde
Elogiar a capacidade para realizar a proteção
Elogiar a capacidade para realizar o cuidado
Elogiar a tomada de decisão eficaz
Elogiar as habilidades de comunicação
Elogiar o relacionamento próximo e afetivo entre cuidador e criança
Elogiar os pais pelo desempenho eficaz do papel parental
Elogiar pelo desempenho escolar adequado
Elogiar pelo desenvolvimento eficaz
Encorajar convívio com amigos e familiares
Encorajar o(a) usuário(a) a identificar seus pontos fortes e capacidades
Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias
Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável
Ensinar aos pais a reconhecerem as conquistas dos filhos
Estabelecer ambiente de confiança
Estabelecer relação de confiança com a família
Estimular a manutenção de tradições e comemorações familiares, como meio de reforçar a identidade e vínculo familiar
Estimular a maternagem e paternagem em relação a criança
Estimular as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família
Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções
Estimular o fortalecimento dos laços familiares
Estimular o(a) usuário(a) a planejar para o futuro
Explicar aos pais a importância da recreação e lazer para a promoção do desenvolvimento da criança
Explicar aos pais que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser respeitados
Explicar aos pais sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança/adolescente
Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento
Identificar lacunas de conhecimento sobre o cotidiano da vida em família
Incentivar os pais a participarem de atividades na escola
Observar a qualidade das interações entre os membros da família
Oferecer espaço para os pais expressarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas
Oferecer <i>feedback</i> à família quanto a seu enfrentamento
Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança e do adolescente
Orientar os pais sobre a importância de conversar e demonstrar carinho aos seus filhos
Orientar os pais sobre a importância de estabelecer limites com firmeza, de forma amorosa, serena e sem violência
Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos
Orientar os pais sobre o desenvolvimento da sexualidade, como parte integrante do desenvolvimento do adolescente.
Promover a capacidade protetora dos familiares em relação as crianças e adolescentes
Promover vínculos afetivos e de cuidado entre pais e filhos

(continua)

(continuação)

Intervenções de Promoção
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais
Reforçar a esperança na capacidade de consolidar sua autonomia no modo de guiar sua própria vida
Reforçar a importância de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão
Reforçar a importância de conversar e demonstrar carinho aos filhos
Reforçar a importância de ter esperança em um futuro melhor
Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas
Reforçar as habilidades positivas demonstradas
Reforçar comportamentos de cuidado com a saúde
Reforçar convívio com amigos e familiares
Reforçar o papel dos pais como cuidadores e protetores de seus filhos
Reforçar os pontos positivos identificados pelo próprio usuário
Reforçar participação em atividades sociais e comunitárias
Reforçar relações com pessoas com interesses e metas comuns
Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Valorizar o relacionamento saudável entre irmãos (brincadeiras, histórias,...)

(conclusão)

Quadro 12 – Relação das intervenções de enfermagem pertencentes ao grupo causas, consequências e manifestações

Intervenções de causas, consequências e manifestações
Abordar a criança/adolescente de maneira sutil e acolhedora, evitando a revitimização
Abordar a família de maneira estratégica, procurando membros que não estejam envolvidos com a violência, preferencialmente seguindo indicações da criança/adolescente
Abordar de maneira calma e não punitiva
Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamento
Acionar rede comunitária existente
Acolher usuário em suas necessidades
Aconselhar sobre outras habilidades eficientes de enfrentamento
Agendar consulta de retorno
Ajudar a discutir as mudanças causadas pela puberdade
Ajudar a relembrar situações adversas superadas, encorajando a enfrentar a situação atual
Ajudar a separar a aparência física dos sentimentos de valor pessoal
Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos
Ajudar o(a) usuário(a) a identificar as vantagens e desvantagens das alternativas de decisão
Ajudar os pais a relembrarem situações adversas superadas, encorajando-os a enfrentar a situação atual
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores
Apoiar a criança/adolescente para revelação da situação de violência, transmitindo-lhe segurança
Apoiar a família no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes
Apoiar a família para desempenhar papel de apoio e proteção
Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas
Apoiar emocionalmente o(a) usuário(a)
Apoiar o planejamento das tarefas cotidianas e sua divisão entre os membros da família

(continua)

(continuação)

Intervenções de causas, consequências e manifestações
Apoiar os pais para construir vínculo de confiança com os filhos
Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos
Apoiar os pais para os cuidados iniciais com o recém nascido
Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas
Apoiar os pais para saber escutar com sensibilidade e atenção
Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva
Articular com a rede de defesa e garantia dos direitos da criança/adolescente
Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso
Atender a criança/adolescente em ambiente com privacidade e segurança
Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção da criança/adolescente
Atender os pais em separado, entre si e da criança/adolescente, no caso da suspeita da violência recorrer sobre eles
Auxiliar a criança/adolescente a compreender que não tem culpa da situação de violência
Auxiliar na identificação de agentes estressores causadores da ansiedade
Auxiliar na identificação de dificuldades específicas de interação social
Auxiliar na identificação de dificuldades específicas de comunicação
Auxiliar na identificação de rede social de apoio
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que acentuam a dificuldade de comunicação
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que acentuam a dificuldade de interação
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que desencadeiam a autoagressão
Auxiliar na identificação dos papéis e tarefas próprias de ser pais
Auxiliar na ponderação de prós e contras para subsidiar a decisão
Auxiliar na resolução de problemas de forma construtiva
Auxiliar no desenvolvimento das habilidades sociais prejudicadas
Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo
Auxiliar os membros da família a identificarem os papéis e tarefas que precisam desempenhar no contexto familiar
Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos prestados pelos diferentes serviços e profissionais
Avaliar a capacidade de compreensão das informações
Avaliar a capacidade de implementação das ações orientadas
Avaliar a necessidade de adoção de medidas protetivas imediatas
Avaliar a pertinência de intervenções que possam colocar em risco a proteção da criança/adolescente
Avaliar comportamento indicador de ansiedade
Avaliar dinâmica de apoio familiar
Avaliar o contexto, a proximidade do agressor, existência de rede de apoio, risco de revitimização
Avaliar os riscos da ocorrência de episódios de violência de maior gravidade
Avaliar os riscos da ocorrência de novos episódios de violência
Buscar apoio de outros profissionais para intervir junto à família
Conversar sobre como estabelecer limites sem violência
Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares
Demonstrar estratégias de diálogo e negociação com os filhos
Demonstrar segurança durante o atendimento a fim de fortalecer a confiança
Desencorajar tomada de decisão quando está sob grande pressão
Discutir com o paciente as mudanças na imagem corporal
Discutir sobre os comportamentos sexuais apropriados para os ambientes sociais

(continua)

(continuação)

Intervenções de causas, consequências e manifestações
Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos
Encaminhar, quando adequado, à terapia familiar
Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos
Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias
Encorajar convívio com amigos e familiares
Encorajar cuidador a verbalizar sentimentos e dificuldades
Encorajar interação social de forma gradativa
Encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado
Encorajar o(a) usuário(a) a identificar seus pontos fortes e capacidades
Encorajar relações com pessoas com interesses e metas comuns
Encorajar uma atitude de esperança realista
Enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável
Ensinar o adulto a valorizar as características positivas do período da adolescência (criatividade, disposição, reflexão crítica, solidariedade)
Ensinar os pais a reconhecerem as conquistas dos filhos
Envolver pessoas significativas para apoiar o desenvolvimento das habilidades sociais prejudicadas
Estabelecer ambiente de confiança
Estabelecer estratégias para desenvolvimento cognitivo
Discutir com a equipe, projeto terapêutico para o(a) agressor(a)
Estabelecer vínculo com o(a) usuário(a)
Estimular a ampliação da rede de relacionamentos
Estimular a interação social
Estimular a maternagem e paternagem em relação a criança
Estimular a prática de atividade física não deveria ser no conjunto de outras práticas
Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções
Estimular os pais a expressarem as dificuldades para lidar com seus filhos
Evitar perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida
Explicar aos pais a importância da recreação e lazer para a promoção do desenvolvimento da criança
Explicar aos pais que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser respeitados
Explicar aos pais sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança/adolescente
Explicar aspectos do comportamento do adolescente, tais como irreverência, contestação, impulsividade
Explicar sentimentos próprios da adolescência, como insegurança, angústia, alterações bruscas de humor
Explicar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente
Garantir o atendimento específico da saúde sem prejuízo das ações de proteção e vice-versa
Identificar conflitos familiares geradores de violência contra seus membros, especialmente crianças e adolescentes
Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família
Identificar as necessidades da criança/adolescente em situação de violência doméstica
Identificar processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos
Identificar sinais de que os pais não estão afetivamente preparados para receber o novo bebê
Identificar situações familiares que possam gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas
Incentivar a busca de mais conhecimentos sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente
Incentivar a participação em atividades socioeducativas que discutam sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente
Incentivar o comparecimento aos serviços de saúde

(continua)

(continuação)

Intervenções de causas, consequências e manifestações
Intensificar o apoio a famílias vivendo situações de grande desgaste emocional (desemprego, perda de um ente, separação,...)
Investigar causas orgânicas do problema
Investigar contexto sócio familiar da criança/adolescente
Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência
Monitorar o progresso no restabelecimento da imagem corporal positiva
Monitorar o restabelecimento da autoestima
Monitorar quanto a impulsos de autoagressão que possam evoluir para ideias/gestos suicidas
Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência
Observar a despreocupação dos pais com o bem estar e desenvolvimento da criança/adolescente
Observar a qualidade das interações entre os membros da família
Observar na criança/adolescente sinais de erotização precoce
Observar sinais de descuido intencional dos pais em relação a criança/adolescente
Observar sinais e sintomas que se relacionem com violência sexual
Oferecer as informações solicitadas pelo usuário
Oferecer educação sexual, apropriada ao nível de desenvolvimento
Oferecer espaço para os pais expressarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas
Oferecer <i>feedback</i> à família quanto a seu enfrentamento
Orientar a família sobre como lidar com o comportamento autodestrutivo
Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança e do adolescente
Orientar os pais sobre a importância de conversar e demonstrar carinho aos seus filhos
Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos
Orientar os pais sobre formas de educar e se comunicar com os filhos
Orientar sobre a oferta de alimentos em quantidade e qualidade adequadas
Ouvir as preocupações, sentimentos e as perguntas da família
Planejar uma rotina diária simples, com a inclusão de atividades de recreação e lazer
Programar pesagem periódica
Promover a articulação com profissionais de outros setores e instituições para monitoramento do caso
Promover a capacidade protetora dos familiares em relação as crianças e adolescentes
Promover ações educativas coletivas sobre educação sem violência
Promover esperança
Promover o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades da família para lidar com o período da adolescência
Promover o fortalecimento dos indivíduos e famílias para o rompimento do ciclo da violência
Promover vínculos afetivos e de cuidado entre pais e filhos
Proporcionar ambiente seguro e confiável aos pais e criança/adolescente
Proporcionar espaço para que a criança/adolescente se expresse com as próprias palavras, respeitando seu ritmo
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer a socialização
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer o comportamento de busca de saúde
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer o cuidado
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para superar a barreira na comunicação
Proporcionar suporte à saúde mental da criança/adolescente e suas famílias em situação de violência
Providenciar ambiente com brinquedos acessíveis e compatíveis com a idade
Reforçar as informações prestadas
Reforçar aspectos positivos

(continua)

(continuação)

Intervenções de causas, consequências e manifestações
Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos de enfrentamento usados pela família
Transmitir confiança na sua capacidade de lidar com as situações
Usar linguagem acessível e sem pré-julgamentos, ao nível de compreensão do(a) usuário(a)
Valorizar o relacionamento saudável entre irmãos (brincadeiras e histórias)

(conclusão)

À luz do modelo teórico, e como já explicitado anteriormente em relação aos diagnósticos, as intervenções foram delineadas para potencializar os processos salutogênicos e minimizar os processos de desgaste da saúde⁽¹⁶⁷⁾.

Foram privilegiadas intervenções que favorecem o acolhimento da criança/adolescente/família e a construção de vínculo e de confiança entre o usuário e a enfermeira, pois entende-se que possuem um potencial terapêutico e são primordiais para a corresponsabilização pela saúde^(79;57). Reconhece-se, assim, a consulta de enfermagem como espaço relacional para a abordagem ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes, abrangendo ações direcionadas ao fortalecimento das famílias para prosseguir a vida⁽¹⁰⁰⁾.

Existem várias publicações do Ministério da Saúde^(50;56;57;59) disponíveis para uso dos profissionais da área, que apresentam ações a serem desempenhadas junto às crianças, aos adolescentes e suas famílias.

Como estratégias estruturantes, o Ministério preconiza⁽⁵⁷⁾: o acolhimento; o atendimento; a notificação; o seguimento na rede de cuidados e de proteção social; a sensibilização de gestores para organização dos serviços; e, especialmente, a atuação em rede no território.

O trabalho em rede é apontado como importante estratégia^(74;176) para o reconhecimento e atuação diante do fenômeno; no entanto, são poucos os municípios que, a exemplo de Curitiba^(10;38), têm conseguido consolidar a prática da notificação pelos setores da saúde, educação e

ação social e a implementação de ações articuladas de identificação, monitoramento e prevenção de reincidências.

Os artigos selecionados para a extração dos termos apresentam em comum a caracterização da violência doméstica contra a criança e o adolescente como um fenômeno multifacetado e com raízes sociais, o que o torna complexo e de difícil enfrentamento. Por outro lado, reconhecem o potencial dos profissionais de saúde para enfrentar o problema.

Como fenômeno social e histórico a violência doméstica contra a criança e o adolescente pode ser visto e expresso de maneiras diferentes nos distintos grupos sociais. Os enfermeiros podem pertencer a grupos sociais distintos daqueles aos quais pertence a clientela que atendem. Tal distinção de pertencimento dá a eles valores e visão de mundo que diferem dos valores e visão de mundo dos sujeitos dos quais cuidam. Volta-se aqui à questão de que os profissionais imprimem às suas práticas a visão de mundo que possuem⁽¹³⁸⁾, que, por vezes, encontra-se repleta de pré-concepções que obscurecem sua visão para a identificação do fenômeno e para atuar sobre ele.

Outra questão importante a ser destacada refere-se ao processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica que tem sido alvo de vários estudos^(178;179) apontando o modelo hegemônico predominante no setor de saúde, o qual privilegia ações segmentadas, voltados ao indivíduo doente, na sua dimensão biológica, física, com intervenções na lógica medicalizante, capturando o trabalho do enfermeiro⁽¹⁷⁸⁾. As próprias políticas de saúde apresentam contradições ao estabelecer a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção estruturante e simultaneamente manter ações por ciclos de vida e condições de morbidade⁽¹⁸⁰⁾.

Nesse contexto, Cubas^(180:1760) aponta três importantes desafios para enfermagem na atenção primária a serem superados: o do ensino na graduação, do processo de trabalho e da capacitação continuada.

No contexto do ensino, aponta a formação por competência, na qual o aluno deve ser colocado na posição de sujeito de sua formação. O processo de trabalho, por sua vez, aponta que a prática clínica dos enfermeiros ainda é centrada no indivíduo, mas esses profissionais “desenvolvem posturas acolhedoras e usam o diálogo” com uma visão ampliada sobre o ser humano, tratando-o como ser “com necessidades, sentimentos e aflições”^(180:1760). Essa contradição gera o que⁽¹⁷⁸⁾ denominam como “tensão no campo cuidador”.

A autora aponta, também, a necessidade de educação permanente em saúde, a qual possibilite a reflexão crítica para atuar “a partir dos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade”, na perspectiva de melhoria da qualidade das ações em saúde^(180:1760).

Sendo assim, para a transformação das práticas, é preciso ampliar a visão de mundo para a compreensão das contradições existentes na realidade objetiva e, internamente, nas dimensões: singular - no meio familiar; particular – nos grupos sociais; estrutural - na sociedade; bem como entre as dimensões, pois é a partir da identificação dos polos contraditórios que se dá o processo de transformação da realidade⁽¹³⁰⁾.

6.3 ESTRUTURAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Enfrentamento da violência doméstica contra criança e adolescente, na perspectiva da enfermagem em saúde coletiva¹

CATÁLOGO
(Subconjunto terminológico da CIPE®)

Leda Maria Albuquerque²
Marcia Regina Cubas³
Emiko Yoshikawa Egry⁴

¹ Produto da tese de doutorado Albuquerque LM Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, agosto de 2014.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Professora Adjunto da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Co-orientadora da tese.

⁴ Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. Orientadora da tese. Pesquisadora CNPq A1

1 Orientação de utilização

O presente material foi estruturado para atender à prioridade de saúde violência doméstica, da clientela crianças e adolescentes, no contexto da Atenção Básica de Saúde.

Trata-se de um subconjunto abrangente, constituído por 139 diagnósticos/resultados e 222 intervenções de enfermagem, direcionados a atender as necessidades do cuidado integral das crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade para a violência doméstica. Visa apoiar a prestação de cuidados de enfermagem, favorecer a descrição da prática de enfermagem, contribuir com a melhoria da documentação em enfermagem e com a explicitação, nos sistemas de informação de saúde, da contribuição dos cuidados de enfermagem para a saúde das crianças, adolescentes e suas famílias.

Para tanto, os enfermeiros precisam utilizá-lo nas consultas de enfermagem de maneira integrada e articulada às etapas que a constituem, ressaltando-se que o subconjunto não substitui o processo de raciocínio clínico e tomada de decisão do enfermeiro.

As afirmativas constantes nesse subconjunto não tem a pretensão de abranger a totalidade das situações presentes nos cenários de prática, podendo ser necessária a construção de novos enunciados para

responder a necessidades específicas do usuário atendido, bem como de características locais do serviço. Sendo assim, fica o convite aos profissionais que, ao usar, possam identificar lacunas e acrescentar e/ou alterar o que julgar necessário, seguindo os parâmetros recomendados pelo CIE para construção de diagnósticos/resultados e intervenções. Lembrando que pode ser utilizado em associação com outros subconjuntos referentes a outras prioridades de saúde, haja vista a diversidade das necessidades em saúde da clientela atendida na Atenção básica de saúde.

2 Importância para a Enfermagem

A Violência doméstica contra a criança e adolescente é um problema de saúde relevante que prejudica o desenvolvimento das crianças e adolescentes, com repercussões negativas para o momento presente e futuro de suas vidas.

O enfermeiro depara-se com esse problema de saúde em sua prática profissional e desempenha importante papel, tanto na identificação e intervenção em situações de vulnerabilidade para violência doméstica contra a criança e o adolescente, como na promoção de saúde global das crianças e adolescentes.

Pela presença do enfermeiro nos serviços da atenção básica e pela prestação de cuidados contínuos às crianças adolescentes e suas famílias, esse profissional encontra-se em posição privilegiada para avaliar as situações e apoiar as famílias para o desenvolvimento de habilidades

para a vivência de relações saudáveis com seus filhos, ancoradas no diálogo, respeito e em um modelo de educação pelo afeto.

A complexidade do fenômeno da violência requer a utilização de múltiplos recursos. A implementação desse subconjunto associada a outros instrumentos poderá corroborar para a sistematização do cuidado à criança e adolescente em situação de vulnerabilidade para violência à luz dos referenciais da saúde coletiva.

Este material constitui-se como instrumento para apoiar o profissional, especialmente, no que se refere à documentação da prática, o que tem sido um desafio à nossa profissão ao longo do tempo, e ainda, tem o potencial de explicitar qual a contribuição dos enfermeiros para o enfrentamento desse agravo.

3 O modelo teórico da estruturação do subconjunto

A complexidade do fenômeno da violência doméstica contra a criança e adolescente necessita de um Modelo Teórico que possa abranger as diferentes dimensões constituintes do problema e de seu enfrentamento.

Para construção do subconjunto, foram utilizados, prioritariamente, dois grandes conjuntos de conhecimentos: os provenientes da Saúde Coletiva e os provenientes de uma Teoria de Enfermagem aderente a ela, a TIPESC – Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva⁽¹⁾.

Sem o objetivo de esgotar o assunto, se faz necessário uma breve exposição de alguns conceitos que ancoram o modelo teórico utilizado,

dentre eles: vulnerabilidade; determinação social do processo saúde doença; dimensões da realidade objetiva (RO); classe social; gênero; etnia; e geração.

A **vulnerabilidade** é entendida “como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos”. Ela é didaticamente constituída em três planos interdependentes para determinação da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo ou da coletividade: a vulnerabilidade individual; a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática⁽²⁾.

No contexto da **determinação social do processo saúde-doença**, entende-se que o processo saúde doença não pode ser analisado apenas pela fisiopatologia da doença e por fatores causais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que determinantes sociais incluem as conjunturas pessoais que vão desde seu nascimento até a morte; as situações de vida e trabalho, bem como os sistemas de enfrentamento dos agravos. Sendo que tais conjunturas se configuram por um conjunto amplo de forças econômicas, sociais, normativas e políticas⁽³⁾.

Assim, o processo saúde doença é mais abrangente e inclui relações demarcadas pela estruturação da sociedade, pela produção e reprodução social e pelos determinantes biopsicossocial individuais. Desta forma, ocorre de maneira desigual entre os indivíduos e entre grupos, sendo determinado pela posição que grupos homogêneos ocupam numa sociedade específica e está relacionado às diferentes vulnerabilidades⁽⁴⁾.

Já as **dimensões da Realidade Objetiva (RO)** são consideradas como categorias interpretativas da TIPESC⁽¹⁾, sendo elas: a dimensão estrutural, que se refere à forma de organização da sociedade; a dimensão particular, à constituição de grupos sociais distintos, composto por indivíduos homogêneos pelo modo de vida e inserção no mundo do trabalho; e a dimensão singular, que diz respeito a famílias ou indivíduos em suas expressões e representações decorrentes do modo de viver.

A forma de organização da sociedade em grupos sociais está ligada aos conceitos de quatro categorias interligadas: classe social, gênero, etnia e geração, destacados na sequência.

Embora o conceito de **classe social** tenha sofrido modificações desde sua origem na filosofia marxista, é fato que a inserção de um grupo em uma classe social específica determina o acesso que este grupo tem a quantidade e qualidade de bens, entre eles, a saúde. Podemos, em linhas gerais, compreender classe social, a partir da definição de Lenin, como o conjunto de pessoas que se diferenciam entre si pelo lugar que ocupam em um sistema de produção, pelas relações que possuem com os meios de produção e pelo papel que desempenham na organização social de trabalho, com a consequente proporção que recebem da riqueza social⁽⁵⁾.

A categoria **Gênero** é entendida como um conceito social que nos leva a compreender que as diferenças existentes entre homens e mulheres são resultantes do processo de socialização, que se opera por meio da identidade social, reflexo de um conjunto de qualidades e comportamentos que as sociedades esperam dos homens e das mulheres⁽⁶⁾.

Sendo assim, temos que compreender que relações de gênero estabelecem desigualdades entre homens e mulheres, são dinâmicas e também apresentam diferenças significativas conforme a cultura, religião e tempo histórico de uma sociedade.

A categoria **etnia** se distingue do conceito raça, por superar a atribuição unicamente biológica e remeter a grupos sociais com a mesma herança cultural, social e política, que os colocam a parte de outros em uma série de relações sociais⁽⁷⁾.

A categoria **geração** se constitui de um conceito extremamente importante para as ciências sociais, porém pouco discutido na área da saúde, sendo o termo confundido ou entendido como semelhante a faixa etária. Neste sentido, geração ultrapassa o tempo humano, sendo acrescido a ele um tempo histórico. A geração é entendida como um grupo de pessoas que, para além da idade cronológica, possuem influências sociais, intelectuais e políticas (históricas) comuns, bem como compartilham destes processos históricos, formando identidades geracionais⁽⁸⁾.

A partir destes conceitos o modelo subsidia a formulação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem que de forma didática foram organizados em dois grupos: o de promoção (que oferece fortalecimento para indivíduos e famílias); e o de causas, consequências e manifestações da violência (que referem-se aos desgastes revelados nos indivíduos e famílias).

É relevante compreender que as crianças, adolescentes e suas famílias constituem a dimensão **singular**, que estão inseridos em grupos

sociais (em classes sociais, etnias, gêneros e gerações específicas), que constituem a dimensão **particular**, e que por sua vez estão inseridos na sociedade, que constitui a dimensão **estrutural** e que essas dimensões compõem a totalidade da realidade objetiva.

Este referencial subsidia a abordagem da criança/adolescente/família não apenas como um indivíduo, mas como alguém que em sua face individual expressa características da face coletiva do contexto social em que se insere.

Figura 3 - Modelo teórico para a construção do subconjunto terminológico para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade para a violência doméstica

Fonte: Albuquerque, Egry, Cubas, 2014⁽¹⁴⁸⁾.

4 Enunciados do Subconjunto Terminológico

De acordo com o modelo teórico descrito anteriormente os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram organizados em dois subgrupos, sendo o primeiro de Promoção e o segundo de causas, consequências e manifestações.

PROMOÇÃO
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Autoestima Positiva
Intervenções de enfermagem
Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo Ensinar aos pais a reconhecerem as conquistas dos filhos Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos Reforçar os pontos positivos identificados pelo próprio usuário Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Autoimagem Positiva
Intervenções de enfermagem
Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo Auxiliar o(a) usuário(a) a reexaminar percepções negativas de si mesmo Ensinar aos pais a reconhecerem as conquistas dos filhos Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Comportamento de Busca de Saúde
Intervenções de enfermagem
Acolher usuário em suas necessidades Criar vínculo com o(a) usuário(a) Elogiar a atitude de busca de saúde Reforçar comportamentos de cuidado com a saúde

Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Comunicação eficaz
Intervenções de enfermagem
Elogiar as habilidades de comunicação Encorajar convívio com amigos e familiares Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias Estabelecer ambiente de confiança Estabelecer relação de confiança com a família Estimular as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família Observar a qualidade das interações entre os membros da família Orientar os pais sobre a importância de conversar e demonstrar carinho aos seus filhos Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações Valorizar o relacionamento saudável entre irmãos (brincadeiras, histórias,...)
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Desempenho Eficaz do Papel Parental
Intervenções de enfermagem
Elogiar os pais pelo desempenho eficaz do papel parental Ensinar aos pais a reconhecerem as conquistas dos filhos Estimular as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família Estimular o fortalecimento dos laços familiares Reforçar a importância de conversar e demonstrar carinho aos filhos Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Desempenho escolar adequado
Intervenções de enfermagem
Elogiar pelo desempenho escolar adequado Encorajar convívio com amigos e familiares Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias Ensinar aos pais a reconhecerem as conquistas dos filhos Incentivar os pais a participarem de atividades na escola
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Desenvolvimento Eficaz da Criança
Intervenções de enfermagem
Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas

Elogiar pelo desenvolvimento eficaz Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias Ensinar aos pais a reconhecerem as conquistas dos filhos Estimular a maternagem e paternagem em relação a criança Explicar aos pais a importância da recreação e lazer para a promoção do desenvolvimento da criança Explicar aos pais sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança/adolescente Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Desenvolvimento Eficaz do Adolescente
Intervenções de enfermagem
Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas Elogiar pelo desenvolvimento eficaz Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias Ensinar aos pais a reconhecerem as conquistas dos filhos Explicar aos pais sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança/adolescente Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos Orientar os pais sobre o desenvolvimento da sexualidade, como parte integrante do desenvolvimento do adolescente.
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Enfrentamento Eficaz
Intervenções de enfermagem
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Enfrentamento Familiar Eficaz
Intervenções de enfermagem
Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas

Enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável Estimular o fortalecimento dos laços familiares Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento Oferecer <i>feedback</i> à família quanto a seu enfrentamento Estabelecer relação de confiança com a família Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Esperança
Intervenções de enfermagem
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores Encorajar convívio com amigos e familiares Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias Enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável Estimular o fortalecimento dos laços familiares Estimular o(a) usuário(a) a planejar para o futuro
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Habilidade para Adaptar-se
Intervenções de enfermagem
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas Encorajar convívio com amigos e familiares Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias Enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável Estimular o fortalecimento dos laços familiares Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Habilidade para Realizar a Manutenção da Saúde
Intervenções de enfermagem
Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Criar vínculo com o(a) usuário(a) Elogiar a capacidade para realizar a manutenção da saúde

<p>Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais</p> <p>Reforçar as habilidades positivas demonstradas</p> <p>Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações</p>
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Habilidade para Realizar o Cuidado
Intervenções de enfermagem
<p>Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares</p> <p>Criar vínculo com o(a) usuário(a)</p> <p>Elogiar a capacidade para realizar o cuidado</p> <p>Estimular a maternagem e paternagem em relação a criança</p> <p>Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais</p> <p>Reforçar as habilidades positivas demonstradas</p> <p>Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações</p>
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Habilidade Protetora Eficaz
Intervenções de enfermagem
<p>Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores</p> <p>Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares</p> <p>Elogiar a capacidade para realizar a proteção</p> <p>Promover a capacidade protetora dos familiares em relação as crianças e adolescentes</p> <p>Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais</p> <p>Reforçar as habilidades positivas demonstradas</p> <p>Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações</p>
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Ligação Eficaz Cuidador-Criança
Intervenções de enfermagem
<p>Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores</p> <p>Elogiar o relacionamento próximo e afetivo entre cuidador e criança</p> <p>Encorajar convívio com amigos e familiares</p> <p>Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias</p> <p>Estabelecer relação de confiança com a família</p> <p>Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos</p> <p>Orientar os pais sobre a importância de estabelecer limites com firmeza, de forma</p>

<p>amorosa, serena e sem violência</p> <p>Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança</p> <p>Promover a capacidade protetora dos familiares em relação as crianças e adolescentes</p>
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Processo Familiar Eficaz
Intervenções de enfermagem
<p>Encorajar convívio com amigos e familiares</p> <p>Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias</p> <p>Estabelecer relação de confiança com a família</p> <p>Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções</p> <p>Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança e do adolescente</p> <p>Orientar os pais sobre a importância de estabelecer limites com firmeza, de forma amorosa, serena e sem violência</p> <p>Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos</p> <p>Promover a capacidade protetora dos familiares em relação as crianças e adolescentes</p> <p>Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações</p>
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Prontidão para Comunicação Eficaz
Intervenções de enfermagem
<p>Estabelecer relação de confiança com a família</p> <p>Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções</p> <p>Oferecer espaço para os pais expressarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas</p> <p>Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança e do adolescente</p> <p>Orientar os pais sobre a importância de estabelecer limites com firmeza, de forma amorosa, serena e sem violência</p> <p>Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos</p> <p>Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas</p>
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Prontidão para Conhecimento
Intervenções de enfermagem
<p>Estabelecer relação de confiança com a família</p> <p>Identificar lacunas de conhecimento sobre o cotidiano da vida em família</p>

Oferecer espaço para os pais expressarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança e do adolescente Orientar os pais sobre a importância de estabelecer limites com firmeza, de forma amorosa, serena e sem violência Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Prontidão para Enfrentamento Eficaz
Intervenções de enfermagem
Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo Encorajar o(a) usuário(a) a identificar seus pontos fortes e capacidades Estabelecer relação de confiança com a família Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento Oferecer espaço para os pais expressarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas Orientar os pais sobre a importância de estabelecer limites com firmeza, de forma amorosa, serena e sem violência Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Prontidão para Enfrentamento Familiar Eficaz
Intervenções de enfermagem
Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo Estimular as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções Estimular o fortalecimento dos laços familiares Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento Reforçar a importância de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Prontidão para Esperança
Intervenções de enfermagem
Estimular o fortalecimento dos laços familiares Promover vínculos afetivos e de cuidado entre pais e filhos Reforçar a esperança na capacidade de consolidar sua autonomia no modo de

guiar sua própria vida Reforçar a importância de conversar e demonstrar carinho aos filhos Reforçar a importância de ter esperança em um futuro melhor Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas Reforçar comportamentos de cuidado com a saúde Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Prontidão para Parentalidade Positiva
Intervenções de enfermagem
Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Estimular o fortalecimento dos laços familiares Explicar aos pais que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser respeitados Explicar aos pais sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança/adolescente Promover vínculos afetivos e de cuidado entre pais e filhos Reforçar a importância de conversar e demonstrar carinho aos filhos Reforçar comportamentos de cuidado com a saúde Reforçar o papel dos pais como cuidadores e protetores de seus filhos Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações Valorizar o relacionamento saudável entre irmãos (brincadeiras, histórias,...)
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Prontidão para processo familiar melhorado
Intervenções de enfermagem
Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Estimular a manutenção de tradições e comemorações familiares, como meio de reforçar a identidade e vínculo familiar Estimular o fortalecimento dos laços familiares Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas Reforçar o papel dos pais como cuidadores e protetores de seus filhos Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações Valorizar o relacionamento saudável entre irmãos (brincadeiras, histórias,...)
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Prontidão para Tomada de Decisão Eficaz

Intervenções de enfermagem
Auxiliar os membros da família a identificar e resolver os conflitos por meio do diálogo Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Desencorajar tomada de decisão quando está sob grande pressão Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções Oferecer espaço para os pais expressarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas Reforçar a importância de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Socialização Eficaz
Intervenções de enfermagem
Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Observar a qualidade das interações entre os membros da família Reforçar convívio com amigos e familiares Reforçar participação em atividades sociais e comunitárias Reforçar relações com pessoas com interesses e metas comuns
Diagnóstico de enfermagem / Resultado de enfermagem
Tomada de Decisão Eficaz
Intervenções de enfermagem
Auxiliar os membros da família a identificar e resolver os conflitos por meio do diálogo Elogiar a capacidade de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão Elogiar a tomada de decisão eficaz Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações

CONSEQUÊNCIAS, MANIFESTAÇÕES E CAUSAS DA VIOLÊNCIA
Diagnóstico de enfermagem
Ansiedade
Resultado de enfermagem
Ansiedade diminuída Ansiedade ausente
Intervenções de enfermagem
Auxiliar na identificação de agentes estressores causadores da ansiedade Avaliar comportamento indicador de ansiedade Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Investigar contexto sócio familiar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Promover a articulação com profissionais de outros setores e instituições para monitoramento do caso Proporcionar espaço para que a criança/adolescente se expresse com as próprias palavras, respeitando seu ritmo Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem
Atitude Conflituosa da Família
Resultado de enfermagem
Atitude conflituosa diminuída da família Atitude conflituosa ausente da família
Intervenções de enfermagem
Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamento Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Apoiar os pais para construir vínculo de confiança com os filhos Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos Apoiar os pais para saber escutar com sensibilidade e atenção Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Encaminhar, quando adequado, à terapia familiar Enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções

Identificar conflitos familiares geradores de violência contra seus membros, especialmente crianças e adolescentes Intensificar o apoio a famílias vivendo situações de grande desgaste emocional (desemprego, perda de um ente, separação,...) Ouvir as preocupações, sentimentos e as perguntas da família
Diagnóstico de enfermagem
Baixa Autoestima
Resultado de enfermagem
Autoestima adequada Autoestima melhorada
Intervenções de enfermagem
Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Encorajar o(a) usuário(a) a identificar seus pontos fortes e capacidades Ensinar os pais a reconhecerem as conquistas dos filhos Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Monitorar o restabelecimento da autoestima Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos Proporcionar espaço para que a criança/adolescente se expresse com as próprias palavras, respeitando seu ritmo Reforçar aspectos positivos Transmitir confiança na sua capacidade de lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem
Baixo peso
Resultado de enfermagem
Peso corporal adequado Peso corporal melhorado
Intervenções de enfermagem
Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência

Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Observar a despreocupação dos pais com o bem estar e desenvolvimento da criança/adolescente Observar a qualidade das interações entre os membros da família Observar sinais de descuido intencional dos pais em relação a criança/adolescente Orientar sobre a oferta de alimentos em quantidade e qualidade adequadas Programar pesagem periódica
Diagnóstico de enfermagem
Barreira na Comunicação
Resultado de enfermagem
Barreira diminuída na comunicação Barreira ausente na comunicação
Intervenções de enfermagem
Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias Encorajar convívio com amigos e familiares Investigar contexto sócio familiar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para superar a barreira na comunicação Usar palavras simples e frases curtas
Diagnóstico de enfermagem
Capacidade Prejudicada para Executar o Cuidado
Resultado de enfermagem
Capacidade melhorada para executar o cuidado Capacidade eficaz para executar o cuidado
Intervenções de enfermagem
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Apoiar o planejamento das tarefas cotidianas e sua divisão entre os membros da família Explicar aos pais que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser respeitados Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família

Identificar situações familiares que possam gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas Observar a qualidade das interações entre os membros da família Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer o cuidado
Diagnóstico de enfermagem
Cognição Prejudicada
Resultado de enfermagem
Cognição Eficaz Cognição melhorada
Intervenções de enfermagem
Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva Avaliar a capacidade de compreensão das informações Avaliar a capacidade de implementação das ações orientadas Ensinar os pais a reconhecerem as conquistas dos filhos Estabelecer estratégias para desenvolvimento cognitivo Estimular a memória, repetindo o último pensamento do(a) usuário(a) Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Reforçar as informações prestadas
Diagnóstico de enfermagem
Comportamento autodestrutivo
Resultado de enfermagem
Comportamento autodestrutivo ausente Comportamento autodestrutivo diminuído
Intervenções de enfermagem
Abordar de maneira calma e não punitiva Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores Apoiar a criança/adolescente para revelação da situação de violência, transmitindo-lhe segurança Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que desencadeiam a autoagressão Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Identificar processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos

Identificar situações familiares que possam gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Monitorar quanto a impulsos de autoagressão que possam evoluir para idéias/gestos suicidas Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Orientar a família sobre como lidar com o comportamento autodestrutivo Promover a articulação com profissionais de outros setores e instituições para monitoramento do caso
Diagnóstico de enfermagem
Comportamento de Busca de Saúde Prejudicado
Resultado de enfermagem
Comportamento de Busca de Saúde aumentado Comportamento de Busca de Saúde
Intervenções de enfermagem
Acolher usuário em suas necessidades Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias Encorajar convívio com amigos e familiares Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Incentivar o comparecimento aos serviços de saúde Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer o comportamento de busca de saúde
Diagnóstico de enfermagem
Comportamento Interativo Prejudicado
Resultado de enfermagem
Comportamento Interativo Eficaz Comportamento Interativo Melhorado
Intervenções de enfermagem
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que acentuam a dificuldade de interação Auxiliar na identificação de dificuldades específicas de interação social

Auxiliar no desenvolvimento das habilidades sociais prejudicadas Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Encorajar convívio com amigos e familiares Encorajar interação social de forma gradativa Encorajar relações com pessoas com interesses e metas comuns Envolver pessoas significativas para apoiar o desenvolvimento das habilidades sociais prejudicadas Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência
Diagnóstico de enfermagem
Comportamento sexual problemático
Resultado de enfermagem
Comportamento sexual eficaz
Intervenções de enfermagem
Abordar de maneira calma e não punitiva Buscar apoio de outros profissionais da saúde para intervir junto a família Articular com a rede de defesa e garantia dos direitos da criança/adolescente Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Discutir sobre os comportamentos sexuais apropriados para os ambientes sociais Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Observar na criança/adolescente atitudes sexuais impróprias para a idade Observar sinais e sintomas que se relacionem com violência sexual Oferecer educação sexual, apropriada ao nível de desenvolvimento Orientar a família sobre como lidar com o comportamento problemático
Diagnóstico de enfermagem
Comunicação prejudicada
Resultado de enfermagem
Comunicação melhorada Comunicação eficaz
Intervenções de enfermagem
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que acentuam a dificuldade de comunicação Auxiliar na identificação de dificuldades específicas de comunicação

Auxiliar no desenvolvimento das habilidades sociais prejudicadas Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Usar palavras simples e frases curtas
Diagnóstico de enfermagem
Déficit de conhecimento sobre educação sem violência
Resultado de enfermagem
Conhecimento melhorado sobre educação sem violência Conhecimento adequado sobre educação sem violência
Intervenções de enfermagem
Apoiar a família no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes Apoiar a família para desempenhar papel de apoio e proteção Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos Conversar sobre como estabelecer limites sem violência Demonstrar estratégias de diálogo e negociação com os filhos Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos Encorajar cuidador/família a verbalizar sentimentos e dificuldades Ensinar os pais a reconhecerem as conquistas dos filhos Explicar aos pais que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser respeitados Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos Promover a capacidade protetora dos familiares em relação as crianças e adolescentes Promover ações educativas coletivas sobre educação sem violência Promover o fortalecimento dos indivíduos e famílias para o rompimento do ciclo da violência Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem
Déficit de conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente

Resultado de enfermagem
Conhecimento aumentado sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente Conhecimento adequado sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente
Intervenções de enfermagem
Explicar aos pais que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser respeitados Explicar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente Incentivar a busca de mais conhecimentos sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente Incentivar a participação em atividades socioeducativas que discutam sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos Promover a capacidade protetora dos familiares em relação as crianças e adolescentes Promover o fortalecimento dos indivíduos e famílias para o rompimento do ciclo da violência
Diagnóstico de enfermagem
Déficit de Conhecimento sobre processo de mudança comportamental do Adolescente
Resultado de enfermagem
Conhecimento melhorado sobre processo de mudança comportamental do adolescente Conhecimento adequado sobre processo de mudança comportamental do adolescente
Intervenções de enfermagem
Ajudar a lembrar situações adversas superadas, encorajando a enfrentar a situação atual Apoiar a família no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes Apoiar a família para desempenhar papel de apoio e proteção Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos Ensinar o adulto a valorizar as características positivas do período da adolescência (criatividade, disposição, reflexão crítica, solidariedade) Explicar aspectos do comportamento do adolescente, tais como irreverência, contestação, impulsividade Explicar sentimentos próprios da adolescência, como insegurança, angústia,

alterações bruscas de humor Promover o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades da família para lidar com o período da adolescência
Diagnóstico de enfermagem
Déficit de conhecimento sobre serviços comunitários
Resultado de enfermagem
Conhecimento melhorado sobre serviços comunitários Conhecimento adequado sobre serviços comunitários
Intervenções de enfermagem
Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias Explicar sobre os recursos comunitários disponíveis Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Promover a articulação com profissionais de outros setores e instituições para monitoramento do caso
Diagnóstico de enfermagem
Déficit de recreação
Resultado de enfermagem
Recreação melhorada Recreação adequada
Intervenções de enfermagem
Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias Explicar aos pais a importância da recreação e lazer para a promoção do desenvolvimento da criança Explicar sobre os recursos comunitários disponíveis Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Planejar uma rotina diária simples, com a inclusão de atividades de recreação e lazer
Diagnóstico de enfermagem
Depressão
Resultado de enfermagem
Depressão melhorada Depressão ausente

Intervenções de enfermagem
Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos
Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso
Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo
Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos
Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família
Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente
Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência
Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência
Proporcionar suporte à saúde mental da criança/adolescente e suas famílias em situação de violência
Reforçar aspectos positivos
Diagnóstico de enfermagem
Desamparo
Resultado de enfermagem
Desamparo diminuído
Intervenções de enfermagem
Articular com a rede de defesa e garantia dos direitos da criança/adolescente
Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso
Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos
Encorajar uma atitude de esperança realista
Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família
Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente
Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência
Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência
Proporcionar espaço para que a criança/adolescente se expresse com as próprias palavras, respeitando seu ritmo
Proporcionar suporte à saúde mental da criança/adolescente e suas famílias em situação de violência
Diagnóstico de enfermagem
Desempenho escolar prejudicado
Resultado de enfermagem
Desempenho escolar melhorado
Desempenho escolar adequado
Intervenções de enfermagem
Abordar de maneira calma e não punitiva
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores

Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas
Buscar apoio de outros profissionais da saúde para intervir junto a família
Ensinar os pais a reconhecerem as conquistas dos filhos
Explicar aos pais sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança/adolescente
Explicar sobre os recursos comunitários disponíveis
Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família
Investigar causas orgânicas do problema
Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente
Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência
Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência
Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos
Promover a capacidade protetora dos familiares em relação as crianças e adolescentes
Proporcionar espaço para que a criança/adolescente se expresse com as próprias palavras, respeitando seu ritmo
Diagnóstico de enfermagem
Desenvolvimento prejudicado da criança
Resultado de enfermagem
Desenvolvimento melhorado da criança
Desenvolvimento adequado da criança
Intervenções de enfermagem
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores
Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos
Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas
Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso
Estimular a maternagem e paternagem em relação a criança
Estimular os pais a expressarem as dificuldades para lidar com seus filhos
Explicar aos pais a importância da recreação e lazer para a promoção do desenvolvimento da criança
Explicar aos pais que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser respeitados
Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família
Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente
Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência

Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Observar sinais de descuido intencional dos pais em relação a criança/adolescente Providenciar ambiente com brinquedos acessíveis e compatíveis com a idade
Diagnóstico de enfermagem
Desenvolvimento prejudicado do adolescente
Resultado de enfermagem
Desenvolvimento melhorado do adolescente Desenvolvimento adequado do adolescente
Intervenções de enfermagem
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso Estimular os pais a expressarem as dificuldades para lidar com seus filhos Explicar aos pais que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser respeitados Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Observar sinais de descuido intencional dos pais em relação a criança/adolescente
Diagnóstico de enfermagem
Desesperança
Resultado de enfermagem
Desesperança diminuída Esperança
Intervenções de enfermagem
Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Estabelecer ambiente de confiança Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Identificar as necessidades da criança/adolescente em situação de violência Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência

Promover esperança Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem
Enfrentamento Prejudicado
Resultado de enfermagem
Enfrentamento melhorado Enfrentamento eficaz
Intervenções de enfermagem
Aconselhar sobre outras habilidades eficientes de enfrentamento Auxiliar na identificação de rede social de apoio Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo Estabelecer ambiente de confiança Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem
Enfrentamento Familiar Prejudicado
Resultado de enfermagem
Enfrentamento Familiar Eficaz Enfrentamento Familiar Melhorado
Intervenções de enfermagem
Ajudar a lembrar situações adversas superadas, encorajando-os a enfrentar a situação atual Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Apoiar os pais para construir vínculo de confiança com os filhos Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções Identificar situações familiares que possam gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas Intensificar o apoio a famílias vivendo situações de grande desgaste emocional (desemprego, perda de um ente, separação)

Oferecer <i>feedback</i> à família quanto a seu enfrentamento Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos de enfrentamento usados pela família
Diagnóstico de enfermagem
Estresse dos Pais
Resultado de enfermagem
Estresse diminuído dos pais Estresse ausente dos pais
Intervenções de enfermagem
Ajudar a relembrar situações adversas superadas, encorajando a enfrentar a situação atual Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos Auxiliar na identificação dos papéis e tarefas próprias de ser pais Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Identificar sinais de que os pais não estão afetivamente preparados para receber o novo bebê Identificar situações familiares que possam gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas Intensificar o apoio a famílias vivendo situações de grande desgaste emocional (desemprego, perda de um ente, separação,...) Observar sinais de descuido intencional dos pais em relação a criança/adolescente
Diagnóstico de enfermagem
Falta de Apoio Familiar
Resultado de enfermagem
Apoio Familiar melhorado Apoio Familiar eficaz
Intervenções de enfermagem
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Apoiar emocionalmente o(a) usuário(a) Articular com a rede de defesa e garantia dos direitos da criança/adolescente Auxiliar na identificação de rede social de apoio

Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Intensificar o apoio a famílias vivendo situações de grande desgaste emocional (desemprego, perda de um ente, separação,...) Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Observar a despreocupação dos pais com o bem estar e desenvolvimento da criança/adolescente Observar a qualidade das interações entre os membros da família Observar sinais de descuido intencional dos pais em relação a criança/adolescente Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem
Falta de Apoio Social
Resultado de enfermagem
Apoio Social melhorado Apoio Social eficaz
Intervenções de enfermagem
Acionar rede comunitária existente (associações comunitárias, religiosas,...) Auxiliar na identificação de rede social de apoio Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias Encorajar convívio com amigos e familiares Encorajar relações com pessoas com interesses e metas comuns Estimular a interação social Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer a socialização
Diagnóstico de enfermagem
Imagem corporal negativa
Resultado de enfermagem
Imagem corporal positiva
Intervenções de enfermagem
Ajudar a discutir as mudanças causadas pela puberdade Ajudar a separar a aparência física dos sentimentos de valor pessoal Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos Buscar apoio de outros profissionais para intervir junto à família Discutir com o paciente as mudanças na imagem corporal

<p>Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos</p> <p>Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente</p> <p>Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência</p> <p>Monitorar o progresso no restabelecimento da imagem corporal positiva</p> <p>Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência</p>
Diagnóstico de enfermagem
Impotência
Resultado de enfermagem
<p>Impotência diminuída</p> <p>Impotência ausente</p>
Intervenções de enfermagem
<p>Articular com a rede de defesa e garantia dos direitos da criança/adolescente</p> <p>Auxiliar na identificação de rede social de apoio</p> <p>Avaliar os riscos da ocorrência de episódios de violência de maior gravidade</p> <p>Buscar apoio de outros profissionais da saúde para intervir junto a família</p> <p>Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares</p> <p>Demonstrar segurança durante o atendimento a fim de fortalecer a confiança</p> <p>Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos</p> <p>Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família</p> <p>Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente</p> <p>Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência</p> <p>Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência</p> <p>Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações</p>
Diagnóstico de enfermagem
Incontinência por estresse
Resultado de enfermagem
<p>Incontinência por estresse diminuída</p> <p>Eliminação urinária adequada</p> <p>Eliminação intestinal adequada</p>
Intervenções de enfermagem
<p>Abordar de maneira calma e não punitiva</p> <p>Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores</p> <p>Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos prestados pelos diferentes serviços e profissionais</p> <p>Explicar aos pais que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser respeitados</p> <p>Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família</p>

<p>Investigar causas orgânicas do problema</p> <p>Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente</p> <p>Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência</p> <p>Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência</p> <p>Proporcionar ambiente seguro e confiável aos pais e criança/adolescente</p> <p>Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações</p>
Diagnóstico de enfermagem
Ligação afetiva prejudicada cuidador-criança
Resultado de enfermagem
<p>Ligação afetiva melhorada cuidador-criança</p> <p>Ligação afetiva adequada cuidador-criança</p>
Intervenções de enfermagem
<p>Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores</p> <p>Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares</p> <p>Enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável</p> <p>Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente</p> <p>Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência</p> <p>Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência</p> <p>Observar a despreocupação dos pais com o bem estar e desenvolvimento da criança/adolescente</p> <p>Observar a qualidade das interações entre os membros da família</p> <p>Observar sinais de descuido intencional dos pais em relação a criança/adolescente</p> <p>Orientar os pais sobre a importância de conversar e demonstrar carinho aos seus filhos</p> <p>Orientar os pais sobre formas de educar e se comunicar com os filhos</p> <p>Promover vínculos afetivos e de cuidado entre pais e filhos</p>
Diagnóstico de enfermagem
Medo
Resultado de enfermagem
<p>Medo diminuído</p> <p>Medo ausente</p>
Intervenções de enfermagem
<p>Articular com a rede de defesa e garantia dos direitos da criança/adolescente</p> <p>Auxiliar na identificação de rede social de apoio</p> <p>Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos</p> <p>Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família</p>

Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem
Negligência
Resultado de enfermagem
Negligência diminuída
Negligência ausente
Intervenções de enfermagem
Abordar a criança/adolescente de maneira sutil e acolhedora, evitando a revitimização Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso Atender a criança/adolescente em ambiente com privacidade e segurança Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção da criança/adolescente Auxiliar a criança/adolescente a compreender que não tem culpa da situação de violência Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos prestados pelos diferentes serviços e profissionais Avaliar a necessidade de adoção de medidas protetivas imediatas Avaliar o contexto, a proximidade do agressor, existência de rede de apoio, risco de revitimização Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias Estabelecer projeto terapêutico para o(a) agressor(a) Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Observar a despreocupação dos pais com o bem estar e desenvolvimento da criança/adolescente Observar a qualidade das interações entre os membros da família Observar sinais de descuido intencional dos pais em relação a criança/adolescente Proporcionar suporte à saúde mental da criança/adolescente e suas famílias em situação de violência
Diagnóstico de enfermagem
Parentalidade prejudicada

Resultado de enfermagem
Parentalidade melhorada Parentalidade eficaz
Intervenções de enfermagem
Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Apoiar os pais para construir vínculo de confiança com os filhos Apoiar os pais para os cuidados iniciais com o recém nascido Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas Auxiliar na identificação de rede social de apoio Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo Buscar apoio de outros profissionais para intervir junto a família Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares Enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Intensificar o apoio a famílias vivendo situações de grande desgaste emocional (desemprego, perda de um ente, separação) Observar a despreocupação dos pais com o bem estar e desenvolvimento da criança/adolescente Observar a qualidade das interações entre os membros da família Oferecer espaço para os pais expressarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas Promover vínculos afetivos e de cuidado entre pais e filhos
Diagnóstico de enfermagem
Processo familiar prejudicado
Resultado de enfermagem
Processo familiar melhorado Processo familiar eficaz
Intervenções de enfermagem
Ajudar os pais a relembrem situações adversas superadas, encorajando-os a enfrentar a situação atual Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas Auxiliar os membros da família a identificarem os papéis e tarefas que precisam desempenhar no contexto familiar

Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Intensificar o apoio a famílias vivendo situações de grande desgaste emocional (desemprego, perda de um ente, separação) Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência
Diagnóstico de enfermagem
Rede social escassa
Resultado de enfermagem
Rede social aumentada
Intervenções de enfermagem
Acionar rede comunitária existente (associações comunitárias, religiosas,...) Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias Encorajar relações com pessoas com interesses e metas comuns Estimular a ampliação da rede de relacionamentos Explicar sobre os recursos comunitários disponíveis Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer a socialização
Diagnóstico de enfermagem
Resposta ao Trauma do Estupro
Resultado de enfermagem
Resposta diminuída ao Trauma do Estupro Resposta ausente ao Trauma do Estupro
Intervenções de enfermagem
Agendar consulta de retorno Ajudar a relembrar situações adversas superadas, encorajando a enfrentar a situação atual Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores Apoiar a criança/adolescente para revelação da situação de violência, transmitindo-lhe segurança Apoiar emocionalmente o(a) usuário(a)

Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso Articular com a rede de defesa e garantia dos direitos da criança/adolescente Avaliar o contexto, a proximidade do agressor, existência de rede de apoio, risco de revitimização Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Evitar perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida Garantir o atendimento específico da saúde sem prejuízo das ações de proteção e vice-versa Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Proporcionar suporte à saúde mental da criança/adolescente e suas famílias em situação de violência
Diagnóstico de enfermagem
Risco de Negligência
Resultado de enfermagem
Risco diminuído de negligência Negligência ausente
Intervenções de enfermagem
Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso Auxiliar a criança/adolescente a compreender que não tem culpa da situação de violência Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos prestados pelos diferentes serviços e profissionais Buscar apoio de outros profissionais da saúde para intervir junto a família Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Proporcionar suporte à saúde mental da criança/adolescente e suas famílias em situação de violência
Diagnóstico de enfermagem
Risco de violência doméstica
Resultado de enfermagem
Risco diminuído de violência doméstica Violência doméstica ausente
Intervenções de enfermagem
Abordar a criança/adolescente de maneira sutil e acolhedora, evitando a revitimização Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso

<p>Atender os pais em separado, entre si e da criança/adolescente, no caso da suspeita da violência recorrer sobre eles</p> <p>Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos prestados pelos diferentes serviços e profissionais</p> <p>Buscar apoio de outros profissionais da saúde para intervir junto a família</p> <p>Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos</p> <p>Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família</p> <p>Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência</p> <p>Observar a despreocupação dos pais com o bem estar e desenvolvimento da criança/adolescente</p> <p>Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança e do adolescente</p> <p>Orientar os pais sobre a importância de conversar e demonstrar carinho aos seus filhos</p> <p>Orientar os pais sobre formas de educar e se comunicar com os filhos</p> <p>Promover o fortalecimento dos indivíduos e famílias para o rompimento do ciclo da violência</p> <p>Promover vínculos afetivos e de cuidado entre pais e filhos</p>
Diagnóstico de enfermagem
Sobrepeso
Resultado de enfermagem
Peso corporal melhorado
Peso corporal adequado
Intervenções de enfermagem
<p>Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas</p> <p>Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso</p> <p>Estimular a prática de atividade física</p> <p>Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família</p> <p>Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente</p> <p>Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência</p> <p>Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência</p> <p>Observar a despreocupação dos pais com o bem estar e desenvolvimento da criança/adolescente</p> <p>Observar a qualidade das interações entre os membros da família</p> <p>Observar sinais de descuido intencional dos pais em relação a criança/adolescente</p> <p>Orientar sobre a oferta de alimentos em quantidade e qualidade adequadas</p> <p>Programar pesagem periódica</p>

Diagnóstico de enfermagem
Socialização Prejudicada
Resultado de enfermagem
Socialização melhorada
Socialização eficaz
Intervenções de enfermagem
<p>Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas</p> <p>Avaliar dinâmica de apoio familiar</p> <p>Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias</p> <p>Encorajar convívio com amigos e familiares</p> <p>Encorajar interação social de forma gradativa</p> <p>Encorajar relações com pessoas com interesses e metas comuns</p> <p>Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente</p> <p>Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência</p> <p>Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência</p> <p>Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer a socialização</p> <p>Valorizar o relacionamento saudável entre irmãos (brincadeiras, histórias,...)</p>
Diagnóstico de enfermagem
Tomada de decisão prejudicada
Resultado de enfermagem
Tomada de Decisão Melhorada
Tomada de decisão eficaz
Intervenções de enfermagem
<p>Ajudar o(a) usuário(a) a identificar as vantagens e desvantagens das alternativas de decisão</p> <p>Auxiliar na identificação de rede social de apoio</p> <p>Auxiliar na ponderação de prós e contras para subsidiar a decisão</p> <p>Auxiliar na resolução de problemas de forma construtiva</p> <p>Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo</p> <p>Desencorajar tomada de decisão quando está sob grande pressão</p> <p>Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos</p> <p>Encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado</p> <p>Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções</p> <p>Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente</p> <p>Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência</p> <p>Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência</p>

Oferecer as informações solicitadas pelo usuário Transmitir confiança na capacidade do(a) usuário(a) para lidar com as situações
Diagnóstico de enfermagem
Tristeza Crônica
Resultado de enfermagem
Tristeza Crônica Diminuída Tristeza ausente
Intervenções de enfermagem
Apoiar emocionalmente o(a) usuário(a) Auxiliar na identificação de rede social de apoio Buscar apoio de outros profissionais para intervir junto à família Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos Estabelecer vínculo com o(a) usuário(a) Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente Investigar possibilidade da criança/adolescente estar sofrendo violência Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência Proporcionar suporte à saúde mental da criança/adolescente e suas famílias em situação de violência
Diagnóstico de enfermagem
Violência Doméstica
Resultado de enfermagem
Violência doméstica ausente
Intervenções de enfermagem
Abordar a criança/adolescente de maneira sutil e acolhedora, evitando a revitimização Abordar a família de maneira estratégica, procurando membros que não estejam envolvidos com a violência, preferencialmente seguindo indicações da criança/adolescente Articular com profissionais de outros setores para monitoramento do caso Atender a criança/adolescente em ambiente com privacidade e segurança Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção da criança/adolescente Atender os pais em separado, entre si e da criança/adolescente, no caso da suspeita da violência recorrer sobre eles Auxiliar a criança/adolescente a compreender que não tem culpa da situação de violência Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos prestados pelos diferentes

serviços e profissionais
Avaliar a necessidade de adoção de medidas protetivas imediatas
Avaliar a pertinência de intervenções que possam colocar em risco a proteção da criança/adolescente
Avaliar o contexto, a proximidade do agressor, existência de rede de apoio, risco de revitimização
Avaliar os riscos da ocorrência de novos episódios de violência
Buscar apoio de outros profissionais da saúde para intervir junto a família
Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos
Estabelecer projeto terapêutico para o(a) agressor(a)
Identificar as necessidades da criança/adolescente em situação de violência doméstica
Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência
Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança e do adolescente
Orientar os pais sobre a importância de conversar e demonstrar carinho aos seus filhos
Orientar os pais sobre formas de educar e se comunicar com os filhos
Proporcionar suporte à saúde mental da criança/adolescente e suas famílias em situação de violência

Referências

1. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.
2. Sanchez AIM, Bertolozzi MR Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. Ciência & saúde Coletiva. 2007;12(2)319-324.

3. Comissão para os determinantes sociais da saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da comissão para os determinantes sociais da saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde. 2010. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/160350/mod_resource/content/3/Relat%C3%B3rio%20final%20Determinantes%20Sociais%20em%20Sa%C3%BAde.pdf> Acesso em: 06 mai 2014.

4. Breilh J. Epidemiologia crítica. Ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

5. Stavenhagen R. Estratificação social e estrutura de classes: um ensaio de interpretação. In: Guilherme Velho O, Palmeira MGS, Bertelli AR (organizadores). Estrutura de classes e estratificação social. Rio de Janeiro: Zahar, 1973. p. 133-70.

6. Scott J. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. Educação e Realidade. 1995, 20 (2):71-99.

7. Oliveira F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. Estud. av. [online]. 2004, 18(50): 57-60.

8. Feixa C, Leccardi C. O conceito de geração nas teorias sobre juventude. Sociedade e Estado. 2010, 25(2):185-204.

“A transformação de nossas ideias sobre a realidade
e a transformação da realidade caminham juntas”

Cecília Minayo, 1992

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

O enfrentamento da violência pelo setor de saúde é mandatório, uma vez que para este setor confluem as consequências e sequelas do fenômeno que atinge pessoas e coletividades. A violência doméstica que afeta as crianças e os adolescentes deve ser combatida enfaticamente, dadas as dimensões de suas repercussões para o desenvolvimento individual e social, tendo em vista tanto o momento presente quanto sua perpetuação e a reprodução em gerações futuras.

A enfermagem como prática profissional constituinte da força de trabalho em saúde não pode deixar de atuar diante de tão complexa problemática. Assim, com a finalidade de apoiar a atuação dos enfermeiros da atenção básica, foi desenvolvida a presente pesquisa.

O subconjunto de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a criança e o adolescente em situação de vulnerabilidade para a violência doméstica resultante deste trabalho foi construído a partir de vasta pesquisa bibliográfica e da utilização das regras propostas pela CIPE[®] e pela ISO 18.104, tendo a TIPESC como suporte teórico.

Embora o subconjunto esteja voltado para a dimensão singular, ao se considerar a inter-relação entre as dimensões, constata-se que a ação da enfermeira influenciará as demais dimensões, uma vez que elas constituem a totalidade do fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente.

A partir do modelo teórico, foi possível organizar o subconjunto em dois grandes grupos: o de *promoção*, compilando diagnósticos/resultados e intervenções para aspectos positivos presentes na criança, no adolescente e na família, os quais é importante que sejam percebidos pelos profissionais e reforçados; e o de *causas, consequências e manifestações*, composto por diagnósticos/resultados e intervenções referentes a aspectos negativos vigentes na vida da criança, do adolescente e da família, evidenciando vulnerabilidades para a ocorrência da violência doméstica e/ou a situação da violência já instalada.

Tais fatores estão envoltos no referencial da determinação social, o qual compreende o sujeito individual como resultante da sua inserção nos meios de produção social, e reconhece os aspectos positivos como valores e os aspectos negativos como desgaste. A dinâmica de inter-relação entre ambos determina a situação de saúde da pessoa/família.

A produção do subconjunto, ancorado pela visão de mundo da TIPEsc, possui potencial para o aprimoramento da prática profissional, no espaço da consulta de enfermagem sistematizada, realizada no âmbito da atenção básica de saúde. Uma vez que o referencial teórico guia a implementação dos passos metodológicos da consulta e os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções instrumentalizam para a nominação e registro dos achados, favorece-se o cuidado atual e sua continuidade.

Ressalta-se, ainda, a contribuição para a visibilização da enfermagem ao nominar os elementos da prática, possibilitando o registro no sistema de informação em saúde local, com possibilidade de interoperabilidade com outros sistemas, uma vez que essa é uma propriedade da CIPE[®].

Espera-se que se possa subsidiar a prática do enfermeiro diante do fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente, tanto no sentido de identificar o fenômeno, como de reconhecer o seu papel para enfrentamento do problema. Dessa forma, o enfermeiro deixa de ser um mero repassador de demanda para outros profissionais e serviços.

Além disso, o subconjunto possui o potencial de apoiar a formação de novos profissionais, bem como os processos de educação continuada e permanente dos profissionais da equipe de enfermagem.

Tendo em vista a identificação de conceitos diagnósticos e intervenções não constantes na CIPE[®] faz-se necessária a continuidade de pesquisas, visando à validação conceitual dos termos não constantes.

Reconhecendo-se que a prática profissional é maior do que o que qualquer sistema de classificação pode ser capaz de representar, é preciso chamar a atenção para que o subconjunto não seja compreendido

como a totalidade das situações possíveis nos contextos de cuidado de enfermagem, o que poderia levar o profissional a “adequar” o sujeito/situação para “caber” dentro da nomenclatura aqui proposta.

Em consonância com a TIPESEC, que considera a dinamicidade da realidade, e, também, com a CIPE[®], que está em constante desenvolvimento, o presente subconjunto necessita de aperfeiçoamento contínuo. A sua aplicação em diversos contextos de prática indicará, com maior propriedade, suas limitações e potencialidades, apontando as modificações necessárias. Dessa forma, tal instrumento estará em constante transformação, tal qual a realidade para a qual ele foi desenvolvido.

A introdução desse novo instrumento na prática do enfermeiro provoca mudança no modo de produção em saúde e tem em si um potencial de provocar transformações na prática, no sentido de que esta favoreça a defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

A crença no potencial de ação transformadora do homem sobre a realidade é a força motriz para o desenvolvimento deste estudo. O profissional de enfermagem, ao assumir um papel protagonista frente ao problema da violência doméstica contra a criança e o adolescente, pode realizar mudanças no seu processo de trabalho, as quais produzirão reflexos no processo de trabalho em saúde. Assim, este profissional transforma-se, também, enquanto sujeito, ao mesmo tempo em que transforma o objeto.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque LM. Percepção das enfermeiras acerca da utilização da base CIPESC® na consulta de enfermagem [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006.
2. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4(1):7-32.
3. Minayo MCS. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para a redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p.17-29.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.
5. Brasil. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(4):427-430.
6. Guerra VNA. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. 4.^a ed. São Paulo: Cortez; 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*. Diário Oficial da União, Brasília, 16 maio 2001. Seção 1:96.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à 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; 2002.
9. Ubeda EML, Ferriani MGC. A violência contra a criança e o adolescente. In: Ferriani MGC, Medeiros M, Silva MAI, Ubeda EML. *Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica*. Goiânia: AB Editora; 2008. p.105-14.
10. Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. *Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência*. 3^a ed. Curitiba; 2008.
11. Azevedo MA, Guerra VNA. *A violência doméstica na infância e na adolescência*. São Paulo: Probel; 1995.

12. Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad Saúde Pública*. 1994;10 Supl3:S126-34.
13. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(2):357-63.
14. Teixeira KC. Infância e atualidade: a concepção de infância na prática educativa [Internet]. [citado 2014 abr 18]. Disponível em: <http://www.pedagogia.com.br/artigos/infanciaatualidade/index.php?pagina=4>.
15. Ariès P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
16. Martins CS, Ferriani MGC. A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Ferriani MGC, Medeiros M, Silva MAI, Ubeda EML. *Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica*. Goiânia: AB Editora; 2008. p.7-53.
17. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(3):625-31.
18. Gomes NP, Diniz NMF, Araujo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):504-8.
19. Machado AV, Machado MACV. Escola que protege histórico jurídico de proteção da criança e do adolescente. In: Silva PVB, Lopes JE, Carvalho A. *Por uma escola que protege: a educação e o enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes*. Ponta Grossa: Editora UEPG; 2008.
20. UNICEF. Convenção sobre os Direitos da Criança [Internet]. [citado 2012 Abr 10]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm.
21. Brasil. Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; Brasília; 16 jul. 1990.
22. Perez EL. Da violência estrutural à violência doméstica contra crianças e adolescentes: aspectos conceituais. In: Silva PVB, Lopes JE, Carvalho A, organizadores. *Por uma escola que protege: a educação e o enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes*. Ponta Grossa: Editora UEPG; 2008. p.111-24.

23. Eduardo LP, Egry EY. Estatuto da criança e do adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):18-24.
24. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000;8(4):22-29.
25. NANDA. International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2012-2014. Trad. Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2012. 606p.
26. Saba VK. Sistema de classificação de cuidados clínicos CCC. Trad Heimar F Marin. São Paulo: ALGOL, 2008.
27. NIC McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 1089p.
28. Moorhead S; Johnson M; Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) 4ªed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 936 p.
29. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1. Trad. Heimar de Fátima Marin. São Paulo: Algol, 2007.
30. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Beta 2. São Paulo: CENFOBS/ UNIFESP, 2003.
31. Egry EY, Antunes MJ, Lopes MGD. Projeto CIPESC CIE-ABEn. In: Garcia TR, Egry EY, organizadores. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 175-191.
32. Egry EY, Car MR, Felli VEA, Caetano VC, Sugano AS. O processo de trabalho da enfermagem na rede básica do SUS – parte I. In: Garcia TR, Nóbrega MML, organizadoras. Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem: Idéia; 2000. p.67-74.
33. Garcia TR, Nóbrega MML. Projeto CIPESC – CIE/ABEn: inventário vocabular de fenômenos e ações de enfermagem em saúde coletiva. In: Garcia TR, Nóbrega MML, organizadoras. Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem: Idéia; 2000. p.83-187.
34. Coenen A, Kim TY. Development of terminology subsets using ICNP®. *International Journal of Medical Informatics*. 2010;79:530-38.

35. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(1):82-8.
36. IBGE. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 1989: v.4, 28-9.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise da situação de saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
38. Apostólico MR, Hino P, Egry EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(2):320-27.
39. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Rev Ciência e Saúde Coletiva.* 2007;11:1163-78
40. Dahlberg LL, Krug EG, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2002.
41. Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. 3ª ed. Brasília: SEDH/DCA, 2000. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/plano_nacional.pdf.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [citado 2014 maio 19]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>.
44. Brasil. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Presidência da república, Casa Civil, Brasília, 24 nov. 2003.
45. Brasil. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Presidência da república, Casa Civil, Brasília, 01 out. 2003.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
47. Brasil. Decreto n. 5.099, de 03 de junho de 2004. Regulamenta a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Presidência da república, Casa Civil, Brasília, 03 jun. 2004.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.406, de 05 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
50. Silva MMA, Malta DC, Moraes Neto OL, Rodrigues EMS, Gawryszewski VP, Costa SMVC, Gazal-Carvalho C, Castro AM. Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Epidem Serv Saude*. 2007;16(1).
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. [citado 2014 mai 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [citado 2014 mai 22]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1876.htm>.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 set. 2006.
54. Brasil. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 ago. 2006.

55. Brasil. Decreto n. 6.230, de 11 de outubro de 2007. Estabelece o compromisso pela redução da violência contra crianças e adolescentes, com vistas à implementação de ações de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, por parte da União Federal, em regime de colaboração com Municípios, Estados e Distrito Federal, institui o comitê gestor de políticas de enfrentamento à violência contra criança e adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15 out. 2007.

56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

57. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

58. Brasil. Lei 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Presidência da república, Casa Civil, Brasília, 26 jul. 2011.

59. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

60. Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. Cad Saúde Pública. 2011;27(5): 843-54.

61. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes. Rev Bras Saúde matern infantil. 2001;1(2):91-102.

62. Organização das Nações Unidas. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, 2006 [citado 2014 maio 14]. Disponível em: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/107590005/pdf-pt/relatorio-mundial-sobre-a-violencia-contra-as-criana.pdf>.

63. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

64. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

65. Ribeiro IM. Violência na família. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004. p.327-339.
66. Zottis GAH, ALgeri S, Portella VCC. Violência intrafamiliar contra a criança e as atribuições do profissional de enfermagem. Rev Fam Saúde Desenv. 2006; 8(2):146-53.
67. Gallo AE, Williams LCA. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. Revista Psicologia: Teoria e Prática. 2005;7(1):81-95.
68. Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. Rev Bras Enferm. 2013;66(n. esp.):119-33.
69. Bittar DB, Nakano AMS. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras toxicodependentes no contexto da família de origem. Texto Contexto Enferm. 2011;20(1):17-24.
70. Figueiredo K. Violência sexual um fenômeno complexo. [citado 2013 22 abr]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/PT/Cap_03.pdf.
71. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.
72. Anjos RHD, Silva JASS, Val LF, Rincon LA, Nichiata LYI. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(4):829-37.
73. Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. Jornal de Pediatria. 2001;77(1):35-40.
74. More CLOO. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. Rev Paidéia. 2005;15(31): 287-297.
75. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. A influência do apoio social para o fortalecimento de família com crianças com insuficiência renal crônica. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2008 [citado 2014 mai 14];16(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_07.pdf.

76. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25 Supl1:S9-21.
77. Martins CS, Ferriani MGC. A compreensão da família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Ferriani MGC, organizador. *Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica*. Goiânia: AB editora; 2008. p.7-53.
78. Zilberman ML, Blume SB. Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27 Supl2:S51-55.
79. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
80. Silva PA, Lunardi VL, Silva MRS, Lunardi Filho WD. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. *Rev Ciênc, Cuid, Saúde*. 2009; 8(1):56-62.
81. Cocco M, Silva EB, Jahn AC. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev Eletrônica Enferm*. 2010;12(3):491-97.
82. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1124-33.
83. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(1):315-19.
84. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar de ação coletiva. *Hist cienc saúde*. 1998;4(3):513-31.
85. Azevedo MA, Guerra VNA. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um cenário em (des)construção. [citado 2012 mar 23]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_01.pdf.
86. Marcon SS. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004. p.43-63.

87. Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadores. Sistema de Assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p.41-62.
88. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial. Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(1):188-93.
89. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
90. Yer PW, et al. Processo e diagnóstico em enfermagem. Trad. de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Medicas, 1993.
91. Timby BC. Conceitos e habilidades no atendimento de enfermagem. Trad. de Regina Machado Garcez. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
92. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. Trad. de Ana Thorell. 7ªed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
93. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN -358/2009. [citado 2013 abr 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
94. Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem. In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.
95. Brasil. Presidência da República. Lei 7498/86 | Lei no 7.498, 25 jun, 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. [citado 20 abr 2013]. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>.
96. Brasil. Decreto N 94.406/87 .Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. [citado 2013 abr 25]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/1735/decreto-n-94406-87-regulamentacao-da-lei-n-7498-86>.
97. Cubas MR, Santos ASS. Princípios para abordagem na consulta de enfermagem no espaço da atenção primária à saúde. In: Santos ASS, Cubas MR, organizadores. Saúde coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem. Rio de janeiro: Elsevier; 2012. p.61-76.

98. Silva VG, Motta MCS, Zeitoune RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010. [citado 2014 jul 20]; 12(3):441-8. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a04.htm.
99. Bertolozzi MR et al. A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: cenário São Paulo. In: Antunes MJ, Chianca TCM. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPE/SC. Brasília: ABEn; 1999. p. 245-69.
100. Trapé CA, Fujimori E, Bertolozzi MR. O sistema único de saúde e as políticas de atenção à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009. p.25-43.
101. Horta NC, Madeira AMF, Armond LC. Desafios na atenção a saúde do adolescente. In: Borges AL, Fujimori E, organizadores. *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção Básica*. Barueri: Manole; 2009. p.119-41.
102. Martins SK, Albuquerque LM, Cubas MR. Linha de cuidado: as necessidades e vulnerabilidades do adolescente. In: Santos ASS, Cubas MR, organizadores. *Saúde coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p.143-152.
103. Conselho Internacional de Enfermeiros. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® Versão 2.0*. São Paulo: Algor, 2011.
104. Albuquerque LM, Cubas MR. *Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde*. Curitiba: ABEn; 2005.
105. Nóbrega MML, Garcia TR. Perspectivas de incorporação da classificação internacional para a prática de enfermagem para a prática de enfermagem (CIPE) no Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(2):227-30
106. International Organization for Standardization. *Health informatics: integration of a reference terminology model for nursing: ISO 18104:2003* [Internet]. Geneva; 2003. [citado 2013 ago 20]. Disponível em: http://www.iso.org/iso_catalogue/tc/catalogue_detail.htm?csnumber=33309.
107. Cubas MR, Deniporte AGM, Malucelli A, Nobrega MML. A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010;18(4):669-74.

108. Marin HF, Peres HHC, Dal Sasso GTM. Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em enfermagem. *Acta Paulista Enferm.* 2013;26(3):299-306.
109. Conselho Internacional de Enfermeiros. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®. Tradução: Hermínia Castro, Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros; 2009.
110. International Council of Nurses. Partnering with individuals and families to promote adherence to treatment. Geneva: The Association; 2008.
111. International Council of Nurses. Palliative care for dignified dying. Geneva: The Association; 2009.
112. International Council of Nurses. Nursing Outcomes Indicators. Geneva: The Association; 2011.
113. International Council of Nurses. Community Nursing. Geneva: The Association; 2011.
114. International Council of Nurses. Paediatric Pain Management. Geneva: The Association; 2012.
115. International Council of Nurses. Nursing Care of Children with HIV and AIDS. Geneva: The Association; 2012.
116. International Council of Nurses. ICNP to SNOMED CT Equivalency Table for Diagnosis and Outcome Statements. Geneva: The Association; 2013.
117. Rukanuddin RJ. Introduction and development of NCP using ICNP in Pakistan. *IN Nurs Rev* [periodic on the internet]. 2005 [cited 2012 may 27]; 54(4):294-303. Available from: www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0020-8132.
118. Konig P, Siller M. Building a subset of ICNP terms for oncological patients. *Stud Health Technol Inform.* [Internet]. 2006 [cited 2012 may 27];122:900-1. Available from: http://www.unbounmedicine.com/medline/ebm/journal/study_Health_Technol_Inform.
119. International Council of Nurses. eHealth Bulletin. Launch of th ICN eHealth Programme; 2010 [Internet]. [cited 2012 mar 15]. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/icnp/ICNP_Bulletin_June_20_10_eng.pdf.

120. Araújo AA. Catálogo CIPE para insuficiência cardíaca congestiva [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009.
121. Carvalho MWA. Catálogo CIPE® para dor oncológica [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009.
122. Bisetto, LHL. Correlação entre o sistema de informação de eventos adversos pós-vacinação e a CIPE®: construção de diagnósticos de enfermagem [dissertação]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2010.
123. Medeiros ACT, Nóbrega MML, Rodrigues RAP, Fernandes MGM. Diagnósticos de enfermagem para idosos utilizando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o modelo de vida. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2013 [citado 2014 mar 05]; 21(2):(08 telas). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000200523&lng=en&nrm=iso.
124. Nóbrega RV. Proposta de Subconjunto Terminológica da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – CIPE para hipertensos na atenção básica [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012.
125. Nascimento DM. Proposta de um Subconjunto Terminológico da CIPE para clientes submetidos à prostatectomia [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012.
126. Buchhorn SMM. Construção de um catalogo CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
127. Nogueira, LGF. Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoa com diabetes mellitus na atenção especializada. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2014.
128. Egry EY. Considerações acerca da saúde coletiva. In: Garcia TR, Egry EY. Organizadoras. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.64-9.
129. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
130. Minayo MCS. O desafio do conhecimento, metodologia qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1992.

131. Soares CB. Mais que uma etapa do ciclo vital: a adolescência como construtor social. In: Borges AL, Fujimori E, organizadores. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção Básica. Barueri: Manole; 2009. p. 3-22.
132. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. Rev Saúde Pública [Internet]. 1998 [citado 2014 Jul 11];32(4):299-316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en.
133. Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde doença. In: Egry EY, Cubas MR, organizadoras. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn-PR; 2006. p.19-61.
134. Breilh J. Reprodução social e investigação em saúde coletiva. In: Costa DC. Epidemiologia: teoria e objeto. 3ª ed. Hucitec/Abrasco: São Paulo/Rio de Janeiro; 2002. p. 137-65.
135. Fonseca RMGS, Bertolozzi MR, Silva IA. O uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva. Brasília: Associação brasileira de Enfermagem; 1997.
136. Egry EY, Fonseca RMGS. Esquema explicativo da determinação social do processo saúde doença. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
137. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS corpo; 1991
138. Franzoi NM, Fonseca RMGS, Guedes RN. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. Rev Latino-Am. Enferm [Internet]. 2011 [citado 2014 Jul 03];19(3):589-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000300019&lng=pt.
139. Motta AB. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. Cadernos Pagu. 1999;(13):191-221.
140. Nascimento ML. Apresentação nove teses sobre a infância como fenômeno social. Jeans Qvotrup. Pro-Posições. 2011;1(64):199-211.
141. Sarmiento MJ. Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. Educ Soc. 2005;26(91):361-378.

142. Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(spe):s119-133.
143. Oliveira MAC. A adolescência, o adolescer e o adolescente: resignificação a partir da determinação social do processo saúde-doença [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.
144. Zamora MHRN. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Rev Psicol.* 2012; 24(3):563-78.
145. Descritores em Ciência da Saúde. [citado 2014 jun 25]. Disponível em: <http://decs.bvs.br>.
146. IBGE. Censo 2010. [citado 2014 mai 28]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>.
147. Waiselfisz, JJ. Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPPIR/PR, 2012.
148. Albuquerque LM, Egry EY, Cubas MR. Subconjunto terminológico para o cuidado a crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica. In: Cubas MR, Nóbrega MML, organizadoras. Subconjuntos de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para a Atenção Básica em Saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014 (prelo).
149. Tobar F, Yalour MR. como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
150. Zahra FM, Carvalho DR, Malucelli A. Poronto: ferramenta para construção semiautomática de ontologias em português. *J. Health Inform.* 2013; 5(2):52-9.
151. Zahra FM, Malucelli A, Roberto A, Tacla CA. Ferramentas para aprendizagem de ontologias a partir de textos. *Perspect Ciênc Inf [Internet]*. 2014 [citado 2014 jun 22];19(1):3-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141399362014000100002&lng=es&nrm=iso.
152. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE versão2011. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2011. [online]; 2013 [cited 2013 feb 05]. Available from: http://www.icn.ch/images/sotries/documents/pillars/Practice/icnp/translations/icnp_Brazil_Portuguese_translation.pdf.

153. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(1):82-8.
154. Beserra PJF, Bittencourt GKGD, Nóbrega MML, Garcia TR. Ações de enfermagem identificadas na linguagem dos componentes da equipe de enfermagem da clínica médica de um hospital-escola. *Rev RENE.* 2004;5(2):41-8.
155. Furtado LG, Nóbrega MML. Construção de banco de termos identificados em registro de enfermagem utilizando a CIPE®. *Rev Eletron Enferm [Internet].* 2007 [citado 2013 Mai 12];9(3):630-55. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a06.htm>.
156. Hyun S, Park HA. Croo-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. *International Council of Nurses, International Nursing Review.* 2002;49:99-110.
157. Goossen W. Cross-mapping between three terminologies with the International Standard Nursing Reference. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* 2006;17(40):153-64.
158. Leal MT. A CIPE e a visibilidade da enfermagem – mitos e realidades. Loures – PT: Lusociênica; 2006.
159. Garcia TR, Cubas MR. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: subsídios para a sistematização da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
160. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 dez. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.
161. Tannure MG, Chianca TCM, Garcia TR. Construção de um banco de termos de linguagem especial de enfermagem. *Rev Eletr Enf [Internet]* 2009 [citado 2013 Mai 12];11(4):1026-30. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a29.pdf.
162. Nóbrega MML, Garcia TR, Medeiros ACT, Souza GLL. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital escola. *Rev Rene [Internet].* 2010 [citado 2014 mai 15];11(1):28-37. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_pdf/a03v11n1.pdf.

163. Cavalheiro MA. Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®) para assistência de enfermagem na atenção primária a saúde [dissertação]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2014.
164. Gomes DC. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital universitário. [dissertação]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2014.
165. Egry EY, Cubas MR, Antunes MJM, Lopes, MGD, Nobrega MML, Martins SK, Albuquerque LM, Fonseca RMGS. CIPESC no Brasil. Associação Brasileira de Enfermagem, 1976-2006: documentário. 3ed. Brasília: ABEn, 2013, v. 1, p. 171-235.
166. Cubas MR, Carvalho CMG, Malucelli A, Denipote AGM. Mapeamento dos termos dos eixos tempo, localização, meio e cliente entre versões da CIPE® e CIPESC®. Rev Bras Enferm. 2011;64(6):1100-05.
167. Cubas MR, Egry EY. Práticas inovadoras em saúde coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(N. esp):787-92.
168. Cubas MR Egry EY. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva-CIPESC®. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1) p.181-86.
169. Pavel S, Nolet D. Manual de terminologia. CAnadá. Tradução de Enilde Faulstich. 2002.
170. Egry EY, Graziano AP, Apostólico MR, Albuquerque LM, Fosneca RMGS. Violência sexual intrafamiliar contra meninas: uma aproximação de gênero e geração. (Encaminhado à Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, agosto de 2014.
171. AndradeEM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. Saúde Soc São Paulo. 2011;20(1):147-55.
172. Salsedo-Barrientos DM, Miura PO, Macedo VD, Egry EY. Como os profissionais da atenção básica enfrentam a violência na gravidez?. Rev Latino-Am. 2014;22(3):448-53.
173. Azambuja MPR. Violência Doméstica: Reflexões sobre o Agir Profissional. Psicologia Ciência e Profissão. 2005;25(1):4-13.

174. Dias EP, Cano MAT, Figueiredo GLA, Resende TC. Enfermeiros no atendimento de casos de violência doméstica infantil em unidades básicas de saúde. Revista LEVS/UNESP-Marília. 12ed. 2013. p.118-34.

175. Chiesa AM, Veríssimo MOR, Fracoli LA. O projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades: Possibilidades e limites para a atenção à criança. In: Chiesa AM, Fracoli LA, Zoboli ELCP, organizadoras. Promoção da Saúde da Criança: A experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. São Paulo; 2009. p.13-28.

176. Campos GW. Saúde Paideia. 3. Ed. São Paulo: Hucitec.

177. Machado MLP, Oliveira DLLC, Manica ST, Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde. Rev Gaucha enferm.2013;34(4):53-60.

178. Silva ALA, Souza RF. Trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família e a tensão no campo cuidador. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [citado 2014 jan 10];7(8):5129-34. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F4060%2F6888&ei=bbbyU-uoBsP2yQTxiIDICQ&usq=AFQjCNFzJIm_DnbYosumpDGECLUmGHiqag&sig2=HnLp50AbhwGNEJ2FqqqKWQ&bvm=bv.73231344,d.aWw.

179. Ermel RC, Fracoli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [citado 2014 jan 10]; 40(4):533-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a11.pdf>.

180. Cubas MR. Desafios para a enfermagem no alcance das metas da Atenção Primária. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [citado 2014 jan 10]; 45(Esp. 2):1758-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/21.pdf>.

Apêndice

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador(a) do RG _____, estou sendo convidado(a) a participar do estudo **ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE CATÁLOGO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**, que objetiva organizar e avaliar catálogo de diagnósticos, resultados e intervenções para assistência de enfermagem à crianças e adolescentes em situação de violência doméstica, com a finalidade de apoiar a enfermeira para o reconhecimento e intervenção no fenômeno em questão.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário de validação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Fui esclarecido(a) de que minha participação não implicará em riscos ou benefícios decorrentes do estudo.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado(a) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

A pesquisadora do referido projeto é Leda Maria Albuquerque, enfermeira, doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), sob orientação da Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry. Poderei manter contato pelos telefones (41) 3524-2043 ou (41) 9961-3934, e-mail: ledaenf@gmail.com

É assegurado o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado(a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP EEUSP (11) 3061-7548 ou mandar um *email* para: edipesq@usp.br

São Paulo, ____ de _____ de 2012.

assinatura do sujeito da pesquisa

Leda Maria Albuquerque (pesquisadora)

Obs: documento em duas vias, sendo que uma delas ficará com o sujeito e outra com o pesquisador.

Anexo

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE CATÁLOGO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Área Temática:

Pesquisador: Leda Maria Albuquerque

Versão: 1

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 06341212.3.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 74384

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que propõe a ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE CATÁLOGO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, como revela o título do projeto de pesquisa de doutoramento, que objetiva organizar e avaliar catálogo de diagnósticos, resultados e intervenções para assistência de enfermagem à crianças e adolescentes em situação de violência doméstica, com a finalidade de apoiar o enfermeiro para o reconhecimento e intervenção no fenômeno em questão como mecanismo para elaboração de catálogo concernente ao tema.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar um catálogo de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente, utilizando a estrutura da CIPE® e da CIPESC® e o referencial teórico da TIPESC. Especificamente, pretende 1) identificar os termos e conceitos presentes na literatura científica, em protocolos institucionais e em formulários de notificação de violência para subsidiar a construção de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; 2) Elaborar afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; 3) Organizar o catálogo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos e em conformidade com o preconizado e estabelecido pelo CONEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante, compatível com o cronograma e objetivos propostos, o estudo é decorrente de pesquisas anteriores, realizadas no âmbito acadêmico (Mestrado) e no campo prático, como parte do exercício profissional da pesquisadora em doutoramento. Ressalta-se a importante menção no texto do projeto de pesquisa dos conteúdos históricos relacionados à criança, em específico, à formação de atitudes mentais construídas em torno e para a criança no processo histórico, sugeridos como um dos vetores de análise da vulnerabilidade vivida por crianças e adolescentes no Brasil, inclusive, minimizando a aridez do método proposto - este, pertinente ao estudo em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com os dispositivos da Resolução 196/96, indicados de forma clara e concisa.

Recomendações:

Não existe recomendações. A proposta, além de significativa, encontra-se embasada teórico-metodologicamente e sua apresentação em conformidade com o rigor da ética em pesquisa envolvendo seres humanos.