



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Fernandes Figueira  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**A ATENÇÃO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA  
FAMILIAR**

**JANICE MACHADO DA CUNHA**

Rio de Janeiro

Fevereiro/2007

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER  
DEPARTAMENTO DE ENSINO**

**ATENÇÃO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA  
FAMILIAR**

**JANICE MACHADO DA CUNHA**

Tese apresentada à  
Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher  
do IFF/FIOCRUZ como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em  
Ciências.

**Orientadora: Doutora Simone Gonçalves de Assis**

Rio de Janeiro  
Fevereiro/2007

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE  
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA  
BIBLIOTECA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA**

C972 Cunha, Janice Machado da  
A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar.  
/ Janice Machado da Cunha. – 2007.  
xiv. ; 177 f.

Tese ( Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher ) - Instituto  
Fernandes Figueira , RJ , 2007.

Orientador : Simone Gonçalves de Assis  
Bibliografia : f. 169 - 177

1. Violência doméstica. 2. Violência . 3. Equipe de enfermagem.  
4. Criança. 5 . Maus-tratos infantis. 6. Serviços de saúde da criança.  
I. Título.

CDD - 22ª ed. –362.76

## **Dedicatória**

À minha orientadora Simone Gonçalves de Assis, pela ternura, paciência, sabedoria, dedicação e competência sempre presentes na construção desta tese.

A Evola e Renzo Campioni, meus pais adotivos, que não obstante a distância geográfica se fazem presentes em cada momento da minha vida.

A Antonio José Cupello, cujo apoio e paciência foram fundamentais para superar os momentos difíceis, e cuja amizade trouxe mais luz à minha vida.

À minha irmã Cleonice, meu irmão Paulo, meu sobrinho Vinícius e meu cunhado Sebastião, sempre disponíveis em me ouvir e ajudar.

A Cátia Alves Portugal e Regina Soares Jurkewics sempre muito mais que amigas.

Ao Padre Nino Miraldi (in memoriam), que me convenceu a seguir a carreira universitária, fazendo desse ambiente um espaço a mais na luta pela justiça e respeito aos direitos humanos.

Ao meu pai Diógenes Alves da Cunha (in memoriam), que me ensinou a sonhar.

A meu tio Afonso Aniceto Serafim, que me ensinou o valor da liberdade e autonomia.

A minha madrinha Sebastiana (in memoriam), de quem herdei as bênçãos e a autoridade de meus antepassados africanos e indígenas.

## **Agradecimentos**

À minha orientadora Simone Gonçalves de Assis, todos os agradecimentos serão poucos diante da sua importância nesta etapa da minha vida.

Aos professores da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, por terem me possibilitado aprofundar e sistematizar os conhecimentos num ambiente de excelência, respeito e compromisso.

Aos Diretores, Coordenadores dos Centros de Estudos e Chefias de Enfermagem dos Hospitais Pediátricos Nossa Senhora do Loreto (HMNSL), Sales Neto (HMSN) e Jesus (HMJ), por terem aberto os espaços para a realização desta pesquisa.

A todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dos Hospitais Pediátricos Nossa Senhora do Loreto (HMNSL), Sales Neto (HMSN) e Jesus (HMJ) que gentilmente aceitaram participar da pesquisa.

Às enfermeiras da área da criança do Hospital Universitário Pedro Ernesto, pelo apoio.

A Carlos Sérgio Corrêa dos Reis. Sem a sua ajuda, eu não teria sequer iniciado o curso de doutorado.

À Professora Benedita Maria Rego Deusdará Rodrigues, pelo apoio institucional da Faculdade de Enfermagem da UERJ e por ter aceitado contribuir conosco, participando da banca de avaliação desta tese desde a etapa inicial.

A Marialda Moreira Christoffel, sempre dando boas dicas e sendo parceira de reflexões.

A Ângela Pecinni Pereira, Luíza Mara Corrêa, José Augusto Adler, Ruth Milyus Rocha, Maria Teresinha Nóbrega da Silva, Ricardo França Couto e Eurico Zimbres pelo apoio dado no momento mais difícil da carreira docente.

A Carmem Athayde, Dilma Viana Luiz, Lúcia Pierantoni e Sandra Teixeira de Araújo Pacheco, pela partilha cotidiana da construção da tese.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Faculdade de Enfermagem UERJ por terem apoiado a decisão dos professores da área da criança na liberação para escrever a tese.

A Bárbara Bertolossi, Mara Amantéa, Daniele e Patrícia Lima, pelo apoio dado para que eu pudesse ter tempo para escrever a tese.

A todas e todos que me emprestaram, doaram ou indicaram materiais bibliográficos.

Aos professores Romeu Gomes, Suely Deslandes, Virgínia Peixoto Dutra e Maria Helena Cabral pelas importantes contribuições na parte metodológica na etapa do projeto de pesquisa.

Aos que nos auxiliaram em aspectos técnicos da pesquisa: Raquel de Vasconcelos Carvalhaes de Oliveira (estatística que colaborou na análise quantitativa), Thiago de Oliveira Pires, Lucimar Camarra, Fátima Cristina Lopes dos Santos, Lia Leão Ciuffo, Isabel Mendes, Marcelo Teixeira de Araújo, Fátima Oliveira e Maria Amália. Sua ajuda foi valiosa.

À equipe de funcionários das Secretarias Acadêmicas e Bibliotecas do IFF/FIOCRUZ, do CLAVES/ENSP/FIOCRUZ e da FENF/UERJ, sempre disponíveis, atentos e solidários.

Um agradecimento especial a Maria Alice, sempre atenta e disponível .

A Benedita Maria Rego Deusará Rodrigues, Marialda Moreira Christoffel, Kathie Njaine, Patrícia Constantino, Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva e Isabel Cristina de Oliveira pela importante contribuição como membros da Banca Examinadora desta tese.

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	01
Objetivos.....	07
Pressupostos.....	08
<b>II. ASPECTOS TÉORICOS CONCEITUAIS</b> .....	10
2.1. A enfermagem.....	10
2.2. A família e a enfermagem.....	18
2.3. Violência : definições/tipologias .....	21
2.4. Atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar.....	30
<b>III. BASES METODOLÓGICAS</b> .....	44
3.1. População/amostra/sujeitos do estudo .....	46
3.2. Cenários da investigação.....	49
3.3. A Coleta de Dados.....	53
3.4. A Análise dos Dados.....	64
<b>IV- Contexto de atuação da equipe de enfermagem</b> .....	70
4.1. Perfil da equipe de enfermagem nos cenários da pesquisa: inserção, regime trabalhista e caracterização demográfica.....	71
4.2. A formação profissional do enfermeiro e do técnico-auxiliar de enfermagem.....	77
4.3. Capacitação da equipe de enfermagem para atender crianças vítimas de violência na família.....	82
4.4. Processo de trabalho da equipe de enfermagem.....	86
<b>V- Atuação da equipe de enfermagem frente à violência contra crianças e adolescentes</b> .....	106
5.1. A enfermagem e a prevenção da violência familiar contra a criança: “prevenção”? .....	107
5.2. Identificação das situações de violência familiar contra a criança: “ <i>O olhar atento da enfermagem?</i> ” .....	114
5.3. Diagnóstico e perfil dos casos de crianças vítimas de violência familiar atendidos pela equipe de enfermagem.....	121

5.4. Intervenção: “na teoria a enfermagem pode fazer tudo... Mas na prática...” .....	124
5.5. Encaminhamentos dos casos: “Passando o problema adiante”. .....	129
5.6. Fragilidades da equipe de enfermagem ao atender crianças e suas famílias em situação de violência .....	135
<b>VI-VIOLÊNCIA TODOS SOFREM! Profissionais de enfermagem e a convivência com a violência.....</b>	<b>143</b>
6.1. Violência na infância.....	147
6.2. Violência conjugal .....	152
6.3. Outras modalidades de violência sofridas por profissionais de enfermagem .....	155
6.4. Interferências das experiências de violência vivida pelos profissionais de enfermagem na atuação frente aos casos de crianças vítimas de violência familiar.....	158
<b>VII- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>165</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>169</b>



## Lista de Tabelas

	Páginas
<b>Tabela 1:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com listagem obtida nos hospitais investigados e adesão à pesquisa.....	47
<b>Tabela 2:</b> Confiabilidade teste-reteste das escalas e indicadores de violência (kappa) .....	67
<b>Tabela 3:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a categoria profissional declarada e o hospital de origem .....	73
<b>Tabela 4:</b> Ano de início de atuação em pediatria da equipe de enfermagem .....	74
<b>Tabela 5:</b> Distribuição da equipe de enfermagem de acordo com o tempo de conclusão do curso de formação profissional.....	77
<b>Tabela 6:</b> Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem de acordo com o relato de já terem tido informação a respeito de violência contra criança.....	83
<b>Tabela 7:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo à satisfação com as condições de trabalho .....	88
<b>Tabela 8:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o número de vínculos empregatícios além do hospital investigado .....	100
<b>Tabela 9:</b> Distribuição da equipe de enfermagem de acordo com relato de orientação quanto à práticas de disciplinar crianças, que não agressão física e psicológica .....	110
<b>Tabela 10:</b> Distribuição da equipe de enfermagem segundo o relato de promoção da ligação/vínculo dos pais com a criança .....	111
<b>Tabela 11:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo relato de tentativa de proteger a criança de maus tratos posteriores .....	113
<b>Tabela 12:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com relato de suspeita da violência familiar contra criança .....	115
<b>Tabela 13:</b> Distribuição da equipe de enfermagem no que se refere a já terem realizado o diagnóstico de crianças vítimas de violência na família .....	121
<b>Tabela 14:</b> Distribuição dos atendimentos de equipe de enfermagem de criança	

vítima de violência na família segundo faixa etária .....	122
<b>Tabela 15:</b> Agressores mais frequentes das crianças vítimas de violência familiar atendidos pela equipe de enfermagem.....	124
<b>Tabela 16:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo ações de assistência à criança.....	126
<b>Tabela 17:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo ações de assistência à família .....	127
<b>Tabela 18:</b> Distribuição da equipe de enfermagem no que se refere a atuação interdisciplinar nos casos de criança vítima de violência familiar .....	131
<b>Tabela 19:</b> Informação da equipe de enfermagem sobre os órgãos que podem ajudar ou devem ser notificados no caso de suspeita/confirmação de crianças vítimas de violência familiar .....	134
<b>Tabela 20:</b> Distribuição dos profissionais segundo notificação às autoridades competentes de criança vítima de violência familiar nos hospitais pesquisados .....	134
<b>Tabela 21:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a conduta que assumem frente as crianças vítimas de violência familiar .....	135
<b>Tabela 22:</b> Distribuição da equipe de enfermagem segundo ações de acompanhamento pós-alta hospitalar .....	139
<b>Tabela 23:</b> Distribuição das variáveis segundo nível de ordenação e teste qui-quadrado .....	160
<b>Tabela 24:</b> Modelo ajustado segundo níveis de abordagem e variáveis explicativas de diagnóstico de violência .....	161

## Lista de Gráficos

	<b>Páginas</b>
<b>Gráfico 1:</b> Equipe de enfermagem segundo a faixa etária .....	75
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição percentual da equipe de enfermagem segundo o sexo .....	76
<b>Gráfico 3:</b> Estado civil dos profissionais de enfermagem .....	76
<b>Gráfico 4:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo realização de curso de atualização na área de saúde da criança.....	78
<b>Gráfico 5:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo violência sofrida nos locais de trabalho.....	93
<b>Gráfico 6:</b> Tipos de violência familiar contra crianças atendidos pela equipe de enfermagem .....	123
<b>Gráfico 7:</b> Tipos de violências sofridas pelos profissionais de enfermagem na infância .....	149
<b>Gráfico 8:</b> Violência conjugal, física e sexual sofrida pelos profissionais de enfermagem .....	152
<b>Gráfico 9:</b> Violência psicológica sofrida pelos profissionais de enfermagem na relação conjugal .....	153

## Quadro

	<b>Páginas</b>
<b>Quadro 1:</b> Escala de violência sofrida na vida adulta e na infância (Diaz-Olavarrieta et al., 2000).....	56

## RESUMO

CUNHA, JM. A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar. Rio de Janeiro.2007. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) Fundação Instituto Oswaldo Cruz- Instituto Fernandes Figueira

Esta tese aborda a atuação da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) na atenção à criança vítima de violência familiar. Analisa-se o processo de atendimento: diagnóstico, intervenção, encaminhamentos e seguimento nos diferentes níveis de complexidade e de atenção à saúde. Os objetivos são: caracterizar a inserção da equipe de enfermagem na atenção à criança vítima de violência familiar, refletir sobre a visão da equipe de enfermagem acerca do suporte técnico institucional e a rede de apoio para atuar na atenção à criança vítima de violência familiar e discutir a influência das vivências pessoais de violência pela equipe de enfermagem na atenção a estas crianças. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo que teve como cenários os três únicos hospitais pediátricos da rede pública municipal do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo foram todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem lotados nessas unidades de saúde. Obteve-se 180 questionários respondidos por esses profissionais (43,7% da população inicial do estudo). Foram gravadas entrevistas em meio digital com 9(nove) enfermeiros e 4 (quatro) técnicos/auxiliares de enfermagem. Na análise quantitativa foi realizado cruzamento de variáveis com testes de significância e um modelo de regressão logística. Na análise qualitativa, pautada na análise de conteúdo, foram constituídas três categorias: contexto de atuação da equipe de enfermagem, atuação da equipe de enfermagem frente à violência contra criança e profissionais de enfermagem e a convivência com a violência. Dos sujeitos do estudo, 35% se declararam enfermeiros e 65% técnicos ou auxiliares de enfermagem. A faixa etária predominante entre o enfermeiros é dos 31 aos 50 anos de idade e entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, a partir dos 40 anos de idade. A maioria, (92,5%) destes profissionais é do sexo feminino e é formada há mais de 10 anos (81,9% dos técnicos/auxiliares e 67,7% dos enfermeiros). Há um consenso de que o tema da violência familiar não foi abordado, ou o foi de forma insuficiente, durante o curso de formação profissional. Constatou-se que a equipe de enfermagem identifica as situações de violência familiar contra a criança hospitalizada; contudo, tem dificuldades em atuar de forma sistematizada e integrada. A influência das vivências pessoais de violência na atuação dos profissionais de enfermagem foi referida nas entrevistas qualitativas, por interferir positiva ou negativamente na atuação clínica com pacientes vítimas de violência, dependendo do indivíduo. O modelo de regressão logística, cuja variável resposta foi ter atendido com qualidade a crianças vítimas de violência familiar, demonstrou que: as faixas etárias mais jovens apresentam o maior número de ações na evidência de maus-tratos, com cerca de oito vezes mais chances de terem atendido do que os mais velhos; os que sofrem violência no seu local de trabalho têm 4,5 vezes mais chances de atenderem vítimas de violência. Considera-se que as dificuldades apontadas relacionam-se com características históricas da profissão, sua inserção na equipe de saúde, formação profissional e visão acerca da violência de um modo geral. Espera-se com este estudo contribuir para uma assistência de enfermagem mais qualificada na atenção a crianças vítimas de violência familiar.

Palavras-chave: violência- violência doméstica - criança – Equipe de enfermagem- maus-tratos infantis- serviços de saúde da criança.

## **Abstract**

CUNHA, JM. The nursing attention to the child victim of familiar violence. Rio de Janeiro.2007. Thesis (Doctorate on Health of the Woman and the Child) Fundação Instituto Oswaldo Cruz- Instituto Fernandes Figueira

This thesis broaches the actuation of the nursing team (nurses, technicians and assistants of nursing) on the attention to the child victim of the family violence. It analyses all the process of assistance: diagnosis, intervention, directions and follow up on the different levels of complexity and of attention to health. The objectives are: characterize the insertion of the nursing team on the attention to the child victim of family violence, to reflect about the nursing team's view about the technical – institutional support and the existent support net to act on the attention to the child victim of family violence and to discuss about the influence of the personal experiences of violence by the nursing team on the attention to these children. It is a question of a quantitative – qualitative study that had as scenarios the three unique pediatrics hospitals of the municipal public system of Rio de Janeiro. The subjects of the study were all the nurses, technicians and nursing assistances placed in these health units. It obtained 180 questionnaires answered by these professionals (43,7%) and was realized interview recorded on digital mean with 9 nurses and 4 technicians/nursing assistants. In the quantitative analysis it was realized crossing of variables with significance tests and a logistics regression model. In the qualitative analysis put in order of the analysis of content, there were constituted three categories: context of actuation of the nursing team, actuation of the nursing team face to the violence against child and nursing professionals and the living together with the violence. Of the subjects of the study, 35% declared as nurses and 65% nursing technicians or assistants. The nurses predominated in the age group of the 31 to 50 years and the nursing assistants/technicians from the 40 years. The majority, (92,5%) of these professionals is of female gender and are graduated for more than 10 years of graduation (81,9% of the technicians/assistants and 67,7% of the nurses). There is a consensus among the persons who were interviewed, of that the theme of the familiar violence was not broached or it was in an insufficient form during the course of professional formation. It showed up that the nursing team identifies the situations of family violence against the interned child, however it has difficulties on actuating face to this situations in a more systematized and integrated form. In the one that refers to the influence of the personal experiences of violence in the actuation of the nursing professionals in the qualitative interviews after an initial hesitation it represented an affirmative of that these experiences interfere both in the positive form and negative in the clinical actuation with patients victims of violence. The regression model of which modeled answer was to have assisted with quality child victim of family violence, showed up that the more young age group that present the higher number of actions in the evidence of ill-treatment with about eight times more chances of be attended of that the aged and who are victim of violence in their local of work have 4,5 times more chances of attend victims of violence. It considers that the difficulties pointed relate with historical characteristics of the profession, its insertion in the health team, professional formation and view about the violence on the whole. It hopes with this study to contribute for a nursing assistance more qualified in the attention to the children victims of family violence.

Key words: family violence- child- actuation in the services - nursing- violence against the woman

## Epígrafe

Canta, Meninada  
(Zé Vicente)

*Canta, canta, meninada,  
Canta alegre esta canção;  
No embalo deste canto,  
Vai dançar meu coração!  
Criançada, faça a roda,  
Que a esperança quer dançar;  
Vão em frente abrir caminhos,  
Nova história quer chegar!  
Lá, lá, lá,....*

*Batam palmas pra alegria,  
Cantem cantigas de amor;  
Um sorriso pra amizade,  
Dancem, pisem sobre a dor! Lá, lá, lá,....*

*Vamos chamar a justiça  
Pra entrar neste cordão;  
Cada mesa, com certeza,  
Vai ter festa, vai ter pão! Lá, lá, lá,....*

*Vão plantar de porta em porta,  
Sementes de liberdade;  
Pixem frases bem teimosas  
Pelos muros da cidade! Lá, lá, lá,....*

*Com as cores do arco-iris,  
Façam o mais lindo balão;  
Cada noite mais escuro;  
Vai ser noite de São João! Lá, lá, lá,....*

*Com os sonhos mais bonitos,  
Façam o mais belo presente;  
No domingo ao meio dia,  
Mandem pra toda essa gente! Lá, lá, lá...*

*Canta, canta, canta, meninada  
Nossa história tem que ser mudada!  
Dança, dança, dança, meninada  
Nossa história tem que ser mudada!*

## CAPÍTULO 1

### Introdução

Esta proposta de estudo se vincula à área temática “violência e saúde”, tendo como foco específico a “atenção de enfermagem às crianças vítimas de violência familiar”. A violência afeta a área da saúde, mesmo não sendo um problema específico desta área, e vem sendo abordada mais freqüentemente em pesquisas no Brasil a partir da década de 80.

No setor saúde, só em 1991, através da Organização Mundial de Saúde - OMS e da Organização Panamericana de Saúde – OPAS, é que a discussão desse tema tornou-se oficial. (Minayo,1994). A violência é considerada um agravo à saúde e está incluída pela OMS na Classificação Internacional de Doenças - CID na categoria denominada “causas externas” (MINAYO & SOUZA, 1999). A Organização Mundial de Saúde, no primeiro *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, define o problema como:

*Uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação* (KRUG et al., 2002,5).

Este *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* apresenta uma tipologia da violência com três grandes categorias: violência auto-infligida, discriminada em suicídio, tentativa de suicídio e automutilação; violência interpessoal, dividida em violência da família e do parceiro íntimo (abuso infantil, violência praticada por parceiro e abuso contra idosos) e comunitária (violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, violência em grupos institucionais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos); e violência coletiva, em suas modalidades social, política e econômica.

Esta síntese mostra o amplo leque de formas de violência que acometem as populações, com destaque para as crianças, seres especiais pela condição de crescimento e desenvolvimento que vivenciam. Embora o tema da violência familiar sobre crianças seja o foco principal do estudo, ressalta-se que as várias formas de violência interagem e atuam simultaneamente sobre as condições de vida e saúde das crianças e suas famílias.

No Brasil, a formulação do conceito ampliado de saúde a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, possibilitou um diálogo maior entre o setor saúde e a sociedade. Este conceito reconhece o processo saúde-doença como resultante das condições socioeconômicas, favorecendo, por conseguinte, maior visibilidade, na área da saúde, dos temas “sociais”, entre os quais se insere a questão da violência e suas conseqüências. (Minayo, 1992),

Da mesma forma, a Constituição Brasileira aprovada em 1988 ratifica os propósitos da VIII Conferência Nacional de Saúde, provocando uma mudança estrutural no Sistema Nacional da Saúde, o que influenciou as práticas dos profissionais de saúde. Entre essas mudanças ressalta-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a formulação de princípios como a universalização, a descentralização (da atenção à saúde) e a participação popular (possibilitando a criação de Conselhos com a participação de representações do governo e da sociedade civil). No capítulo VII, artigo 227, desta Constituição, a criança é reconhecida como cidadã e sujeito de direitos, ficando estabelecido que a família, a sociedade e o estado têm o dever de protegê-la contra toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL,1988)

A aprovação, em 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA consolida esse processo, contribuindo para o debate sobre a criança enquanto sujeito de direitos no setor saúde, especialmente no que se refere à discussão sobre a obrigatoriedade da notificação de violência



doméstica, prevista nessa lei nos artigos 13 e 245. O primeiro assinala a obrigatoriedade de notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças ou adolescentes ao Conselho Tutelar da localidade. O segundo considera infração administrativa, sujeita à multa de três a vinte salários de referência, a não comunicação à autoridade competente, pelo médico ou responsável pelo estabelecimento de saúde ou ensino, dos casos de que tenha conhecimento. (Brasil,1992a)

Na década de 90 são publicados vários documentos e propostas oficiais em âmbito nacional, abordando a temática da violência contra a criança. Dentre eles, vale citar: um texto do Ministério da Justiça divulgado em 1992 sob o título: “A violência contra crianças e adolescentes no Brasil- tendências e perspectivas” (Brasil, 1992b), documento do Ministério da Saúde, de 1993 intitulado “ Proposta preliminar de intervenção, de prevenção e assistência à violência doméstica” (Brasil, 1993) .

Em 2001 são produzidos dois documentos importantes: A Portaria MS/GM no. 737/2001 (Brasil, 2001), com determinações para os diversos setores da sociedade sobre a redução de morbi-mortalidade por violências, e a Portaria 1968/2001 (Brasil, 2002b) que estabelece a notificação obrigatória dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Em 2004 a temática é incluída na Agenda de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil, compondo a linha de cuidado “Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil” (Brasil, 2004).

Consideramos que a enfermagem tem um papel importante na garantia destes direitos, pois tem como foco principal de sua ação a assistência direta e integral ao cliente, além de constituir-se no grupo profissional que permanece por maior período atuando na enfermagem ou ambulatório. Outros profissionais de saúde, via de regra, permanecem por menor tempo na

unidade, pois suas atividades caracterizam-se pela visita, na qual, de forma pontual, atendem às demandas e solicitações.

Em algumas unidades hospitalares existe uma diferença de carga horária e de regime de trabalho entre os diversos profissionais da equipe de saúde. Habitualmente as unidades pediátricas trabalham com escalas de enfermeiro(a)s, técnico(a)s e auxiliares de enfermagem em plantões de doze horas diárias, havendo assim duas equipes de enfermagem a cada dia, além do regime de plantão também existe o regime de diarista, o que promove uma inserção mais cotidiana na unidade pediátrica. Este contexto possibilita à equipe de enfermagem a exercer um papel fundamental na integração e comunicação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde.

Atender às crianças vítimas de violência familiar vem se constituindo num desafio cada vez maior para a enfermagem, que se vê confrontada pelas dificuldades decorrentes de sua formação profissional, (hegemonicamente influenciada pelo modelo biomédico) e a necessidade de exercer um papel cada vez mais preponderante na interlocução com a sociedade e os problemas sociais.

É neste contexto que delimitamos como *objeto* deste estudo: “ **A atuação da equipe de enfermagem na atenção à criança vítima de violência familiar**”. Como atuação, entendemos todo o processo de atendimento envolvendo: o diagnóstico, a intervenção, os encaminhamentos e o seguimento nos diferentes níveis de complexidade e de atenção de saúde. Compreendemos como equipe de enfermagem os enfermeiros (graduação em curso superior), os técnicos de enfermagem (nível médio) e auxiliares de enfermagem (nível fundamental e médio de ensino).

O objeto deste estudo se orienta pelas seguintes questões norteadoras:

- Os profissionais de enfermagem têm diagnosticado casos de crianças vítimas de violência familiar? Como tem se caracterizado a atuação de cada membro da equipe de enfermagem no atendimento a estes casos? Como tem se caracterizado a participação dos profissionais de enfermagem junto à equipe multidisciplinar de saúde?
- Que conceitos e concepções permeiam a prática da enfermagem no que se refere à violência contra a criança ?
- As vivências de violência familiar e/ou outras formas de violência influenciam a atenção de enfermagem às crianças vitimizadas?
- Como se configuram a sensibilização e capacitação da enfermagem para atuar diante dos casos de violência familiar?

A violência familiar contra crianças é um problema de grande magnitude. Contudo, a violência familiar contra as crianças caracteriza-se como um fenômeno que ainda tem pouca visibilidade, pois a família geralmente é considerada um espaço sagrado e privado e isto contribui para o chamado complô do silêncio, ocasionando assim a subnotificação dos casos de violência familiar. (Azevedo e Guerra,1995)

Embora a dinâmica da violência familiar geralmente envolva os diversos membros da família, as crianças, por estarem em especial condição de desenvolvimento, se constituem no grupo humano mais vulnerável, cuja proteção deve ser prioritariamente assegurada.

Algumas pesquisas nacionais têm possibilitado antever a elevada prevalência de violência familiar na infância. Um estudo que permite evidenciar esta realidade foi realizado em 1990, com 1.328 adolescentes matriculados em escolas num Município do Estado do Rio de Janeiro. Este trabalho constatou que 52,8% dos adolescentes sofriam violência física de um ou de ambos os pais. Entre as práticas violentas citadas destacaram-se: tapas, bofetões, tentar bater ou bater

com objetos, ameaçar ou ferir com armas. (Assis,1995). Outro estudo, mais recente, investigou 1.685 adolescentes estudantes de escolas públicas e particulares de São Gonçalo/RJ, constatando que 14,6% dos entrevistados sofrem violência física severa de pai ou mãe (atos como chutar, morder ou dar murros, espancar, ameaçar ou efetivamente usar arma de fogo ou arma branca); 11,8% testemunharam ou vivenciaram violência sexual na família; 48% relataram sofrer violência psicológica de pessoas significativas. (Assis e Avanci, 2004)

Um estudo sobre a violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar enfatiza a importância do papel da equipe de enfermagem (especialmente o auxiliar de enfermagem) no que se refere à dinâmica de estruturação e funcionamento da equipe de saúde. (Deslandes, 2000)

No que se refere à relevância pessoal, venho estudando esta temática desde o trabalho de conclusão de curso de graduação, que se constituiu numa revisão de literatura sobre a síndrome da criança espancada. Durante a residência de enfermagem pesquisei sobre a percepção dos enfermeiros acerca da atenção à criança vitimizada. Ao concluir o mestrado, apresentei uma dissertação sobre os impasses e desafios do atendimento à crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

A preocupação em refletir sobre a atenção de enfermagem à criança vitimizada no contexto familiar tem norteado a minha atuação docente nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Na presente etapa de minha formação, preocupei-me em analisar de forma específica a atuação da equipe de enfermagem na atenção à criança vítima de violência familiar. Espero que os resultados discutidos nesta tese contribuam para aprofundar a discussão desta temática junto à minha categoria profissional e agregar qualidade à assistência de enfermagem prestada às crianças e suas famílias em contexto de violência.

Quanto à relevância científica, constatamos que, no cenário nacional, a produção teórica a respeito da atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar ainda é pequena. Um estudo bibliográfico acerca desta temática localizou apenas sete publicações da enfermagem em periódicos nacionais indexados (Souza et al., 2003). Uma pesquisa bibliográfica acerca das propostas de prevenção à violência, constatou que, num universo de 48 produções científicas, apenas 2,1% eram da Enfermagem. (Gomes, Silva & Njaine, 1999)

Um outro estudo bibliográfico encontrou 37 produções científicas da enfermagem acerca desta temática, sendo 8 (oito) publicações nacionais e 29 publicações internacionais. (Cunha et al,2005). Em alguns dos textos nacionais constatamos a preocupação da enfermagem com a necessidade de mais estudos sobre a temática. (Ferriani et al., 2001; Bretas et al., 1994) .

Não encontramos nenhuma publicação com a questão proposta neste estudo, desta forma destacamos a originalidade de nossa tese e enfatizamos a sua relevância para o setor Saúde, em especial para a Enfermagem, principalmente visando a um atendimento cada vez mais eficaz, integrado e de qualidade às crianças vítimas de violência familiar. A partir de tais intenções, apresentam-se os **objetivos** norteadores deste estudo:

### **Objetivo geral**

Analisar como se configura a atuação da equipe de enfermagem no processo de atendimento à criança vítima de violência familiar.

### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar a inserção da equipe de enfermagem na atenção à criança vítima de violência familiar

- Refletir sobre a visão da equipe de enfermagem acerca do suporte técnico institucional e a rede de apoio existentes para atuar na atenção à criança vítima de violência familiar
- Discutir a influência das vivências pessoais de violência da equipe de enfermagem no processo de atuação da equipe de enfermagem com crianças vítimas de violência familiar.

Como **pressupostos** têm-se:

- A ação da enfermagem, no que se refere à atenção à criança vítima de violência familiar, está intrinsecamente relacionada à história de vida pessoal dos profissionais de enfermagem (características pessoais), à estrutura organizacional da equipe e da instituição na qual trabalham e à formação profissional de cada um. É importante ressaltar que estas características (pessoais, institucionais e profissionais) se produzem dentro de um processo histórico, social, político e econômico.
- O contato direto e contínuo dos profissionais de enfermagem das unidades pediátricas com as crianças e suas famílias permite diagnosticar como se desenvolve a dinâmica de relacionamento familiar e em vários casos constatar indícios de vitimização das crianças que, muitas vezes, não são percebidos nos primeiros contatos com elas. Sendo assim, diante da emergência dos conflitos internos à família visualizados no período de hospitalização, a enfermagem constitui uma categoria profissional privilegiada no que se refere ao diagnóstico precoce dos casos de violência, à intervenção cotidiana no universo familiar durante o período de internação hospitalar e aos encaminhamentos após a alta.

Para se alcançar os objetivos propostos, esta tese se organiza da seguinte forma: no capítulo 2, está delineado o referencial teórico que serviu de base a nossa reflexão, tendo como categorias analíticas: enfermagem, família, violência e atenção de enfermagem à criança vítima

de violência familiar. O capítulo 3 apresenta as bases metodológicas adotadas na pesquisa, com destaque para a abordagem que associa as dimensões quantitativa e qualitativa e a triangulação de métodos de análise.

No capítulo 4, discute-se o contexto em que se insere a atuação da equipe de enfermagem na atenção à criança em situação de violência familiar, a partir do perfil da equipe de enfermagem, de suas condições de trabalho, formação profissional e capacitação para atender crianças em situação de violência familiar, bem como do processo de trabalho desses profissionais nas instituições pesquisadas. No capítulo 5, é analisado o atendimento prestado pela equipe de enfermagem às crianças vítimas de violência familiar. No capítulo 6 reflete-se sobre as experiências pessoais de violência vividas pelos profissionais de enfermagem na infância e vida adulta e as possibilidades de interferência delas na atenção de enfermagem à criança vítima de violência na família.

As considerações finais visam abordar as principais questões de nossa investigação, apresentando sugestões fundamentadas nos resultados aqui apresentados.

## Capítulo 2

### Aspectos teóricos conceituais

Considerando o objeto deste estudo, serão apresentados neste capítulo referenciais teóricos sobre os seguintes temas que são fundamentais para darem embasamento para a pesquisa realizada: a categoria profissional da enfermagem; a família sob a perspectiva da enfermagem; a violência: a violência familiar; e a atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar.

#### 2.1. A enfermagem

A enfermagem como uma categoria profissional começa a se institucionalizar no século XIX, na Inglaterra, a partir do trabalho e dos estudos de Florence Nightingale, que eram baseados em quatro aspectos: o ser humano, o meio ambiente, a saúde e a enfermagem. Esta precursora da enfermagem científica desenvolveu uma concepção teórico-filosófica fundamentada em informações sistematizadas e registros estatísticos, originários de suas observações e experiências práticas. Para Florence Nightingale, “*a arte da enfermagem consistia em cuidar tanto dos seres humanos sadios como dos doentes*” (Nightingale *apud* Marx; Morita, 2003)

Essa constituição da enfermagem como disciplina/profissão se dá no contexto do nascimento do hospital como instrumento terapêutico e da instituição do médico como principal responsável pela organização hospitalar (Foucault, 1995).

O que se observa é que à medida que se coletiviza o trabalho em saúde da mesma forma que nas fábricas, passa a haver a necessidade de uma instância que fundamentalmente possa exercer o controle do trabalho, agora dividido entre diferentes agentes, onde alguns são responsáveis pelo seu planejamento, outros pela sua execução, e a uma nova casta de trabalhadores cabe a função de controlar e disciplinar este trabalho (Mishima et al., 1997: 277)



No Brasil, a História da Enfermagem pode ser subdividida em três fases: 1ª) constituída pelas Ordens Religiosas (1543); 2ª) desenvolvimento institucional e práticas de saúde pública; e 3ª) o processo de profissionalização (Marx e Morita 2003).

O processo de formação acadêmica do enfermeiro no Brasil teve início com o Decreto 791, de 27 de setembro de 1890, que criou a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro –UNIRIO (Santos, 2003).

Em 1922 foi criado o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Para a formação de enfermeiras que trabalhariam nesse departamento foi criada, em 1923, uma Escola de Enfermagem que posteriormente se denominou Escola de Enfermeiras D. Ana Nery (Pires, 1989).

As enfermeiras formadas por essa escola foram absorvidas pelo Serviço do Departamento Nacional, para prestação de cuidados de saúde à população e para a formação de novos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Os cursos de auxiliar de enfermagem, a esta época duravam em média três meses. Como a remuneração dos auxiliares de enfermagem era menos onerosa, desde o início eles constituíram um contingente de profissionais contratados e formados em maior número que os enfermeiros (Pires, 1989).

Desta forma, a divisão parcelar do trabalho reproduzida no setor saúde a partir das empresas do sistema capitalista configurou-se também no interior da equipe de enfermagem. O enfermeiro, formado para o ensino e administração da assistência de enfermagem, delega tarefas específicas para os outros trabalhadores de enfermagem que executam o trabalho alienado, desprovidos do controle do processo e do produto final desse trabalho (Pires, 1989).

Na saúde, a divisão do trabalho quase que se confunde com o processo de institucionalização. São vários os estudiosos brasileiros que têm contribuído

para a construção do conhecimento nesta área. Estes estudos revelam que, antes do aparecimento do espaço institucional (o hospital por excelência), os exercentes do trabalho de saúde desenvolviam as suas ações quase que de forma independente, como resultado da divisão social do trabalho. Pode-se entender que quase não havia o estabelecimento compulsivo de um trabalho parcelar. Porém, com a evolução das instituições hospitalares, o médico toma para si a gerência do ato assistencial em saúde, delegando funções aos outros trabalhadores de saúde (Monticelli, 2000: 48).

Esta divisão técnica do trabalho em saúde permanece hegemônica até os dias atuais, conforme demonstrado em recente estudo qualitativo com enfermeiras gerenciais de um hospital universitário.

A organização e a divisão do trabalho se dá primeiramente entre o médico e os outros trabalhadores de saúde e, dentro da enfermagem, entre os enfermeiros e os técnicos e os auxiliares de enfermagem (Rocha e Felli, 2004: 455).

Um marco para a consolidação da Enfermagem como uma categoria profissional se deu em 1926, com a criação da Associação Nacional das Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, atual ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem). Essa entidade de classe foi registrada em 1928 e filiada ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) em 1929 (Marx; Morita, 2003).

Em 1973 foi criado o Conselho Federal de Enfermagem e, como consequência, se iniciou-se o processo de regulamentação da profissão, uma vez que esse órgão, vinculado ao Ministério do Trabalho, tem, entre suas atribuições, a de disciplinar o exercício profissional do enfermeiro e das demais profissões de enfermagem (COREN-RJ, 1993).

A Lei Federal nº.7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada através do Decreto Lei nº 94.406, de 08 de junho de 1987 pelo Presidente da República José Sarney, dispõe sobre a regulamentação da profissão, tornando obrigatório o registro dos profissionais nos Conselhos Regionais de Enfermagem e elencando as seguintes categorias: enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteiras. As parteiras não serão abordadas neste estudo.

Os **enfermeiros** são profissionais são graduados em instituição de ensino superior e, de acordo com o artigo 8º da Lei de Exercício Profissional, têm como atividades privativas (COREN/RJ, 1993: 28):

- direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde pública ou privada e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matérias de enfermagem;
- consulta de enfermagem;
- prescrição da assistência de enfermagem;
- cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

O artigo 8º dessa Lei regulamenta também a participação do enfermeiro na equipe de saúde, normatizando diversas ações, entre elas: atividades de planejamento execução e avaliação de programas e planos assistenciais de saúde.

Os enfermeiros precisam ser graduados em uma universidade e possuir registro no Conselho Profissional para o exercício da profissão. Até o início da década de 90, a formação do enfermeiro era hegemonicamente pautada no chamado “modelo biomédico”, com uma visão mais voltada para os aspectos curativos do que preventivos, e na concepção de saúde como ausência de doenças. O processo de mudança na política de saúde, que teve como pontos altos a ampliação do conceito de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a criação do

SUS na Constituição Brasileira de 1988 trouxe para a formação e atuação da equipe de enfermagem novas concepções e demandas (Christoffel et al., 2004).

Outro fator determinante para mudanças na formação, principalmente de enfermeiros a partir da década de 90 foi a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases em 1996, e o processo de discussão acerca de novas Diretrizes Curriculares para a formação de enfermeiros que teve sua publicação no Diário Oficial da União em novembro de 2001 (UERJ/FENF, 2004).

A reformulação dos cursos de graduação em enfermagem incorporou novos aspectos, buscando a formação de profissionais mais voltados para as questões sociais. Utilizando metodologias pedagógicas mais dialógicas, o ensino em enfermagem passa a se dar de forma mais integrada, e objetivando superar a dicotomia teoria *versus* prática e atender às necessidades de saúde da população, na perspectiva do fortalecimento de novas práticas de saúde (Brasil, 2001b; Faustino et al., 2003).

Parágrafo Único: A formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde, e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e a humanização do atendimento (Brasil, 2005: 47).

Tratando-se de um processo recente de reformulação, cabe destacar que as mudanças nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem estão ainda em curso, convivendo em muitos casos com as concepções dos antigos currículos. Além disto, embora haja uma normatização sobre carga horária mínima para a conclusão dos cursos, a operacionalização se dá de diferentes formas, segundo cada instituição de ensino.

No Brasil, a formação máxima alcançada pela maioria dos enfermeiros ainda é a graduação. Há poucos cursos de pós-graduação em enfermagem, e os que existem ainda são relativamente recentes. Considerando-se a perspectiva histórica, o primeiro curso de mestrado teve início em 1972, na Escola de Enfermagem Ana Nery. Em 1982 começou a pós-graduação

em nível de doutorado organizada pela USP de Ribeirão Preto e a de São Paulo (Almeida e Rocha,1989).

**Os técnicos de enfermagem** possuem diploma de técnico de enfermagem, conferido por Escola de Ensino Médio ou curso profissionalizante. O artigo 10º da Lei de Exercício Profissional estabelece que o técnico de enfermagem deve integrar a equipe de saúde e executar as atividades de assistência de enfermagem, excetuando-se aquelas privativas do enfermeiro (COREN-RJ,1993). Deve ainda assistir ao enfermeiro:

- no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
- na prevenção e controle de doenças transmissíveis, em geral em programas de vigilância epidemiológica;
- na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;
- na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência à saúde.

**Os auxiliares de enfermagem** são aqueles titulares de diploma conferido por Escola de Ensino Profissional. De acordo com o artigo 11º da Lei de Exercício Profissional (COREN-RJ, 1993), as atribuições do auxiliar de enfermagem são:

- preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação;
- executar tratamentos especificamente prescritos ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem.

Embora a Lei do Exercício Profissional defina bem quais seriam as atribuições de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, isto nem sempre acontece na realidade das unidades de saúde. Destacamos, por exemplo, um estudo qualitativo realizado com equipe de saúde em três hospitais no

Estado de São Paulo acerca das atividades realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem. Essa investigação apontou que, embora tais atividades variem de um hospital para outro de acordo com o serviço e/ou setor no qual estão inseridos os profissionais, não havia distinção entre as atividades realizadas por estes dois grupos profissionais (Peduzzi; Anselmi, 2004). Estes pesquisadores referem que uma pesquisa de abrangência nacional promovida pela ABEN-Associação Brasileira de Enfermagem também aponta essa falta de distinção entre o trabalho do auxiliar de enfermagem e do técnico de enfermagem (Christófaros et al. *apud* Peduzzi; Anselmi, 2004).

No que se refere à formação profissional dos técnicos e auxiliares de enfermagem, encontramos pouca normatização. Um processo importante, que cabe destacar, foi o do PROFAE (Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem), que se constituiu num projeto de profissionalização de trabalhadores na área de enfermagem e teve como objetivo capacitar 225 mil trabalhadores dessa área que ainda não tinham qualificação específica para atuarem como auxiliares de enfermagem (Brasil, 2001a).

Considerando a importância do Enfermeiro como líder da equipe de enfermagem, neste estudo serão enfocadas prioritariamente as ações preconizadas pelo COREN como exclusivas dos enfermeiros. Contudo, por entendermos a importância da atuação da equipe de enfermagem como um todo, abordaremos também as ações relativas ao técnico e auxiliar de enfermagem. Tendo em vista que este estudo focaliza a atenção à saúde da criança, serão priorizadas as ações de enfermagem relativas a esse grupo humano, considerando a faixa etária que compreende o período de zero a doze anos incompletos definida pelo ECA (Brasil, 1992a).

A Enfermagem vem acumulando conhecimentos e técnicas empíricas que têm impulsionado, a partir da década de sessenta, a elaboração das teorias de Enfermagem (Horta, 1979; Tomey & Alligood, 1999).

O processo de enfermagem estrutura a prática dessa atividade e é composto por cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação e evolução. A prática da enfermagem consiste em três dimensões: atividades dependentes (a enfermeira é responsável pela implementação do esquema médico prescrito); atividades interdependentes (a responsabilidade e o compromisso da enfermagem requerem a colaboração entre duas disciplinas); e atividades independentes (a prática é de inteira responsabilidade da enfermeira) (Wong, 1999).

O exercício da enfermagem de forma mais ampla se expressa no “*diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais*” (Wong, 1999). Esta ação é denominada por muitos autores como cuidado. No campo da enfermagem pediátrica, reconhecendo-se a família como uma constante na vida da criança, preconiza-se que o cuidado de enfermagem seja centrado na família e na criança. Nessa perspectiva, o enfermeiro pediatra deve estabelecer uma parceria com as famílias, identificando suas metas e necessidades e planejando intervenções que melhor atendam aos problemas identificados. O enfermeiro deve capacitar as famílias para o atendimento às necessidades de saúde da criança, potencializando os recursos próprios de cada família (Wong, 1999).

O papel da enfermeira pediatra tem como características: o relacionamento terapêutico, a defesa da família, a prevenção de doenças e promoção da saúde, a educação para a saúde, o suporte/aconselhamento, a restauração da saúde pela prestação de cuidados, bem como as atividades de coordenação/colaboração, tomada de decisões éticas, pesquisa e planejamento da atenção à saúde (Wong, 1999).

Muito se tem discutido sobre os limites da atuação profissional do Enfermeiro, no campo da enfermagem pediátrica, discussão especialmente baseada na produção científica norte-

americana. Parte dessas reflexões resultam das dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem de um modo geral, e do processo de trabalho em saúde.

## **2.2. A família e a enfermagem**

A violência familiar se insere em um contexto amplo, envolvendo fatores históricos, sociais, econômicos, culturais e psicológicos. Sendo assim, forma uma rede intrincada, onde se interpenetram aspectos individuais e coletivos. Tendo a família como o seu *locus privilegiado*, é importante assinalar que a análise da violência familiar envolve *a priori* a análise da família como um todo. Existe uma multiplicidade de definições de família e suas funções:

... Por exemplo, a biologia descreve a família como o complemento da função biológica de perpetuação da espécie. A psicologia enfatiza os aspectos interpessoais da família e sua responsabilidade no desenvolvimento da personalidade. A economia vê a família como uma unidade produtiva que proporciona as necessidades materiais e a sociologia a mostra como a unidade social que reage com a sociedade maior... (Whaley & Wong, 1989: 54).

Certamente, em cada uma dessas disciplinas existem diferentes conceituações de família, cuja hegemonia dependerá de cada contexto. Do mesmo modo que se constata a multiplicidade de definições de família, podemos afirmar que existe uma diversidade de composições familiares. Em estudo realizado numa instituição de atenção a crianças vítimas de violência doméstica, visualizamos 34 variações de composições familiares (Cunha, 1998).

A Constituição brasileira de 1988 aprovou alguns itens que redefiniram o papel da família e legitimaram novas composições familiares, adotando uma concepção de família mais “inclusiva”, à medida que, entre outros aspectos, reconheceu a igualdade entre filhos gerados dentro e fora do casamento formal. As mudanças aprovadas na atual Constituição foram reflexos de mudanças da sociedade; elas não só legitimaram e garantiram direitos, como colocaram em discussão a necessidade de redefinir os papéis sociais de gênero. O Código Civil Brasileiro em



vigor a partir de 11 de janeiro de 2003 incorporou e regulamentou as novas normas preconizadas na Carta Magna de 1988 (Sarti, 2003; Brasil, 2002a).

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA corrobora este processo de inclusão dos diferentes modelos de família e traz novos aspectos conflitantes ao reforçar a família como espaço de convivência da criança. Ao mesmo tempo, cria mecanismos de controle público nas situações em que a família não se configura como ambiente de proteção à criança. Nestes casos, prevê-se inclusive a destituição temporária ou permanente do *pátrio poder* (Sarti, 2003; Brasil, 1992). Os papéis e definições de família tendem a se complexificar, considerando-se os avanços no campo da genética, das novas tecnologias reprodutivas e dos direitos sóciopolíticos. Um estudo sobre a configuração de famílias da periferia de São Paulo ressalta que estas se caracterizam como redes, em contraposição à idéia freqüente da família como núcleo (Sarti, 2003).

Para compreender a violência familiar contra crianças e intervir no sentido de erradicá-la, é imprescindível efetuar uma discussão sobre a família e sua função. À medida que se torna visível, cada caso de violência familiar faz emergir a complexidade da dinâmica familiar.

Embora poucos trabalhos da Enfermagem no Brasil sejam direcionados para a prevenção da violência familiar, encontrou-se extensa bibliografia abordando a atenção de enfermagem centrada na família. Em recente pesquisa no Bdenf (banco de dados da enfermagem), utilizando-se os descritores “família, enfermagem e criança”, foram localizadas 58 produções científicas. Destas, apenas três se referiam diretamente à questão da atenção à violência na família. A maior parte das publicações tinha como objeto a família (geralmente centrada na figura da mãe) e sua interação com a equipe de enfermagem nas situações de hospitalização infantil. Apesar do pequeno número de produções da Enfermagem enfocando a criança e sua família em contexto de

violência, constatou-se uma preocupação crescente com a construção de um referencial teórico que instrumentalize a enfermagem para atuar junto à família.

Um estudo com organizações governamentais e não governamentais de referência na atenção à criança vítima de violência doméstica e sua família apontou que, em muitos casos, o envolvimento da família restringia-se a determinado familiar, geralmente à mãe. Raramente esses estudos focalizam a unidade familiar como um todo (CLAVES/UNICEF, 2004).

Uma contribuição importante, no sentido de uma atuação da enfermagem com ênfase na família, origina-se de um grupo de pesquisadores da Universidade de Santa Catarina que, desde meados de 80, vem aprofundando a temática da enfermagem e a saúde da família, tendo como foco de atuação a assistência, a pesquisa e a extensão. Para essas pesquisadoras, um marco importante foi o ano de 1994, instituído como Ano Internacional da Família. A partir desse ano, órgãos governamentais brasileiros incorporaram de maneira mais presente a família na agenda de políticas públicas (Nitsche e Elsen, 2000). Neste sentido, o Ministério da Saúde, destaca dentre os princípios norteadores do cuidado à saúde da criança o incentivo à participação da família em toda a atenção à criança. A família precisa ser envolvida nesse processo e receber toda a informação necessária sobre os cuidados e problemas de saúde (Brasil, 2004).

A família é reconhecida na maioria das sociedades como fundamental na formação e desenvolvimento da criança. Wong (1999) destaca três funções familiares que são básicas para as crianças: cuidar, nutrir e treinar. Assinala-se a importância dos pais no processo de preparo das crianças, para que elas cresçam saudáveis num mundo marcado pela violência:

Cada vez que os pais amorosamente trocam fraldas, dão alimentos, falam, banham, brincam, colocam para dormir, abraçam e beijam seus filhos, estão agregando valor a este novo ser no mundo (Maldonado, 2003: 10).

Neste sentido, destacamos a importância de pequenos gestos cotidianos na prevenção da violência, que devem ser incentivados e valorizados pelos profissionais de enfermagem em cada contato com a família nos diferentes níveis de atenção à saúde.

### **2.3. Violência: definições e tipologia**

Trata-se de um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa e é definido por alguns autores como um evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprios ou a outros (Brasil, 2001a). Trata-se de um sério problema social, que causa agravos à saúde e demanda uma intervenção que associa as ações da clínica e da saúde pública (Brasil, 2002a).

A violência foi definida como um problema de saúde pública pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em sua 49ª reunião, realizada em 1996. Ao final dessa reunião, foi aprovada a resolução WHO 49.25, baseada na constatação do aumento da incidência de lesões intencionais em todas as idades e em ambos os sexos, com destaque para mulheres e crianças. Nessa resolução, a OMS interpela os chefes de estado para o desenvolvimento de programas de prevenção da violência (Krug et al., 2002a).

Para discutir as causas e propor modelos de enfrentamento da violência, considerando-a como um fenômeno de natureza multifacetada, a OMS utiliza o modelo ecológico, que é subdividido em quatro níveis (Krug et al., 2002a):

- Nível 1: identifica fatores biológicos e pessoais que influenciam o comportamento dos indivíduos, aumentando sua possibilidade de se tornarem vítimas ou perpetradores de atos de violência;

- Nível 2: estuda as relações estreitas, tais como relações familiares e relações com parceiros íntimos ou amigos;
- Nível 3: examina os contextos comunitários das relações sociais (escolas, locais de trabalho e bairros);
- Nível 4: estuda os fatores da sociedade que favorecem a violência.

Neste estudo discutiremos dois tipos de violência: a comunitária (que perpassa o ambiente de trabalho em enfermagem) e a familiar (focalizando a mulher e a criança). Contudo, refletimos de forma mais aprofundada sobre a violência interpessoal dirigida à criança, no âmbito da família.

A **violência no trabalho** pode ser definida como qualquer incidente no qual o trabalhador é abusado, atacado ou ameaçado por outra pessoa, como cliente, parentes ou familiares do cliente ou colega de trabalho (Chapell y Di Martino *apud* Klijn et al., 2004). A OIT( Organização Internacional do Trabalho) conceitua violência no trabalho, como toda agressão, ofensa, prejuízo ou humilhação ocorrida no ambiente de trabalho ou como consequência dele (Lisboa et al.,2006).

De acordo com a OMS, a violência no local de trabalho envolve comportamentos prepotentes agressivos, assédio sexual, ameaças, intimidações e outras formas de violência psicológica que podem causar ruptura nos relacionamentos interpessoais e desagregar o ambiente de trabalho. Tem como custos diretos: acidentes, enfermidades, invalidez e morte, absenteísmo e rotatividade de funcionários. Os custos indiretos podem: ser menor desempenho no trabalho e menor qualidade dos produtos ou serviços (Krug et al., 2002b).

Várias publicações têm apontado o setor saúde, e especialmente os profissionais de enfermagem, como de grande vulnerabilidade para sofrer violência no trabalho. Destacamos que a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) e a Internacional de Serviços Públicos (ISP) se preocuparam com o impacto da violência sofrida pelos trabalhadores na área da saúde e formularam um programa traçando diretrizes para ajudar os profissionais a combater o medo, as agressões, as humilhações e os homicídios no local de trabalho (Marziale, 2004).

A violência no ambiente de trabalho vem sendo frequentemente discutida em periódicos das associações de classe dos profissionais de enfermagem. O assédio moral (uma das formas de violência que ocorrem no ambiente laboral) é descrito como uma seqüência de atitudes das chefias que expõe os trabalhadores, individual ou coletivamente, a situações ultrajantes (Braga, 2005).

O assédio no local de trabalho é ainda descrito como toda e qualquer conduta abusiva manifestada por comportamentos, palavras, atos, gestos ou escritos que possam causar dano à personalidade, dignidade ou integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo o seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho (Hirigoyen, 2006).

De acordo com essa autora, é normal a manifestação de conflitos em um grupo. Comentários negativos, mau humor e irritação podem acontecer, mas é importante que venham acompanhados de um pedido de desculpas e que não se tornem repetitivos (Hirigoyen, 2006).

Fatos que podem ser designados como conflitos, de acordo com alguns autores, fazem parte do cotidiano das instituições. Alguns podem ser descritos como abertos, observáveis, comportamentais; e outros são encobertos e ocorrem nos bastidores. As definições que os responsáveis pelas gerências de serviços têm acerca do conflito determinam o modo como ele é

tratado pelas instituições e os que dela fazem parte. Um estudo de revisão que discutiu a possibilidade de se usar o conflito como matéria-prima da gestão enfatiza que:

Vai depender, fundamentalmente, da capacidade dos coletivos viabilizarem novos arranjos e contratualidades, sempre precários e contingentes, eles próprios disparadores de novos conflitos ou, para usar os conceitos que adotamos nesta análise, tornar observáveis, visíveis, abertos, os conflitos que ficam encobertos, rechaçados das pautas de decisão, perpetuando relações de injustiça e iniquidade, parte do mal-estar da organização (Cecílio, 2005: 516).

O próprio ambiente e o processo de trabalho em saúde muitas vezes se constituem em situação ultrajante e prejudicial à saúde dos que atuam nesse setor. Um estudo sobre as repercussões psicossomáticas e o estresse em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário sinalizou vários fatores desencadeantes de estresse:

O controle excessivo por parte da instituição; dificuldades nas relações interpessoais; inobservância de ética pelos colegas; atividades rotineiras e repetitivas; excessivo número de pacientes; clima de sofrimento e morte; salários insuficientes; falta de lazer; falta de apoio e reconhecimento pela instituição, entre outros. (Belancieri e Bianco *apud* Zeferino et al., 2006).

Um outro aspecto que interfere na saúde do trabalhador de enfermagem é que o setor saúde, para a manutenção das atividades durante as 24 horas funciona com escalas em turnos. Essa modalidade de trabalho provoca alterações biopsicossociais e dificulta o planejamento da vida. Assim, o trabalho em turnos prejudica a vida familiar e a participação social, dificultando a integração desses profissionais na vida social e comunitária (Costa et al., 2000).

Outra forma de expressão da violência no trabalho são os acidentes, que podem ser tipificados como: acidente de trabalho típico, de trajeto e doença ocupacional ou doença do trabalho. A associação entre violência urbana e o óbito por acidente de trabalho no espaço da rua

é destacada, sinalizando a importância da articulação entre o setor saúde e outros setores, entre eles o de planejamento urbano (Machado; Gomes, 1994).

A **violência contra as mulheres** aparece em muitos estudos como fortemente relacionada à violência contra a criança. É também denominada violência doméstica, ou violência de gênero. Neste estudo, o nosso enfoque se pautou predominantemente no termo *Violência contra parceiros íntimos*. Lembramos que a predominância de mulheres nas equipes de enfermagem realça a importância de abordar essa forma de violência, ao investigarmos as condições de vida e trabalho dessa categoria profissional.

De acordo com a OMS, a violência contra parceiros ocorre em todas as sociedades e camadas sociais. Inclui: atos de agressão física, relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, maus-tratos psicológicos e controle de comportamento. Pode ocorrer em ambos os sexos, mas as mulheres são mais vitimizadas, especialmente nas sociedades onde as desigualdades entre homens e mulheres são mais marcantes (Krug et al., 2002a).

O Brasil é signatário de vários tratados e conferências internacionais que estabelecem os marcos legais para a garantia dos direitos humanos e os direitos da mulher. Um desses tratados é a Convenção de Belém, na qual se declara que a violência contra a mulher constitui-se numa violação dos direitos humanos e fundamentais. Essa declaração foi resultado da Conferência Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, que se realizou em Belém do Pará em 1994. Neste documento, entende-se a *violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada* (Guimarães, 2004).

No Brasil, um importante mecanismo de defesa das mulheres recentemente aprovado, a Lei 11.340, denominada “Lei Maria da Penha” e sancionada em 07/08/2006, cria mecanismos

para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil, dispondo sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e estabelecendo medidas de assistência e proteção a mulheres em situação de violência doméstica e familiar (Gonçalves e Lima, 2007).

Essa Lei, em seu artigo 5º, define a violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Esse tipo de violência pode ser perpetrada: no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto no qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independente de coabitação (Brasil, 2006).

A Lei Maria da Penha contém ainda a tipificação das formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, tem como aspectos relacionados à assistência e proteção a tais mulheres de forma integrada, multidisciplinar e intersetorial; e estabelece medidas de reabilitação e responsabilização dos agressores (Brasil, 2006). Um grande destaque dessa Lei é a revogação do artigo 88 da Lei 9.099/95, que havia estabelecido que os crimes de lesão corporal leve e culposa dependeriam de representação (registro de queixa por parte da vítima). Segundo a nova lei, e neste caso o Ministério Público não precisa mais da autorização da vítima para dar continuidade ao processo. (Gonçalves; Lima, 2007).

Não existe ainda um consenso no que se refere à conceituação de **violência familiar contra a criança**, sendo esta uma das dificuldades da atenção às crianças vitimizadas, uma vez que, dependendo da definição ou conceito adotados, amplia-se ou estreita-se o que se considera *ato violento*.

Na literatura encontram-se diferentes definições de violência familiar, havendo uma lista de termos utilizados na literatura nacional e internacional no âmbito da discussão sobre a



violência familiar contra crianças e adolescentes. Os mais comumente utilizados são: *abuso, castigo, disciplina, maus-tratos, violência, violência doméstica e vitimização doméstica* (Azevedo; Guerra, 1995). O termo maus-tratos infantis é utilizado para designar negligência ou maus-tratos físicos ou psicológicos, negligência emocional e abuso sexual de crianças (Wong, 1999).

Não obstante a multiplicidade de definições e conceitos, neste estudo entende-se por violência familiar contra a criança ações e/ou omissões perpetradas por parentes ou responsáveis por elas, podendo causar danos físicos, sexuais e/ou psicológicos às pequenas vítimas.

Existem diferentes formas de violência familiar, que podem ser perpetradas isoladas ou associadamente. Entre elas temos:

- **Abuso físico**, definido por alguns autores como qualquer ação, única ou repetida, não acidental (ou intencional), cometida por um agente agressor adulto (ou mais velho que a criança ou adolescente), que provoque dano físico no agredido. O dano provocado pelo ato abusivo pode variar de lesões leves a conseqüências extremas como a morte (Deslandes, 1994). São descritas diversas manifestações clínicas como indicadoras de maus-tratos físicos: equimoses e marcas de espancamento (que podem estar presentes em vários estágios de cicatrização), queimaduras (geralmente com padrão descritivo do objeto usado), lesões por objetos de imobilização, múltiplas fraturas em vários estágios de cicatrização (Wong, 1999).
- **Abuso sexual**, definido como todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança e/ou adolescente. Esta forma de abuso pode ser sem contato sexual e com contato sexual, sem penetração e/ou com penetração (Deslandes, 1994).

Como sinais sugestivos de abuso sexual, são descritos: equimoses, sangramento, lacerações ou irritações (genitália externa, ânus, boca ou orofaringe), roupas íntimas rasgadas ou com presença de sangue, dor à micção, edema ou prurido na região anal, corrimento peniano, doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias recorrentes, presença de esperma, odor incomum na área genital (Wong, 1999).

- **Abuso psicológico**, que se caracteriza pela interferência negativa do adulto (ou pessoa mais velha) sobre a competência social da criança, produzindo um padrão de comportamento destrutivo (Deslandes, 1994). Dos tipos de violência, este é um dos mais difíceis de ser diagnosticado, devido à falta de materialidade dos seus indicadores, contudo, pode ser percebido por profissionais de saúde atentos (Brasil, 2002a). Entre as características da presença de maus-tratos emocionais, podem ser destacadas: comportamentos auto-estimulatórios (morder, balançar, sugar), medo incomum, retardo no desenvolvimento emocional e intelectual, comportamentos auto-destrutivos, comportamento anti-social, distúrbios alimentares, distúrbios do sono e enurese (Wong, 1999).
- **Abandono**, considerado uma forma extrema de negligência (Brasil, 2002a). Pode ser parcial, quando resultado da privação de afeto, de proteção contra perigos e atendimento das necessidades da criança. O abandono pode ser classificado como total, quando se refere à ausência total ou por longos períodos dos pais ou responsáveis pela criança e/ou adolescente, no que se refere ao sustento, moradia e autopreservação (Deslandes, 1994).
- **Negligência**, diz respeito à privação, sofrida pela criança, de algo que ela necessite para sua integridade biopsicossocial e pode ser provocada tanto pela omissão dos pais ou responsáveis (quando estes têm condições de proteger a criança), como por omissão do

Estado, quando os pais estão submetidos a situações de extrema pobreza (Deslandes, 1994). Adquire muitas formas, podendo ser classificada como: negligência física, quando envolve a privação de necessidades como alimentos, roupas, abrigo, tratamento médico, supervisão e educação; negligência emocional que se refere ao não atendimento das necessidades de afeto da criança. Entre os achados sugestivos da ocorrência de negligência destacam-se: sinais de desnutrição, má higiene pessoal, roupas sujas e/ou impróprias, ausência de imunização, infecções e internações recorrentes, acidentes frequentes por ausência de supervisão (Wong, 1999). Os pais negligentes apresentam deficiências importantes em suas funções parentais, que podem ser resultado de três dinâmicas que se entrelaçam: a negligência biológica, que seria uma perturbação no vínculo (*attachment*) adulto-criança; a negligência cultural, caracterizada pela transmissão intergeracional de modos e comportamentos inadequados de cuidar dos filhos; e a negligência contextual, provocada pela ausência ou insuficiência de recursos característica do estado de pobreza ou exclusão social (Barudy *apud* Moraes e Eidt, 1999).

- **Síndrome de Münchausen por procuração**, definida como uma doença fabricada ou como sintomas induzidos, geralmente pela mãe, com o objetivo de obter atenção médica (Wong, 1999). A criança recebe freqüentes cuidados médicos, mas os sintomas por ela apresentados são produzidos pelos pais ou responsáveis (Brasil, 2002a). Essa síndrome é definida também como uma condição em que o adulto, geralmente a mãe, cria uma doença pela indicação de sintomas inexistentes ou subjetivos; cria ferimentos com instrumentos, incluindo as mãos ou a boca, líquidos quentes ou substâncias cáusticas; cria

sinais objetivos de doença, como vômito, convulsões, parada respiratória, problemas de sangramento e diarreia; ou altera as amostras laboratoriais (Bowden e Greenberg, 2005).

#### **2.4. Atenção de Enfermagem à Criança Vítima de Violência Familiar**

O reconhecimento da violência familiar como um problema de saúde pública (Brasil, 2001), considerando sua natureza e impacto, permite inferir que não é suficiente o aporte das teorias no campo da Enfermagem Pediátrica. É um tema por essência multidisciplinar, sendo imprescindível a interface com outras especialidades da Enfermagem e demais áreas do conhecimento científico.

Existem várias publicações e pesquisas sobre o processo de atendimento à criança vítima de violência familiar, entre as quais destacamos: Azevedo e Guerra (1995); Deslandes (1994); ABRAPIA (1997); Cunha (1998) e Brasil (2002a).

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) tem elaborado e divulgado uma série de materiais com orientações para os pais sobre prevenção de maus-tratos e um roteiro para profissionais de saúde orientando quanto ao atendimento e encaminhamento de casos (Rio de Janeiro, 1996).

As publicações sobre atenção à violência familiar, em sua maioria, apresentam alguns passos que apontam para o caráter interdisciplinar e intersetorial da atenção a essa problemática. O processo inicia-se com o diagnóstico da situação de vitimização, o próximo passo é a avaliação do tipo de violência e do grau de gravidade. Esta avaliação é fundamental para se decidir sobre a conduta diante do caso, que pode ter diversas intervenções simultâneas e/ou sucessivas. No processo de atenção à criança vitimizada devem se articular ações de ordem jurídica, civil, criminal e psico-social, entre outras. Portanto, diferentes profissionais e instituições devem interagir nesse processo. Devemos estar atentos para a necessidade de se

definir claramente os papéis das diferentes disciplinas e instituições envolvidas em cada caso, de forma a evitar a superposição de atividades e, em alguns casos, a revitimização da criança (Cunha, 1998).

Na atenção às crianças vitimizadas no contexto familiar, é necessário que a intervenção profissional seja planejada. O planejamento envolve dois processos básicos de identificação: a) sumária- realizada em casos de emergência; e b) aprofundada- realizada por equipe multiprofissional. É a partir desta avaliação que se pode estabelecer o grau de gravidade do caso e do risco para a criança. O planejamento da intervenção deve envolver vários profissionais e setores diferentes e deve ser específico para cada situação. Deve envolver: identificação, medidas de atendimento e providências de acompanhamento e controle. O acompanhamento proposto por autoras de referência da área deve ser de, no mínimo, cinco anos após a identificação dos casos (Azevedo e Guerra, 1998).

O setor saúde é parte da organização social, política e econômica brasileira, e ao mesmo tempo, é produto das condições históricas existentes. O modelo de saúde e a prática dos profissionais se inserem nesse contexto amplo, reproduzindo modelos e conceitos em suas ações. Os resultados de pesquisas nas áreas de ciências médicas, humanas e sociais influenciaram as bases da assistência à criança hospitalizada. Um estudo, realizado no sul do Brasil, identificou três tipos de abordagens assistenciais na área pediátrica: centrada na patologia, centrada na criança e centrada na criança e na família (Elsen e Patrício, 2000).

Em livro texto adotado freqüentemente nos cursos de Graduação em Enfermagem são apontadas diferentes ações de enfermagem na atenção à criança maltratada (Whaley & Wong, 1989) e aos maus-tratos infantis (Wong, 1999). Destacamos: o papel da enfermeira na identificação dos maus-tratos e negligência, enfatizando a importância do exame físico

completo, a coleta de história detalhada, caracterizando o incidente; e a prestação de cuidados às crianças hospitalizadas em decorrência de maus-tratos.

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção de saúde à criança vítima de violência na família pode demandar o atendimento clínico através das formas terapêuticas convencionais, de modo a cuidar dos problemas físicos e/ou emocionais e, ao mesmo tempo, serem necessárias ações de prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2002a). Descreveremos, a seguir, algumas etapas essenciais na atenção a crianças vítimas de violência: prevenção, identificação, intervenção, encaminhamentos e aspectos ético-legais.

#### **2.4.1. Prevenção**

A prevenção da violência familiar é uma das etapas de maior importância na atenção à criança vítima de violência familiar. Um estudo sobre a temática propõe três níveis de prevenção, pautados nas diretrizes da OMS (Assis, 1995):

- Prevenção primária: constitui a prevenção da violência antes que ela surja, atuando sobre os fatores contribuintes e agentes da violência, por meio de campanhas e esclarecimentos, provocando mudanças nos níveis educacional, legal e social.
- Prevenção secundária: enfoca a identificação e predição das crianças/adolescentes em risco de abuso.
- Prevenção terciária: visa intervir, controlar e tratar os casos reconhecidos, buscando reduzir os efeitos e seqüelas e prevenir a cronificação da violência.

Tais níveis de prevenção não são estáticos ou isolados, e sim formam um *continuum*, de acordo com Leavell e Clarck (1977). Esses autores discutiram a prevenção a partir da proposição da história natural da doença, na qual o processo de adoecimento se divide em dois períodos:

pré-patogênese (antes do adoecimento) e patogênese (o curso do adoecimento). Nesta proposta, a prevenção primária se subdivide em promoção da saúde e proteção específica; a secundária refere-se ao diagnóstico precoce e a terciária à reabilitação e limitação da invalidez. Para esses autores, a promoção da saúde não se dirige a uma doença ou desordem determinada e a proteção específica relaciona-se à aplicação de medidas com o objetivo de influenciar e eliminar as causas da doença.

Dentre as metas propostas por autores da enfermagem para a proteção à criança, destacamos: prevenção dos maus-tratos, identificação de casos suspeitos de maus-tratos e negligência, determinação da extensão das lesões, proteção da criança contra maus-tratos posteriores, promoção de ambiente terapêutico durante a hospitalização, atenuação da ansiedade da criança, promoção do bem-estar da criança, promoção do senso de adequação ao papel de pai/mãe durante a hospitalização da criança, planejamento da alta, prevenção de recorrências, provimento de apoio e educação aos pais, e redução de crises ambientais (Whaley e Wong, 1989; Wong, 1999).

A seguir relacionamos algumas propostas de ação para a equipe de enfermagem nos diferentes níveis de prevenção:

- **Prevenção primária**

A OMS propõe algumas intervenções importantes que, a princípio, são da responsabilidade dos gestores e estritamente relacionadas à implantação de políticas públicas. Aqui salientamos aquelas que, em nossa análise, têm interface com ações da enfermagem (Krug et al., 2002b): assistência pré-natal e perinatal para as mães; treinamento de boas práticas parentais.

Destacamos algumas medidas de prevenção propostas pelo Ministério da Saúde:

Informar pais, mães e comunidade sobre as necessidades das crianças e adolescentes, esclarecendo sobre seus direitos e deveres; incentivar o pai a acompanhar o pré-natal e o parto, para estreitar seu vínculo com o filho o mais precocemente possível; incentivar o pai na participação dos cuidados do bebê; facilitar o acesso a serviços de educação e assistência (Brasil, 2002a: 41).

- **Prevenção secundária**

O Ministério da Saúde refere que:

São fundamentais os procedimentos de identificação e controle das situações de risco, de acompanhamento de grupos mais vulneráveis e de articulação e diálogo com os familiares, com serviços públicos e com organizações não governamentais que atuam na implementação de políticas sociais inclusivas e protetivas (Brasil, 2002a: 8).

Apresentamos algumas propostas do Ministério da Saúde que podem ser elencadas como medidas de prevenção secundária (Brasil, 2002a): *“identificar pais e mães de risco desde o período pré-natal e perinatal; desenvolver grupos de auto-ajuda para pais e mães de alto risco; favorecer a vinculação das famílias com uma rede de apoio da comunidade.*

- **Prevenção terciária**

A principal meta é proteger a criança e prevenir a revitimização. Nesta etapa podem ser realizadas ações como: colaborar nos esforços da equipe multidisciplinar na avaliação permanente dos progressos da criança no lar adotivo ou no retorno ao próprio lar; estar alerta a sinais de maus-tratos repetidos ou negligência; ajudar os pais a identificar as circunstâncias que precipitam maus-tratos e procurar formas de atenuar a raiva sem agredir a criança. Assinala-se ainda, como meta da enfermagem: o favorecimento de um ambiente terapêutico que possibilite à criança o estabelecimento de um vínculo de confiança e um modelo de desempenho para os pais, de forma a ajudá-los num relacionamento positivo e construtivo com seu filho (Whaley e Wong, 1999; Wong, 1999). Deve-se garantir a continuidade do vínculo entre os serviços de saúde e a família (Brasil, 2002b).



A OMS propõe entre outras recomendações, o fortalecimento das respostas para as vítimas, oferecendo serviços de saúde, sociais e legais adequados e resolutivos, de forma a evitar a revitimização (Krug et al., 2002b).

Destacamos alguns compromissos e estratégias de prevenção da violência intra-familiar propostos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002a) para as instituições, serviços e comunidades: deslegitimação institucional/social da violência. promoção de modelos de não-violência; valorização do papel ativo da comunidade na resolução não violenta de conflitos; promoção do empoderamento dos setores vulneráveis e democratização das relações; adoção e respeito à legislação internacional de direitos humanos; promoção do acesso a serviços adequados, e apoio institucional às famílias e pessoas vulneráveis à situação de violência; punição (responsabilização) dos perpetradores e real reparação às vítimas.

Para as famílias e indivíduos, o Ministério da Saúde (Brasil, 2002a) propõe: promoção de novos padrões, de modo a quebrar o ciclo da violência; desenvolvimento de habilidades para a resolução não violenta de conflitos; estímulo a atitudes de flexibilidade e responsabilidade nas relações afetivas e familiares; promoção da elevação da auto-estima e empoderamento das familiar e indivíduos vulneráveis; promoção da socialização e intercâmbio.

#### **2.4.2. Identificação**

A identificação e o diagnóstico adequados são formas eficazes de prevenção secundária e terciária da violência familiar contra a criança, pois podem permitir a intervenção, de modo a retirar a criança da situação de vulnerabilidade e protegê-la de novos danos, além de minimizar os já sofridos. Na entrevista inicial, é importante uma atitude de escuta, fazer perguntas sem acusação ou censura e estabelecer relação de vínculo. Além disto, a dinâmica familiar e o

comportamento da criança, devem ser observados.

Várias publicações internacionais propõem ou avaliam a utilização de indicadores, roteiros e escalas para reconhecer e classificar os sinais de violência (Little & Kantor, 2002; Spencer, 2002). Alguns estudos avaliam a capacidade dos profissionais na identificação dos casos de violência, geralmente utilizando instrumentos de avaliação que mensuram os conhecimentos pré e pós treinamentos realizados (Little & Kantor, 2002; Berger et al., 2002).

Neste estudo, ao discutir a identificação/diagnóstico de crianças em situação de violência familiar, pautamo-nos principalmente em duas autoras que são referência na enfermagem pediátrica. Elas apresentam uma proposta sistematizada e crítica para o diagnóstico das situações de maus-tratos à criança pela enfermagem. Uma das referências utilizadas por essas autoras refere-se aos padrões da *American Nurses Association* – ANA, testados e aprovados clinicamente pela *North American Nursing Diagnosis Association* - NANDA (Wong, 1999; Whaley e Wong, 1989). A adoção de estratégias pautadas em modelos científicos para realização de diagnósticos em enfermagem vem sendo bastante discutida pela enfermagem brasileira. No que se refere à atenção à criança em situação de violência familiar, destacamos duas publicações (Bretas et al., 1994; Souza et al., 2005). Ambas, a partir de estudo bibliográfico, elaboraram protocolos visando a instrumentalizar os enfermeiros na identificação de situações de risco de violência familiar contra a criança.

O protocolo para detecção de vitimização da criança compreende oito etapas: 1ª) Registro da queixa. a partir de entrevista com o denunciante; 2ª) entrevista com a criança vitimizada, considerando os seguintes aspectos: entrevistar a criança sozinha, registrar lesões em mapa corporal, utilizar linguagem apropriada para a idade da criança, se possível fotografar as lesões, gravar entrevista, acreditar na criança e encaminhá-la ao médico; 3ª) examinar e

entrevistar irmãos da criança vitimizada; 4<sup>a</sup>) comunicar o caso às autoridades (Conselho Tutelar); 5<sup>a</sup>) relacionar e caracterizar os indicadores de abuso físico; 6<sup>a</sup>) apresentar os indicadores de abandono; 7<sup>a</sup>) apresentar as características que indicam a ocorrência de abuso sexual; e 8<sup>a</sup>) caracterizar a conduta do adulto abusivo (Bretas et al., 1994).

A proposta de protocolo de Souza et al. (2005) para detecção de maus-tratos é dividida em quatro etapas: 1<sup>a</sup>) Entrevista visando caracterizar o contexto biopsicossocial da criança e da família; 2<sup>a</sup>) Reconhecimento da criança vitimizada de acordo com os itens relacionados aos indicadores físicos e comportamentais de maus-tratos (ao final desta parte do formulário o enfermeiro data e assina); 3<sup>a</sup>) Preenchimento e encaminhamento da ficha de notificação compulsória; e 4<sup>a</sup>) Solicitação de avaliação/encaminhamento para serviço social e psicologia, se necessário (Souza et al., 2005).

Um modelo de entrevista de um livro-texto da enfermagem propõe ainda alguns itens que consideramos importante destacar (Bowden & Greenberg, 2005):

- História de saúde: aspectos relacionados ao pré-natal da mãe; idade que os pais tinham quando a criança nasceu; história neonatal da criança; doenças e cirurgias da infância; hospitalizações e atendimentos de saúde anteriores, medicamentos em uso, tratamentos, alergias e vacinações e aspectos relativos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança.
- História familiar: história de abuso e negligência, condições de saúde dos pais e outros irmãos, eventos estressantes na família e estratégias de enfrentamento.
- História pessoal e social: número de pessoas que vivem na casa, escolaridade, história parental de abuso de substância ou dependência química, rotina diária, animais de estimação, interesse e passatempo, cuidado com a criança e práticas religiosas.
- Observação da interação social de pais e criança.

- História do ambiente familiar: condições de moradia.
- Estado nutricional e hábitos alimentares da criança.
- História de queixas e sintomas atuais.

De acordo com a orientação desses autores, é fundamental que a consulta de enfermagem seja registrada por escrito, incluindo os seguintes dados: história coletada da criança e família, exame físico, interação pais criança e notificação às autoridades adequadas (Bowden e Greenberg, 2005).

A partir do diagnóstico de enfermagem, procede-se ao estabelecimento de metas para o paciente e prescrições de enfermagem com suas justificativas correspondentes, bem como dos resultados esperados para cada meta estabelecida (Wong, 1999; Walhey e Wong, 1989).

É importante destacar que nesta etapa a avaliação deve ser criteriosa, pois a partir dela e que será possível determinar o grau de gravidade e risco de cada situação:

Todas as crianças devem ser avaliadas quanto a maus-tratos porque é uma ação essencial que ajuda na prevenção e detecção precoce de abuso e negligência contra a criança (Bowden e Greenber, 2005: 583).

Em proposta apresentada pelo Ministério da Saúde, a triagem é feita na avaliação. Havendo indícios/suspeita, o caso deve ser avaliado pela equipe de saúde; se a suspeita não for confirmada, o protocolo é encerrado. Quando a suspeita se confirma, a equipe de saúde realiza alguns procedimentos: diagnóstico situacional (o caso é relatado à equipe e são definidos o diagnóstico, o prognóstico e as estratégias). São realizadas entrevistas, exames clínicos, visita domiciliar e outras medidas. São tomadas as medidas legais, de proteção social e apoio institucional (cuidados clínicos e de saúde mental, grupos de auto-ajuda, comunitários) e são efetuados os registros. Caso o paciente ou responsável não aceite participar deste protocolo, o caso é encaminhado para as medidas legais (Brasil, 2002a).

### **2.4.3. Intervenção**

Diante de problemas tão complexos como a violência, as soluções não se encontram apenas no âmbito da saúde; a perspectiva da intersetorialidade impõe-se como desafio para a equipe de saúde. Cada vez mais se faz necessária a aquisição de uma visão coletiva por parte do enfermeiro, tanto no que diz respeito à ação de saúde quanto à compreensão do contexto que circunda os agravos à saúde da criança e sua família:

A criança atendida, seja no hospital, ambulatório, creche ou unidade básica de saúde, traz consigo mais do que sintomas ou uma doença, traz uma realidade que está presente em sua família e possivelmente em sua comunidade (Christofell et al., 2004: 233).

Em alguns casos, a hospitalização pode ser um importante momento para o profissional de enfermagem promover o senso de adequação do papel de pai/mãe, por meio de ações/attitudes como: orientar os pais na unidade hospitalar e ajudá-los a se sentirem bem-vindos e como parte importante da assistência e recuperação da criança; reforçar as situações em que foram competentes no cuidado à criança; focalizar os maus-tratos como um problema que necessita de intervenções terapêuticas, e não como uma conduta característica do pai ou da mãe; mostrar empatia pelas dificuldades de criar um filho, especialmente na presença de crises adicionais, sem, no entanto, justificar maus-tratos e negligência. Independente de a criança estar em situação de maus-tratos, é importante apoiar os pais, liberando-os de prestar cuidados aos filhos, até que se sintam prontos para participar (Walhey e Wong, 1989)

É importante promover o bem estar da criança, atendendo não apenas as suas necessidades físicas relacionadas à lesão ou negligência, mas também às necessidades de desenvolvimento, como estimulação sensorial e educação. Deve-se realizar exame físico, avaliar estado emocional e comportamentos e ajudar nos procedimentos diagnósticos. É fundamental

promover um ambiente terapêutico durante a internação, utilizando medidas/attitudes como: designar uma pessoa para prestar cuidados à criança; demonstrar aceitação à criança, sem esperar que ela retribua da mesma forma; dar-lhe atenção, porém sem reforçar comportamentos inadequados; planejar atividades apropriadas com outros adultos e com outras crianças, utilizando brinquedos para a dramatização de relacionamentos; evitar a transferência de raiva para a criança (gritando, por exemplo), como método para lidar com a própria frustração diante da conduta negativa da criança; e elogiar atividades realizadas pela criança, a fim de promover a sua auto-estima (Whaley e Wong, 1989).

No sentido de atenuar a ansiedade da criança, são descritas medidas/attitudes como: tratar a criança como alguém hospitalizado por apresentar um problema físico específico, e não como “vítima de maus-tratos”; evitar fazer muitas perguntas; ressaltar aspectos saudáveis do relacionamento pais-filhos; encorajar a criança a falar sobre seus pais em sentido positivo; e evitar criticar as ações dos pais diante da criança.

#### **2.4.4. Encaminhamentos**

Considerando o caráter multidimensional, há o reconhecimento de que a atenção à criança vítima de violência envolve diferentes setores da sociedade, além da saúde (educação, instituições jurídicas e penais, organizações não governamentais, entre outras), bem como diversas especialidades profissionais. Algumas dessas especialidades referem-se a campos da própria Enfermagem (pediatria, saúde mental, emergência e saúde pública); outras relacionam-se a categorias profissionais como: médicos, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, odontólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionais, professores e profissionais da área jurídica. Neste sentido, ações da enfermagem dependentes e inter-dependentes se fazem necessárias e se

traduzem nos encaminhamentos que podem ser intra-institucionais, inter-institucionais e/ou intersetoriais.

No que se refere aos encaminhamentos dentro da instituição, o que é preconizado por grande parte da bibliografia relativa à atenção à criança vítima de violência na família é que o atendimento na unidade de saúde seja realizado por uma equipe multi ou inter-disciplinar (Brasil, 2002a).

Numa equipe, os diferentes profissionais assumem papéis e procedem de acordo com seu conhecimento e vivências acumulados. A equipe deve criar mecanismos para compartilhar a experiência de cada um de seus membros, possibilitando a adoção de práticas comuns que garantam a maior qualidade ao atendimento (Brasil, 2002a: 28).

Para os encaminhamentos inter-institucionais e/ou inter-setoriais, é importante a constituição de uma rede de proteção social que dê suporte aos profissionais de saúde, às crianças e suas famílias: *“uma estrutura em rede significa que os integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou por meio dos que os cercam”* (Brasil, 2002b). De acordo com o Ministério da Saúde, esta rede no Brasil ainda se encontra em fase de implantação. Contudo, já existem algumas experiências e resultados positivos, inclusive no Estado do Rio de Janeiro (Brasil, 2002b).

Alguns fatores são inerentes à constituição de uma rede de proteção social: definição coletiva de objetivos, agregação de pessoas e organizações em função desses objetivos, definição de fluxos de acordo com o tipo e a gravidade de cada caso, coletivização do mérito do resultado do trabalho, bem como discussão e negociação da condução do trabalho (Turck *apud* Brasil, 2002b).

Esse suporte deve incluir a rede de serviços especializados (das áreas de saúde, social, de segurança e justiça) e da comunidade (associações de moradores, grupos de mulheres, grupos religiosos). A equipe de saúde nem a vítima devem agir sozinhas, para evitar riscos ainda maiores. (Brasil, 2002 a: 28).

#### **2.4.5. Aspectos ético-legais**

Embora os artigos 13 e 245 do ECA se refiram basicamente à obrigatoriedade da notificação, nossa compreensão é de que a notificação necessariamente pressupõe outras ações, realizadas previa e posteriormente, entre as quais: o diagnóstico, a avaliação e o atendimento propriamente dito.

A denúncia tem um papel importante na conscientização sobre os direitos da criança. Para além da constatação do fenômeno, são necessários serviços de notificação, acompanhamento das famílias maltratantes, programas preventivos e de intervenção, atendimento especializado de atenção e de retaguarda às vítimas e agressores (Vicente, 1994: 58).

Nas diferentes esferas de governo têm sido propostas normatizações para a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência familiar contra a criança. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi uma das primeiras a criar a Ficha de Notificação Compulsória, no final de 1995, tendo organizado vários cursos de capacitação e sensibilização para os profissionais de saúde da rede acerca desta temática. A ficha de notificação compulsória da SMS/RJ foi publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro em 25/08/1999. A Resolução da SES/RJ 1354- 09/07/1999 tornou compulsória a notificação para a Secretaria Estadual de Saúde, além da já prevista para o Conselho Tutelar. A Portaria no. 1968/GM – 25/10/2001 do Ministério da Saúde determina que os responsáveis técnicos de todas as unidades dos SUS em todo o território nacional devem notificar (Brasil, 2002b).

No que se refere ao campo próprio da ação do Enfermeiro(a), ao atuar num caso de violência contra a criança, pretendemos neste estudo tomar por base a Lei do Exercício Profissional (COREN-RJ, 1993). O decreto presidencial nº 94.406, de 08/06/1987, regulamenta a Lei 7.498 de 25/06/1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Essa lei preconiza como ações privativas do Enfermeiro(a), no artigo 8º: a consulta de enfermagem, prescrição de



enfermagem e cuidados diretos ao paciente com risco de vida. Como integrante da equipe de saúde, o Enfermeiro está respaldado a participar na elaboração e avaliação dos planos assistenciais de saúde.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de acordo com atualização em 14/05/1993, já no Preâmbulo assinala que:

A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processam pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços ao ser humano, no seu contexto e circunstâncias da vida (COREN-RJ, 1993).

O artigo 1º. desse Código assinala o compromisso da enfermagem com a saúde do ser humano e da coletividade, atuando nos níveis de promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas. O compromisso social implícito em diversos itens do Código de Ética não só confirma que a Enfermagem não pode se omitir diante da vitimização infantil, como também dá as bases jurídicas e legais para a sua atuação nesse campo. Contudo, é necessária uma reflexão (embora não seja objetivo deste estudo) no que se refere ao artigo 28º que trata do sigilo profissional.

O sigilo e a segurança são aspectos ressaltados pelo Ministério da Saúde (sem contudo excluir a notificação dos casos aos Conselhos Tutelares). O profissional de saúde deve ter clara a necessidade de evitar a exposição desnecessária das crianças e suas famílias, sendo importante garantir a estas o compromisso com a confidencialidade, mesmo após a notificação ao Conselho Tutelar (Brasil, 2002a ).

### **Capítulo 3**

## **Bases metodológicas**

Neste estudo analisamos a atuação da equipe de enfermagem frente aos casos de violência familiar contra a criança, na perspectiva da articulação entre as dimensões quantitativa e qualitativa. Por tratar-se do estudo de um problema que surge na sociedade, esta pesquisa se enquadra no modelo de pesquisa estratégica, pois, embora não tenhamos a finalidade de estabelecer soluções práticas para os problemas enfocados, pretendemos colaborar, a partir de uma reflexão teórico-prática, com o campo da assistência pública de saúde (Minayo,1996). Considerando a escassa produção científica acerca dessa temática, este estudo caracteriza-se também como uma pesquisa exploratória. Este tipo de pesquisa é definido como aquele realizado em áreas e sobre problemas em que há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado, sendo necessário que o pesquisador faça um grande esforço para sistematizar os dados e definir a utilidade da informação (Tobar e Yalour, 2002).

A investigação que deu origem a esta tese se baseou na triangulação de métodos, que se constitui numa estratégia de pesquisa voltada para a combinação de diferentes métodos e técnicas de coleta e análise dos dados (Minayo et al. 2005). Duas abordagens metodológicas foram utilizadas: uma quantitativa e outra qualitativa. Na primeira, foi realizada uma avaliação em um momento específico do tempo da vida dos profissionais de enfermagem, configurando-se como um censo de todos os hospitais pediátricos públicos da rede municipal do Rio de Janeiro. Todos os profissionais que atuam nessas três unidades foram objeto do estudo. O estudo alcançou 180 profissionais de enfermagem, de nível técnico e superior, contabilizando uma perda de 56,3% nas devoluções, o que faz o desenho do estudo se assemelhar a uma amostra não-probabilística não-intencional, devido a perdas por recusas ou impossibilidade de

preenchimento do instrumento de avaliação. As justificativas para as perdas serão descritas mais adiante no item trabalho de campo. O desenho do estudo permite conhecer a frequência e a associação dos atributos indagados na pesquisa, não permitindo realizar inferências causais. Tal desenho é geralmente utilizado como um estudo exploratório, para originar dados preliminares, que poderão permitir a elaboração de outros estudos de maior profundidade.

Como perspectiva complementar, o estudo conta com uma abordagem qualitativa, composta por entrevistas e observações realizadas em campo. Além das abordagens metodológicas, a tese incorpora visões de especialistas de algumas áreas do conhecimento: enfermagem, medicina, saúde pública e estatística.

O referencial teórico apresentado no capítulo 2 embasa nosso trabalho, conjugando diferentes áreas do conhecimento que se agregam neste estudo sob a perspectiva da saúde pública. O texto a seguir indica o crescimento numérico, a diversidade e o aprofundamento teórico-metodológico que vem ocorrendo no país na área dos maus-tratos contra a criança:

Em relação à metodologia dos trabalhos, nota-se a evolução da área. Tem-se uma grande predominância de estudos de revisão bibliográfica, especialmente entre os artigos publicados em revistas da saúde e da área da pediatria. Há também avanços nos estudos qualitativos, que empregam análise documental, observação participante, grupos focais e entrevistas em profundidade. Dois estudos utilizaram a estratégia de gravar as sessões com crianças, com técnicas visuais para análise desses dados. Muitos estudos empregam linhas teóricas como a abordagem sistêmica, a fenomenologia, o interacionismo simbólico, as contribuições de Winnicott, de Freud, de Foucault; o modelo psicossocial de Florence Hollis como base para estudos exploratórios com crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos (Assis e Constantino, 2003: 171).

Eis o contexto de expansão do conhecimento em que nos situamos, apesar de tantas dificuldades para se efetuar sozinha uma investigação do porte da realizada neste trabalho,

destacando a importância da enfermagem ocupar posição de maior destaque na produção do conhecimento científico no país.

### **3.1. População/sujeitos do estudo**

Na fase de coleta de dados quantitativos, a população foi composta por todos os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem existentes nos hospitais investigados. Embora nossa proposta inicial fosse pesquisar as três categorias profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), o técnico de enfermagem ainda não se constitui como cargo na SMS/RJ. Mantivemos essa diferenciação nos questionários, mas optamos por associar as duas categorias profissionais ao tabular os resultados. Esta discussão será mais aprofundada no capítulo 4, quando analisamos o perfil da equipe de enfermagem.

Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: profissionais de enfermagem com atuação em saúde da criança e que aceitassem participar da pesquisa. Os critérios para exclusão como sujeitos da pesquisa foram: profissionais de enfermagem que atuassem nos hospitais pediátricos investigados, mas não tivessem contato com crianças; profissionais que estivessem em processo de transferência para outra unidade hospitalar; ou se encontravam em licença médica prolongada, ou em licença especial, devido a processos de aposentadoria. Temos ainda os indivíduos que se recusaram a participar da pesquisa.

Como podemos constatar no quadro 1, um total de 412 profissionais recebeu o questionário, compondo-se como o grupo alvo de nossa pesquisa. Um total de 180 o retornaram preenchido, consolidando taxa de devolução de 43,7% do total. Descreveremos melhor esta tabela ao longo deste capítulo, nos itens relativos a população/sujeitos, campos de estudo e coleta de dados.

Tabela 1: Distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com listagem obtida nos hospitais investigados e adesão à pesquisa

Hospital	Categoria profissional	Listagem oficial	Excluídos do estudo	Questionários distribuídos	Adesão à pesquisa		Recusa	
					N	%	N	%
1	Técnico/auxiliar de enfermagem	72	13	59	47	79,7	12	20,3
	Enfermeiros	24	04	20	18	90,0	02	10,0
	TOTAL DO HOSPITAL 1	96	17	79	65	82,3	14	17,7
2	Técnico/auxiliar de enfermagem	40	09	31	17	54,8	14	45,2
	Enfermeiros	14	01	13	12	92,3	01	7,7
	TOTAL DO HOSPITAL 2	54	10	44	29	65,9	15	34,1
3	Técnico/auxiliar de enfermagem	243	15	228	60	26,3	168	73,7
	Enfermeiros	64	03	61	26	42,6	35	57,4
	TOTAL DO HOSPITAL 3	307	18	289	86	29,8	203	70,2
4	TOTAL	457	45	412	180	43,7	232	56,3

Para a etapa de coleta de dados qualitativos os sujeitos do estudo foram: 9 (nove) enfermeiro(a)s e 4 (quatro) técnico(a)s e auxiliares de enfermagem entrevistados. As entrevistas foram realizadas pela responsável pela pesquisa. O(a)s entrevistado(a)s eram predominantemente do sexo feminino, apenas um técnico/auxiliar de enfermagem era do sexo masculino. Não foi possível saber o tempo de atuação e formação de todos os entrevistados. Contudo, podemos destacar que a maioria tinha mais de 10 anos de atuação/formação.

Duas entrevistadas (uma enfermeira e uma técnica/auxiliar de enfermagem) atuavam em equipes de referência para atendimento à criança vítima de violência na família, contribuindo para um enfoque mais especializado e aprofundado sobre a temática.

Um técnico/auxiliar de enfermagem tinha a experiência de ter sido notificado ao Conselho Tutelar, segundo ele de forma injusta pois a “denúncia” não era verdadeira. Este depoimento nos foi bastante enriquecedor, porque além do enfoque profissional, acrescentou a perspectiva de alguém que foi considerado suspeito de ser agressor familiar.

Três enfermeiras exerciam cargo de chefia ou assessoria de direção, permitindo um olhar mais gerencial e institucional. Uma técnica/auxiliar de enfermagem atuava no centro cirúrgico, contribuindo para a visão da possibilidade de atuação neste espaço, principalmente lidando com os casos de seqüela física mais grave (abuso sexual com laceração de órgãos genitais ou doença sexualmente transmitida e abuso físico com fraturas ou lesões). Os demais (cinco enfermeiras e uma técnica de enfermagem) atuavam em enfermaria de pediatria, contribuindo para uma visão da convivência cotidiana da criança e da família no contexto da hospitalização. Buscamos compor os sujeitos do estudo abrangendo os vários horários de trabalho no hospital, e assim obtivemos uma visão das especificidades do período noturno e diurno.

As entrevistas foram realizadas em hora e local definidas em comum acordo entre a pesquisadora e cada entrevistado(a). Cinco foram realizadas no próprio setor de trabalho (enfermaria da pediatria/ consultório de enfermagem e sala da chefia de enfermagem), quatro no segundo vínculo, uma no Centro de Estudos da Instituição, uma na sala da supervisão de enfermagem, uma no vestiário e uma na residência da pesquisadora. Inicialmente apresentávamos o objetivo da pesquisa e combinávamos a forma como seria conduzida. Todos os entrevistados sinalizaram para desligar o gravador quando iam falar de assuntos mais pessoais ou de críticas à instituição. A pesquisadora procurou respeitar os silêncios/pausas, retomando o assunto algum tempo depois, de forma mais amistosa. Alguns se emocionaram muito durante a entrevista.

A preocupação com o anonimato e a preservação de certas “falas” mais críticas em relação à instituição foi freqüente entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. Portanto, na transcrição de textos da fala identificamos cada entrevistado por um número e por sua categoria profissional. A transcrição de algumas fitas foi bastante difícil já que enfermarias

têm muito ruído. Além disto, as pessoas começam o depoimento com um tom mais firme de voz e aos poucos vão falando mais baixo.

Houve mais facilidade em abordar os enfermeiros. Estes deram entrevistas mais aprofundadas e com maior tranqüilidade. Interrompemos a execução das entrevistas à medida que constatamos que os discursos estavam se repetindo.

Os técnicos/auxiliares de enfermagem demonstraram boa vontade e interesse. Todavia, os depoimentos foram mais limitados no que se refere à atuação. Entretanto, todos os técnicos/auxiliares de enfermagem tiveram alguma experiência, ainda que indireta, de atuação frente à violência contra a criança. Há um reconhecimento geral, de que embora executem muitas ações na atenção a essas crianças, cabe ao enfermeiro ou à assistente social uma participação mais institucional em tais situações. A dificuldade de tempo nos impossibilitou de realizar mais entrevistas. Entretanto, visualizamos uma convergência nos depoimentos que obtivemos e consideramos que o pequeno número de técnicos/auxiliares de enfermagem não prejudicou a análise final dos dados.

### **3.2. Cenários da investigação**

O município do Rio de Janeiro possui uma grande rede de serviços de saúde públicos e privados. A rede que integra o SUS possui 90 hospitais e 200 ambulatórios e laboratórios. Muitos desses hospitais possuem enfermarias de internação pediátrica ou emergências infantis, mas apenas três hospitais municipais são exclusivamente de pediatria (Rio de Janeiro, 1996).

O trabalho de campo foi realizado nos três únicos hospitais pediátricos municipais do Rio de Janeiro. A opção pelas três unidades pediátricas da rede pública de saúde do Município do Rio de Janeiro se deve ao fato de que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) já incluiu, entre

as atividades do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), a temática da violência (Rio de Janeiro, 2001), tendo sido adotada desde 1996 uma ficha padronizada de notificação dos casos suspeitos, a qual, além de ser enviada à SMS/RJ, é repassada ao Conselho Tutelar. Além da inclusão da temática entre as ações básicas do PAISC, a SMS/RJ incluiu a atenção e monitoramento da violência familiar contra a criança e o adolescente entre as atividades do Programa de Saúde do Adolescente (Rio de Janeiro, 2002). É, então, um campo de investigação propício para o estudo da temática da violência familiar contra a criança.

Esta proposta de estudo dos três hospitais pediátricos municipais deve-se também à posição que eles ocupam na cidade, como principais centros de referência para internação de crianças no município do Rio de Janeiro.

### **Hospital 1**

Trata-se de um hospital de pequeno porte localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro. Recebe alunos de cursos de diferentes níveis e especialidades na área da saúde. Os setores que têm contato direto com as crianças são: uma enfermaria de internação clínica com 20 leitos, uma unidade de pacientes graves com três leitos, um centro cirúrgico e, uma unidade de internação cirúrgica com 16 leitos, totalizando 39 leitos de internação pediátrica. Possui um ambulatório com atendimento de diversas especialidades, que fica na parte externa do hospital. Tem equipe multidisciplinar voltada para o atendimento de crianças vítimas de violência, cuja atual coordenadora é uma enfermeira.

De um modo geral o Hospital é bem cuidado. Porém, constatamos a precariedade do ambulatório de pediatria, que tem uma aparência um tanto sombria, sem estímulos visuais à criança. Na enfermaria de pediatria, a sala de recreação permanece a maior parte do tempo



fechada, sendo aberta apenas nos momentos em que há recreadora disponível. Nos setores internos, apenas a unidade de tratamento intensivo não permite o acompanhamento dos pais durante a hospitalização. As enfermarias de pediatria clínica e cirúrgica têm uma poltrona ao lado de cada leito para a permanência dos pais/acompanhantes da criança hospitalizada. A equipe de enfermagem passa a maior parte do tempo no posto de enfermagem, ou prestando cuidados às crianças na enfermaria. Constatamos pouca comunicação/interação com a equipe multidisciplinar no âmbito das enfermarias. Na sala de repouso da equipe de enfermagem, durante toda a coleta de dados pôde ser observada grave infiltração no teto. O telefone do hospital (ramais da enfermaria) esteve com defeito em boa parte do período. Foram constatados alguns relatos de dificuldades de alimentação dos funcionários da noite, os quais, ao descer para jantar, algumas vezes encontravam o refeitório já fechado.

O hospital funciona há 53 anos e é referência para crianças portadoras de lábio leporino, recebendo crianças de várias regiões do estado do Rio de Janeiro; e nos pareceu carecer de uma estrutura maior de apoio a tais crianças e famílias, que vêm de longe para consulta nessa unidade de saúde.

## **Hospital 2**

Trata-se de um Hospital localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, compartilhando muitas características do Hospital 1. Recebe alunos de vários cursos e de diferentes níveis de profissionalização na área da saúde. Esta unidade de saúde foi fundada há 56 anos com o objetivo de atender crianças necessitadas de reidratação. Possui um ambulatório no andar térreo e uma enfermaria de internação clínica dividida em duas alas, com 34 leitos efetivos e dois leitos extras para hospitalização pediátrica. Não dispõe de centro cirúrgico. *“É quase um*

*Centro Municipal de Saúde*”, nas palavras de membros da equipe de enfermagem. De fato, o ambulatório de pediatria está sempre lotado e o hospital parece um espaço bastante freqüentado pela comunidade local e vizinhanças. Percebi grande integração multidisciplinar, com um ambiente de discussão e reflexão acerca dos atendimentos, e uma equipe médica bastante próxima (inclusive geograficamente; durante um período a ala em que fica a sala médica estava interditada e esses profissionais sentavam-se logo na entrada da enfermaria, participando do seu movimento cotidiano). Mesmo não tendo equipe de referência para atendimento à criança em situação de violência familiar, foi possível constatar que alguns enfermeiros participam ativamente das situações detectadas, havendo uma rotina que define o encaminhamento a ser dado aos casos.

Alguns membros da equipe de enfermagem nos pareceram um tanto arredios, principalmente no grupo de técnicos/auxiliares de enfermagem. O hospital conta com um número pequeno de funcionários, e parecia haver(no momento do trabalho campo) certa insatisfação no ambiente, devido a algumas mudanças administrativas que estavam ocorrendo.

Foram constatadas algumas dificuldades estruturais e ambientais no período da coleta de dados: o telefone não funcionava, o elevador estava recorrentemente defeituoso, havia dificuldade de ventilação e a enfermaria em muitos momentos esteve sem ar condicionado, levando a um aquecimento no ambiente.

### **Hospital 3**

Trata-se de um hospital de grande porte situado na região metropolitana do Rio de Janeiro; tem 71 anos e foi criado com o objetivo de atender crianças de todo o país. É campo de

estágio para diversos cursos e níveis de profissionalização na área da saúde. Atualmente, possui cerca de 120 leitos para hospitalização pediátrica, distribuídos em: quatro enfermarias clínicas, uma enfermaria cirúrgica, uma enfermaria de ortopedia, uma enfermaria de isolamento, um centro de tratamento intensivo, uma unidade intermediária e um setor de hospital dia (a criança não permanece hospitalizada nesse setor). Tem centro cirúrgico e é referência para diversas especialidades. O ambulatório fica no prédio anexo, ocupando três andares, e nele existe um consultório de referência para abuso sexual, que tem uma técnica/auxiliar de enfermagem fazendo parte da equipe. Além de ser um hospital de referência para diversas especialidades; destaca-se por atender predominantemente crianças que necessitam de atendimento de maior complexidade, o que demanda grande empenho da equipe de enfermagem. Também dispõe de espaço para o acompanhamento dos pais/acompanhantes durante a hospitalização infantil.

Essa unidade desenvolve há muitos anos uma experiência interessante de continuidade da escolarização da criança durante a hospitalização (classe hospitalar) e conta com uma organização não governamental, que dá atendimento às famílias de crianças hospitalizadas, com participação de diversos profissionais voluntários e de pais/acompanhantes de crianças atendidas pelo hospital.

Contudo, não visualizamos uma integração da equipe multidisciplinar. Existem profissionais de medicina que são referência em pediatria, porém tivemos a impressão de que as relações profissionais são muito hierarquizadas.

Talvez por se tratar de um hospital grande e com demanda excessiva, vinda inclusive de outras regiões do país, e com uma certa cultura centrada nas especialidades médicas, constatamos que o serviço é um tanto quanto compartimentado. Cada setor atua isoladamente e

existem poucos espaços de integração da equipe de enfermagem, havendo diferenças muito grandes e bem demarcadas entre os setores e equipes/plantões.

### **3.3. Coleta de Dados**

#### **3.3.1. Aspectos ético-legais**

De acordo com os procedimentos estabelecidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Lopes, 2002) a pesquisa foi cadastrada no SISNEP (Sistema Nacional de Ética em Pesquisa) através do preenchimento da folha de rosto número: FR-0569888 (anexo 01). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira, sendo aprovado em 15/06/2005 (anexo 02). Obtivemos também autorizações institucionais das Direções, Chefias de Enfermagem e responsáveis pelos Centros de Estudos dos três hospitais/cenários do estudo. (anexos 03, 04, 05, 06, 07 e 08).

Ainda em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. (anexo 09) Consideramos que este estudo não ofereceu riscos aos enfermeiros e técnicos/auxiliares de Enfermagem investigados. Os participantes foram convidados a colaborar voluntariamente, sendo-lhes assegurados a não-obrigatoriedade de participação e o total anonimato. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e da utilização e aplicação dos instrumentos de coleta de dados elaborados para colher suas opiniões e informações a respeito dos casos de violência familiar contra a criança.

Foi assegurada também aos participantes a sua retirada do estudo a qualquer momento que julgassem necessário. Informamos quanto ao sigilo em relação às informações e aos

participantes, e asseguramos que estes podiam e deviam elaborar todas as perguntas que julgassem necessárias, antes, durante e depois da pesquisa.

### **3.3.2. Instrumentos da coleta de dados**

Para a coleta de **dados quantitativos** utilizamos um questionário auto-aplicável contendo 41 questões: vinte fechadas, cinco abertas e dezesseis mistas (apêndice 1). As questões abertas são aquelas em que a liberdade de responder é total e as fechadas são aquelas que restringem a liberdade de resposta do pesquisado (Barros e Lehfeld, 2001). As questões mistas contêm alternativas preestabelecidas, mas admitem respostas não previstas (Klein e Bloch, 2003). O questionário consiste em um conjunto de questões pré-elaboradas e seqüencialmente dispostas em itens consonantes com o tema da pesquisa, tendo como objetivo obter dos informantes respostas escritas e verbais (Chizzotti, 1995).

Para delinear as ações de enfermagem aferidas no questionário, nos baseamos nas ações previstas em referência reconhecida da enfermagem pediátrica (Whaley e Wong, 1989).

Incluimos também uma escala de avaliação de vivências de violência (itens 32 a 40), adaptação de escala com 10 itens utilizada em estudo com enfermeiras no México (Diaz-Olavarrieta et al., 2001). Dois profissionais fizeram tradução livre do instrumento no qual introduzimos pequenas adaptações necessárias ao objetivo do nosso estudo. Não foi possível realizar todo o processo de adaptação transcultural do instrumento pela falta de expertise técnica, recursos financeiros e tempo da pesquisadora durante o período de elaboração da tese. Cabe ressaltar que a pesquisa foi realizada sem auxílio financeiros de nenhum órgão de pesquisa e sem equipe para auxiliar no seu processo, contando apenas com os recursos financeiros da pesquisadora responsável e o apoio institucional do IFF/FIOCRUZ, do CLAVES/FIOCRUZ e da FENF/UERJ.

Pela falta de instrumentos nacionais que investiguem nossa temática entre os profissionais de saúde, e pela relevância do tema, apostamos na importância de introduzir esta escala na investigação. Acreditamos que futuros estudos podem avaliar melhor a qualidade da escala em realidade nacional. Para que o leitor conheça as adaptações realizadas, apresentamos no quadro 1 a versão em inglês e a utilizada nesta pesquisa.

Quadro 1: Escala de violência sofrida na vida adulta e na infância (Diaz-Olavarrieta et al., 2001)

<b>ABUSO FÍSICO/SEXUAL NA VIDA ADULTA (OPÇÕES DE RESPOSTA SIM, NÃO)</b>	
<b>Has any partner/spouse/boyfriend ever physically hurt you?</b>	<b>Algum(a) companheiro(a)/esposo(a)/namorado(a) tem machucado fisicamente você?</b>
<b>Has any partner/spouse/boyfriend ever inflicted an injury on you which required medical attention?</b>	<b>Algum(a) companheiro(a)/ esposo(a) namorado(a) alguma vez causou em você alguma lesão que você precisou de cuidados médicos?</b>
Has any partner/spouse/boyfriend ever used a weapon (knife, gun, club, belt or any other object) to hurt you?	<b>Algum(a) companheiro(a)/ esposo(a) namorado(a) usou arma (faca, arma de fogo, porrete, correia ou algum outro objeto para machucar você?</b>
Has any partner/spouse/boyfriend ever forced you to have sex or engaged in sexual practices that make you feel uncomfortable?	Algum(a) companheiro(a)/ esposo(a) namorado(a) forçou você a ter relações sexuais ou realizar práticas sexuais na qual você se sentiu desconfortável
<b>ABUSO PSICOLÓGICO NA VIDA ADULTA (OPÇÕES DE RESPOSTA SIM, NÃO)</b>	
Has any partner/spouse/boyfriend ever continuously humiliated, downgraded you, or used offensive language to address you?	<b>Algum(a) companheiro(a)/ esposo(a) namorado(a) tem continuamente humilhado, degradado você ou usado linguagem ofensiva ao dirigir-se a você</b>
Has any partner/spouse/boyfriend ever tried to control what you do or where you go?	<b>Algum(a) companheiro(a)/ esposo(a) namorado(a) fez alguma tentativa para controlar o que você faz ou onde você vai</b>
Has any partner/spouse/boyfriend ever tried to control your money?	<b>Algum(a) companheiro(a)/ esposo(a) namorado(a) tentou controlar o seu dinheiro</b>
Has any partner/spouse/boyfriend ever tried to control your relationships with your family or friends?	Algum(a) companheiro(a)/ esposo(a) namorado(a) tentou controlar as suas relações com a sua família ou amigos
ABUSO FÍSICO/SEXUAL NA INFÂNCIA	MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA
As a child, did you experience persistent physical/sexual abuse?	Quando criança você teve alguma experiência de violência na sua família? Opções de resposta: sim, muitas vezes; sim, poucas vezes; não
If you answered "Yes", by whom you were abused? Please, mark all that apply: a) parent(s); b) sibling(s); c) other family member(s); d) friend(s); e) other_____	a) violência física; b) violência psicológica; c) violência sexual; d) negligência/abandono; e) outros tipos Quais? _____

Testamos a versão preliminar do questionário com cinco profissionais de enfermagem pediátrica, no sentido de avaliar a compreensão das questões. Fizemos as alterações que foram necessárias a partir desta testagem, obtendo assim a versão final do instrumento.

Os **dados qualitativos** foram obtidos através de roteiro de entrevista (apêndice 02). A elaboração desse roteiro, além de estar pautada em publicações de referência acerca do tema, sofreu crítica de especialistas na questão em estudo, visando a incrementar sua validade. O roteiro de entrevista constitui-se num instrumento com poucas questões relativas ao objeto de estudo, com o fim de orientar a conversa entre entrevistado e pesquisador de forma a ampliar e aprofundar a comunicação (sem contudo cerceá-la) e contribuir para que venham à tona as representações dos interlocutores acerca do problema em questão (Minayo, 1996).

Durante todo o período da coleta de dados associamos as técnicas de observação direta e indireta. A observação direta é aquela em que o próprio investigador procede diretamente à coleta de informações; e a observação indireta compreende a interlocução com o informante (Quivy & Campenhoudt, 1998). Buscamos registrar o máximo de observações em nossos diários de campo, priorizando aquelas relacionadas a: dinâmica de atuação da equipe de enfermagem junto à criança, família e equipe de saúde; receptividade à pesquisa; características da unidade de saúde; comportamentos e/ou situações extraordinárias consideradas relevantes para a nossa pesquisa.

### **3.3.3. Trabalho de campo**

Durante a elaboração do projeto de pesquisa visitamos as três instituições escolhidas para uma aproximação com as Chefias de Enfermagem. Apresentamos nossa proposta e deixamos cópia em papel do anteprojeto, para que pudesse ser lido mais atentamente. Nesta etapa tivemos o apoio verbal de todas as Chefias de Enfermagem, que se mostraram receptivas à pesquisa. Entramos em contato com a equipe responsável pelo programa de atendimento à criança vítima de violência da SMS/RJ e obtivemos também um apoio verbal da coordenadora do programa.

Embora pensássemos em colher dados das três instituições em momentos distintos, na fase final tivemos que realizar o trabalho de campo ao mesmo tempo nos três hospitais pediátricos, dividindo-nos durante os horários (diurno/noturno) e dias da semana entre esses três campos.

No início da etapa da coleta de dados, levamos uma listagem dos profissionais de enfermagem lotados em cada unidade, uma urna feita de papelão, os questionários, e envelopes para cada profissional colocar o questionário preenchido e lacrar, antes de colocar na urna. Entretanto, por dificuldades operacionais no decorrer da coleta de dados, deixamos de utilizar a urna e passamos a entregar os questionários com envelopes diretamente aos profissionais de enfermagem nos seus setores de atuação. Nem sempre os questionários eram respondidos no dia, pois a precariedade dos serviços fazia com que o tempo disponível fosse escasso. Os profissionais devolviam os questionários no envelope lacrado, na maioria das vezes diretamente à pesquisadora, mas em algumas ocasiões (principalmente nos plantões noturnos) os envelopes eram deixados no livro de ordem e ocorrências ou entregues à Chefia de Enfermagem do setor. A rotatividade dos profissionais de enfermagem que em sua maioria trabalham em turnos, as trocas de plantão, faltas ou licenças médicas, são fatores que prejudicaram a coleta de dados nos três hospitais investigados. Alguns entrevistados demoraram a ser reencontrados após a primeira abordagem da pesquisadora, contribuindo para um prolongado tempo de coleta de dados.

Outra dificuldade comum aos três hospitais foi a alegação, por parte de muitos profissionais, quanto ao pouco tempo disponível para preenchimento dos questionários, considerando-os extensos e com algumas questões pouco claras; principalmente os técnicos/auxiliares de enfermagem tiveram algumas dificuldades no entendimento das questões: terem realizado diagnósticos (q22) e número total de atendimentos realizados (q23). As questões



com múltiplos itens (q8, q16, q17,q24,q25 e q26) algumas vezes foram preenchidas incorretamente, pois as pessoas entendiam que deviam responder só a um deles. As questões relativas à situação funcional e satisfação no trabalho (q1,q7,q8,q9 e q10) foram motivos de receio, pois alguns tinham vínculos não declarados, queixas contra as chefias, desvio de função e outras situações oficiosas e não queriam que isto viesse a público. As questões relativas às vivências pessoais de violência (q29 a q41) foram descritas por alguns como difíceis emocionalmente de responder. Foram, não raramente, alegados problemas pessoais, dificuldades de abordar a temática e medo de que suas respostas fossem identificadas.

A ausência de um lugar fixo para a devolução dos questionários levou a um gasto maior de tempo para a coleta de dados. Também ocorreu a perda de dois questionários; que as pessoas disseram que haviam deixado em determinado local, mas que não foram encontrados.

Detalhamos a seguir como se deu a coleta de dados nos três hospitais investigados.

## **Hospital 1**

Boa receptividade à pesquisa por parte da Chefia de Enfermagem. Ela nos apresentou os setores do hospital e disponibilizou o espaço do “estar da enfermagem” para deixar o material da pesquisa e, se necessário, utilizar “espaço mais reservado” para a realização de entrevistas. Como essa profissional foi aluna na Faculdade de Enfermagem onde trabalhamos e o hospital conta com enfermeira responsável pelo acompanhamento das crianças vítimas de violência na família, o processo da pesquisa se tornou mais fácil.

Recebemos listagem contendo os nomes de 24 enfermeiros e 72 auxiliares de enfermagem, justificando a exclusão de: quatro enfermeiros que haviam sido exonerados e portanto, não pertenciam mais ao quadro de funcionários; nove técnicos/auxiliares de enfermagem se encontravam em licença médica por tempo indeterminado, duas

técnicas/auxiliares de enfermagem haviam sido remanejadas para outra e instituição, uma fora exonerada e uma estava em processo de aposentadoria. (tabela 01). Realizamos quatro entrevistas com profissionais deste hospital: três enfermeiras e uma auxiliar/técnica de enfermagem.

O período da coleta de dados foi de 10/10/2005 a 11/04/2006, incluindo 26 visitas de coleta de dados, com intervalos. Esses intervalos na coleta de dados foram motivados por: feriados e pontos facultativos (quando a equipe de enfermagem se reduz número e alguns setores não funcionam), dias muito chuvosos, problemas de trânsito na principal via de acesso ao hospital e dificuldades pessoais da pesquisadora.

Dividimos os horários de trabalho de campo em três fases: numa primeira, ficávamos no hospital no período matinal, chegando por volta de 05:30 horas da manhã e saindo por volta de 13 horas; numa segunda etapa permanecemos no período da tarde, chegando por volta das 13 horas e continuando até às 19:30; na terceira etapa fizemos idas em diferentes horários, por curto período de tempo. Pudemos permanecer “integrados” ao serviço: acompanhamos o seu cotidiano, participamos da “passagem de plantão” e, algumas vezes, fomos até confundidos como membros da equipe de enfermagem pelos pais/acompanhantes e outros membros da equipe de saúde. Assim, neste Hospital foi possível atingir uma taxa de adesão à pesquisa muito boa: 79,6% dos técnicos/auxiliares de enfermagem e 90% dos enfermeiros (tabela 01).

Os profissionais alegaram algumas dificuldades ao preencher os questionários, pretextando dúvidas em relação a alguns itens e recusando-se a responder a outros. Outra limitação é a localização do hospital, situado em área de acesso difícil e de risco quanto à violência urbana, tornando complicado chegar lá no período noturno. O prédio do hospital chegou a receber tiros durante um assalto nas proximidades, tendo que remanejar crianças de

uma das enfermarias. Com o maior envolvimento, propiciado pelo longo tempo de coleta e a maior aproximação com a equipe do hospital, houve alguns períodos em que o trabalho de campo nesse hospital trouxe angústia e dificuldades emocionais para a pesquisadora, fruto da escuta dos problemas dos entrevistados, que confidenciavam dificuldades no trabalho ou contavam episódios dolorosos de suas vidas.

## **Hospital 2**

Boa receptividade à pesquisa por parte da Chefia de Enfermagem, que nos forneceu uma cópia da escala de sua equipe, deixou autorização por escrito com a equipe de segurança da unidade para facilitar nossa entrada durante o trabalho de campo e se colocou à disposição para o que se fizesse necessário.

Nessa segunda instituição, a entrada nas enfermarias seguiu padrões bem diversos, se comparados aos do primeiro hospital. Seguimos o mesmo padrão de horário de idas no hospital, mas não conseguimos nos inserir no cotidiano da unidade. Motivos para a resistência encontrada, sob nossa perspectiva devem-se a vários fatores. Além de profissionais com muitos afazeres, havia uma certa tensão no ambiente, cuja razão não nos foi possível identificar. Alguns tinham uma certa resistência à pesquisa e pareciam sempre estar discutindo algo que não podia ser ouvido.

Uma das enfermarias estava sendo reformada, o que obrigava a equipe médica e de enfermagem a ficar em locais improvisados, porque faltavam espaço físico e cadeiras para todos na enfermaria. Buscamos ficar no setor causando o mínimo de constrangimento possível. Por essa razão, não nos mantivemos aí por períodos prolongados e contínuos. A escala dos profissionais de enfermagem continha um total de 40 técnicos/auxiliares de enfermagem e 14

enfermeiros. Um enfermeiro e nove técnicos/auxiliares de enfermagem foram excluídos da pesquisa, por não atenderem aos critérios de inclusão nela utilizados. (tabela 01)

A coleta de dados teve início em 06/02/06 e foi concluída em 19/04/06. Ao todo tivemos 17 dias de coleta com intervalos. A adesão à pesquisa foi bastante positiva entre os enfermeiros 92,3% e razoável entre os técnicos/auxiliares de enfermagem (54,8%), de acordo com a tabela 01. Nessa unidade, entrevistamos uma enfermeira. Por dificuldade de tempo, não foi possível entrevistar mais profissionais. Como as características dessa unidade de saúde eram semelhantes ao do hospital 1 (onde já havíamos entrevistado quatro profissionais de enfermagem), optamos por entrevistar mais profissionais no Hospital 3.

Neste hospital também ocorreram dificuldades com respeito à compreensão do questionário, tal qual ocorrera no hospital 1, em especial por parte dos técnicos/auxiliares de enfermagem. Além disto, houve questionamentos com respeito aos itens mais pessoais do questionário, aos quais alguns se referiam em tom de brincadeira ou agressividade. Havia certa preocupação quanto a possibilidade de a pesquisa ser uma iniciativa do “nível central”, pois era momento de mudanças administrativas que estavam provocando resistência em alguns profissionais. Chegamos a ser abordadas por um membro da equipe médica, que queria saber se éramos da prefeitura e estávamos ali para fiscalizá-los. A rotatividade e o pequeno número de profissionais de enfermagem também dificultaram a participação na pesquisa.

Todos esses fatos contribuíram para que ficássemos “meio que deslocados”, porque ao abordarmos a equipe, embora esta aparentasse receptividade e aceitasse participar do estudo, pouco a pouco as pessoas iam se afastando. Tentamos vencer as dificuldades, esclarecendo as dúvidas, tornando-nos disponíveis e mantendo uma presença discreta na enfermaria.

### **Hospital 3**

Embora a receptividade à pesquisa tenha sido boa, a Chefia de Enfermagem inicialmente manifestou receio em fornecer a lista ou a escala da sua equipe. Solicitaram que escrevêssemos e assinássemos um termo nos responsabilizando pelo uso das informações. Depois de atender a esta solicitação, foi-nos permitido copiar os nomes contidos na escala, sem retirá-la do hospital. Copiamos todos os nomes à mão em uma sala anexa à Chefia de Enfermagem.

Parte do corpo de enfermagem também demonstrou certa resistência. Por duas vezes tive que apresentar a carta de autorização ao entrar em setores do hospital. Numa delas, a chefe local ficou com os questionários, porque dizia ser melhor que ela abordasse a equipe de auxiliares.

A entrada nas enfermarias aconteceu de forma pontual, dificultando a observação cotidiana da equipe de enfermagem. Também não foi oferecido um local para a coleta de dados. Aos poucos constatamos que a resistência foi sendo superada. Algumas equipes foram mais receptivas, porque, em geral, incluíam pessoas que já tinham um conhecimento prévio da pesquisadora. No decorrer da pesquisa, a relação com a Chefia de Enfermagem se tornou mais próxima e estabeleceu-se uma confiança maior, tornando mais tranqüila a coleta dos dados.

Percebemos a resistência por parte de alguns profissionais de enfermagem em identificar-se nominalmente. Consideramos então ser melhor, para abordá-los, não utilizar a lista que relacionava seus nomes. Por se tratar de um hospital grande e devido às dificuldades de inserção, muitas vezes deixamos os questionários nas enfermarias e retornamos posteriormente para recolhê-los.

Da escala copiamos 64 nomes de enfermeiros e 243 técnicos/ auxiliares de enfermagem. Foram excluídos do estudo 15 técnicos/auxiliares de enfermagem e três enfermeiros que não se adequavam aos critérios de inclusão na pesquisa.

Para superar as dificuldades de inserção nas enfermarias participamos de vários eventos que ocorreram no hospital durante o período de coleta de dados. E isto aprofundou a nossa compreensão da dinâmica do serviço.

A coleta de dados iniciou-se em 07/03/06 e foi concluída em 11/10/06. Ao todo tivemos 32 dias de coleta de dados com intervalos entre eles. A taxa de adesão à pesquisa nesta unidade foi a menor: 26,3% dos técnicos/auxiliares de enfermagem e 42,6% dos enfermeiros (tabela 01). Procuramos ampliar as entrevistas gravadas para compensar esse limite, tendo sido entrevistados cinco enfermeiros e três técnicos/auxiliares de enfermagem.

Algumas limitações ao trabalho de campo também se apresentaram no hospital 3. A própria planta física do hospital dificultou a integração da pesquisadora com o serviço. Trata-se de um hospital grande, com muitos setores, distribuídos em dois prédios. A demanda do serviço e o número pequeno de funcionários para atendê-la fazem com que as pessoas estejam sempre atarefadas, “correndo de um lado ao outro”. Também por se tratar de um hospital de referência para várias especialidades, em muitos setores os pacientes têm problemas de média e grande complexidade, necessitando de uma atenção maior da equipe de enfermagem.

Essas dificuldades causaram um sentimento inicial de intimidação na pesquisadora, frente à pouca receptividade à pesquisa nesse hospital. Logo no primeiro dia, ao entregarmos um questionário, uma pessoa o leu e devolveu alguns minutos depois, dizendo com certa agressividade: “já li e não gostei!”. Aos poucos fomos melhorando a abordagem e a interação. O fato de encontrarmos alguns ex-alunos e colegas em trabalhos anteriormente facilitou nossa tarefa. Quando alguns profissionais percebiam que colegas seus conheciam nosso trabalho, aproximavam-se mais.

Outro fator que dificultou o trabalho de campo neste hospital foi o medo de chegar lá de manhã cedo e sair à noite. O acesso é perigoso, com registro de muitos assaltos e uma tentativa de abuso sexual, relatada por uma auxiliar de enfermagem, quando saía do hospital às 20:20 h. Também, vivenciamos, por alguns momentos, cansaço físico e mental, por acumular três trabalhos de campo realizados ao mesmo tempo, e depressão, pelas dificuldades pessoais de lidar com realidade tão sofrida e com relatos de vida bastante dolorosos. Todas essas dificuldades estão na base da maior taxa de recusa que obtivemos nos hospitais investigados.

#### **3.4. Processamento e análise dos dados**

Processamos os dados **quantitativos** inicialmente através da codificação de todas as questões nos 180 questionários devolvidos, destacando os valores e respostas corretas com caneta vermelha, a fim de otimizar o trabalho do digitador. Dois profissionais de estatística processaram o banco de dados, passando rigorosamente pelas etapas de digitação, crítica e análise dos dados.

Para a etapa da *digitação*, uma máscara de entrada de dados foi criada no programa Epidata 3.1, da forma mais próxima possível ao layout do questionário, de modo que evitasse vieses. Posteriormente, todos os dados foram transferidos para o programa SPSS v.13.0, efetuando a crítica, consolidando o banco de dados e possibilitando sua posterior análise. Durante a crítica dos dados, selecionou-se aleatoriamente 30% do total de questionários digitados, para serem revistos e corrigidos, encontrando quatro questionários com pelo menos um erro de digitação (7,4%) e 11 questões com algum erro de digitação, perfazendo 8.4% do total. A codificação apresentou apenas dois erros nessa amostra de questionários. Como segunda

etapa da crítica de dados, analisou-se a consistência de respostas através do cruzamento de questões-chave, e não foram encontradas respostas inconsistentes.

Efetuamos a *análise exploratória dos dados*, apresentando-se, na forma de gráficos e tabelas, as frequências simples e os percentuais das variáveis analisadas. Nos cruzamentos, as associações são verificadas através do teste qui-quadrado de Pearson, que verifica a hipótese de independência entre as variáveis. O teste qui-quadrado testa a tabela de contingência, com o objetivo de verificar a existência de relações entre as categorias de duas variáveis, através da rejeição da hipótese de nulidade ao nível de 5% de significância. Quando a tabela de cruzamento é formada por duas linhas e duas colunas (2x2), o teste utilizado é o teste exato de Fisher, seguindo a mesma interpretação do teste qui-quadrado de Pearson. Após a evidência de associação entre duas variáveis (p-valor <0,05), podem-se afirmar comportamentos diferenciados, através da análise de suas frequências.

Realizamos a avaliação de *confiabilidade* do instrumento por meio de análise da confiabilidade inter observadores e do *Alpha de Cronbach*. Reaplicamos o questionário em dois momentos diferentes aos mesmos indivíduos na etapa do estudo piloto (Deslandes; Assis, 2002). Para tal, sorteamos aleatoriamente 30 indivíduos a serem entrevistados nos dois momentos, com intervalo entre as entrevistas variando de uma a duas semanas. Conseguimos alcançar 12 profissionais nessa fase de teste-reteste, devido à dificuldade em abordá-los profissionais em seus plantões, chegando a uma amostra de 6,7% do total de 180 questionários.

Quanto à avaliação da confiabilidade inter observador, realizada a partir do teste-reteste nas questões individuais analisadas<sup>1</sup> encontramos kappa simples oscilando de 0,68 a 1. Para as escalas de violência, vê-se na tabela 2 os níveis elevados de concordância. Alguns itens que aferem ações dos profissionais frente aos casos de maus-tratos atendidos nos hospitais

---

<sup>1</sup> Questões 30, 35, 37, 39, 40a, 40b, 40c, 26a, 26b, 26g e 26n



mostraram concordância substancial ( $k=0,68$ ) e são apresentados em destaque nesta tabela, porque servirão de base para o modelo de regressão logística apresentado mais adiante.

Tabela 2: Confiabilidade teste-reteste das escalas e indicadores de violência (kappa)

Escalas/Indicadores	kappa simples	Grau de classificação (Landis & Koch, 1977)
Violência no local de trabalho (q29 a q31)	0,82	Quase Perfeita
Violência física/sexual na vida adulta (q32 a q35)	1,00	Quase Perfeita
Violência psicológica (q36 a q39)	0,83	Quase Perfeita
Violência familiar na infância (q40a a q40d)	1,00	Quase Perfeita
Ações realizadas pelos profissionais frente aos casos de maus-tratos (26a, 26b, 26g e 26n)	0,68	Substancial

A consistência interna dos itens foi mensurada por meio do *Alpha de Cronbach*, onde valores mais próximos de 1 indicam itens mais consistentes na avaliação de um indicador ou escala. Ou seja, o valor de Cronbach será 1 se todos os itens medirem o mesmo conceito, quanto mais próximo de zero, diz-se que as questões não são correlacionadas e que não há consistência dos itens (StatSoft, 1995). Para o banco final de 180 profissionais, temos Alpha de: 0,784 para a experiência de violência na infância do profissional (q40); 0,432 para a violência no trabalho; 0,780 para violência física sexual; 0,822 para violência psicológica; e 0,523 para ações realizadas frente aos casos de maus-tratos atendidos nos hospitais (alguns itens da q26).

O processamento e a análise dos dados **qualitativos** foram organizados de duas formas distintas. Para o relato descrito nos diários de campo fizemos uma leitura demorada, buscando contextualizar as anotações com os depoimentos gravados e questionários respondidos (questões abertas). As entrevistas foram realizadas pela responsável pela pesquisa e gravadas em fita magnética e posteriormente transcritas. Contamos com o auxílio de dois profissionais para realizar as transcrições, mas revisamos todas elas de modo a recuperar o contexto em que elas foram realizadas. Nesta etapa da análise dos dados qualitativos, pautamos-nos pela técnica de

Análise de Conteúdo, modalidade de Análise Temática. A análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações:

Uma técnica de investigação objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações (Berelson apud Bardin, 1979: 36).

O tema é definido como unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, de acordo com critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (Bardin,1979). Nessa proposta o texto pode ser recortado em idéias constituintes, enunciados e proposições que possuem significações isoláveis seguindo as regras da categorização: homogeneidade, exaustão, exclusividade, objetividade, adequação e pertinência (Bardin,1979).

A operacionalização da análise teve por base três etapas (Minayo, 1996):

- Pré-análise: leitura flutuante do material obtido, constituição do corpus de análise, formulação de hipóteses e objetivos.
- Exploração do material: recorte do texto em unidades de registro, escolha das regras de contagem destas unidades de registro e classificação ou agregação dos dados construindo a partir desse processo, as categorias empíricas.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação buscando trabalhar com os significados.

Buscamos “ir além dos conteúdos manifestos”, sem excluir as informações estatísticas; também nos empenhamos em compreender as ideologias, tendências e características presentes no material coletado no trabalho de campo. Pautamo-nos pelas três finalidades da análise qualitativa:

Estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e

ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte (Minayo *apud* Gomes, 1995: 69).

Posteriormente à descrição dos dados quantitativos e à elaboração da análise qualitativa, associamos as diferentes abordagens, buscando articular os resultados da pesquisa com os referenciais teóricos reconhecidos na área temática em estudo.

Algumas categorias de maior capacidade explicativa se destacaram na análise dos dados e constituíram a base dos três capítulos de resultados da tese:

- **contexto de atuação** da equipe de enfermagem, categoria composta por subcategorias com focos explicativos mais restritos, tais como: perfil da equipe de enfermagem, formação profissional, capacitação para atender crianças vitimizadas e processo de trabalho desses profissionais nas instituições pesquisadas (capítulo 4);
- **atuação** da equipe de enfermagem frente à violência contra crianças e adolescentes, composta pelas subcategorias: prevenção, identificação, intervenção, encaminhamento e fragilidades do atendimento (capítulo 5);
- **vivências de violência** na vida dos profissionais de enfermagem, composta por subcategorias como: vivências pessoais de situações de violência e possibilidade de interferência destas na atenção de enfermagem à criança vítima de violência na família (capítulo 6).

## Capítulo 4

### Contexto de atuação da equipe de enfermagem

Neste capítulo pretendemos discutir o contexto em que se insere a atuação da equipe de enfermagem na atenção à criança em situação de violência familiar, a partir de quatro subcategorias: perfil da equipe de enfermagem, formação profissional, capacitação para atender crianças em situação de violência familiar e processo de trabalho destes profissionais nas instituições pesquisadas.

Em nossa análise, a atuação da equipe de enfermagem na atenção à criança vítima de violência familiar é perpassada por diversas características inerentes ao processo de formação e trabalho dos profissionais. Sua formação tecnicista e fragmentada contribui para que o seu trabalho seja “domesticado” pela rotina das instituições. As jornadas de trabalho são exaustivas e geralmente o profissional já vem de um outro vínculo profissional devido à baixa remuneração.

As precárias condições e tensões presentes no trabalho da equipe de enfermagem que são observadas no texto a seguir, referentes aos hospitais do Rio de Janeiro, em nossa análise resultam de aspectos histórico-sociais da constituição da enfermagem como profissão ou categoria ocupacional e do lugar que ela ocupa na operacionalização dos serviços de saúde. Desta forma, nos aproximamos de outros estudos que buscaram conhecer o processo de constituição da enfermagem como profissão e as identidades que vão sendo socialmente construídas pelos profissionais que compõem a equipe de enfermagem e, em especial, os enfermeiros (Almeida e Rocha, 1986; Loyola, 1987; Silva, 1989; Almeida e Rocha, 1997; Guyton et al., 2002).

Acreditamos que o perfil da equipe de enfermagem, seu processo de formação profissional e de trabalho interferem no atendimento prestado e são determinantes na maneira

como estes profissionais se vêem e são vistos pelos outros membros da equipe de saúde e pela clientela (criança e família) a que atendem.

#### **4.1. Perfil da equipe de enfermagem nos cenários da pesquisa: inserção, regime trabalhista e caracterização demográfica**

O serviço público de saúde é um dos setores que mais emprega profissionais de enfermagem. Os municípios passaram a ser os grandes responsáveis pela prestação dos serviços de saúde, a partir de 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde/SUS. O SUS tem como característica a constituição de uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde; e como diretrizes definidas na Constituição da República Federativa do Brasil, a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade (Brasil,1988; Brasil, 2002c).

Até a década de 80, a realização de concursos públicos para ingresso neste setor não era obrigatória. Os profissionais podiam ser admitidos por nomeação (concurso ou indicação), promoção, transferência, reintegração, readmissão, aproveitamento e reversão (Caldas, 1978). A grande maioria ingressava no serviço público por de indicações de políticos, autoridades, professores ou outros profissionais já empregados. A partir do processo de abertura política do país, tornou-se obrigatória a realização de processos seletivos via concurso público. A partir da promulgação da Constituição de 1988, os trabalhadores dos serviços públicos que antes tinham como categoria jurídica trabalhista o regime baseado na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que entre outros aspectos não lhes conferia estabilidade no emprego, passaram ao regime estatutário. Esta regulamentação em âmbito federal foi adequada em outros níveis governamentais (estados e municípios). No caso do município do Rio de Janeiro, os servidores

públicos fazem parte do quadro permanente, só sendo demitidos em situações excepcionais, normatizadas pelo Estatuto do Servidor Público do Município do Rio de Janeiro.

Desta forma, temos hoje nos hospitais investigados pessoas que entraram por indicação (os mais antigos) e outras que foram selecionadas através de concurso público. O primeiro processo público seletivo no município para a contratação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem foi entre os anos de 1985 e 1986. Nessa época, a categoria de técnico de enfermagem não se constituiu como cargo. As equipes de enfermagem dos hospitais, eram compostas majoritariamente pelos auxiliares e atendentes de enfermagem. Desde o início, o número de auxiliares de enfermagem foi bem maior que o de enfermeiros e refletia o modo como foi institucionalizada a distribuição de pessoal de enfermagem no Brasil.

Um estudo sobre a enfermagem demonstrou que, em 1956, 70,8% dos profissionais da área eram atendentes de enfermagem e apenas 7,5% eram enfermeiros. O número de auxiliares de enfermagem não foi referido diretamente, mas a autora infere que eles estavam contidos no percentual restante de 21,7%, juntamente com parteiras e práticos de enfermagem. Dados do anuário estatístico de 1974 sobre o pessoal de enfermagem nos hospitais revelaram que 65,5% eram atendentes de enfermagem, 26,1% auxiliares e práticos de enfermagem, 6,5% enfermeiros e 1,9% parteiras. (Silva, 1989). Podemos notar que a essa época, o número de auxiliares ainda era reduzido e não havia técnicos de enfermagem, conforme discutimos no referencial teórico, ao relatar historicamente o processo de regulamentação das ocupações de enfermagem no Brasil.

Na década de 80, este perfil ocupacional começa a se modificar, com a aprovação da nova Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Em 1986 três categorias de trabalhadores são definidas como profissionais de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de

enfermagem (Brasil, 2001b). Assim, gradativamente os atendentes de enfermagem vão sendo substituídos pelos auxiliares de enfermagem.

Os dados quantitativos de nosso estudo confirmaram a supremacia dos auxiliares e técnicos, frente aos enfermeiros. Na tabela 3 vemos que, nos questionários devolvidos (respondidos por 180 profissionais de enfermagem), 35% se declararam como enfermeiros e 65% técnicos ou auxiliares de enfermagem. Esta supremacia coincide com a listagem de profissionais existentes nos três hospitais estudados, apresentada anteriormente na tabela 1, que mostra a existência de 355 técnicos/auxiliares de enfermagem e 94 enfermeiros.

Tabela 3: Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a categoria profissional declarada e o hospital de origem

Hospital	Técnico ou auxiliar N (%)	Enfermeiro N (%)	Total N (%)
1	46 (70.8%)	19 (29.2%)	65 (36,1%)
2	15 (51,7%)	14 (48.3%)	29 (16,1%)
3	56 (65.1%)	30 (34.9%)	86 (47,8%)
Total	117 (65,0%)	63 (35,0%)	180 (100,0%)

A divisão da Enfermagem em categorias profissionais diferenciadas ocorreu desde o início da constituição da profissão. No Brasil, essa subdivisão se “oficializa” em 1955 com a aprovação da Lei 2604, de 17 de setembro, regulando o exercício da enfermagem e reconhecendo na época as seguintes categorias: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos ou práticos de enfermagem (Melo, 1986). Conforme discutido anteriormente, este quadro se modifica com a Lei do exercício profissional de 1986; contudo permanece a subdivisão da equipe de enfermagem.

Não há diferença em relação ao *status* profissional entre técnicos/auxiliares e enfermeiras: a quase totalidade dos respondentes (98,9%) é funcionário público municipal. Há apenas um auxiliar/técnico de enfermagem que trabalha como cooperativado em uma das unidades investigadas e um enfermeiro funcionário público federal, cedido ao município. Esse

resultado era esperado, uma vez que a pesquisa foi realizada em três hospitais públicos municipais.

Recentemente, com o processo em curso de terceirização dos serviços hospitalares, alguns serviços voltaram a receber funcionários celetistas através de contratos temporários de serviços ou de contratação de cooperativa de trabalhadores (estes últimos sem os direitos trabalhistas previstos na CLT). Mas constatamos, em nosso estudo, que nos Hospitais Pediátricos do Município do Rio de Janeiro essa realidade ainda não se implantou e predomina a equipe de enfermagem estatutária.

Não perguntamos aos entrevistados o ano de ingresso nos hospitais pediátricos. Contudo, a informação do ano em que começaram a atuar em pediatria nos permite inferir que grande parte desses profissionais iniciou sua atividade em hospital ou setor pediátrico antes da década de 90, especialmente os auxiliares/técnicos (tabela 4).

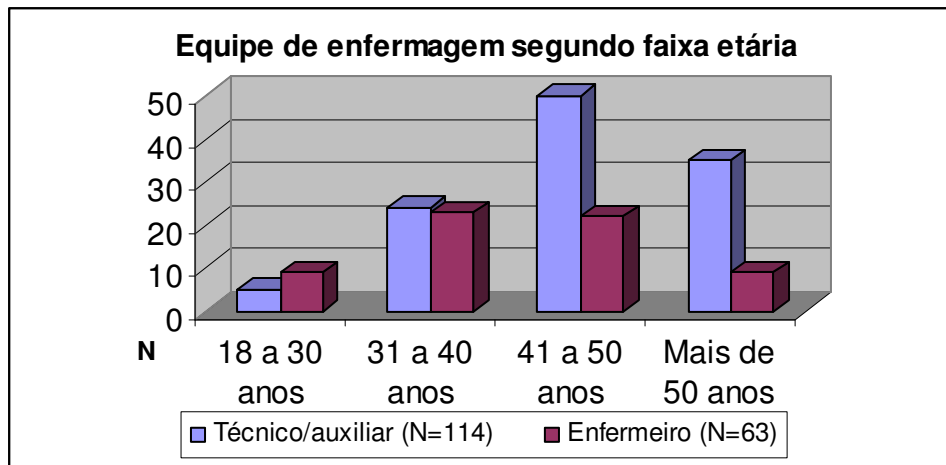
Tabela 4: Ano de início de atuação em pediatria da equipe de enfermagem

Período	Auxiliar/técnico de enfermagem		Enfermeiros	
	N	%	N	%
1967-1979	15	12,8	04	6,3
1980-1989	47	40,2	20	31,7
1990-1999	31	26,5	23	36,5
2000-2005	15	12,8	14	22,2
Não responderam	09	7,7	02	3,2
Total	117	100,0	63	100,0

Nota-se no gráfico 1 a distribuição por faixa etária da equipe de enfermagem nos três hospitais estudados. Do total de respondentes, predomina entre os enfermeiros a faixa etária dos 31 a 50 anos de idade; já entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, a maioria situa-se na faixa a partir dos 40 anos de idade. Constatamos que a diferença é estatisticamente significativa. (p-valor=0,006) (Obs.:12,5% das caselas com freq. esp menor que 5). Esse dado, mais um tempo maior de atuação em pediatria indicam um tempo de experiência profissional maior entre esses últimos.

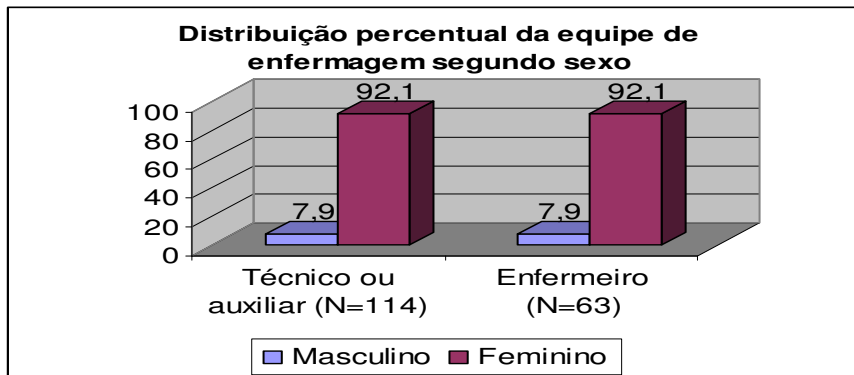


Gráfico 1



A maioria (92,5%) dos técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros que respondeu ao questionário é do sexo feminino, como podemos notar no gráfico 02. Dos entrevistados qualitativamente, apenas um auxiliar/técnico de enfermagem é do sexo masculino. Estes dados refletem a realidade da profissão no país e internacionalmente. Uma pesquisa sobre a função das mulheres na assistência sanitária aponta que no início da década de 70, elas constituíam aproximadamente 95% do total de enfermeiros de todo o mundo (Pizurki et al. *apud* Machado, 1993). Contudo, hoje começa a existir uma inserção maior de homens nesta carreira, ainda não refletida nos três hospitais estudados.

**Gráfico 2**

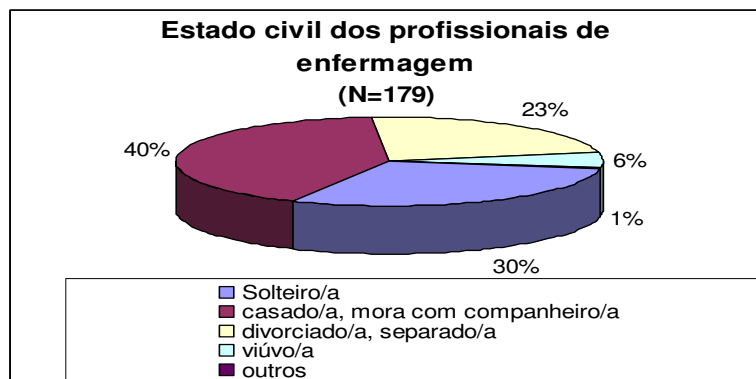


A enfermagem como uma profissão eminentemente feminina e as questões histórico-sociais e econômicas que permeiam o trabalho e a vida dessas profissionais vêm sendo abordadas por vários estudos (Guitton et al. 2000; Oliveira, 1995; Silva e Corrêa, 1999; Machado, 1993; Waldow, 1998).

As questões mais evidentes apontadas pelos estudos relacionam-se aos estereótipos da profissão, suas raízes religiosas e vocacionais, as quais são elegidas para explicar, às vezes parcialmente e outras quase que totalmente, o ponto de prestígio da profissão na sociedade, a baixa remuneração e a dupla jornada de trabalho, dentre outros aspectos. (Silva e Corrêa, 1999: 26).

A maioria dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem (40%) é casada; 23% deles são separados e 30%, solteiros (gráfico 3). A maioria tem filhos (70,5%), com média de 1,9 filhos por profissional.

**Gráfico 3**



O fato de a maioria dos profissionais de enfermagem ser mulher, casada e com filhos, aliado à baixa remuneração profissional, contribui para que grande parte delas, além de acumular dois vínculos empregatícios, ainda se responsabilizem pelas atividades domésticas. Um estudo realizado com profissionais de enfermagem constatou que, especialmente as auxiliares de enfermagem, eram duplamente penalizadas devido aos trabalhos domésticos. Isto contribui para a elevada incidência de problemas agudos e crônicos de saúde (Aquino *apud* Silva; Leite, 1999).

#### 4.2. A formação profissional do enfermeiro e do técnico-auxiliar de enfermagem

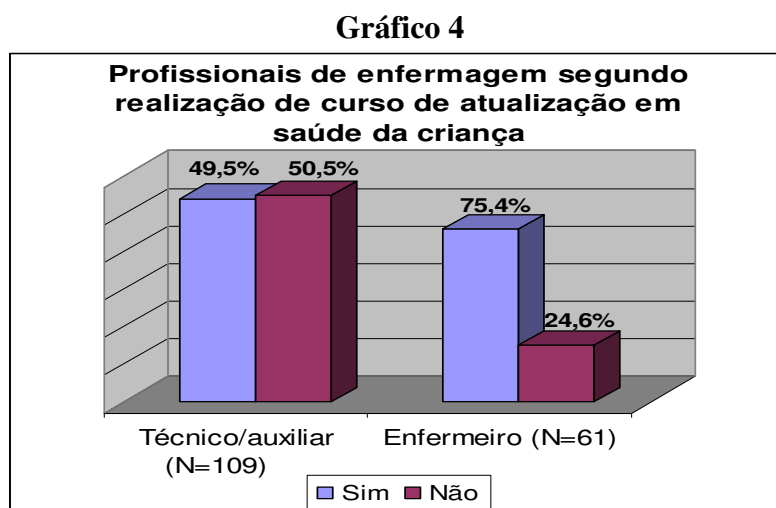
A maioria dos profissionais de enfermagem entrevistados na pesquisa tem mais de 10 anos de formado (81,9% dos técnicos/auxiliares e 67,7% dos enfermeiros), coincidindo com o elevado tempo de atuação em pediatria, mostrado anteriormente na tabela 4, especialmente entre os de menor nível de escolaridade. Entre os enfermeiros, há um elevado percentual de 25,8% com seis a dez anos de finalização da formação universitária. Apenas 6,5% dos enfermeiros têm menos de cinco anos de formado, sugerindo, portanto, que muitos se formaram antes da implantação efetiva das novas diretrizes curriculares para a Enfermagem. A diferença é estatisticamente significativa. (p-valor=0,026).

Tabela 5: Distribuição da equipe de enfermagem de acordo com o tempo de conclusão do curso de formação profissional.

Tempo de conclusão	Auxiliar/técnico de enfermagem		Enfermeiros	
	N	%	N	%
0 – 5 anos	9	7,8	4	6,5
6 -10 anos	12	10,3	16	25,8
Mais de 10 anos	95	81,9	42	67,7
Total	116	100,0	62	100,0

Diante deste quadro que sinaliza a existência de um grande número de profissionais de enfermagem com formação anterior ou simultânea a um período de significativas mudanças no modelo organizacional de saúde, no sistema educacional e no perfil epidemiológico do país, seria esperado um grande investimento na capacitação profissional, no quadro de funcionários do

município já no exercício de suas atividades. Essa expectativa foi parcialmente confirmada nas equipes dos três hospitais estudados, como podemos visualizar no gráfico 04. Um número expressivo de enfermeiros realizou algum curso de atualização na área da saúde da criança. Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, o percentual é praticamente igual dos que realizaram ou não realizaram algum curso de atualização. Constatou-se uma diferença significativa entre os dois grupos, no que se refere à aquisição de novos conhecimentos indicando que os Enfermeiros têm realizado mais cursos de atualização em saúde da criança/pediatria ( $p < 0.001$ ).



Alguns profissionais nos informaram sobre os cursos de atualização realizados por eles: dois enfermeiros fizeram curso de atenção à criança com asma e imunização; um técnico/auxiliar cursou atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI). Destacamos que a maior parte dos cursos foram realizados nos últimos seis anos por 34 (n=44) técnicos/auxiliares de enfermagem e 36 (n=42) enfermeiros, indicando um incremento nos cursos de atualização mais recentemente.

Constatamos, durante o trabalho de campo, os esforços das Chefias de Enfermagem, em parceria com as Direções e responsáveis pelos Centros de Estudos, na organização de eventos, atividades de formação e até cursos. Percebemos a dificuldade em alcançar a adesão dos

profissionais de enfermagem, muitas vezes sobrecarregados de trabalho ou sem motivação para participar.

Embora em todos os cenários do estudo haja enfermeiros responsáveis pela Educação em Serviço, também denominada Formação Permanente ou Continuada, pareceu-nos que ainda é necessário um esforço no sentido de diagnosticar de forma coletiva os interesses e necessidades dos profissionais de enfermagem, em termos de atualização. Também é necessário que sejam instituídos mecanismos formais de incentivo à capacitação como concessão de auxílio financeiro e liberação de carga horária.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem indicam que uma das formas para o enfermeiro adquirir competências/habilidades em seu processo de formação é a educação permanente. E preconizam que esses profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto no âmbito de sua formação quanto na prática profissional (Brasil, 2001b).

No que se refere a cursos de especialização na área da saúde infantil (item que só enfermeiros poderiam responder), 65% não relatam especialização na área da saúde da criança. Dos que participaram de cursos, de especialização nessa área, a maioria diz tê-los feito nos últimos seis anos, indicando um crescimento na preocupação com a qualificação por parte dos enfermeiros. É importante acrescentar que, nesse período, os cursos de graduação em enfermagem começaram a adotar o modelo generalista, acabando com a chamada habilitação, que era uma espécie de complementação à graduação, de acordo com especialidades da enfermagem. Os cursos de especialização (*lato sensu*), em sua quase totalidade, são cursos pagos, o que dificulta o acesso de profissionais tão mal remunerados.

Em nosso estudo, constatamos que grande parte dos profissionais de enfermagem entrevistados não teve praticamente formação para trabalhar com crianças, aspecto que é fundamental, uma vez que o trabalho em pediatria tem características específicas, dentre as quais os conhecimentos relativos ao processo de crescimento e desenvolvimento infantil.

Nós profissionais, inclusive, não somos formados para isso, para lidar com esse universo infantil. Eu, por exemplo, saio de anos de Universidade trabalhando em cirurgia geral especificamente e caio em pediatria, sem nunca ter me preparado para isso; eu vou aprender fazendo. (Técnico/aux 4)

Os depoimentos obtidos são muito centrados na experiência prática de trabalho, explicitando pouco os conceitos teóricos que as embasam, o que não esperávamos acontecer, ao menos entre os enfermeiros. Isto demonstra certa dicotomia entre aprendizado acadêmico e atuação profissional. Uma das depoentes nos afirmou que, desde que terminara o Curso de Graduação, não havia lido mais nenhum livro de Enfermagem.

Nesta última década foram muitos os documentos publicados pelo Ministério da Saúde com propostas para os profissionais que atuam na saúde da criança (Brasil, 2002b; Brasil, 2004). Contudo, constatamos que eles são desconhecidos por muitos enfermeiros que atuam nos hospitais pediátricos. Cabe destacar que alguns desses documentos são mais dirigidos aos profissionais atuam na rede básica de saúde. Entretanto, consideramos que são fundamentais também para os enfermeiros que atuam em hospitais (ambulatórios e enfermarias), uma vez que muitos dos cuidados preconizados fazem parte das necessidades cotidianas de saúde da criança (mesmo daquelas em contexto de hospitalização). Em nossa análise, esse aspecto é fundamental para garantia da integralidade das ações de saúde. A criança que é hospitalizada tem uma história em sua comunidade de origem, escola e posto de saúde que não pode ser negligenciada. Igualmente, quando essa criança tem alta da unidade hospitalar deveria ser preparada para a

reinserção na rede básica de sua região de moradia. Em especial, as crianças em contexto de violência familiar, que necessitam de alguma forma de acompanhamento/seguimento maior após a alta hospitalar.

Uma temática que merece ser visualizada com cuidado no trabalho em enfermagem é a questão de gênero, entendido como categoria socialmente construída que define o masculino e o feminino nas diferentes culturas (Gómez, 1993).

Por ser a enfermagem uma profissão tradicionalmente feminina, constatamos no trabalho de campo que alguns enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem masculinos têm certa dificuldade na interação com as mães/acompanhantes de crianças hospitalizadas ou atendidas nas unidades de saúde. Por outro lado, entre as enfermeiras, técnicas/auxiliares de enfermagem, a dificuldade aparece na convivência com o pai/acompanhante desses clientes.

Deixa [a criança] com o pai, mas sempre resguardando. Eu acho que o dia-a-dia me ensinou isso (Enfermeira 3).

Na minha época não era permitido [ao homem atuar em serviço de atendimento à mulher e à criança]. Até nas Universidades, os rapazes formados por Universidades tinham essas limitações nesse aspecto; da saúde da mulher e da criança... A nossa entrada era limitada, não só em nível técnico, como superior também, havia essas limitações. Havia uma série de restrições nossas. Nós não conseguíamos entrar... (Técnico/Aux 4)

Um estudo bibliográfico que analisou a categoria “gênero” na produção científica da enfermagem brasileira entre 1955 e 1997 sinalizou que essa temática começou a ser discutida mais intensamente pela enfermagem a partir de 1979, sendo que mais de 50% das publicações concentram-se nos anos de 1996 e 1997. No início, os trabalhos científicos pautavam-se mais na saúde da mulher, sem problematizar a questão de gênero (Silva e Corrêa, 1999). A discussão estava mais localizada entre os profissionais que atuavam na Saúde da Mulher. Consideramos que este é um campo ainda a ser explorado pelos profissionais de enfermagem que atuam na

saúde da criança, e tem especial relevância para o atendimento a vítimas de violência familiar. Nos capítulos 5 e 6, poderemos visualizar mais concretamente quanto essa temática perpassa a atuação na atenção à criança vítima de violência na família.

#### **4.3. Capacitação da equipe de enfermagem para atender crianças vítimas de violência na família**

No que se refere a atenção à criança vítima de violência na família, há um consenso entre os entrevistados, mesmo entre aqueles que se formaram mais recentemente (há menos de dez anos) de que na Faculdade o tema da violência familiar não foi abordado, ou o foi de forma insuficiente. Vários estudos têm apontado a importância das universidades na formação de profissionais de enfermagem no que se refere a essa temática (Brêtas et al., 1992; Oliveira, 2004; Lima, 2003)

Julgamos importante a participação da Universidade, enquanto local que produz conhecimento e tem responsabilidade de formar profissionais, no combate à violência contra a criança (Brêtas et al., 1992: 6).

A década de 90 representa um marco devido ao processo de mudança nos currículos, conforme analisado anteriormente, e à aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, o qual trouxe novas demandas para o setor saúde, dentre elas a obrigatoriedade de notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos e a garantia de acompanhamento dos pais ou responsáveis durante a hospitalização da criança (Brasil, 1992a). Desta forma, os profissionais que já atuavam naquela época tiveram que se adequar a uma nova realidade, para a qual não haviam sido preparados em seus cursos de formação. Para muitos, o aprendizado aconteceu no dia-a-dia, à medida que os problemas se impunham à rotina de trabalho. Constatamos que nos hospitais e/ou setores em que havia uma prática institucionalizada de trabalho e reflexão em equipe, o processo de capacitação se deu de forma mais sistemática e



efetiva. Nesses locais, os profissionais buscaram pessoas de referência no campo temático ou se organizaram para leituras e discussão sobre os atendimentos.

Indagados se já haviam recebido alguma informação, instrução ou treinamento para identificar e notificar casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, a maioria dos profissionais de enfermagem afirmou que nunca recebeu informação acerca dessa temática (52,7%), sinalizando que ainda se faz necessário um investimento maior na capacitação da equipe de enfermagem para atender crianças em situação de violência. Não se observou significância estatística distinguindo os dois grupos profissionais (tabela 6).

Tabela 6: Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem de acordo com o relato de já terem tido informação a respeito de violência contra criança

Recebimento de informações	%
Nunca (N=146)	52,7
Sim curso de auxiliar/ técnico/graduação de enfermagem (N=107)	40,2
Sim, através de periódicos ou revistas de enfermagem (N=34)	37,8**
Sim, curso de atualização (N=87)	25,3
Sim, em congressos de Enfermagem (N=19)	22,4*
Sim, curso de especialização (N=12)	14,3
Sim, cursos promovidos por associações de classe (N=10)	12,7
Sim, curso de mestrado/doutorado (N=01)	1,4

\* p=0.010; \*\* p=0.019

Os que receberam informação, instrução ou treinamento para identificar e notificar casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, disseram tê-la recebido pelos seguintes meios:

- informações obtidas em cursos preparatórios para auxiliar/técnico e de graduação em enfermagem (40,2% dos profissionais);
- informações obtidas através de periódicos ou revistas de enfermagem (26,9% entre técnicos/auxiliares e 51,4% entre enfermeiros, p=0.010);
- cursos de atualização : são cursos de curta duração (geralmente de 04 a 12 horas),

ocasionalmente promovidos pelos Centros de Estudos/Setor de Educação em Serviço das próprias unidades, por entidades de classe (Semana da Enfermagem/ABEN), por universidades ou por programas das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde/RJ. Como detalhamos anteriormente, existe um grande empenho destas duas secretarias na capacitação de profissionais de saúde para atender a crianças vítimas de violência na família(19,6% dos técnicos/auxiliares de enfermagem e 35,5% dos enfermeiros);

- informações apreendidas em congressos de enfermagem (12,5% entre auxiliares/técnicos e 36,1% entre enfermeiros,  $p=0.019$ );
- cursos de especialização: são cursos realizados após a conclusão do curso de graduação (14,3% dos enfermeiros)
- cursos promovidos por associações de classe: geralmente, esses cursos ocorrem durante congressos/seminários da categoria profissional ou em semanas com datas comemorativas (dia do enfermeiro, aniversário do hospital, dia do funcionário público, dia das crianças). Em nossa pesquisa, 12,7% dos profissionais de enfermagem declararam ter recebido alguma informação a respeito dessa temática em cursos promovidos pelas entidades de classe.
- curso de mestrado/doutorado: são cursos ligados a programas de pós graduação stritu sensu destinados à formação de docentes/pesquisadores (apenas uma enfermeira referiu ter tido alguma informação a respeito da temática num desses cursos)

Há uma nítida diferença no discurso daqueles que têm alguma atuação mais sistematizada na área e os que o fazem sem maiores reflexões.

Na enfermagem não, porque eu sou formada em 84. Não tive nada relacionado a mau-trato, ou seja, não tinha nem estatuto ainda, não é? Então eu não tinha nada relacionado a mau-trato. Isso foi de 94, 95 para cá, que nós começamos a questão. Quando, se começou a discutir a questão dos comitês de defesa dos direitos da

criança nas unidades hospitalares. E aí um grupo foi convidado a estar pensando essa problemática e começar a avaliar que encaminhamento dar a essas situações, quando chegar às situações de maus-tratos... Dentro de enfermagem nunca tive nenhuma formação. A primeira formação, foi uma psicóloga que estava com um trabalho na favela X...., que trabalhava com a questão de violência.. )Enfermeira 01

Na graduação tinha momentos em que a gente discutia vários outros fatores e a violência entrava. Porque era uma disciplina específica da saúde mental. Então a gente cuidava tanto dessa parte do paciente como da nossa também. Então vários assuntos ali surgiam. A violência também surgia... (Enfermeira 08, formada mais recentemente).

Quanto aos auxiliares/técnicos de enfermagem, apenas um dos entrevistados relatou ter recebido alguma orientação. Contudo, no geral o que foi consenso é o fato de não terem tido formação mais específica sobre a temática.

Não. Não tive nenhuma matéria a esse respeito, não tive nenhuma prova, mas a gente teve, assim... alguns alertas, algumas coisas, que a gente...pra gente saber como atuar. (Técnica/Aux 01)

Não fiz nenhum curso, entendeu? ... Pelo contrário, eu acho que cada dia eu acho que nem precisa ser de curso. Eu já fui a reuniões na secretaria representando a DIP (setor de doenças infecto-parasitárias)... várias vezes e já chegou assim, a única auxiliar, a única técnica de enfermagem fazendo parte do programa da violência, que é uma referência por ter um posto de ... ser referência de posto de imunobiológico, de vacina que crianças têm que tomar no caso de violência, é o hospital X. (Técnica/Aux 2)

Esta realidade nos chamou a atenção, porque um dos motivos da opção pelo trabalho de campo nas unidades pediátricas do Município do Rio de Janeiro foi o fato de que a Secretaria de Saúde tem feito há vários anos um grande investimento na padronização do atendimento e na capacitação de profissionais para o enfrentamento da violência familiar contra a criança.

Uma dissertação sobre a formação de enfermeiros para o atendimento à criança vítima de violência também constatou que a maioria dos enfermeiros não havia estudado a temática em seus cursos de graduação e poucos tiveram acesso a curso de capacitação (Lima, 2003). Uma

outra dissertação, que abordou o cuidar da enfermagem à criança vítima de violência intrafamiliar, revela que:

A dificuldade para cuidar dessa criança passa pela falta de preparo, de formação mesmo. Referem que, desde a Graduação, já sentiram essa necessidade de um aprofundamento, de prática nessa temática. Os profissionais deixam claro que há necessidade de cursos, palestras, para ter discernimento, capacidade de lidar com o cuidar da criança vitimizada. O momento desse cuidar está ancorado em concepções muito particulares, sem base cognitiva... (Oliveira, 2004: 70).

Em estudo bibliográfico sobre a produção da enfermagem acerca da atenção à criança vítima de violência doméstica constatou-se que a importância da capacitação do Enfermeiro foi apontada por alguns autores, assinalando a relevância da inclusão da temática no currículo (Cunha et al., 2005). Na produção científica internacional, este ítem foi abordado em alguns estudos de forma sistematizada, relatando experiências de currículo de enfermagem que contemplaram a temática (Ross et al., 1998; Woodtli & Breslin, 1996; Mandt, 1993). No âmbito nacional, alguns textos enfocaram a importância da inserção da temática nos currículos (Morais e Eidit, 1999; Ferriani et al., 2001; Brêtas et al., 1994; Biehl, 1997). Isto sinaliza a necessidade do aprofundamento da discussão desta questão nas associações de classe e instituições responsáveis pela formação dos enfermeiros.

#### **4.4. Processo de trabalho da equipe de enfermagem**

Ao refletir sobre o processo de trabalho de enfermagem, aproximamo-nos do campo temático da sociologia das profissões (Machado, 1995; Machado, 1999) e da discussão acerca da genealogia do poder (Foucault, 1995). Tomamos por base principalmente as reflexões de pesquisadoras que discutiram o trabalho da enfermagem a partir da perspectiva marxista (Silva, 1989; Almeida e Rocha, 1989) e de uma autora que estudou as relações institucionais entre médicos e enfermeiras na perspectiva *foucaultiana* (Loyola, 1987).

A organização do trabalho pode ser entendida como um processo que envolve as atividades dos trabalhadores, a relação de trabalho com seus pares e com a hierarquia e que ocorre numa determinada estrutura institucional. Sofre influências estruturais, relacionadas à estrutura macroeconômica, bem como o modo de gestão empreendido pela instituição, que está por sua vez relacionado ao modo de produção vigente. Compreende a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder, significando que, ao dividir o trabalho, se impõe uma divisão entre os homens (Dejours et al. *apud* Gelbcke e Leopardi, 2004: 193).

A especificidade do processo de trabalho em saúde é de que o seu produto é o serviço, e sua finalidade é a ação terapêutica; o objeto de tal ação são os indivíduos/grupos (doentes ou sadios); os meios de trabalho são os instrumentos e condutas. (Silva *apud* Deslandes, 2002).

#### **4.4.1. Composição e atribuições: divisão hierarquizada, confusão dos papéis e/ou trabalho em equipe?**

O fato de a equipe de enfermagem ser composta basicamente por três categorias ocupacionais (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) leva muitas vezes a uma indistinção e confusão acerca das competências e atribuições de cada um. A própria clientela tem dificuldade no reconhecimento de cada profissional. O número de enfermeiros é bem menor que o número de auxiliares de enfermagem; os técnicos de enfermagem, embora existam em um número relativamente grande, só recentemente foram incluídos como cargo na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. A maioria ingressou no serviço público como atendente de enfermagem ou auxiliar de enfermagem. Muitos estudaram após o ingresso na área e não é fácil obter ascensão de cargo; vários têm nível superior e atuam como auxiliares ou técnicos. Com isso, aumentam as dificuldades quanto à distribuição de responsabilidades na equipe.

Eu não digo nem o enfermeiro, porque o enfermeiro, ele não atua muito na assistência, ele é muito assim para a parte burocrática, mas a equipe de enfermagem eu acho que tem condições sim [condições técnicas para atuar frente à violência familiar contra a criança]. (Enfermeira7)

E o auxiliar, em contrapartida, nessa mesma situação que eu estava ali demonstrando para a colega que era atribuição dela, já que foi ela que presenciou [a situação de violência contra a criança]. Normalmente a relação enfermeiro-auxiliar, a gente tem sempre um número maior de auxiliares. Eles vão estar sendo quem? Vão ser as pessoas que vão estar carregando essa informação para a gente. Vai depender muito da situação. Estar dividindo essa responsabilidade. (Enfermeira5)

Eu acho que é sempre essa dificuldade [identificar casos de violência contra a criança] como eu te falei, por uma questão hierárquica e, não diria ética, porque eu também sou uma profissão regulamentada por lei, apesar de ser auxiliar de enfermagem. (Técnico/Auxiliar 4)

Constatou-se o reconhecimento, por parte dos profissionais de enfermagem, acerca da necessidade de definir o seu espaço de atuação. Os depoimentos demonstraram também que esses profissionais têm uma avaliação crítica da atuação do enfermeiro considerando que muitas vezes ela acaba restrita ao trabalho burocrático e de supervisão.

Em especial entre enfermeiros, constatou-se um significativo grau de insatisfação no trabalho (tabela 7). De um total de 116 técnicos/auxiliares de enfermagem, 27,7% se declararam pouco satisfeitos ou insatisfeitos com o trabalho; entre os enfermeiros, esta avaliação negativa em relação ao grau de satisfação no trabalho sobe para 55,5%, com diferença estatisticamente significativa. (p-valor=0,000).

Tabela 7: Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo à satisfação com as condições de trabalho

Grau de satisfação (N=179)	Técnico/auxiliar		Enfermeiro	
	N	%	N	%
Muito satisfeito(a), satisfeito(a)	84	72,4	28	44,5
Pouco satisfeito, insatisfeito	32	27,7	35	55,5

A crítica quanto à atuação do enfermeiro esteve presente, ainda que de forma subliminar, em vários momentos do trabalho de campo. Alguns auxiliares/técnicos de enfermagem buscavam apontar falhas dos enfermeiros ou criticar suas chefias de enfermagem. De certo

modo, uma vez que a entrevistadora é enfermeira e professora de enfermagem pediátrica, “*mandaram recados*”, buscando falar durante a pesquisa o que achavam que o enfermeiro deveria ouvir ou como deveria agir. Os enfermeiros, por sua vez, ao serem entrevistados ou abordados, em vários momentos apontaram os erros e ausências das faculdades (Universidades) em relação aos serviços de saúde, em especial de enfermagem.

Não podemos de fato negligenciar que as instituições formadoras, em especial as Faculdades de Enfermagem, desempenham um importante papel na maneira como se processa a assistência de enfermagem. Neste sentido, destacamos um dos desafios colocados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para Curso de Graduação em Enfermagem:

Parágrafo Único: A formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (Brasil, 2005: 47).

Nos últimos anos configura-se um grande esforço da enfermagem na reflexão acerca de novos paradigmas que norteiam/nortêem a assistência de enfermagem. Temas como: cuidado integral/cuidado humano (Waldow, 1998); ética no cuidado (Waldow, 1998), humanização da assistência (Christoffel, 2002) e interdisciplinariedade (Lima, 2003), entre outros, têm sido recorrentes nas publicações e eventos da enfermagem. Consideramos que esse movimento de crítica em relação à própria prática traduz um esforço da enfermagem (em especial dos enfermeiros) para superar os conflitos e desafios históricos/cotidianos de sua atuação.

#### **4.4.2. Ambiente de trabalho da equipe de enfermagem: um espaço possível para superação ou para a reprodução da violência?**

Percebemos também, tanto por parte de alguns enfermeiros quanto de técnicos/auxiliares de enfermagem, um grande receio em dar informações. No início relacionamos isto à

complexidade da temática e ao fato de os hospitais ainda serem espaços fechados ao meio externo.

Constatamos que havia algo mais quando uma auxiliar de enfermagem nos perguntou: “*como se chama aquela violência que os chefes fazem com seus funcionários no serviço?*”. A funcionária fez esta pergunta antes de responder a última questão do questionário, que indagava se a pessoa havia sofrido algum outro tipo de violência na vida que quisesse relatar. Num total de 180 questionários, oito (quatro auxiliares/técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros) descreveram neste item algum tipo de violência sofrida no ambiente de trabalho. Aos poucos fomos percebendo que o ambiente de trabalho dos três hospitais estava carregado de tensão, das quais falaremos a seguir.

Uma forma de violência que ocorre no ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem decorre do aumento da demanda por atendimento de saúde e da cobrança de qualidade deste por parte da população. Várias vezes vimos mães indo à direção de unidades de saúde, ou as direções indo até às mães, em virtude de queixas e pedidos de providências acerca de atendimento não recebido ou prestado inadequadamente. Num desses casos, a família chegou a chamar a Polícia, causando muita tensão entre os profissionais.

Muitas vezes, os profissionais que estão em atendimento na recepção do atendimento (enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem ou guardas) é que são agredidos pelos clientes, ou acabam sendo eles os agressores ao se sentirem cobrados. Em todos três hospitais investigados encontramos cartazes com o comunicado de que a agressão ao funcionário público em exercício de serviço constitui-se em crime previsto no Código Penal. Os trechos transcritos dos questionários, apresentados a seguir, nos servem de indicativo das motivações desses cartazes:



Violência moral pela comunidade que frequenta este Hospital (Q140, enfermeira).

A violência de ter que sobreviver e se superar a cada dia como profissional para atender às necessidades dessa clientela carente, sem condições mínimas de trabalho nos hospitais públicos. (Q165- enfermeira).

As dificuldades institucionais, a precariedade da rede de serviços de saúde, a falta de padronização de algumas rotinas e as distorções de comunicação entre profissionais levam algumas vezes a que (todos e ao mesmo tempo ninguém) se sinta responsável pela resolução dos problemas e a principal vítima seja a criança como podemos visualizar a seguir:

A entrevista com um profissional de enfermagem foi interrompida por gritos na enfermaria... Tratava-se do profissional de medicina reclamando porque havia chegado à enfermaria um bebê transferido de outra instituição. Segundo este profissional a vaga para internação não havia sido pedida e muito menos havia leito na enfermaria para aquela admissão. Queixava-se que a equipe que havia transportado a criança não estava acompanhada da mãe e não havia trazido nenhum relatório acerca do tratamento prestado à criança. A jovem profissional que estava acompanhando a criança dizia que isto não era da responsabilidade dela, que o profissional médico da outra unidade havia pedido e conseguido a internação em outro plantão. Diante do impasse a criança foi acomodada na enfermaria enquanto se buscava uma solução. O profissional médico desceu para almoçar. A criança chorava de fome. A enfermagem queria que a nutricionista liberasse a dieta. A nutricionista dizia que não podia porque não sabia qual era o problema de saúde da criança. Uma mãe de outra criança improvisou com o dedo de uma luva uma chupeta e tentava consolar a criança. Uma enfermeira transtornada me diz que isto deveria ser anotado na pesquisa. (Nota do diário de campo)

Um estudo sobre a criança hospitalizada também constatou que o ambiente e a organização do trabalho são geradores de violência, a partir da retroalimentação entre atores como precariedade, desmotivação dos trabalhadores e a própria violência (Ribeiro e Ramos, 1999).

Neste sentido, recordamos o item “participação popular” que consta das diretrizes de implantação do SUS. Consideramos que muitas vezes os profissionais de saúde “apagam incêndios” por falta de planejamento institucional e de mecanismos de participação dos usuários

na reflexão e decisão das prioridades institucionais. Ao máximo, os hospitais têm um setor ou uma pessoa responsável pela *ouvidoria*. Recentemente, tem sido feitos esforços para compor as chamadas equipes de “acolhimento”, que ficam na porta de entrada dos hospitais, para darem alguma informação ou encaminhamento àqueles que sentem dificuldade no atendimento.

É certo que muitos problemas extrapolam o âmbito das próprias unidades de saúde, pois são decorrentes da precária interligação entre uma rede de atendimento composta pelos diferentes serviços e distintas esferas de governo.

Outro fator de tensão, mas que foi pouco trabalhado nesta pesquisa, é o contexto administrativo no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. No período do trabalho de campo, estavam sendo realizadas algumas mudanças estruturais, e o temor era geral. Numa das unidades, chegamos a ser perguntados se estávamos ali a serviço da Secretaria, porque havia um boato de que uma equipe estava circulando os hospitais para fiscalização dos serviços.

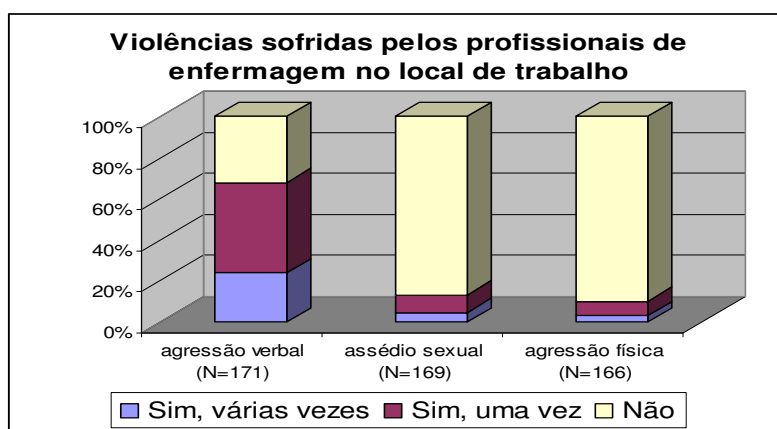
Outro fator importante na manutenção de relações permeadas por violências é a forma como se dá a hierarquização das relações de trabalho, que muitas vezes se impõe numa relação de desigualdade profundamente marcada por formas sutis de violência. Certamente, entendemos que, num processo administrativo é necessário um certo grau de hierarquização formal ou informal. Mas, também é preciso refletir sobre os mecanismos implícitos de coerção que, muitas vezes, levam a formas de resistência e/ou violências silenciosas/veladas, presentes e reproduzidas na relação: direções de unidades/chefias de enfermagem, chefias de enfermagem/enfermeiros da rotina, médicos enfermeiros/ e enfermeiros/técnicos-auxiliares de enfermagem.

A enfermeira é submissa ao poder médico e esta dominação se legitima dentro do espaço disciplinado do hospital, através da própria disciplina, onde o corpo, o tempo e o espaço utilizado pelas enfermeiras são esquadrihados, assim como através de uma dominação positiva e de

uma eficácia produtiva, em que através de pequenas concessões e de ações cotidianas e aparentemente inocentes o profissional médico executa e perpetua a dominação (Loyola, 1987: 102).

Esses mecanismos relacionais propiciam violências variadas, que são vivenciadas pelos profissionais de enfermagem nos locais de trabalho sem distinção de categoria profissional: enfermeiros e auxiliares/técnicos são igualmente vítimas. Como se pode ver no gráfico 5, a agressão verbal é a mais presente entre os profissionais de enfermagem: 24% referem tê-la vivenciado várias vezes, 43,9% apenas uma vez e 32,2% nunca vivenciaram tal forma de violência. Enfermeiros relataram um pouco mais que os auxiliares/técnicos de enfermagem esta vivência de abuso, sem contudo, alcançar a significância estatística utilizada na pesquisa ( $p=0.055$ )

**Gráfico 5**



Nos depoimentos escritos de técnicos/auxiliares de enfermagem a agressão verbal foi enfocada.

Sim, no trabalho uma vez com uma enfermeira que me agrediu verbalmente, eu tomei as medidas cabíveis. (Q167, técnica/auxiliar de enfermagem)

No trabalho colegas que querem ser chefe sem capacidade, agredindo com palavras perto dos acompanhantes. (Q112, técnica/auxiliar de enfermagem)

Entre os achados de um estudo chileno sobre esta temática, observou-se que a enfermeira aparece como agressora imediatamente após os pacientes ou usuários ( Klijn et al., 2004).

Contudo as próprias chefias de enfermagem não estão livres de ser, elas mesmas “*punidas*” por seus superiores ou pelos próprios pares quando fogem à regra institucional: “*podem perder o cargo [às vezes ao retornarem das férias ou licenças] e/ou serem alocadas em um setor ou plantão que não desejam* ”.

De acordo com o depoimento de uma enfermeira, a principal violência sofrida no exercício de cargo de chefia foi definida como psicológica:

Psicológica. Já passei por situações onde funcionários [com cargos ligados a direção] tentaram impor seus serviços, em que eu discordava. Não poderia executá-los (Q1, enfermeira).

É importante sinalizar que os auxiliares/técnicos de enfermagem, embora em postos de subordinação, também têm seus mecanismos de controle e punição. Fazem resistência passiva às ordens ou solicitações das chefias de enfermagem, adoecem e, com isso, justificam a falta aos plantões. Outrossim, exercem seu poder sobre colegas mais fragilizados, mães, pais ou acompanhantes.

Neste sentido lembramos o conceito de *síndrome do pequeno poder* (Saffioti, 2000), que se caracteriza por relações hierarquizadas nas quais a violência é reproduzida por aqueles que não detêm o macropoder.

Pequeno ou grande, o poder permeia todas as relações sociais, deteriorando-as. A rigor, relações de poder revelam a desigualdade social entre seus protagonistas. Crianças são consideradas socialmente inferiores a adultos, mulheres socialmente inferiores a homens, negros, socialmente inferiores a brancos, pobres, socialmente inferiores a ricos (Saffioti, 2000: 18).

Em seqüência na freqüência de violência segue-se o assédio sexual no local de trabalho, referido recorrentemente por 4,7% dos profissionais. Um percentual de 8,3% sofreu apenas uma

vez e 87% deles nunca foram assediados sexualmente no trabalho. A agressão física foi a menos relatada; 3% de foram agredidos repetidas vezes, 7,2% uma vez e 89,8% nunca passaram por violência física no trabalho.

Esses dados coincidem com os de um estudo sobre a violência relatada pelos profissionais de um consultório de atenção primária de saúde no Chile, no qual foi registrado que, entre as condutas violentas sofridas por estes profissionais, 15% eram físicas e 7% psicológicas. Entre as ações tipificadas como violência sexual foram descritas: contatos físicos desnecessários, olhares insidiosos e gestos obscenos (Klijn et al., 2004).

Estudo realizado com 52 alunos do 3º período de um curso de graduação em enfermagem demonstra que a violência, no cotidiano e no trabalho de enfermagem, constitui uma preocupação já desde o período de formação acadêmica. A enfermagem foi considerada uma das profissões que mais sofrem violência por 15,3% dos participantes da pesquisa, e 57,7% afirmaram que a enfermagem é uma profissão de alto risco. Este estudo também mostra que o abuso do poder e a falta de respeito foram as apreensões apontadas por 28,8% e 26,9% respectivamente dos alunos (Lisboa et al, 2006).

As relações interpessoais e institucionais que hoje facilitam o surgimento da violência no hospital são fruto da ausência de uma cultura democrática, com relações mais horizontais, transparência e participação coletiva nas decisões administrativas. As direções e chefias não são eleitas por voto, e praticamente não existem espaços de reflexão coletiva. Neste sentido, o planejamento e a gestão ainda são feitos de forma temporária e improvisada. Os projetos estão sujeitos a descontinuidades, dependendo de mudanças político-administrativas que podem ocorrer a qualquer momento, em especial nos anos em que ocorrem processos eleitorais. Desta forma, mesmo aquelas Direções e/ou Chefias de Enfermagem que são mais abertas ao diálogo,

não têm um impacto mais duradouro, nem promovem uma transformação mais estrutural na dinâmica interna dos hospitais.

A falta de espaços e mecanismos de reflexão e decisões coletivas e o pouco exercício da prestação pública de contas contribuem para a formação de gerências e instituições ainda muito marcadas pelo discurso personalista, mantendo uma herança cultural do período da ditadura e reforçando o discurso de fragilização das instituições públicas. Podemos constatar isto em frases freqüentemente reproduzidas em certos espaços institucionais: *“manda quem pode, obedece quem tem juízo”*; *“cada enfermaria tem a cara do seu chefe”*; *“quando o gato sai os ratos fazem a festa”*, entre outras.

Como nosso objeto se refere à equipe de enfermagem, deter-nos-emos mais nas relações vigentes nessa equipe. O fato de o enfermeiro ter alguma atividade de controle e supervisão sobre os auxiliares/técnicos de enfermagem gera em alguns destes um certo medo de punições. Um dos maiores reflexos do medo de alguns auxiliares/técnicos de enfermagem foi constatado durante o trabalho de campo: muitos escondiam o crachá e sequer aceitavam dizer o seu nome, ao recusar participar da pesquisa. E de fato existem mecanismos de controle/ punições dos quais as chefias (não só de enfermagem) podem lançar mão para coerção dos funcionários que, por alguma dificuldade, consciência política ou falta de vontade de trabalhar, não se adequam às normas (explícitas ou veladas) institucionais. Dentre estes, citamos algumas frases verbalizadas por auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros: *“troca de plantão, de turno, de enfermaria e imposição de dificuldades nas situações de fragilidades dos subordinados”*

No que se refere ao “adoecimento” dos profissionais de enfermagem, estudos sobre doenças ocupacionais apontam a relevância deste problema (Rocha e Felli, 2004). Durante o trabalho de campo, pudemos constatar o uso recorrente de medicações (em especial

antidepressivos) e as inúmeras licenças por problemas de saúde (hipertensão arterial, problemas na coluna e síndrome do pânico). Um profissional de enfermagem uma vez abriu a bolsa e jogou na mesa várias caixas de remédios, demonstrando quanto o trabalho em saúde muitas vezes tem sido um fator de adoecimento dos profissionais.

Todas essas precárias condições vivenciadas pelas equipes de enfermagem mostram que a atmosfera de trabalho no hospital está sempre entremeada por tensões “não resolvidas”, mesmo com a utilização de mecanismos de reprodução da violência por parte dos diversos agentes institucionais e da população. É este mesmo ambiente conflituoso que pode possibilitar a reflexão sobre formas não violentas de resolução de conflito, de criação de ambientes saudáveis de trabalho e de relações mais pautadas na solidariedade e no cuidado ao próximo.

Os discursos diante de conflitos entre pares, superiores, subordinados ou clientes ainda são muito marcados pela culpabilização e o desejo de penalização, expressão de nossa sociedade, estruturada numa lógica de resolução de conflitos por meio da violência e da punição dos conflituosos/agressores, ou da expulsão, segregação, sacrifício e extermínio. Os direitos humanos são ainda classificados por muitos como um benefício que deveria ser negado àqueles que não os merecem.

Durante o trabalho de campo em uma das unidades, um fato nos chamou a atenção: que algumas mães vieram contar que uma acompanhante havia sido espancada na entrada do hospital pelo companheiro. Narraram com detalhes como a mulher havia sido machucada e uma das depoentes fez a seguinte ressalva: “...*ela mereceu apanhar o tanto que apanhou, pois ao invés de cuidar do filho estava traindo o marido.*” Ao tentarmos ouvir a opinião de alguns profissionais a respeito deste assunto, a maioria alegou desconhecimento, e outros acenaram que

nada podiam fazer a respeito demonstrando impotência e falta de ação em defesa dos direitos da mulher.

Contudo, vale a pena destacar que o ambiente hospitalar não é sempre inóspito. Foram muitos os momentos em que pudemos constatar presença de solidariedade e compartilhar também de experiências agradáveis e positivas. Elas incluem, desde exemplos solitários de profissionais que se dedicam ao trabalho, às vezes tirando dinheiro do próprio bolso para ajudar familiares de crianças hospitalizadas na compra de alimentos, materiais de limpeza e enxoval de bebê para mães carentes, até mesmo adoções por membros da equipe de enfermagem, de crianças (inclusive portadoras de problemas especiais) que foram abandonadas. Tivemos a oportunidade de ver, em uma das unidades, vários membros da equipe de enfermagem chorando porque uma criança proveniente de abrigo (que se internava recorrentemente para tratamento de doença crônica) havia falecido. Não raras foram também as listas entre os funcionários para recolher dinheiro para melhorias no ambiente de trabalho (compra de microondas, forminho, ventilador, alimentos ou presentes para aniversariantes). O compartilhar cotidiano de vida e de tarefas possibilita também a construção de laços afetivos, inclusive com as crianças hospitalizadas e seus familiares.

Em várias enfermarias foi possível ver os retratinhos de crianças que tiveram alta do hospital, cujos pais retornaram depois e doaram as fotos, para mostrar como a criança estava bem. Os quadros nas paredes com fotos de crianças, de festas de equipe, com mensagens de esperança e com orações de diversos credos religiosos, são em nossa análise, expressões do desejo de vislumbrar saúde onde predomina a dor.

A entrevistas e observações do diário do campo nos deram a percepção de que, com o tempo, alguns profissionais aparentemente se adequam ao círculo vicioso dos serviços. Talvez



vencidos pelo cansaço, acabam eles mesmos, reproduzindo um discurso de menos-valia: “  *você sabe como é, isso aqui é um serviço público*”.

Constatamos que muitos funcionários públicos trabalham muito e de forma muito comprometida. Todavia, prevalece entre eles um sentimento de certa desqualificação ou sensação de que não têm jeito. A nosso ver, um dos fatores determinantes nesse processo é a baixa remuneração de tais profissionais, que os leva à busca da ampliação da renda através de outros vínculos empregatícios e/ou de estratégias dentro das próprias instituições (hora extra, dupla jornada, venda de produtos).

O salário-base de um enfermeiro em início de carreira é de R\$ 643,73; e no final de carreira, é de R\$ 988,96. Os auxiliares de enfermagem com nível de 2º grau no início de carreira percebem R\$ 593,66, e no final R\$ 695,20. Os auxiliares de enfermagem com nível de 1º grau no início recebem R\$ 475,13; e no final R\$ 555, 57. Tais salários são acrescidos do dobro, em média, pelas gratificações e abonos, mas apenas enquanto o funcionário estiver na ativa. Vale dizer que o salário dos profissionais de nível superior é o mesmo; contudo a exigência de carga horária (32 horas semanais) é maior para o enfermeiro.

O salário médio pago a um empregado doméstico é de R\$ 370,00. Sendo assim podemos inferir que grande parte dessas mulheres trabalhadoras, além de trabalhar fora, ainda fazem as tarefas domésticas.

Alguns trabalhos têm apontado a forte participação feminina na composição da força de trabalho da enfermagem como um dos fatores que impedem a luta e conquista de melhores remunerações salariais (Machado, 1999).

A maioria dos profissionais entrevistados tem como regime de trabalho o modelo plantonista, com horário de 12 horas de trabalho e 60 horas de folgas semanais. O número de

auxiliares/técnicos de enfermagem trabalhando durante o dia é maior; entre os enfermeiros não há diferença, sendo importante destacar que estes últimos predominam no trabalho como diaristas (que é um horário fixo, geralmente de seis horas por dia com folgas aos finais de semana. Embora haja um número fixo de horas semanais a serem trabalhadas, o regime de horário varia de acordo com o setor de atuação. Geralmente nas enfermarias as equipes trabalham 12 horas e folgam 60 horas; nas funções de chefia de enfermagem o regime de trabalho é diarista e em setores com pouca ou nenhuma demanda de trabalho nos finais de semana e à noite os profissionais de enfermagem atuam num regime de 12 horas diárias de trabalho, com 36 horas de descanso e folga aos finais de semana e feriados. Entretanto, a busca por complementação salarial faz com que muitos desses profissionais tenham outros vínculos empregatícios ou façam horas extras de trabalho. Neste sentido, destaca-se que 59% dos técnicos/auxiliares de enfermagem possuem mais de um vínculo empregatício (apenas um profissional tem mais outros dois vínculos); mais da metade dos enfermeiros 69,8% trabalham em outro local além do hospital investigado (57,1% em um vínculo e 12,7% em mais dois vínculos empregatícios). Não constatamos diferença estatisticamente significativa. (p-valor=0,196)

Tabela 8: Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o número de vínculos empregatícios além do hospital investigado

Número de vínculos empregatícios (N=180)	Técnico/auxiliar		Enfermeiro	
	N	%	N	%
Nenhum	48	41,0	19	30,2
Mais de um	69	59,0	44	69,8

Várias vezes ouvimos profissionais dizendo em tom de brincadeira, a colegas que tinham outros vínculos empregatícios: “*Você ainda tem marido?*”; “*Sua família ainda te reconhece?*”; “*you ainda sabe o caminho de casa?*”. Durante o trabalho de campo, um profissional de enfermagem disse que certa vez saiu tão cansado do trabalho que deixou o carro no

estacionamento e voltou de ônibus para casa, uma vez que não tinha a menor condição de dirigir um automóvel. Duas entrevistas foram realizadas no vestiário e causou-nos uma certa impressão constatar a imensa quantidade de coisas que as pessoas guardavam nos armários. Numa outra ocasião, ao tentarmos marcar uma entrevista, perguntamos em que plantão a pessoa estaria. Ao que ele respondeu: *“deixa-me ver... já nem sei mais quem eu sou. (notas do diário de campo)*. O profissional se fazia essa pergunta em decorrência da prática oficiosa de troca de plantões entre os profissionais, que em algumas situações faz com que alguns destes trabalhem 24 ou até 36 horas seguidas.

Isto nos faz pensar sobre as relações familiares, o lazer e a qualidade de vida desses profissionais que vivem de um trabalho a outro.

Muitos revelaram estar fazendo outro curso profissionalizante. Os enfermeiros, em busca de uma profissão com menor desgaste emocional, maior status social e melhor remuneração. Os auxiliares/técnicos de enfermagem, aspirando a um curso superior, geralmente de enfermagem, nutrição, fisioterapia ou serviço social. A busca por qualificação dentro da própria profissão, conforme discutido anteriormente, é desmotivada pela inexistência de um plano de carreiras que contemple a ascensão de cargos e acréscimo de remuneração.

Muitos acabam se acomodando à rotina. Isto, a nosso ver, interfere na qualidade da assistência prestada. No trecho que se segue podemos perceber uma visão crítica por parte da equipe de enfermagem:

Acho que a gente se enquadra nesse esquema das instituições de trabalhar a questão de quantidade muito mais do que a qualidade. Ou então, às vezes, quando a gente tem chance de trabalhar qualidade, quando há essa possibilidade em que a enfermaria tem um número menor de crianças, essa coisa toda, a gente acaba se envolvendo com outras coisas que não aquilo que a gente poderia estar cuidando. Há um desinteresse, não sei nem se é área de competência da enfermagem, mas como cuidamos da assistência 24 horas, acho que é assim, acho que perdemos essa grande oportunidade... (Técnico/Auxiliar4)

Um estudo sobre o imaginário da equipe de enfermagem frente à dor de recém nascidos hospitalizados em uma unidade de tratamento intensivo demonstrou que o estresse profissional e o ambiente interferem no cuidado prestado por estes profissionais. Neste sentido, além de humanizar o cuidado com o recém nascido, pergunta se não deveria ser implementada uma política de humanização para a própria equipe de enfermagem (Christoffel, 2002).

Uma pesquisa bibliográfica buscou diferenciar os termos estresse e *burnout* e estabelecer uma relação destes com o trabalho da enfermagem. Enquanto a primeira expressão se tornou popular, principalmente através da difusão em diferentes meios de comunicação, a segunda vem sendo recentemente colocada em discussão (Murofouse et al., 2005). O *burnout* é expresso por um sentimento de fracasso e exaustão, acometendo principalmente profissionais que trabalham em contato direto com as pessoas (Carlotto e Gobbi *apud* Murofouse et al., 2005).

Uma reflexão sobre a enfermagem e o cuidado humano destaca a temática do meio ambiente físico (instalações adequadas, equipamento e material suficiente e de qualidade), administrativo (apoio técnico e material da instituição) e social (relações equipe de enfermagem-cuidado/ equipe de enfermagem-outros profissionais) como inerentes ao processo de cuidar. Para que tais condições sejam garantidas, é necessário que as enfermeiras entendam o significado do cuidado e o usem como poder para garantir um ambiente propício (Waldow, 1998). Concordamos com essa autora, no sentido de que as dificuldades institucionais não podem imobilizar os profissionais de enfermagem. Muitas vezes estes (em especial os enfermeiros), com a desculpa das dificuldades, acabam por se conformar em não prestar o atendimento necessário aos clientes.

Contudo, é o próprio depoimento de uma enfermeira, em uma mensagem espontaneamente escrita no final do questionário, que nos aponta um desafio para esta pesquisa e para a enfermagem:

Desejo que sua pesquisa ajude colegas nossos na rotina do dia-dia, olhando diferentemente aquele ‘ serzinho’ que com o olhar ou comportamento quer dizer muito... basta alguém enxergar (Q17, enfermeira)

Constatamos, durante o trabalho de campo, que muitos profissionais de enfermagem demonstram pouco reconhecimento dos seus direitos como cidadãos, desconhecem as Leis ou as consideram como algo acima de sua possibilidade de gerenciamento e influência. Neste contexto, como podem reconhecer a criança como sujeito de direitos, se não têm uma participação ativa na garantia dos seus próprios?

#### **4.4.3. Fragmentação da assistência: enfermagem 24 horas?**

Uma das conseqüências mais graves das condições de trabalho da equipe de enfermagem, segundo nossa análise, é a fragmentação da assistência de enfermagem prestada à criança e à família. Esta “quebra” da integralidade da assistência se dá no momento da troca de turnos e na distribuição, entre os diferentes profissionais de enfermagem, do cuidado à criança e à família.

Embora os discursos e representações apontem a enfermagem como a categoria profissional que está “24 horas” junto ao paciente, na realidade o funcionamento em turnos (geralmente os plantões são de 12 horas de trabalho e 48 ou 36 horas de descanso) leva a uma descontinuidade no processo de trabalho. A continuidade do atendimento é garantida pela chamada “passagem de plantão” e/ou pelos registros no Livro de Ordens e Ocorrências e no prontuário da criança. Como veremos em outro capítulo, os registros nem sempre são lidos e/ou escritos de forma adequada.

A passagem de plantão acontece de modo diferenciado em cada instituição e entre os diferentes plantões. Nem sempre todos os profissionais participam dessa passagem, e muitas

vezes ela é feita de Enfermeiro para Enfermeiro e de Auxiliar para Auxiliar de Enfermagem, indicando uma hierarquia que pouco ajuda na prestação de serviços de maior qualidade e de forma integral.

Também as relações entre categorias profissionais são delicadas. Os profissionais que atuam nos turnos da noite parecem receber menos apoio

... À noite não... Durante o dia, provavelmente, parece que o pessoal do dia até tem uns contatos, mas parece que a relação também não é muito boa da enfermagem com o serviço social. Que eu saiba, com a própria psicologia, com terapeuta ocupacional, parece que as relações não são muito boas... (Técnico/Auxiliar 4)

Aqui no hospital eu sou plantonista SN [serviço noturno]. Então na realidade eu não tenho muito contato com o Serviço Social, não tenho muito contato com esses outros profissionais que também atuam nessa situação [de atendimento à violência familiar]. (Enfermeira 4)

Contudo, os próprios profissionais da noite às vezes se acomodam a essa situação. Muitos dizem preferir trabalhar à noite para ter menos contato com a chamada “rotina” hospitalar. O depoimento de uma enfermeira do dia nos sinaliza que, mesmo a *rotina da noite* sendo diferente do plantão diurno, existem situações cotidianas e emergenciais nas quais é necessária e possível uma intervenção imediata da equipe de enfermagem, sem esperar que o dia amanheça para que a criança seja protegida.

À noite, por exemplo, acontece um ocorrido à noite. Uma vez pegaram uma criança aí... e era... suspeita de violência sexual, aqui dentro. O pai estava cometendo... não é? Então, assim, eu não estava aí, tinha um... tinha dois médicos, tinham dois enfermeiros no plantão, uma equipe de enfermagem enorme, de auxiliares, e ninguém notificou. (Enfermeira 3)

Na distribuição das atividades assistenciais, constatamos, nos três hospitais pediátricos investigados, que predomina a distribuição de acordo com as ações e o número de crianças e profissionais envolvidos. Assim sendo, geralmente dois auxiliares/técnicos de enfermagem ficam com os chamados “cuidados” (que são ações como verificação de sinais vitais, punção de acesso

venoso, pesagem, curativos, nebulização, algumas medicações e registros) e um técnico/auxiliar de enfermagem fica com o preparo e a administração de medicamentos. Aos enfermeiros cabe: supervisionar os técnicos/auxiliares de enfermagem, registrar as ocorrências com equipe e crianças, aprazar as prescrições médicas, realizar alguns procedimentos mais complexos junto à criança, suprir as necessidades de recursos materiais e fazer escala de distribuição de tarefas com os demais membros da equipe de enfermagem.

Assim, a assistência prestada à criança se dá por ações e não de forma holística e integrada como preconizam as referências científicas da saúde da criança. A família e a criança ainda são vistas como *objetos* destas ações e não como *sujeitos do processo saúde/doença*. Um grande número de profissionais acaba tomando contato com a criança, dificultando a formação de vínculo, tão especial para crianças e famílias em situação de violência na família.

Em nossa análise, a assistência de enfermagem nos hospitais investigados, embora estes tenham a presença da família (pais/acompanhantes) durante a hospitalização da criança, caracteriza-se pela predominância da *abordagem biomédica ou centrada na patologia da criança*, que é definida como aquela que enfoca basicamente a assistência à criança portadora de uma determinada patologia, sinal ou sintoma e precisa de cuidados profissionais. Nesse modelo, o esforço da equipe de saúde concentra-se na obtenção de dados referentes aos problemas de saúde da criança e na aplicação de medidas terapêuticas, deixando em segundo plano os aspectos referentes ao desenvolvimento da criança, o impacto da hospitalização na criança e sua família e o papel desta no processo saúde/doença (Elsen e Patrício 2000)

No próximo capítulo discutiremos a atuação da enfermagem na atenção à criança vítima de violência familiar e aprofundaremos a temática da fragmentação da atenção oferecida, por estar intrinsecamente relacionada ao modo como a equipe de enfermagem assiste essa criança.

## **CAPÍTULO 5**

### **Atuação da equipe de enfermagem frente à violência contra crianças e adolescentes**

Neste capítulo analisaremos o atendimento prestado pela equipe de enfermagem às crianças vítimas de violência familiar. Como foi discutido no capítulo anterior, consideramos que o perfil da equipe de enfermagem, as condições de trabalho e a formação profissional interferem no atendimento prestado às crianças em contexto de vitimização familiar.

Com base no referencial teórico deste estudo, definimos como atuação da equipe de enfermagem frente às situações de crianças vítimas de violência na família, todo o processo de atendimento: identificação, intervenção, seguimento, avaliação e encaminhamentos. Entendemos que esse atendimento deve ser feito de acordo com os princípios do SUS e compreendendo ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde das crianças e suas famílias.

Entretanto, constatamos que a atuação da equipe de enfermagem nos hospitais estudados está basicamente voltada para a identificação e encaminhamento informal das situações de suspeita de violência familiar contra a criança, como será visto ao longo deste capítulo. Como já foi analisado anteriormente, a atuação da equipe de enfermagem se dá de forma fragmentada e sem distinção clara das atribuições de cada profissional que compõe a equipe.

A assistência de enfermagem está mais voltada para o “tratamento” dos danos gerados pela violência. A prevenção da violência, a proteção contra a revitimização e a promoção de vínculos saudáveis da criança e da família ainda é pouco valorizada no processo assistencial. Desta forma, neste capítulo enfocamos como categorias de análise: prevenção, identificação, intervenção, encaminhamento e fragilidades do atendimento.



Vale ressaltar que neste capítulo, várias questões que se referem à atenção prestada às crianças vítimas de violência foram respondidas por um número reduzido de profissionais de enfermagem: apenas 63 profissionais já realizaram ações para crianças vitimizadas pela família.

### **5.1. A enfermagem e a prevenção da violência familiar contra a criança: “prevenção”?**

Em geral, os profissionais de enfermagem entrevistados, ao ser questionados sobre a possibilidade de se prevenir situações de violência familiar contra a criança, se “assustavam” e devolviam a pergunta: “*prevenção*”?

Embora os hospitais estudados caracterizem-se como espaços secundários e terciários de atendimento, considera-se a possibilidade, de acordo com a literatura, de efetuar os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Leavel; Clarck, 1977; Assis, 1995).

A expressão verbalizada em vários depoimentos: “*é complicado prevenir*” demonstra a dúvida de alguns enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem entrevistados acerca das possibilidades de se prevenir a violência familiar contra criança no âmbito hospitalar. Essa idéia baseia-se na concepção do hospital como espaço curativo e de que a violência é algo muito amplo, difícil de prevenir em ações isoladas. Como nos demonstra o depoimento que se segue:

Que a dificuldade do externo não vai ser extinta. Então se essa família estiver bem estruturada desde o bebezinho que chegou pra gente aqui, na pediatria(...) Geralmente os profissionais só querem tratar o problema que está ali no momento. É pneumonia, ou é diarreia, ou é maltrato físico, quem bateu e pronto! (Enfermeira 1)

A maioria dos entrevistados mostra dificuldade em realizar uma análise mais dinâmica e ampliada do contexto que propicia a violência e dos aspectos individuais que cercam cada caso. Ora se detêm num pólo do problema, ora em outro.

Eu não sei se a gente vai poder prevenir a violência, porque é uma coisa muito macro, assim, a meu ver. Mas, acho que a gente pode identificar alguns... suspeitar de algum tipo de relacionamento, não é? (Enfermeira 6)

Eu sempre penso no lado político. Acho que... a política... os políticos poderiam proporcionar uma melhor condição de vida aos pais... A gente sabe que muitas das vezes há dificuldade financeira. Isso pode interferir no emocional da pessoa... É... agora, não me ocorre nada, assim. (Enfermeira 3)

Tenho dúvidas [sobre a possibilidade de prevenir a violência contra crianças]. Eu não sei. Tenho dúvidas porque na hora do estresse a pessoa se descompensa completamente. E com muito diálogo, de repente, dando condições sociais para ela ficar menos agressiva. (Técnica/auxiliar 3)

Percebemos que, diante dos problemas estruturais (econômicos, políticos e sociais), a equipe de enfermagem se sente impotente, demonstrando pouco envolvimento com a construção da cidadania e da democracia. Este é um reflexo de uma sociedade cuja participação coletiva de forma democrática ainda é muito recente e frágil. Políticos são vistos como aqueles que deveriam dar soluções; e os cidadãos, como aqueles que nada podem fazer em relação aos problemas sociais e muito menos em relação aos políticos. Desta forma, o discurso dos profissionais de enfermagem muitas vezes nos parece impregnado de culpabilização da família ou da situação de pobreza na qual ela se encontra. Geralmente a pobreza é vista como resultado da ignorância das famílias, e muito raramente como resultante de um processo histórico-social-político- econômico gerador de uma brutal desigualdade social.

Ah, isso daí é uma cadeia muito grande. Vem de educação... vem de... de pessoas pobres, sofrem muito, se alcoolizam e... e são violentas. Eu acho que a pobreza é a mãe disso tudo, dessa violência... (Técnica/auxiliar 1)

É difícil, porque eu penso assim porque é uma coisa, eu penso no contexto em geral, a gente está vivendo um momento muito complicado; sinceramente às vezes eu fico pensando, eu vejo muita pobreza, muita falta de educação, mas educação no sentido do estudo mesmo da coisa, as pessoas estão muito entregues a coisas que não prestam... que não prestam, eu penso numa criança pobre que vive numa comunidade carente, o que ela vai...? Se essa criança não estuda (Enfermeira 6)

Realidade semelhante foi encontrada em estudo realizado com enfermeiros de um hospital da Bahia, no qual os entrevistados apontaram a causa social como fator precipitante da violência intrafamiliar (Cardoso et al., 2006).

Apesar dessa visão pouco elaborada sobre prevenção da violência e do contexto social que a propicia, os profissionais de enfermagem apontam algumas ações de prevenção que, na visão deles, podem ser realizadas no ambiente hospitalar: orientação da criança, família e equipe e promoção do vínculo entre os pais (família) e a criança.

### **5.1.1. Orientação**

Em praticamente todas as entrevistas gravadas a orientação à família emerge como uma ação cotidiana da enfermagem. Tanto no que diz respeito à interação com a criança, quanto aos cuidados que a ela devem ser prestados. Contudo, concluímos que a idéia de orientar os pais se dá ainda de forma vertical, entendendo-os como sujeitos passivos, com poucos conhecimentos e com muitas atitudes inadequadas. Em nossa análise, seria necessário que a enfermagem discutisse modelos pedagógicos mais participativos, que incluíssem a família como sujeito do processo educativo.

Eu acho que é possível prevenir. Se todo profissional, desde o que pega na puericultura, começasse a orientar os responsáveis sobre o cuidado, e o porquê desse cuidado, o afeto, o vínculo que se deve estabelecer entre esse pai, não é só mãe, não pegar só a mãe e o pai ficar excluído... (Enfermeira 1)

Nos ambulatórios, acho que é mesmo a fala, de dar palestras, estar falando porque as mães às vezes, isso me passa também, elas às vezes têm medo de falar. Inclusive essa menina disse... essa adolescente falou: “ Eu não posso falar a verdade porque o homem vai me matar”, a avó também, entendeu? Então eu acho que assim, tem que ser mais assim em ambulatório mesmo. Quando for para puericultura, para consulta, para vacina, estar chamando com cartazes. Fazendo orientação mesmo, dando as fontes de contato, de denúncia. (Enfermeira 7)

Sempre a gente orienta. Não é só no ambulatório que eu atuo. Aqui na Pediatria, a gente não deixa, a gente observa quando uma criança vai ao banheiro sozinha. Uma criança de uma determinada idade. Até a maior... -“Mãe, acompanhe ao banheiro, nunca deixa, você não sabe quem pode estar lá.” (Técnica/auxiliar 2)

Constatamos ainda ser necessário um envolvimento maior da enfermagem no que diz respeito às orientações sobre interação dos pais com a criança e formas não violentas de disciplina. Nos questionários quantitativos incluímos uma questão referente ao profissional ter orientado os pais sobre práticas de disciplina infantil, que não agressão física e psicológica. A maioria dos que já atenderam crianças vítimas de violência familiar realizou esta atividade (56%). Não houve diferença significativa entre a realização de orientações por parte de técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros (tabela 9).

Tabela 9: Distribuição da equipe de enfermagem de acordo com relato de práticas de disciplina de crianças, que não agressão física e psicológica

Orientação dos pais	Profissionais de enfermagem	
	N	%
Sim, muitas vezes	9	15,3
Sim, poucas vezes	24	40,7
Nunca	26	44,0
Total	59	100,0

### 5.1.2. A promoção do vínculo dos pais com a criança

A promoção do vínculo dos pais com a criança, em nossa análise, é um item bastante importante na prevenção da violência contra a criança, em especial no contexto da hospitalização infantil, pois muitas vezes os pais, no decorrer da internação, acabam por “desistir” da criança hospitalizada e começam a diminuir a sua presença no hospital. Além disso, considerando o vínculo familiar como necessário ao desenvolvimento biopsicosocial da criança, percebemos que se trata de um aspecto que precisa ser examinado caso a caso. Há situações extremas em que o agressor deve ser afastado da criança; mas, nesse caso,dever-se-iam encontrar outras pessoas,

dentro ou fora da família, que pudessem estabelecer com ela um vínculo familiar. Uma de nossas entrevistadas pontua:

A inclusão do pai no acompanhamento da criança, a inclusão do irmão. Às vezes tem um irmão mais velho. Porque que só a mãe tem que trazer [para a consulta]. Porque esse irmão que às vezes não está trabalhando, não pode trazer para entender como a família deve funcionar? (Enfermeira 1)

Algumas vezes a família é desqualificada como negligente, acusada de abandonar as crianças nos hospitais ou de faltar às consultas pediátricas marcadas, mas os profissionais frequentemente não se dão conta das dificuldades da família para acompanhar as crianças. Muitas vezes as mães/acompanhantes ficam dependendo da boa vontade do pediatra que atendeu à criança para conseguir um comprovante de comparecimento à consulta da criança e justificar a ausência ao trabalho. O medo de perder o emprego é uma constante nas famílias de crianças com problemas de saúde.

Na pediatria está sempre atento..., tentar marcar uma consulta com a mãe, uma consulta com o pai, dar o comprovante do comparecimento, perguntar... entender mais a dinâmica da família. (Enfermeira 1)

Dentre os poucos (23 técnicos/auxiliares de enfermagem e 29 enfermeiros) que responderam à questão relativa à orientação sobre a promoção do vínculo/ligação dos pais com a criança, a maioria (67,3%), sem distinção segundo categoria profissional, respondeu que nunca tentou promover o vínculo dos pais com a criança (tabela 10).

Tabela 10: Distribuição da equipe de enfermagem segundo o relato de promoção da ligação/vínculo dos pais com a criança

Orientação dos pais	Profissionais de enfermagem	
	N	%
Sim, muitas vezes	5	9,6
Sim, poucas vezes	12	23,1
Nunca	35	67,3
Total	52	100,0

Os pais/acompanhantes são vistos por alguns profissionais de enfermagem como “mão de obra” auxiliar nos serviços de atenção à criança. Consideramos que é necessário que a equipe de

enfermagem amplie a incorporação da família como sujeito ativo no processo de atendimento à criança. Algumas crianças têm internação prolongada ou reinternações frequentes, levando a permanência dos pais ou responsáveis na unidade hospitalar por períodos longos e cansativos. Não se questiona aqui a importância desse acompanhamento, tanto para a criança e os pais quanto para a própria equipe de enfermagem; contudo ressalta-se a importância de aprofundar a discussão acerca da integração da família aos cuidados e, muitas vezes, da necessidade de cuidar também da família.

Comumente a família acaba se sentindo como a principal responsável pelo cuidado à criança hospitalizada, chegando em alguns casos a delegar a outras mães esse cuidado quando precisa se ausentar do hospital.

Vou colocar meu uniforme de enfermeira [fala de uma mãe ao colocar o “roupão” de acompanhante] (nota do diário de campo).

É certo que a atuação dos pais/responsáveis em alguns aspectos relacionados ao cuidado com a criança é fundamental: por exemplo, no acompanhamento, na prestação de cuidados à criança durante a hospitalização, na manutenção da vacinação em dia ou na adesão ao tratamento. Entretanto, questiona-se o excesso de responsabilização dos pais durante a hospitalização. Estes, de certa forma, têm sido incorporados à força de trabalho de hospital. Entendemos que o acompanhamento é um direito dos pais e/ou responsáveis e que a obrigação dos cuidados com a criança e sua família, no contexto da hospitalização, tecnicamente é da equipe de saúde. Os pais e responsáveis podem até participar (desde que essa decisão seja voluntária e que estejam em condições físicas, psicológicas e técnicas) do cuidado à criança, mas sob a perspectiva da integração da família e sempre com o apoio e supervisão da equipe da enfermagem e outros membros da equipe de saúde.

### 5.1.3. Proteção da criança contra a revitimização familiar

A prevenção terciária da violência familiar contra a criança é caracterizada por ações que visem sua proteção, de forma a impedir a revitimização. A equipe de enfermagem ao ser questionada se já tentou proteger a criança vítima de violência familiar de maus-tratos posteriores através de medidas sociais e jurídicas, mostrou grande distanciamento em relação ao tema. Pouco mais da metade (50,8%) nunca realizou tal ação, sem distinção de categoria profissional (tabela 11).

Tabela 11: Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo relato de tentativa de proteger a criança de maus-tratos posteriores

Orientação dos pais	Profissionais de enfermagem	
	N	%
Sim, muitas vezes	16	24,6
Sim, poucas vezes	16	24,6
Nunca	33	50,8
Total	65	100,0

Neste sentido, cabe o alerta de uma enfermeira entrevistada:

Alguns retornaram com maiores agravos, outros mortos e pouquíssimos conseguiram o retorno sem intercorrências. (Q176, enfermeira)

Muitas vezes a demora em proteger a criança pode ser fatal. Foram relatados alguns casos em que a criança, quando chegou a ser hospitalizada, já era tarde, indo a óbito. Em outras situações, a procura de solução é muito demorada:

Em um caso de abandono e negligência, a criança continua no hospital, sem que o órgão competente decida o que vai ser feito. O tempo passa, a criança cresce e nada é feito. Nem em relação à possível adoção dessa criança por pessoas interessadas. (Q136, técnica de enfermagem)

Contudo, como podemos constatar na tabela acima (10) e em alguns depoimentos, muitas vezes os profissionais de enfermagem, de forma isolada ou institucionalmente buscam e

alcançam a proteção da criança, tanto durante a hospitalização, quanto nos encaminhamentos posteriores intra e interinstitucionais, tema discutido mais adiante.

Dentro do possível as crianças são internadas para oportunizar o desenrolar adequado. (Q89, enfermeira)

As crianças são hospitalizadas e muitas são atendidas pelo corpo de enfermagem e médicos (Q80, técnica/auxiliar de enfermagem)

## **5.2. Identificação das situações de violência familiar contra a criança: “O olhar atento da enfermagem?”**

Os três hospitais pediátricos estudados não possuem setor de emergência. Sendo assim, muitas vezes os sujeitos do estudo nos orientavam no sentido de que deveríamos fazer a pesquisa em um hospital conhecido por ter um dos maiores setores de emergência da América Latina. Insistimos em saber se, nessas três unidades cenários do estudo havia situações de violência familiar contra a criança. Aos poucos a realidade foi-se desvelando. Algumas vezes, no próprio setor onde o profissional dizia que não existiam pacientes vítimas de violência, constatamos casos já identificados pela própria equipe.

Não raro, em todas as três unidades víamos mães gritando com as crianças. Numa delas, bastava chegar à cantina para constatar a miséria social em que vive grande parcela da população atendida. Em outro serviço, era só chegar cedo e subir as escadas junto com as mães e crianças que buscavam atendimento.

Criança encontrada chorando e a mãe gritando com ela para que se calasse. [Nota do diário de campo]

Mãe relatou que funcionária da limpeza pediu para mudar o canal de televisão em que a criança estava assistindo a um programa infantil, para que ela [a funcionária] pudesse ver a novela. Prometeu à criança que depois esta voltaria a ver o programa. Só que quando a novela terminou o programa infantil também já havia chegado ao fim e a criança começou a chorar. (Nota do diário de campo)



Ao subir as escadas, o calçado da criança caiu. Como esta retornou para pegar, a mãe bateu na cabeça da criança, dizendo: “seu molenga, por sua causa vamos acabar perdendo a consulta.” (Nota do diário de campo)

Na cantina do hospital somos abordados por uma mãe com três crianças pequenas. Pede que paguemos um café, pois veio com os filhos numa ambulância e deverá aguardar até à tarde para retornar ao seu município de origem. Não tem dinheiro, e o hospital no momento não está fornecendo alimentação para as crianças que vêm para consulta ambulatorial. (Nota do diário de campo)

Desta forma, podemos dizer que ocorrem muitas situações de violência familiar e até institucional contra as crianças nas unidades hospitalares investigadas. Há casos que são identificados no decorrer da hospitalização da criança por uma outra causa (patologia ou lesão). Alguns casos de crianças vítimas de violência na família vêm referenciados de outras unidades de saúde. Dois dos hospitais investigados contam com espaços próprios para captação de vítimas de violência: têm ambulatórios com profissionais que são referências para o atendimento de crianças vítimas de violência no município do Rio de Janeiro.

Observando os dados quantitativos, constatamos que uma parte da equipe de enfermagem tem identificado crianças em contexto de violência familiar. Os enfermeiros se destacam neste aspecto: 69,5% já suspeitaram que alguma criança atendida no hospital em que trabalhava sofria violência familiar. Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, 50,9% nunca o fizeram (tabela 12).

Tabela 12: Distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com relato de suspeita da violência familiar contra criança

Suspeição	Técnico ou auxiliar	Enfermeiro	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Sim	52 (49,1%)	41 (69,5%)	93 (56,4%)
Não	54 (50,9%)	18 (30,5%)	72 (43,6%)
Total	106 (100,0%)	59 (100,0%)	165 (100,0%)

p=0.011

As possibilidades e capacidades da equipe de enfermagem para identificar as situações de violência familiar contra a criança estiveram presentes em todos os depoimentos de enfermeiros.

Os enfermeiros apontam a unidade de internação pediátrica como um espaço privilegiado para detectar alterações na dinâmica familiar devido principalmente à permanência dos pais durante a hospitalização.

Então, geralmente, o pai que abusa da filha ou a mãe que tem o comportamento de maltratar a criança em casa, ela também... Ela não vai conseguir inibir esse comportamento o tempo todo. Ela não vai conseguir mascarar isso. Então ela acaba mostrando, em alguns momentos, a personalidade dela. (Enfermeira 3)

Na clínica médica tem bastante internação que não interna às vezes pela violência, mas que no decorrer da internação, na primeira, segunda semana, você descobre que aquela criança sofre de algum abuso. (Enfermeira 7)

Nos depoimentos dos técnicos/auxiliares de enfermagem emergiram relatos de ocorrência de violência familiar contra a criança dentro das unidades hospitalares. Embora esses profissionais abordem a problemática como uma realidade com a qual têm que lidar, não explicitam o hospital como um ambiente propício para detectar tais situações. Neste sentido, estes profissionais parecem de certa forma alienados do seu processo de trabalho, entendendo-o como um conjunto de tarefas que devem ser cumpridas. É óbvio que a sobrecarga de trabalho, o número insuficiente de profissionais, a inadequada supervisão do enfermeiro, a falta de planejamento da assistência e o modo como esta é compartilhada pela equipe de enfermagem interferem neste processo.

Ao cuidar da criança, a equipe de enfermagem estabelece um contato próximo, podendo perceber sinais físicos e comportamentais de vitimização das crianças.

É... por ser enfermeira, então a gente tem um contato mais próximo com o corpo do paciente. A gente manipula muito o paciente. Então a gente acaba, no exame físico, no banho, no cuidado... Em uma troca de fralda, a gente acaba observando, fazendo análise, um exame físico completo. A gente acaba observando alguns detalhes. (Enfermeira 1)

Muitas vezes os auxiliares e técnicos de enfermagem são aqueles que prestam o cuidado mais direto ou próximo à criança e sua família.

Teve uma vez que a menina, uma auxiliar até comentou, pediu ao enfermeiro para olhar e foi caracterizado violência, abuso sexual. No banho, na hora dela fazer o banho, a criança estava sem a mãe naquele momento, ela achou no clitóris, anal [vesículas]. Aí ela chamou para averiguar e o enfermeiro: “È, realmente tem”. Chamou a equipe médica e era um caso [condiloma acuminado]. (Enfermeira 7)

Geralmente no ambulatório é o auxiliar que atende, que recebe os pacientes que vêm para procurar consulta, para procurar informação. (Técnica/Auxiliar2)

Neste sentido, foi preocupante a constatação de que a atuação do enfermeiro junto aos demais membros da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem) foi pouco enfatizada no depoimento dos enfermeiros. Em geral, em seus relatos, estes reconheceram o auxiliar de enfermagem como aquele que tem um contato mais direto com as crianças e como o grupo mais numeroso. Contudo, praticamente pouco se visualizou o compromisso do enfermeiro como líder e orientador dessa equipe e mais como um supervisor das ações dos auxiliares/técnicos de enfermagem. Neste estudo, partimos do princípio de que o enfermeiro deve atuar como líder da equipe, precisando estimular um diálogo contínuo com os auxiliares/técnicos, apoiá-los e habilitá-los para o reconhecimento dos indicadores de violência familiar contra a criança.

### **5.2.1. Sinais que fortalecem a suspeita de violência familiar contra a criança**

Foram relatados diversos sinais que levaram os profissionais de enfermagem a suspeitar que estavam diante de um caso de violência familiar contra a criança. Destaca-se a constatação de patologias e agravos que foram relacionadas como indicativos de que a criança sofreu violência por parte da família: desnutrição, queimaduras, fraturas, traumatismos, doenças

sexualmente transmissíveis (condiloma acuminado), desidratação, escabiose, pediculose e retardo no crescimento e desenvolvimento. Foram também enumeradas, como características físicas indicadoras de vitimização infantil: hematomas, manchas na pele, sangramentos, aparência da criança (precárias condições de higiene).

Tem os sinais que são mais evidentes. Às vezes você tem um hematoma, às vezes num lugar até visível. Ou então a mãe refere que caiu, que machucou, mas você não vê nenhuma lesão na área, de proeminência, nem nada. Às vezes a lesão não tem nada a ver com o local que a mãe está dizendo. E aí você começa a estar pensando. (Enfermeira 1)

Porque lá chega bastante caso de cauterização [de condiloma acuminado]. Também teve mais uma da ortopedia, uma mãe parece que espancou a criança, a criança foi... quebrou os ossos, quebrou braço, perna (Técnica/auxiliar 3)

Os profissionais de enfermagem referem também sinais menos evidentes, caracterizados muitas vezes como “*situações que estão nas entrelinhas*”, para as quais se faz necessário “*um olhar atento da equipe de enfermagem*”. Dentre estes destacamos: o relato da criança, mãe e familiar; a presença de contradições entre os relatos; a observação do comportamento da criança e do familiar que a acompanha durante a internação.

Muitas vezes a evidência não é física. Às vezes, de acordo com o relato dessa criança ou desse familiar ou desse responsável que trouxe essa criança na consulta pediátrica. Aí você vai estar investigando um pouco melhor essa dinâmica familiar, com quem essa criança mora. Se esse responsável teve contato com essa situação pela primeira vez ou se ele já suspeitava que pudesse estar acontecendo alguma coisa com essa criança antes disso. (Enfermeira 1)

Eu vejo assim, a criança, ela chega muito fragilizada, muito assustada. A gente chega assim próximo, assim perto, ela já se sente já acuada, estressada. Tudo bem que a gente sabe que a hospitalização causa aquele impacto, mas é um impacto diferente assim. Pelo menos é o que a gente nota. Às vezes a gente admite a criança, ela vem, esperneia um pouquinho, mas aí você brinca, conversa: Ah, você vai ficar aqui, a tia vai cuidar de você, você nota que no dia seguinte ela já está mais calma, já está mais tranqüila. Mas assim a gente nota que o relacionamento entre a família, entre o acompanhante é diferente, ela fica meio fragilizada, meio assustada. (Enfermeira 6)

O auxiliar de enfermagem, que faz ultimamente o serviço mais de recepção em ambulatórios, é que tem realmente a chance de identificar esses casos de

violência. O comportamento enquanto a espera de algumas outras consultas marcadas. A gente tem como observar o comportamento. (Técnica/auxiliar 3)

Alguns sinais mais subjetivos foram elencados pela equipe de enfermagem, em especial relacionados ao comportamento da criança (arredia em relação a estranhos, com medo dos pais, chorosa ao exame, com medo de voltar para casa). O comportamento dos pais ou responsáveis foi bastante enfatizado, algumas vezes sendo reportada a ocorrência da agressão contra a criança dentro da própria unidade de saúde, tendo como testemunhas a equipe, outros pais e crianças.

Então a gente vê que a criança, a mãe enfiava a mamadeira toda até a criança vomitar, esse tipo de coisa (...). Depois a gente começou a ouvir comentários e até mesmo ver que a mãe era agressiva demais, muitas vezes a mãe batia na criança aqui na enfermaria. Com certa violência mesmo, de bater na cara da criança. Então a gente começou a suspeitar que aquilo pudesse ser... aquelas manchas poderiam ter sido de maus-tratos, não é? De uma violência em casa. (Enfermeira 3)

O comportamento da criança... ela pode apresentar medo quando essa pessoa que a agrediu, quando ela se aproxima... quando ela está sozinha com essa pessoa, ela fica chorosa... isso tudo pode apresentar um sintoma, que ela esteja sofrendo violência. (Técnica/auxiliar 1)

A observação cuidadosa, para auxiliar a desvelar o ambiente que circunda a criança e o que está por detrás das lesões, foi relatada como fator importante em estudo realizado com enfermeiras do setor pediátrico de um hospital do Rio de Janeiro. (Oliveira, 2004)

A ação de identificação dos casos de crianças vítimas de violência familiar tem como pressuposto outras ações de enfermagem, de acordo com o relato dos enfermeiros: observação (criança, pais e dinâmica familiar), avaliação (“*parar e analisar*”), escutar e conversar (criança e família).

Então a gente não olha... não observa só o corpo. Presença de lesões. Mas também o comportamento da mãe, do pai, no caso. O acompanhante, às vezes não é o pai nem a mãe que faz agressão. É a tia que toma conta. Já tive casos aqui de tia que tomava conta da criança e que era o agressor. (Enfermeira 3)

Os auxiliares e técnicos de enfermagem, em geral, sinalizaram uma autonomia mais restrita com relação à competência técnica e hierárquica para identificação dos sinais de violência familiar contra a criança. Comumente, ao se depararem com uma suspeita, comunicam-na verbalmente ao enfermeiro ou ao médico do setor. Constatamos uma preocupação em não fazer uma definição ou avaliação precipitada que viesse a ocasionar preconceitos contra os suspeitos de agressão. Assim como os enfermeiros, os auxiliares/técnicos reconhecem a sua responsabilidade em detectar os casos e enfatizam sinais mais evidentes (físicos) e menos evidentes (comportamentais). Todavia, mostram elevado temor em se responsabilizarem pelo diagnóstico de violência familiar, repassando essa responsabilidade para os enfermeiros e demais profissionais da equipe médica .

Na minha opinião, tem que ser muito avaliado, muito bem investigado. Não pode só olhar para o responsável e achar que ele esteja cometendo uma lesão, alguma coisa. Já vai comprometer a integridade daquela pessoa. Pode denegrir a imagem, essas coisas todas. Então tem que ser muito bem analisado pra não chegar à... Como é que se diz? Culpar uma pessoa, que às vezes não tem realmente aquela culpa. É... ou foi uma assadura, ou foi um esbarrão... Então tem que se ter certeza, para poder chamar a assistência. A assistente social, pra poder ir pra justiça. (Técnica/Auxiliar 1)

Então o auxiliar, com a experiência profissional que tem da enfermagem em ver um comportamento das crianças, da família, o auxiliar tem competência sim. Não para diagnosticar, mas, como eu posso dizer pra você? Tentar identificar e tentar passar para o profissional, no caso o médico, para uma consulta. (Técnica/Auxiliar 2)

Por uma questão hierárquica, não diria ética, porque eu também sou de uma profissão regulamentada por lei, apesar de ser auxiliar de enfermagem, o que ocorre é o seguinte: é que a gente nunca pode afirmar se há ou não essa questão da violência quanto à criança. (Técnico/Auxiliar 4)

### 5.3. Diagnóstico e perfil dos casos de crianças vítimas de violência familiar atendidos pela equipe de enfermagem

A expressiva maioria de profissionais de enfermagem (68,4%) informa que, individualmente nunca diagnosticou casos de crianças em situação de violência familiar no hospital em que participou da pesquisa (tabela 13).

Tabela 13: Distribuição da equipe de enfermagem no que se refere ao diagnóstico de crianças vítimas de violência na família

Diagnóstico	Profissionais de enfermagem	
	N	%
Sim	50	31,6
Não	108	68,4
Total	158	100,0

Os profissionais de enfermagem atenderam em média 6,61 crianças vítimas de violência na família em todas as faixas etárias, sendo que 26 profissionais atenderam, mas não foram precisos na quantificação dos atendimentos realizados. No total, 529 crianças foram atendidas e 80 profissionais que as atenderam especificaram o número de atendimentos.

A frequência de atendimentos no **período neonatal** (de zero a 28 dias) está apresentada na tabela 14. Foram 58 crianças, atendidas por 30 profissionais de enfermagem (apenas 43,3% dos profissionais que atenderam as crianças especificaram seu número de crianças). A média de crianças foi de 4,5 por profissional de enfermagem, sem distinção de categoria profissional. Isso se deve ao fato de os hospitais pediátricos só receberem bebês em circunstâncias especiais; geralmente os bebês são atendidos nas unidades neonatais ou nas maternidades onde nasceram. Este número, embora reduzido em relação ao total de outras faixas etárias, preocupa pela gravidade de a ocorrência de violência em um período de tão grande vulnerabilidade e dependência. A maioria (69,1%) dos profissionais de enfermagem nunca atendeu neonatos vítimas de violência familiar.

Tabela 14: Distribuição dos atendimentos da equipe de enfermagem de criança vítima de violência na família segundo faixa etária

Número de atendimentos	Profissionais de enfermagem	
	N	%
PERÍODO PERINATAL 0-28 dias (N=97)		
Nenhum	67	69,1
1-2 crianças	7	7,2
3-5 crianças	3	3,1
Seis ou mais crianças	3	3,1
Atendeu, mas não informa o número	17	17,5
LACTENTE 29 dias – 2 anos incompletos (N=106)		
Nenhum	40	37,7
1-2 crianças	31	29,2
3-5 crianças	8	7,6
Seis ou mais crianças	4	3,8
Atendeu, mas não informa o número	23	21,7
PERÍODO PRÉ-ESCOLAR 2 A 6 ANOS INCOMPLETOS (N=130)		
Nenhum	48	36,8
1-2 crianças	31	23,9
3-5 crianças	15	11,5
Seis ou mais crianças	11	8,6
Atendeu, mas não informa o número	25	19,2
PERÍODO ESCOLAR 6-12 ANOS INCOMPLETOS (N=108)		
Nenhum	54	50,0
1-2 crianças	20	18,5
3-5 crianças	8	7,4
Seis ou mais crianças	4	3,7
Atendeu, mas não informa o número	22	20,4

A maioria dos profissionais de enfermagem (62,3%) reportou ter atendido crianças vítimas de violência familiar no período etário **lactente**. O total de crianças atendidas foi de 120, e o número médio de crianças atendidas por profissional foi de 2,8 (apenas 65,2% dos profissionais que atenderam mencionaram o número de crianças).

O período **pré-escolar** (2 a 6 anos incompletos) foi o mais freqüente no relato dos profissionais de enfermagem, com 253 crianças atendidas. O número médio de crianças atendidas pelos profissionais é de 4,4 (a porcentagem de profissionais que atenderam e que especificaram o número foi de 69,5%).

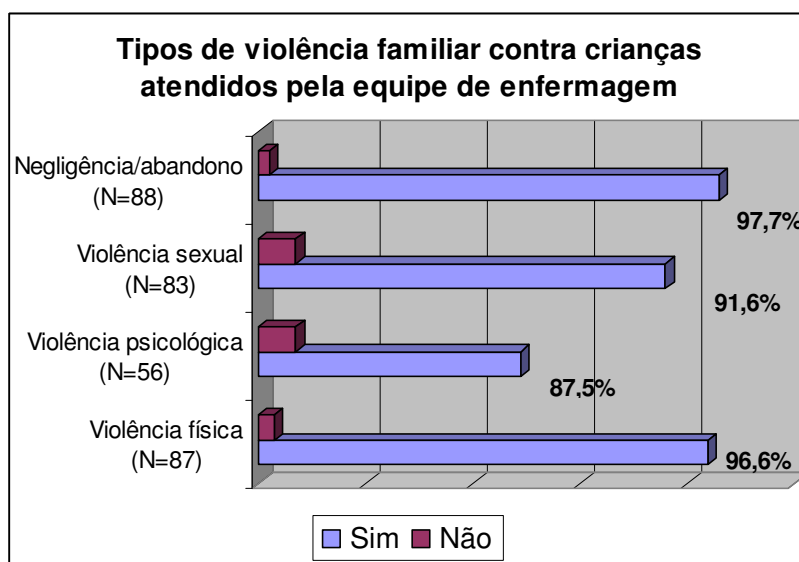
No período **escolar** 98 crianças foram atendidas, com média de 3,1 atendimentos por



profissional. Metade dos profissionais já atendeu a crianças dessa faixa etária vítimas de violência familiar. (mas apenas 59,3% dos profissionais que atenderam especificaram o número de crianças atendidas).

Quanto aos **tipos de violência** sofridos pelas crianças atendidas pelos profissionais de enfermagem, não houve diferença estatisticamente significativa nas duas categorias profissionais investigadas (gráfico 06). Violência física e negligência/abandono são as ocorrências mais presentes no cotidiano dos profissionais (96,6% e 97,7%, respectivamente), seguidas pela violência sexual (91,6%). Em último lugar está a violência psicológica, comumente menos detectada pelos profissionais e serviços de saúde, mas mesmo assim já identificada por 87,5% dos profissionais com experiência no atendimento à vítimas de violência.

**Gráfico 6**



Geralmente as diversas modalidades de violência são infligidas à criança de forma associada (Cunha, 1998). As modalidades de violência mais frequentemente atendidas variam de acordo com as características e especificidades dos serviços. Nos hospitais que são referência para atendimentos, são mais comuns os casos de abuso físico e sexual; em contrapartida, os

hospitais que não são referência tendem a diagnosticar mais freqüentemente os casos de negligência. Segundo os dados da Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (APAV, programa da SES/RJ que recebe notificações dos casos atendidos pelo setor saúde na rede estadual), a negligência é o tipo de violência notificado mais freqüentemente. Levantamento realizado num ambulatório da família no município do Rio de Janeiro apontou que, entre abril de 1996 e julho de 2003, foram atendidos 605 pacientes, vítimas de 819 abusos, distribuídos em: 29,4% abuso sexual, 28,1% abuso físico, 26% negligência e 16,5% abuso psicológico. As estatísticas de um outro serviço de referência apontaram que entre 1999 e 2006, os casos mais freqüentemente atendidos foram de abuso sexual (Cunha et al., 2006).

Quanto ao agressor, o pai foi reportado como agressor mais freqüente por 95,3% da equipe de enfermagem; a mãe, por 88,4%. Padrasto e/ou madrasta seguem em continuidade, com 82,5% dos profissionais informando que atenderam crianças maltratadas por pais substitutos (tabela 15). Foram citados outros agressores que já constavam das possibilidades de respostas contidas no questionário: avó/avô, marido da avó, padrasto e vizinho.

Tabela 15: Agressores mais freqüentes das crianças vítimas de violência familiar atendidos pela equipe de enfermagem

Agressor	Profissionais de enfermagem	
	N	%
Pai (N=64)	61	95,3
Mãe (N=69)	61	88,4
Padrasto e/ou madrasta (N=57)	47	82,5
Mãe e pai (N=55)	43	78,2
Outro membro da família (N=49)	34	69,4
Vizinho, amigo ou pessoa próxima sem relação de parentesco (N=48)	32	66,7
Irmão e/ou irmã (N=29)	11	37,9
Outros agressores (N=14)	5	35,7

#### 5.4. Intervenção: “na teoria a enfermagem pode fazer tudo... Mas na prática...”

A intervenção da equipe de enfermagem nas situações de criança vítima de violência na família aparece em vários depoimentos de forma muito inespecífica, com propostas gerais,

pouco articuladas com as orientações técnicas formuladas pelos especialistas da área e com as referências bibliográficas da enfermagem acerca da temática. Há uma observação geral de que: “*é complicado atender*”; “*a resolução não é imediata*”; “*é papel do serviço social*”. Tais atitudes são preocupantes, principalmente em relação aos enfermeiros, cuja formação é mais longa e específica e há muitos anos já incorpora a atenção à família como foco central na atuação do enfermeiro pediatra.

Por outro lado, cabe destacar que, muitas vezes, a formulação dos documentos dos órgãos governamentais (Manuais e Políticas, por exemplo) e as pesquisas das Universidades não contemplam a participação dos profissionais que estão nos serviços. Frequentemente, quando publicados, sequer chegam ao conhecimento do profissional que trabalha em hospitais. Boa parte da documentação acerca do atendimento às vítimas de violência está disponível para aqueles que têm acesso à Internet, reduzindo o alcance do tema a poucos profissionais, especialmente a poucos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Ressalta-se o esforço das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde na capacitação de profissionais para atendimento à criança e família em situação de violência e na constituição de uma rede de atendimento. Contudo, constata-se a necessidade de um esforço maior, tanto por parte dos órgãos governamentais quanto por parte das instituições formadoras e associações de classe, para inclusão dos profissionais de enfermagem de forma institucionalizada neste âmbito.

#### **5.4.1. Assistência à criança**

Na tabela 16 vemos, em ordem decrescente de frequência, as ações mais realizadas pelos profissionais de enfermagem na atenção à criança vítima de violência familiar: 62,3% do profissionais informam **muitas vezes** promover o bem-estar da criança, atendendo a suas

necessidades, ouvindo-a, aceitando-a e reforçando sua auto-estima; 55,6% buscam atenuar a ansiedade da criança vitimizada; 52,3% tratam das lesões físicas existentes; 46,4% conversaram com a criança, buscando avaliar seu estado emocional e comportamental; 36,5% realizaram exame físico da criança, visando a determinar a extensão das lesões e auxiliar nos procedimentos diagnósticos, e 28,3% já colheram material para exames laboratoriais.

É preocupante o fato de que 22,2% dos profissionais nunca realizaram exame físico, ação que deve ser realizada rotineiramente (em especial pelos enfermeiros) em todas as crianças e cujos dados devem ser registrados na folha de observação de cada uma.

Tabela 16: Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo ações de assistência à criança

Ações	Profissionais de enfermagem	
	N	%
PROMOVEU O BEM-ESTAR DA CRIANÇA, ATENDENDO A SUAS NECESSIDADES, OUVINDO-A, ACEITANDO-A E REFORÇANDO SUA AUTO-ESTIMA (N=77)		
Sim, muitas vezes	48	62,3
Sim, algumas vezes	27	35,1
Nunca	2	2,6
PROCUROU ATENUAR A ANSIEDADE DA CRIANÇA (N=63)		
Sim, muitas vezes	35	55,6
Sim, algumas vezes	19	30,2
Nunca	9	14,3
TRATOU AS LESÕES FÍSICAS (N=67)		
Sim, muitas vezes	35	52,2
Sim, algumas vezes	23	34,3
Nunca	9	13,4
CONVERSOU COM A CRIANÇA, PROCURANDO AVALIAR O SEU ESTADO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL (N=69)		
Sim, muitas vezes	32	46,4
Sim, algumas vezes	29	42,0
Nunca	8	11,6
REALIZOU EXAME FÍSICO DA CRIANÇA, VISANDO A DETERMINAR A EXTENSÃO DAS LESÕES E AUXILIAR NOS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS (N=63)		
Sim, muitas vezes	23	36,5
Sim, algumas vezes	26	41,3
Nunca	14	22,2
COLHEU MATERIAL PARA EXAMES LABORATORIAIS (N=60)		
Sim, muitas vezes	17	28,3
Sim, algumas vezes	15	25,0
Nunca	28	46,7

Um estudo realizado com enfermeiras de um hospital do Rio de Janeiro enfatizou aspectos importantes relacionados ao cuidar da criança vítima de violência familiar,

considerando que esta se encontra retraída e com dificuldades de se comunicar. Esse estudo indica a importância de conquistar a confiança da criança para poder se aproximar dela e acolhê-la com sensibilidade. A confiança e a empatia entre a criança e o profissional são fatores fundamentais para que ela se expresse e receba os cuidados necessários (Oliveira, 2004).

#### 5.4.2. Assistência à família: “Tentando chegar à família”

Embora as referências bibliográficas utilizadas na formação da equipe de enfermagem (em especial dos enfermeiros) indiquem que a assistência de enfermagem pediátrica deve se pautar pela abordagem centrada na família e na criança (Elsen; Patrício, 2000; Oliveira, 2004), constatamos o pouco envolvimento da equipe de enfermagem com a criança, os pais e a família. Chama a atenção que, ao serem questionados se haviam entrevistado a família para compreender a dinâmica familiar, a maioria dos profissionais (78,6%) afirma que nunca realizou tal ação (tabela 17). Também se nota a ausência comum de promoção de suporte aos pais (72,5%).

Tabela 17: Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo ações de assistência à família

Ações	Profissionais de enfermagem	
	N	%
ENTREVISTOU A FAMÍLIA PROCURANDO COMPREENDER A DINÂMICA FAMILIAR (N=56)		
Sim, muitas vezes	6	10,7
Sim, algumas vezes	6	10,7
Nunca	44	78,6
PROMOVEU ALGUM TIPO DE SUPORTE AOS PAIS. (N=51)		
Sim, muitas vezes	4	7,8
Sim, algumas vezes	10	19,6
Nunca	37	72,6

Além da dificuldade em incluir os pais/família da criança no cuidado de enfermagem, na intervenção de enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem frente aos casos, aparece de forma explícita a dificuldade em relação a como lidar com os agressores. Neste sentido, os depoimentos dos entrevistados ora acentuam a necessidade de encontrar alguma explicação para a causa da agressão; em outros momentos, emergem os sentimentos negativos dos profissionais

com referência aos agressores. Em nenhuma das três instituições investigadas, nenhum entrevistado verbalizou a existência de qualquer atendimento ao agressor ou encaminhamento deste a algum outro profissional. Apenas uma das depoentes relatou a existência deste tipo de atendimento apenas quando o agressor é criança.

Os entrevistados também mostram preocupação em não culpabilizar a criança e a família. Há, porém, o reconhecimento de que é difícil não julgar o agressor e de que este deve ser abordado com cautela.

Quando eu percebo alguma coisa diferente, eu entro naquela de tentar ajudar, que dá para fazer para tentar... ver se eu consigo me aproximar mais da pessoa. Eu vi que chamar atenção realmente não tem nada a ver, na minha experiência. Não surte um efeito bom, a gente acaba se distanciando ainda mais da situação, porque a pessoa se fecha e a gente perde... toda vez que ela nos vê, ela já toma cuidado com a gente... (Enfermeira 4)

Através das observações de campo, notamos que os serviços acabam afastando o agressor ou suspeito de agressão, às vezes com justificativas não diretamente relacionadas à situação de violência contra a criança.

Embora os depoimentos apontem a importância da atuação multidisciplinar, percebemos a pouca articulação entre os diferentes profissionais, tendo como conseqüências a falta de integralidade da assistência e o não retorno à equipe de enfermagem sobre a evolução dos encaminhamentos por ela realizados.

Neste sentido, apontamos o desafio de criar mais espaços de reflexão coletiva entre os diversos membros da equipe de saúde acerca da atuação cotidiana nas unidades de pediatria. A singularidade e a complexidade de cada situação de violência na família exige um serviço de saúde mais qualificado e reflexivo. Certamente, para que tais espaços de reflexão sejam criados não basta só sensibilização dos profissionais para um atendimento mais humanizado e de

qualidade. Também são necessárias outras providências, tais como: a valorização salarial, a manutenção de ambientes sadios de trabalho e o aporte suficiente de recursos materiais e humanos para as instituições.

As entrevistas qualitativas também indicaram que é muito importante dar mais atenção à criança e sua família e que a participação da enfermagem neste processo se dê de forma mais efetiva e respeitosa.

É complicado assim porque eu acho que a gente tem que saber chegar até a família. Muitas vezes a criança fica com acompanhante, na maioria das vezes é a mãe. E assim, às vezes você nota que naquele relacionamento tem alguma coisa que não está, não flui muito bem. Aí você tem que abordar com certa cautela, com calma. Mostrar boa vontade em ajudar. Estar colocando porque que você está aqui: olha, estou aqui para ajudar, vamos conversar. Mas às vezes as pessoas são muito fechadas e não têm como.... (Enfermeira 6)

Acho que muitos colegas ainda acreditam que isso é um papel do assistente social. (...) Então é assim: identificou aquela situação, eu vou chamar o assistente social e ele vai dar conta disso. Se a gente ainda tem isso do próprio posicionamento, enquanto enfermeiro, de achar que não é uma atribuição deles, de cuidar, assistir a essa criança, que essa parte não lhe compete. Imagine isso para ele estar passando para o auxiliar. (Enfermeira 5)

### **5.5. Encaminhamentos dos casos: “*Passando o problema adiante*”.**

Além da identificação, tratamento e avaliação, a equipe de enfermagem (principalmente o enfermeiro) deve encaminhar as situações de violência familiar contra a criança com as quais se defronta para outros profissionais especializados. A equipe precisa ainda participar de grupos multiprofissionais que trabalhem com a temática, de modo a nunca se omitir frente aos atos de violência contra a criança (Brêtas et al., 1994).

Em nosso estudo, os entrevistados relataram dois tipos de encaminhamentos: internos no próprio hospital, buscando outros especialistas para apoiar o atendimento ao caso; e os externos, para Conselho Tutelar e outros serviços.

Os encaminhamentos internos efetuados pela equipe de enfermagem, via de regra, ocorrem informalmente, chamando-se a assistente social e/ou a psicóloga ao setor para avaliação da criança e/ou família, ou relatando a suspeita ao médico para uma avaliação ou intervenção mais definitiva.

Normalmente a gente não encontra aqui à noite o staff das enfermarias. Mas a gente tem contatos com os residentes, porque eles são plantonistas. Os residentes dividem as crianças nas enfermarias. Então fica bem tranquilo, é bem próximo. A gente consegue colocar para o residente: “Essa mãe criou esse tipo de dificuldade ou criou aquela, tem que ver aquela, tem que ver como ela faz.” (Enfermeira 4)

O serviço social entrou em entendimento com o órgão de direito onde foram tomadas todas as medidas possíveis. (Q75, enfermeira)

Foram encaminhados ao serviço social para acompanhamento após a alta (Q6, enfermeira)

Um aspecto que interfere na formalização e qualificação dos encaminhamentos é a fragilidade do trabalho multidisciplinar. Em duas unidades não existe equipe multidisciplinar para atendimento às crianças vítimas de violência familiar e em uma unidade esta equipe foi constituída, mas aos poucos foi se desfazendo por conta da carência de recursos humanos. Todavia, persiste uma dinâmica interna de busca de diálogo entre os diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde.

No início nós formamos uma equipe de uma assistente social, de um pediatra, eu e a psicologia. Nos reuníamos para conversar sobre os casos. Esse acompanhamento também, eu já tinha essas pessoas de referência para estar encaminhando, se fosse da... problemática da área de pediatria ou da área de serviço social Só que isso durou muito pouco tempo por conta das pessoas saírem da unidade. Saiu a assistente social, saiu o pediatra que estava mais à frente. O que ficou foi só eu, na verdade, e a psicologia, mesmo a pessoa da época ainda continua até o momento. E aí embora... eu não tenha equipe, a gente não reúne, mas quando vem situações de violência tanto para mim, como chega, quando chega na psicologia, a gente faz essa troca, não é? E cada um reconhecendo o mesmo papel do outro, porque muitas vezes a natureza do problema é mais... afeta mais a área psicológica e precisa de fato desse acompanhamento na psicologia, porque aí ela vai avaliar se é individual ou se é em grupo que ela vai colocar essa



criança. Mas isso não suspende o acompanhamento com a enfermagem. (Enfermeira 1)

Ao serem questionados se buscaram compartilhar com outros membros da equipe de saúde, atuando de forma interdisciplinar frente aos casos de violência familiar contra a criança, constatamos que a maioria dos profissionais de enfermagem (86,6%) já havia realizado este procedimento (tabela 18).

Tabela 18: Distribuição da equipe de enfermagem no que se refere à atuação interdisciplinar nos casos de criança vítima de violência familiar

Atuação	Profissionais de enfermagem	
	N	%
Sim, muitas vezes	38	56,7
Sim, poucas vezes	20	29,9
Nunca	9	13,4

Apesar das fragilidades já relatadas do trabalho em equipe e de não nos ter sido possível avaliar a qualidade desse “*compartilhar dos casos*” com a equipe de saúde, consideramos que existe uma interação ainda que superficial e informal, entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais da equipe de saúde. Tal interação atende, ainda que parcialmente, ao que é proposto pelos manuais do Ministério da Saúde, (Brasil,2001a; Brasil 2002a) no que se refere à intervenção interdisciplinar frente às situações de violência familiar contra a criança.

Em praticamente todos os depoimentos de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, pode-se visualizar a importância dada à notificação ao Conselho Tutelar dos casos suspeitos e /ou confirmados de crianças vítimas de violência familiar. Das três instituições investigadas, o hospital 1 tem uma equipe de atendimento aos casos que efetua os encaminhamentos coordenada por uma enfermeira; no hospital 2, o encaminhamento fica a cargo do Serviço Social, mas tem uma certa tradição de trabalho multiprofissional; no hospital 3 há um

serviço de referência para atendimento a casos de crianças vítimas de abuso sexual, que não tem enfermeiro na equipe, mas tem uma auxiliar de enfermagem como referência.

Nas unidades em que o enfermeiro e/ou auxiliar de enfermagem atuam institucionalmente no atendimento à criança e a família em situação de violência, alguns depoimentos caracterizaram de forma mais direta, efetiva e qualificada o processo de **notificação ao Conselho Tutelar**.

Toda notificação, ela tem que ser feita pelo profissional que atendeu a criança, mas tem que ser assinada pelo diretor da unidade. Isso em qualquer lugar. O profissional não pode notificar direto. Se ele está na instituição, ele é o técnico que fez o atendimento e o diretor da Unidade assina ou o substituto do diretor da unidade. (Enfermeira 1)

Eu atendo sempre, não rotineiramente, todos os dias, mas os casos de violência já vêm encaminhados, porque eu trabalho na referência de violência do Hospital X. Os casos já vêm diretamente encaminhados. Existe a consulta, existe o exame físico, existe a investigação para a gente poder chegar à notificação que é feita pelo médico. E essa ficha de notificação a gente encaminha para a Secretaria Municipal de Saúde. A outra vai para o Serviço Social, que encaminha ao conselho tutelar... Eu passo as notificações de abuso sexual à Secretaria Municipal de Saúde. Quem passa os fax sou eu. (Técnica/Auxiliar 2)

Entretanto, durante o trabalho de campo nestas instituições, foi possível observar que o fato de haver uma pessoa de referência para a notificação e atendimento às crianças vítimas de violência na família, por um lado, possibilita aos demais membros da equipe de enfermagem e de saúde uma maior compreensão e sensibilização quanto à problemática; por outro lado, estes mesmos profissionais tendem a delegar a atuação, nos casos suspeitos ou confirmados, somente àquele profissional que é referência.

Certamente, é preciso haver em cada instituição um ou mais profissionais capacitados e de referência para o atendimento. Mas, ao mesmo tempo, é importante destacar que este

atendimento deve ser compartilhado entre os demais membros da equipe, para possibilitar uma atenção constante e interdisciplinar.

Os entrevistados relataram dificuldades em relação ao encaminhamento dos casos aos Conselhos Tutelares. Na fala dos auxiliares e técnicos de enfermagem, aparecem dúvidas quanto à identificação correta do abuso e do abusador e quanto à eficácia da notificação. Os enfermeiros apontaram fragilidades dos Conselhos Tutelares, os quais por falta de estrutura, algumas vezes demoram no atendimento à notificação e dificilmente dão um retorno à unidade de saúde a respeito do encaminhamento dado ao caso notificado.

Quando tem uma suspeita é muito difícil. A gente não sabe a quem recorrer. A gente recorre à assistente social. A assistente social tem que estar tendo aquela certeza. A burocracia é muito difícil. Às vezes a gente telefona anonimamente para o Conselho Tutelar. Poder estar atendendo ou averiguando se a criança tem uma doença reincidente, se a mãe está tratando bem ou onde ela mora, realmente é precário. Tudo isso é muito difícil de detectar. (Técnica/Auxiliar1)

Todo mundo já tinha visto alguma coisa e ninguém queria tomar atitude. Foi nesse caso que eu botei a notificação e até hoje não recebi nenhum respaldo. Aí você não consegue ligar para o conselheiro, aí você não consegue falar com o Conselho. O fax do Conselho não é do Conselho. O fax é da Região Administrativa. Aí você depende da RA. Levar, encaminhar esse fax. A gente enfrenta muitos problemas. Eu não vejo essa atuação. Nem eu mesma atuo de uma forma eficaz, eficiente, com essas crianças. Eu tento buscar essa parceria e não encontro. (Enfermeira 3)

Na tabela 19, são apresentadas várias instituições reconhecidas pela equipe de enfermagem como parceiros nos encaminhamentos em casos de crianças vítimas de maus-tratos. O Conselho Tutelar foi o mais reconhecido como importante para ajudar ou ser notificado no caso de suspeita /confirmação de crianças vítimas de violência familiar por 98,8% dos profissionais. Seguem em frequência a Vara da Infância e Juventude, o SOS Criança, a Polícia e o Disque Denúncia. Vale destacar que a escola foi a menos informada pelos profissionais (71,3%), indicando o afastamento historicamente existente entre os serviços de saúde e as

instituições públicas de ensino. Outras instituições mencionadas foram os serviços de comunicação (mídia), a Delegacia da Criança e do Adolescente, a Secretaria Municipal de Saúde e seus programas de atenção integral a saúde, hospitais e postos de saúde, o setor de serviço social, provavelmente ligado à Secretaria de Assistência Social, e pessoas voluntárias.

Tabela 19: Informação da equipe de enfermagem sobre os órgãos que podem ajudar ou devem ser notificados no caso de suspeita/confirmação de crianças vítimas de violência familiar

Instituições	Profissionais de enfermagem	
	N	%
Conselho Tutelar (N=161)	159	98,8
Vara da Infância e da Juventude (N=139)	130	93,5
SOS Criança (N=119)	106	89,1
Polícia (N=95)	79	83,2
Disque Denúncia (N=102)	81	79,4
Escola (N=80)	57	71,3
Outras instituições (N=26)	15	57,7

Um total de 80,6% dos profissionais de enfermagem, sem distinção de categoria profissional, nunca fez notificação de maus-tratos para as autoridades competentes (tabela 20), mostrando pequena participação de profissionais. Outros 8% realizaram um só notificação durante todo o tempo em que trabalharam no hospital que fez parte da pesquisa.

Tabela 20: Distribuição dos profissionais segundo notificação às autoridades competentes de criança vítima de violência familiar nos hospitais pesquisados

Número de notificações	Profissionais de enfermagem	
	N	%
Nenhuma	71	80,6
Uma vez	7	8,0
Duas vezes	5	5,7
Três a dez vezes	5	5,7

Apesar deste pequeno percentual da equipe que notificou, cabe destacar que 97,4% (tabela 21) declararam que o enfermeiro/técnico/auxiliar de enfermagem devem comunicar os casos (suspeitos ou confirmados) à chefia ou ao serviço social do hospital, tornando a notificação coletiva e institucional. Atitudes individuais como notificação somente dos casos confirmados

ou de *todos* os casos (sejam eles suspeitos ou confirmados) foram mencionadas por 38% e 33,8% dos profissionais, respectivamente.

Tabela 21: Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a conduta que assumem frente as crianças vítimas de violência familiar

Conduta	Profissionais de enfermagem	
	N	%
O enfermeiro/auxiliar/técnico de enfermagem deve comunicar os casos (suspeitos ou confirmados) à chefia ou ao serviço social do hospital, tornando a notificação coletiva e institucional (N=151)	147	97,4
O enfermeiro/auxiliar/técnico de enfermagem deve notificar <i> pessoalmente </i> às autoridades competentes os casos em que a prática de violência seja confirmada (N=71)	27	38,0
O enfermeiro/auxiliar/técnico de enfermagem deve notificar <i> pessoalmente </i> às autoridades competentes todos os casos (suspeitos e confirmados) (N=71)	24	33,8

### 5.6. Fragilidades da equipe de enfermagem ao atender crianças e suas famílias em situação de violência

Conforme referimos anteriormente, a assistência prestada pela equipe de enfermagem às crianças vítimas de violência familiar nos cenários deste estudo, está mais centralizada na identificação e no encaminhamento dos casos. Um estudo qualitativo realizado com 12 enfermeiros de um hospital na Bahia também constatou que esses profissionais não participavam do processo de acompanhamento dos casos de crianças vítimas de maus-tratos, limitando-se à identificação e encaminhamento destes. Contudo, as autoras assinalam que essa realidade é observada também em outras categorias profissionais (Cardoso et al., 2006).

Enfocaremos agora algumas ações que consideramos fundamentais na atuação da enfermagem frente a esta problemática: avaliação das ações, registros dos dados e seguimento da criança vítima de violência após a alta. Em nosso trabalho de campo, constatamos que essas ações constituem ainda em desafios para a profissão, pois são realizadas de forma pouco

sistematizada, efetiva e eficiente, levando a uma desqualificação da assistência prestada pela equipe de enfermagem.

#### **5.6.1. Avaliação: O primeiro passo para planejar e sistematizar a assistência**

A avaliação é uma ação que deve permear a atuação da equipe de enfermagem, (principalmente do enfermeiro) em todas as etapas do processo de atenção. É a partir do processo avaliativo que podemos estabelecer o grau de gravidade das situações de violência familiar contra a criança e definir o tipo de atendimento que será prestado e também quais pessoas serão responsáveis por esse atendimento. Nos depoimentos colhidos, pouco foi mencionado sobre este aspecto e sem a profundidade devida.

Aqui no ambulatório também, quando os pediatras atendem e suspeitam de alguma coisa, já tem a mim como referência, e aí eu avalio um pouco mais a situação. (Enfermeira 1)

Como analisamos anteriormente ao discutirmos a intervenção da equipe de enfermagem frente às situações de violência familiar contra a criança, alguns profissionais de enfermagem reportam que sequer conversaram com ela ou realizaram ou a examinaram fisicamente, e uma expressiva maioria reportou que nunca conversou com os pais para compreender a dinâmica familiar. Consideramos essas ações fundamentais para avaliar a gravidade dos casos e definir o grau de complexidade das ações a serem planejadas e implementadas.

#### **5.6.2. Registros: Plantão sem intercorrências?**

Os registros de enfermagem foram descritos de forma incipiente e o trabalho de campo demonstra que tais registros devem ser feitos de forma mais sistematizada e formal. Uma das depoentes relata a dúvida de uma colega acerca da possibilidade de registrar no prontuário da criança uma suspeita de violência. Em geral, quando existe relato, este é feito no “Livro de

Ordens e Ocorrências”, ou verbalmente, na passagem de plantão. O prontuário dos pacientes raramente é utilizado.

Passar para o pessoal do dia e o pessoal do dia continua observando o que a gente, de repente... Já aconteceu à noite, um pai impaciente ou uma mãe impaciente bater na criança. Então a gente: olha, presta atenção naquele pai que ele está estressado ou aquela mãe, não sei se esse comportamento também já aconteceu de dia. Então a gente sempre alerta, levanta esse tipo de coisa para o pessoal ter mais atenção nessa pessoa. (Enfermeira 4)

E a gente não lê o livro. Aí fica sem saber da ocorrência do dia. (Auxiliar A)

Na maioria das vezes, o desfecho que é dado na vida dessa criança, a nós, oficialmente não é comunicado. Tudo que sabemos é officiosamente dito. Particularmente na área de saúde, nós temos muito essa dificuldade, essa dificuldade de comunicação e de oficialização das coisas, de registrar. Até mesmo de construir uma história de uma Instituição. (Auxiliar D)

Constatamos que os registros são realizados; contudo a sua qualidade é problemática. Ao serem questionados se haviam escrito na folha de prescrição e/ou de evolução dos pacientes as observações da avaliação física e emocional da criança e do comportamento dos familiares, 52,2% dos profissionais de enfermagem responderam que realizaram esse procedimento muitas vezes, e 32,8% poucas vezes. Isso demonstra existir uma consciência acerca da importância dos registros para o acompanhamento da criança e sua família.

A mesma dificuldade quanto aos registros também foi constatada em outro estudo realizado no Rio de Janeiro:

Não referem a anotação diária do comportamento da criança e seus acompanhantes no prontuário, que serviria para análise da equipe interdisciplinar da qual fazem parte, assim como para estudos de caso, coleta ou captação de dados para estudos posteriores ou estatísticas (Oliveira, 2004: 86).

Vários estudos sobre enfermagem e violência são unânimes em destacar a falta de preparo desses profissionais no que se refere à violência familiar (Oliveira, 2004; Warne; Mcandrew, 2005; Grüdtner, 2005).

Consideramos que a atuação pouco formalizada e pouco qualificada da equipe de enfermagem, frente a atenção à criança vítima de violência familiar, está intrinsecamente relacionada ao perfil da profissão e a seu papel na equipe de saúde. Como exemplo, destacamos que só recentemente o Conselho Federal de Enfermagem promulgou (27 de agosto de 2002) a Resolução nº. 272, que estabelece a obrigatoriedade de implantar a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) em todas as instituições de saúde do Brasil. Esta normatização vem impulsionando um movimento já iniciado anteriormente por vários enfermeiros, tanto no âmbito da pesquisa quanto na assistência, no sentido de maior qualificação de sua prática institucional (Tannure e Chianca, 2006).

### **5.6.3. Seguimento: “A gente não tem retorno dos casos encaminhados”**

O seguimento da criança após a alta hospitalar é outro aspecto que precisa ser mais considerado pela equipe de enfermagem. É certo que, dependendo das características do setor, nem sempre é possível saber o que será feito após a saída da criança da unidade. Contudo, consideramos, que tendo em conta a importância dos vínculos para as crianças e a sua situação de vulnerabilidade (em especial) quando são vítimas de violência familiar, a equipe de saúde responsável pelo atendimento, incluindo pelo menos um enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem que tenha tido contato com a criança durante o período da hospitalização, deveria manter uma ligação, ainda por algum período com essas crianças ou famílias. É necessário que haja uma comunicação/interação entre o setor onde a criança esteve hospitalizada e o ambulatorial, ao qual a criança deverá retornar, para consulta de avaliação. Numa das unidades esta experiência já existe, ainda que de forma precária. As crianças, após a alta, são acompanhadas pelo ambulatório da família. Essa atividade, considerando a precariedade da rede,



muitas vezes pode ser realizada em grupo (equipe multidisciplinar e famílias em situação de vitimização).

Diariamente a gente estabelece como se fosse um contrato inicial, diz que ela vai estar em avaliação durante um período, pra gente afastar se existe suspeição ou não. Num primeiro momento, a gente nem usa a palavra maltrato. A gente diz que essa criança foi encaminhada porque identificou que está faltando a consulta, nós estamos preocupados com ela, se for situação de suspeição por negligência, por exemplo. É claro que se for uma situação que já chegou, a criança com trauma grave ou abuso sexual, que está visível ali, que a maioria não é visível, mas às vezes pode ser visível. Você vai acompanhar esse familiar, tentando minimizar a dor desse responsável. Se é às vezes algum familiar mesmo que foi o agressor, nessa situação de abuso sexual, por exemplo. Então essa criança em acompanhamento... (Enfermeira 1)

Quando a criança não vai ser acompanhada pelo hospital durante nenhum período após a alta, é importante que se faça uma comunicação da instituição hospitalar com a unidade de saúde ou equipe de saúde da localidade de moradia da criança. Para realizar esta interligação, é relevante que se faça o planejamento da alta. Ao serem questionados se haviam planejado a alta, orientando a criança e a família no sentido de se adaptarem às alterações/medidas legais decorrentes do enfrentamento da violência, os profissionais de enfermagem, em expressiva maioria (81,3%) relataram que nunca haviam realizado tal procedimento (tabela 22). A maioria (76,2%) também refere nunca ter planejado o retorno/seguimento da criança/família após a alta.

Tabela 22: Distribuição da equipe de enfermagem segundo ações de acompanhamento pós-alta hospitalar

Ações	Profissionais de enfermagem	
	N	%
PLANEJOU A ALTA, ORIENTANDO A CRIANÇA E A FAMÍLIA PARA SE ADAPTAREM ÀS ALTERAÇÕES E MEDIDAS LEGAIS DECORRENTES DO ENFRENTAMENTO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA (N=58)		
Sim, muitas vezes	5	8,6
Sim, poucas vezes	7	12,1
Nunca	46	79,3
PLANEJOU O RETORNO/SEGUIMENTO DA CRIANÇA E FAMÍLIA APÓS A ALTA (N=63)		
Sim, muitas vezes	7	11,1
Sim, poucas vezes	8	12,7
Nunca	48	76,2

Uma outra maneira de acompanhar a criança por um tempo após a alta, avaliando e prevenindo o risco de revitimização, é a visita domiciliar, que hoje vem sendo discutida em algumas unidades. Contudo, o aumento da violência urbana e a falta de recursos humanos e materiais ainda dificultam a realização desse acompanhamento.

.... É muito difícil [a visita domiciliar]... Estrutural [dificuldade] mesmo e também... de veículo, pessoal e também é... a questão da própria violência social. Há áreas de risco que o pessoal da saúde não está se colocando para poder estar entrando nessas unidades. Os próprios conselheiros tutelares têm... a gente tem experiência, reúne algumas vezes, quando muda a gente costuma visitar o conselho para saber... até para eles conhecerem a gente e estar podendo trocar um pouco mais... relatos de situações que eles próprios não teriam condições de estar indo para poder efetuar essa visita, por áreas de grande conflito, com tráfico.... (Enfermeira 1)

Um estudo realizado com equipe de enfermagem cuidadora de crianças hospitalizadas por maus-tratos enfatiza que o planejamento da alta deve começar desde a internação da criança, apresentando a elas o hospital como um ambiente provisório, em que serão tratadas e cuidadas e de onde sairão depois. Segundo a autora, essa prática ajudou as crianças e a equipe a preparar-se para as despedidas. Na unidade de saúde onde ocorreu a pesquisa citada, uma estagiária de psicologia acompanha as crianças, quando elas são encaminhadas a outra instituição. Em alguns casos, os profissionais de enfermagem visitam espontaneamente as crianças posteriormente, pois a formação de vínculo se dá tanto por parte das crianças quanto por parte da equipe (Biehl, 1997).

Outra consequência da falta de planejamento da alta da criança é o desconhecimento do desfecho do caso. Ao serem questionados sobre o assunto, muitos profissionais de enfermagem relataram que algumas crianças haviam sido encaminhadas para o Conselho Tutelar ou para abrigos; outras retornaram para casa ou foram levadas para casa de parentes, reinternaram-se

outras vezes ou foram a óbito devido à gravidade das lesões. Mas muitos profissionais desconheciam o desfecho dos casos. Por uma série de motivos: pela dinâmica e característica do setor ou porque a criança teve alta em outro plantão, e eles não achavam que o acompanhamento do caso até o desfecho fosse uma atribuição sua; ou porque as instituições e/ou outros profissionais não dão retorno dos encaminhamentos.

A gente fica assim, é... tolhido, porque você só faz denunciar... Você denuncia, denuncia, fica aguardando o retorno e vê que nada... (Enfermeira 2)

A notificação fica a cargo dos superiores. O desfecho, às vezes ficamos sabendo que a criança foi encaminhada para abrigos. (Q9, auxiliar de enfermagem do sexo feminino)

A gente não acompanha após a alta, ficando impossibilitado de saber o que aconteceu. (Q149, técnica de enfermagem)

Não sei informar, pois nestes casos o auxiliar de enfermagem não pode notificar e acaba por ficar por fora do desfecho. (Q125, técnica de enfermagem)

Em nossa análise, esta situação é decorrente das dificuldades do trabalho interdisciplinar, da ausência de comunicação interinstitucional e intersetorial e da não-existência de espaços coletivos para avaliação e reflexão sobre a assistência prestada pelos diferentes profissionais da equipe de saúde.

No que se refere à enfermagem, constatamos incipiente referência a rede de suporte para atendimento às crianças vítimas de violência familiar, a qual, embora precária, já existe no município. Em todas as três instituições existem associações de acompanhamento de crianças em situação de vulnerabilidade social. Entretanto, não observamos uma participação qualificada e reconhecida da equipe de enfermagem nestes espaços. É certo, que as dificuldades para esta inserção muitas vezes extrapolam o âmbito da enfermagem e são decorrentes da mentalidade e da política institucional. Mas consideramos que cabe à enfermagem problematizar esta questão

de modo a sempre colocar na agenda destas instituições e da própria categoria profissional a importância da assistência de enfermagem sistematizada e com qualidade, para que o nosso papel de proteção à criança enquanto sujeito de direitos seja cumprido de modo satisfatório, tanto para os que necessitam da assistência, quanto para aqueles responsáveis por efetua-la.

Quanto à atuação dos profissionais de enfermagem na equipe de saúde, alertamos para a necessidade de reflexão constante acerca da identidade do enfermeiro e do técnico/auxiliar de enfermagem. Por um lado, reconhecendo a importância do diálogo, troca dos diferentes saberes e prestação da assistência na perspectiva interdisciplinar. Por outro, definindo e explicitando o que é do seu campo próprio de ação e produção de conhecimento.

## Capítulo 6

### *“Violência todos sofrem!”*

#### **Os Profissionais de enfermagem e a convivência com a violência**

A fala de um profissional de enfermagem de que a violência é parte intrínseca da vida de todos, foi complementada pela observação: *“mas, relatar não”*. A violência é aceita como algo inevitável, e reservada ao indivíduo ou a um grupo de pessoas mais próximas. Veremos que há formas de violência mais fáceis de ser criticadas e comentadas publicamente, e outras que são consideradas de foro íntimo e privadas. As vivências pessoais de violência na infância e na vida adulta, e a possibilidade de que elas interfiram na atenção de enfermagem à criança vítima de violência na família, estão permeadas pelas formas culturais de aceitação e enfrentamento das diferentes formas de vitimização.

As experiências de violência vivenciadas pelos profissionais de enfermagem na infância e na idade adulta estiveram presentes em vários momentos desta pesquisa. Ao devolverem os questionários quantitativos, várias pessoas espontaneamente contaram suas experiências prévias de sofrimento. Em algumas dessas situações, as pessoas estavam confidenciando o sofrimento pela primeira ou segunda vez; em outras, as pessoas diziam que não sabiam se era hora para recordar a violência sofrida na infância ou no cotidiano pessoal. Alguns criticaram as questões sobre violência contida nos questionários, considerando-as muito *“invasivas”* da intimidade das pessoas ou difíceis de ser respondidas.

*Não quero relatar.* (Q52 e Q37; técnicas/auxiliares de enfermagem)

Até a questão 28 [até este item as perguntas eram direcionadas a atuação dos profissionais de enfermagem] ainda dá para responder, depois fica difícil. [a partir deste número as questões se referiam às vivências pessoais de violência desses profissionais] (Comentário de auxiliar de enfermagem acerca da pesquisa, justificando a demora em devolver o questionário - Nota do diário de campo).

Nas entrevistas gravadas houve maior dificuldade em abordar esta temática. Em certos momentos dos depoimentos sentíamos dificuldade por parte dos entrevistados, que muitas vezes se emocionavam, pareciam não ter escutado a pergunta ou mudavam de assunto. Neste sentido, procuramos respeitar “cada momento” dos sujeitos do estudo. Muitos, após terem encerrado a gravação da entrevista, recomeçavam a falar, narrando sofrimentos que não foram verbalizados com o gravador ligado.

Até recentemente, os profissionais de enfermagem (em função da sua formação pautada fundamentalmente no modelo biológico e tecnicista) eram educados para não manifestar seus sentimentos no lidar com os pacientes. A partir da década de 80 e principalmente na década de 90, iniciou-se a implementação de um processo de discussão acerca de novos paradigmas educacionais e assistenciais, incorporando ao “saber e fazer” da enfermagem conceitos como humanização, ensino crítico, cidadania, cuidado ético, entre outros. Há um movimento da enfermagem no sentido de reconhecer o antes denominado paciente/objeto agora como cliente/sujeito/pessoa. Ao reconhecer o sujeito do cuidar da enfermagem em toda a sua amplitude e não só como portador de doenças, a enfermagem se confronta também como a necessidade de reconhecer as necessidades, conflitos e desejos próprios. Mas trata-se de um processo ainda inicial, no qual o tema “cuidando do cuidador” vai sendo apresentado diferentes formas nos congressos, publicações e discussões da categoria. Deste modo, o profissional de enfermagem cada vez mais é convidado a se ver a si mesmo como pessoa, com todas as contradições inerentes ao ser humano.

Estas contradições se refletiram em nossa pesquisa, ao abordarmos as vivências pessoais de cada profissional. Emergiram conflitos por parte dos entrevistados e da pesquisadora. Não é fácil abordar as vivências pessoais, em especial quando se trata de experiências dolorosas.

Geralmente as memórias de violência sofridas, principalmente na infância, são esquecidas, silenciadas... A vida precisa seguir em frente e, de preferência, sem sofrimento. Contudo, a memória da dor vivida emerge em outros momentos difíceis ou de perdas na vida, quando as experiências dolorosas se sobrepõem às emoções mais agradáveis. O trecho transcrito do diário de campo sinaliza este processo:

Profissional de enfermagem ao devolver o questionário conta que sofreu tentativa de estupro aos 13 anos. Diz que só falou a respeito na psicoterapia, anos depois, com a morte dos pais. Diz que acha que não afetou sua vida. (Nota do diário de campo)

Mesmo para nós, que estávamos realizando a pesquisa, muitas vezes ficava o sentimento de impotência, de não saber o que fazer ou dizer quando os sujeitos do estudo confienciavam suas histórias. Não raro, havia certo constrangimento quando nos encontrávamos novamente. Quando ouvimos a história dos outros, pensamos também na nossa história, em nossos medos e preconceitos e nas coisas que desejamos esquecer. Neste sentido, muito nos ajudaram as palavras de Grossi:

No caso das pesquisas sobre violência, objeto que nos envolve em sentimentos difíceis como angústia, pena, dor e raiva, creio que para que o (a) pesquisador(a) possa construir o objeto de investigação é necessário se desvencilhar de seus próprios valores e sentimentos a respeito do uso da violência em sua experiência cultural e individual. Portanto, mais do que exorcizar a violência de nosso trabalho, creio que devemos cada vez mais escutar o nosso diálogo interno, porque é nele que podem estar algumas chaves para a compreensão do significado da violência em nossa sociedade.  
(Grossi, [s.d.]: 16).

Vários trabalhos da enfermagem sobre crianças em situação de violência sinalizam a emergência de vários preconceitos e sofrimentos dos profissionais, quando realizam o trabalho de campo. Durante as pesquisas, esses pesquisadores se depararam com suas próprias histórias de vida, ao interagir com a vida das crianças em situação de violência familiar e/ou com

profissionais de saúde envolvidos no atendimento a estas crianças. (Biehl, 1997, Camargo e Buralli, 1998)

A importância do desvelamento de vivências dos profissionais da equipe de enfermagem cuidadores de crianças hospitalizadas por maus-tratos foi bastante enfatizada em um estudo, no qual foram organizadas oficinas com estes profissionais. Em tais reuniões, intituladas “Atelier de vivências”, os profissionais foram expondo primeiro, suas experiências e percepções ao cuidar da criança em situação de violência familiar e, a seguir, começaram a falar de suas próprias experiências de vida, inclusive no período da infância. De acordo com esse estudo, num determinado momento, percebeu-se a necessidade do apoio de um profissional de psicologia, para ajudar terapêuticamente o grupo nesse processo. (Biehl, 1997)

Percebemos que, ao analisar as experiências de cuidado à criança maltratada, de forma compartilhada, evidenciamos necessidades de cuidar também do cuidador. (Eidt, Biehl & Algeri, 1998: 52-53)

Uma técnica/auxiliar de enfermagem nos faz pensar na importância de, em algumas circunstâncias, o próprio profissional de enfermagem necessitar de algum suporte terapêutico para trabalhar as suas próprias emoções.

A pessoa fica com o psicológico todo abalado. Ela precisa fazer... uma auto-análise ou uma análise, uma terapia, para sair todo aquele sofrimento, para ela poder desabafar. E ficar forte para poder atuar com outras crianças que venham a precisar de apoio, de nosso apoio como equipe de enfermagem... Saber como atuar e em que momento. (Técnica/auxiliar 2)

Estudo realizado com enfermeiras e técnicas de enfermagem no México, demonstra que a compreensão da experiência pessoal das enfermeiras em relação à violência pode possibilitar o remodelamento do papel dessas profissionais de saúde na atenção a vítimas de violência familiar. (Díaz-Olavarrieta et al., 2001).



## 6.1. Violência na infância

Diversos estudos sinalizam que o abuso sofrido na infância pode ocasionar graves conseqüências na idade adulta, dentre estas: problemas mentais (Warne & Mcandew, 2005), revitimização na idade adulta ((Díaz-Olavarrieta et al., 2001), reprodução da violência na idade adulta (Biehl, 1997).

No trecho que transcrevemos a seguir, é possível perceber como pode ser grande o sofrimento de quem vivenciou situações de violência na infância.

Os meus falecidos pais, batiam-me freqüentemente injustamente, por causa dos outros seis irmãos menores. Em 1982 (mais ou menos), reclamei da discussão entre a minha mãe e o meu irmão, após ter trabalhado a tarde e ter retornado da aula à noite; pois eu já estava deitado e precisava dormir... Então, enfurecida, ela lançou o pé de cabra na minha direção, atingindo-me violentamente na região temporal. Fiquei tão traumatizado que até hoje tenho medo de ter filhos e por não tê-los o meu casamento se acabou! (Q51 Técnico/auxiliar de enfermagem)

Numa pesquisa realizada no México com 1150 profissionais de enfermagem, visualizou-se uma similaridade nas proporções de relatos de abuso físico/sexual na infância (13% técnicas de enfermagem e 14% de enfermeiras) e sua a prevalência na idade adulta (13% técnicas de enfermagem e 18% enfermeiras). Esse trabalho também indica similaridade dos profissionais de enfermagens do sexo feminino com as mulheres mexicanas. (Díaz-Olavarrieta, et al, 2001)

Um estudo de revisão de literatura que teve como objetivo discutir o preparo das enfermeiras de saúde mental, ao trabalhar com adultas que sofreram abuso sexual na infância, avaliou o impacto na relação enfermeira-paciente em situações em que as primeiras também tinham sido vítimas em sua infância. Dentre as conseqüências, destacamos a dificuldade em abordar os problemas sexuais dos pacientes e reconhecê-los como sexuados. (Warne & Mcandew, 2005)

Entretanto, ressaltamos que nem todas as pessoas que vivenciaram violência na infância ou na idade adulta tendem a reproduzir a violência. Muitos conseguem superar o trauma, como podemos constatar no trecho que se segue:

Quando criança minha mãe me batia por qualquer motivo e hoje tenho duas filhas e optei por ouvi-las e entendê-las do que agredi-las fisicamente. Sempre acreditei que a violência não leva a nada. (Q17 enfermeira)

Em nosso estudo, quanto às experiências de violência na infância: a maioria dos profissionais de enfermagem reportou, no questionário, que não sofreu qualquer modalidade de violência na infância. Este resultado pode ser influenciado pela cultura que aceita bater nos filhos como método disciplinar e educativo, e pelas dificuldades destes profissionais em se reconhecerem como vítimas de violência. Muitas práticas violentas são consideradas naturais e aceitáveis socialmente. Desta forma, supomos que apenas as situações consideradas mais graves são relatadas. Ainda assim, alguns profissionais se consideraram em condições de verbalizá-las ou escrevê-las.

Violência todos sofrem; a relatar, não. (Q70 enfermeira)

No item c - dúvidas a este respeito [escreve uma auxiliar de enfermagem a respeito da questão sobre abuso sexual na infância, à qual ela havia dado como resposta- sim, persistentemente] (Q37 técnica/auxiliar de enfermagem)

Não que lembre!!! (Q82- enfermeira)

Como sinalizamos anteriormente, foi difícil perguntar diretamente nas entrevistas se a pessoa havia sido vítima de violência na infância. Chamou-nos a atenção a seguinte fala de uma enfermeira:

Eu já vivi situações de violência na minha família, mas que eu, pelo menos hoje, não é esse o momento de eu saber que, vamos dizer assim, isso estaria influenciando no meu cuidar...(Enfermeira 5) [responde com certa emoção]

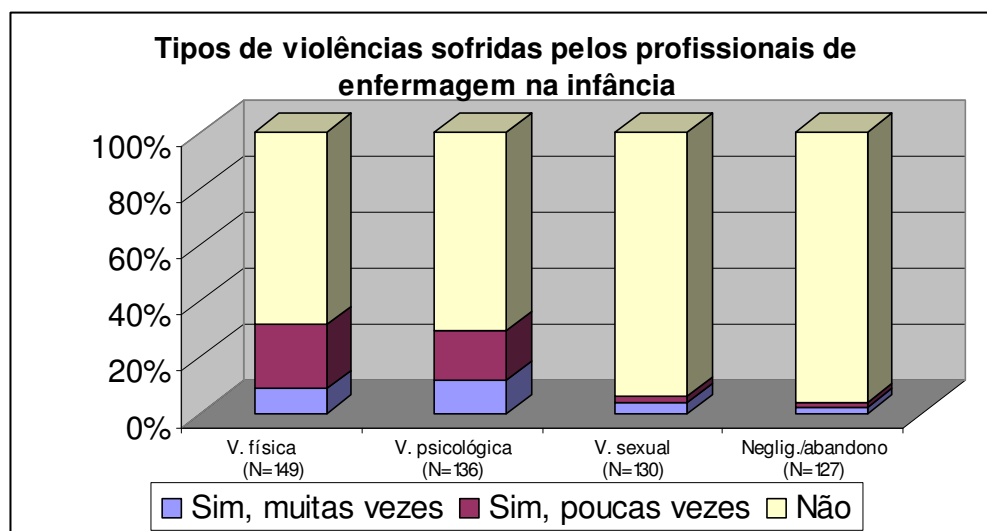
Contra-pondo-se a essas falas, vários profissionais relataram uma infância feliz, como podemos constatar nos depoimentos que se seguem:

Eu, graças a Deus, tive uma infância assim, fui muito amada, muito paparicada. (Enfermeira 3)

Eu sou caçula de 12 irmãos, fui criada com muito carinho. Trinta e cinco anos de casada. (Q128 técnica/auxiliar de enfermagem)

O gráfico 7 apresenta as respostas dos profissionais de enfermagem à pergunta sobre a ocorrência de experiências de violência nas famílias de origem durante a infância. Não se encontrou nenhuma diferenciação na vitimização à violência na infância entre enfermeiras e auxiliares/técnicos de enfermagem. A violência física é a que mais ocorreu na infância de 31,5% dos profissionais (22,8% poucas vezes e 8,7% muitas vezes). A violência psicológica foi informada por 29,4% (11,8% muitas vezes e 17,6% poucas vezes).

**Gráfico 7**



Em ordem de frequência seguem a violência sexual, relatada por 6,1% dos profissionais (3,8% muitas vezes e 2,3% poucas vezes), e a negligência/abandono, referida na infância de 3,9% dos trabalhadores em enfermagem (2,3% muitas vezes e 1,6% poucas).

A violência física constitui uma das formas mais frequentes de violência na infância, resultado de uma cultura na qual prevalece a idéia da “palmada educativa”, considerando-se natural a disciplina através de punição corporal. Nossos achados foram quase que o triplo do estudo com profissionais de enfermagem no México, o qual constatou a ocorrência de abuso físico na infância de 10,4% das técnicas de enfermagem e 11,3% das enfermeiras. (Díaz-Olavarrieta et al, 2001)

O abandono na infância, embora menos reportado, torna-se relevante por sua gravidade, constituindo-se numa forma extrema de negligência.

A minha mãe me abandonou aos seis meses de idade e fui achada por uma vizinha que me entregou ao meu pai à noite quando ele chegou do trabalho (Q3 técnica/auxiliar de enfermagem).

Abandono de meu pai a mim e mais cinco irmãos (Q180 técnica de enfermagem).

O abuso sexual foi a terceira modalidade de violência mais freqüente entre os profissionais de enfermagem. Os depoimentos espontâneos de uma enfermeira e de um técnico de enfermagem sobre as experiências de agressão sexual na infância, as dificuldades de lidar com a convivência entre mães e pais acompanhantes de crianças hospitalizadas e o quase descrédito ou horror diante de situações de vitimização sexual infantil nos permitem inferir que, ainda que não o queiramos admitir, a temática da sexualidade “atravessa” a atenção à saúde da criança. Muito nos espantou o relato de uma enfermeira acerca do estupro sofrido por uma mãe dentro do banheiro da própria enfermaria de pediatria, praticado por um marido que não se conformava com o fato de companheira estar no hospital com o filho e não ir dormir em casa.

E teve maus-tratos do companheiro (...) com a mãe. Ele chegou alcoolizado, entrou na enfermaria (...) entrou com a mãe pra dentro do banheiro, violentou a mãe. As outras mães que deram o sinal pra gente. Eu estava chegando na unidade, eram umas oito horas da manhã. (Enfermeira 9)

As questões relacionadas à sexualidade praticamente não são enfocadas por profissionais

de enfermagem que atuam na área da criança. O constrangimento despertado por itens do questionário que abordavam esta temática nos indica a necessidade de abordá-la em capacitações, reduzindo preconceitos e estimulando uma abordagem mais técnica sobre o problema na atuação de enfermagem.

Você vai perguntar também se o enfermeiro f...?” [de forma agressiva, uma enfermeira nos questiona, usando termo pejorativo relacionado à prática sexual] (Nota do diário de campo)

De certo modo, na Enfermagem, apenas os profissionais que atuam na área da saúde da mulher abordam mais freqüentemente temas relativos à sexualidade humana. Por exemplo, um estudo com enfermeiras da área da psiquiatria, das quais era de se esperar mais tranqüilidade em abordar esta temática, constatou que, não obstante o crescimento da literatura na área da sexualidade como parte integral do cuidado, as atitudes e práticas em saúde ainda são ambivalentes no que diz respeito ao tema. Embora tenham conhecimentos sobre sexualidade, as enfermeiras psiquiátricas têm dificuldades em abordar este assunto com pacientes.(Webb *apud* Warne & Mcandrew, 2005). Entretanto, uma investigação realizada em Londres indica que mulheres de uma determinada região preferem conversar com uma enfermeira que com um médico sobre problemas sexuais. Consideram menos constrangedor. (Dilloway & Hildyard *apud* Warne & Mcandrew, 2005). Este dado mostra o potencial educativo dos profissionais de enfermagem na prevenção e na atuação com vítimas de violência.

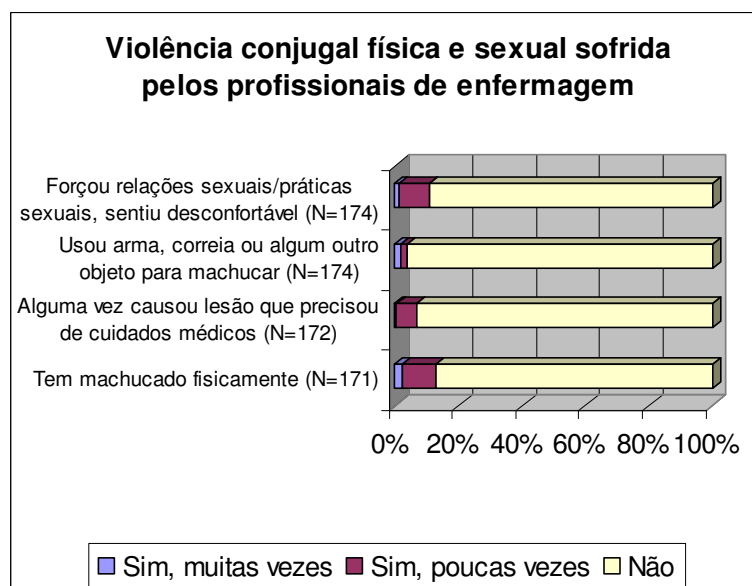
## **6.2. Violência conjugal**

A violência conjugal esteve presente nos discursos dos profissionais de enfermagem, contudo só foi relatada nos questionários auto-aplicáveis e nas entrevistas gravadas. No questionário, foram indagadas questões sobre violência física, sexual e psicológica. Não foram

encontradas diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem.

A **violência física** dos companheiros sobre os profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa pode ser vista no gráfico 8, sem discriminação segundo inserção profissional.

**Gráfico 8**



Neste gráfico, notamos que:

- 12,8% dos profissionais de enfermagem relatam que seu companheiro, esposo ou namorado tem machucado fisicamente (2,3% muitas vezes e 10,5% poucas vezes);
- 7% informam que o companheiro, esposo ou namorado alguma vez causou lesão que precisou de cuidados médicos (0,6% muitas vezes e 6,4% poucas vezes);
- 4% comentam que o companheiro, esposo ou namorado usou arma - faca, arma de fogo, porrete, correia ou algum outro objeto para machucar (1,7% muitas vezes e 2,3% poucas vezes).

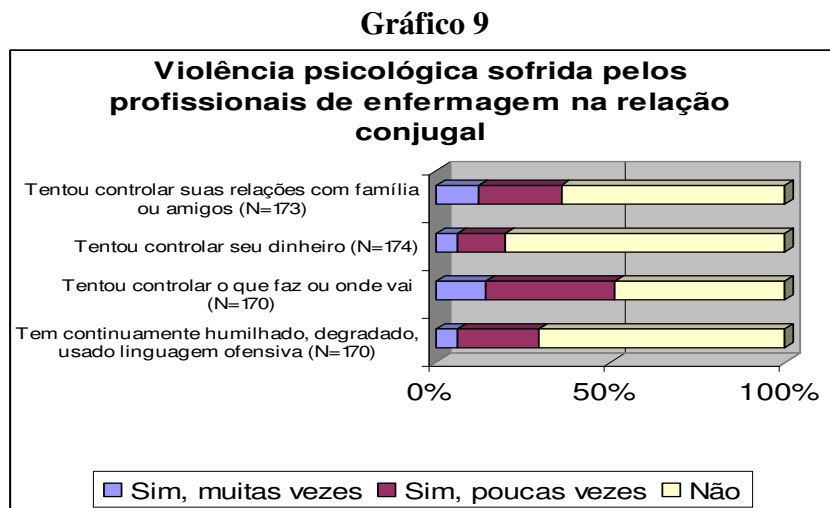
Várias falas indicam as marcas impressas na vida de tantos profissionais.

Tem uma auxiliar de enfermagem aqui que ela sofre com o marido. Teve um dia, eu não vi, mas ela chegou com o braço roxo. Ela é o tipo de pessoa que tem dois filhos já adolescentes, dois meninos lindos e ela que sustenta a família dela. E o marido não quer saber de trabalhar, não quer nada, só quer viver às custas dela. Ela conta essas coisas: “porque eu fiz compras no supermercado, fulano pegou as minhas compras e jogou tudo no chão”. (Enfermeira 6)

Eu me casei e com o meu marido, eu sofri violência, assim, física. Agressão verbal, intimidação, todo tipo que você pode imaginar, que uma pessoa pode oferecer de agressão física, verbal, violência psicológica. (Enfermeira 3)

Quanto à **violência sexual**, 10,9% dos profissionais de enfermagem informaram que o parceiro forçou a ter relações sexuais ou realizar práticas sexuais em que se sentiu desconfortável (1,1% muitas vezes e 9,8% poucas vezes).

No que se refere a **violência psicológica**, 29,4% dos profissionais de enfermagem (6,5% muitas vezes e 22,9% poucas vezes) referiram a prática de humilhação, degradação ou uso de linguagem ofensiva por parte do(a)s companheiro (a)s, esposo(a)s, namorado(a)s, como demonstra o gráfico 9:



Quanto às tentativas de controle por parte do(a) companheiro(a)s, esposo(a)s ou namorado(a)s do que faz ou do lugar onde vai, podemos constatar que 51,2% dos profissionais percebem este tipo de cerceamento por parte dos parceiros (14,1% muitas vezes e 37,1% poucas

vezes).

A tentativa de controle do dinheiro foi apontada por 20,1% dos profissionais (6,3% e 13,8%) e a de controle das relações de amizade ou familiares por 35,8% da equipe de enfermagem (12,1% muitas vezes e 23,7% poucas vezes). Algumas falas ilustram o sofrimento proporcionado por essas atitudes do parceiro.

Violência financeira, roubada pelo próprio companheiro, fui enganada, pensei ter casado com uma pessoa e era outra. (Q7 enfermeira)

Brigas conjugais, desfecho: boletim de ocorrência na Delegacia da Mulher. (Q77 técnica/auxiliar de enfermagem)

Violência psicológica por parte do meu ex-marido por 18 anos de casamento, suporrei pelos meus filhos. (Q180 técnica/auxiliar de enfermagem)

Muitas das situações de violência sofridas pelos profissionais de enfermagem nos diferentes ciclos de vida estavam associadas ao uso de drogas ou álcool por parte dos agressores.

Por ter pai alcoólatra e inúmeros irmãos, tive que começar a trabalhar ainda criança. (Q118 auxiliar de enfermagem)

A violência física e até emocional sofrida na infância sempre esteve relacionada a situações de alcoolismo do meu pai. (Q116 enfermeira)

Só violência psicológica de presenciar os maus-tratos de que minha mãe era vítima, devido ao alcoolismo do meu pai. (Q157 enfermeira)

Tentativa de assédio sexual pelo meu próprio irmão [a profissional já estava casada e já era mãe quando sofreu o abuso]. Meu esposo e minha mãe duvidaram de mim. Meu irmão é usuário de drogas. (Q125 técnica/auxiliar de enfermagem)

Minha mãe me batia quando eu falava ou fazia alguma coisa que ela não gostava. Meu pai era alcoolista, ela achava que ele bebia porque ela ficava muito ausente comigo internada com crises de asma. (Q66 enfermeira)

O álcool atua como um facilitador para as situações de violência, não podendo ser considerado responsável pelo ato em si. São múltiplas e complexas as relações que envolvem uso de substâncias psicoativas e a prática/vitimização pela violência.



### **6.3. Outras modalidades de violências sofrida por profissionais de enfermagem**

No capítulo 4 já apresentamos um pouco da violência existente no local de trabalho. Falaremos agora, brevemente, da violência urbana/social, da violência contra a mulher e da violência fruto de discriminação (racial, devido à orientação sexual e por ter filhos portadores de necessidades especiais).

O preconceito oriundo de aspectos culturais e religiosos vem sendo amplamente discutido pelo movimento feminista, principalmente em decorrência do crescimento do chamado “fundamentalismo religioso” e da forte tentativa de influenciar as legislações, no âmbito nacional e internacional, referentes aos direitos da mulher, incluindo-se os direitos reprodutivos e sexuais. (Santin, 2000). As profissionais de enfermagem na área da saúde da criança, como contingente majoritário na força de trabalho do setor saúde, precisam também incorporar esta discussão até agora restrita aos profissionais que atuam na área da saúde da mulher.

Quando me separei do meu casamento com o pai dos meus filhos. Minha mãe, por questões religiosas, recusou-me, não me aceitou em casa. Sofri muito na separação. (Q145 técnica/aux de enfermagem)

Num país como o nosso, marcado pela falsa concepção de democracia racial/étnica, outra expressão da violência que não deve ser negligenciada é o racismo. A relação gênero/raça vem sendo incorporada ao setor saúde que até certo tempo não reconhecia esta problemática. As estatísticas revelam que as mulheres negras correspondem a 23% da população de excluídos socialmente no país. Tais mulheres, que geralmente são responsáveis pela chefia das famílias, recebem até 55% menos do que as mulheres brancas. Uma pesquisa sobre a reprodução do racismo no setor saúde realizada em Minas Gerais mostrou que, embora as práticas racistas nem sempre sejam percebidas, o hospital é representado, na fala de mulheres negras como espaço reprodutor do mito do “racismo cordial”, hegemônico na sociedade brasileira (AMB, 2001).

Nos cenários do nosso estudo uma pessoa nos traz a lembrança esta realidade:

*Racismo por eu ser mulata. (Q155 técnica/auxiliar de enfermagem)*

A Convenção 111 da OIT, aprovada em 1958 e ratificada pelo Brasil em 1965 trata da discriminação no emprego e na profissão, visando à promoção da igualdade nos espaço de atuação profissional. A implementação desta Convenção no Brasil só se deu a partir de 1995, quando o Ministério do Trabalho criou o Programa para Implementação da Convenção 111, de modo a colocar em prática ações e políticas que atendessem aos objetivos desta tendo como foco especial discriminações de gênero e etnia/racial. (MTE,1999)

Outra expressão da violência encontrada em nossa pesquisa foi a lembrança de uma profissional acerca do castigo corporal sofrido no âmbito da escola.

*Ao ser alfabetizada errei uma palavra da lição e levei um bolo de palmatória na mão que urinei nas calças. (Q26 técnica/auxiliar de enfermagem, com mais de 50 anos de idade)*

Felizmente esta realidade hoje não é mais aceita oficialmente em nossa sociedade, conforme está expresso no artigo 5º, do ECA:

*Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (Brasil, 2001:8)*

A Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara de Deputados aprovou recentemente o Projeto de Lei 2654/03 proibindo qualquer forma de castigo físico em crianças e adolescentes (Cunha et al., 2006).

Quanto à violência urbana, vários foram os relatos de profissionais de enfermagem assaltados, inclusive mais de uma vez.

*Sim. Há cerca de um ano fui assaltado na porta da minha casa e me seqüestraram por cerca de uma hora dentro do meu carro, onde me ameaçaram de morte. (Q10 enfermeiro)*

A única violência que sofri, foi um assalto dentro de um ônibus onde levaram minha carteira de dinheiro, mas não aconteceu nenhum tipo de violência física. (Q142 enfermeira)

Um estudo multicêntrico no ano de 1996, realizado em diversas cidades da América Latina (dentre estas o Rio de Janeiro) e da Espanha destaca a violência urbana como um problema de saúde pública. Esta modalidade de violência é definida nessa pesquisa como uso da força física com a intenção de causar dano a outra pessoa ou a si mesmo. Este termo é usualmente adotado para se referir ao crime cometido nos entornos públicos das grandes cidades. (Cruz, 1999)

Todos os três hospitais estudados encontram-se próximos a áreas comumente chamadas de “*áreas de risco*”. A seguir, transcrevemos dois relatos que nos fizeram perceber a dimensão desse *risco*:

Às 8:50 ocorreu um intenso tiroteio em frente a esta unidade, aproximadamente 50 tiros. O hospital foi atingido em vários pontos, próximo à janela da enfermaria, entre outros. As crianças foram retiradas das enfermarias aguardando o término do ocorrido. Às 10 horas entrou um policial acompanhado do diretor da unidade fazendo o registro das perfurações por tiro. Não houve vítimas no hospital. (Nota do diário de campo, transcrita do Livro de Ordens e Ocorrências)

Auxiliar de enfermagem mostra o pé machucado, relata que ao sair do plantão por volta de 20:30 horas, havia um homem urinando próximo a uma árvore. Este homem correu atrás dela com a calça aberta, ela se machucou em uma queda ao tentar fugir dele. Diz que felizmente conseguiu chegar até uma área onde havia mais gente e o homem se afastou. (Nota do diário de campo)

Chamou-nos a atenção o fato de que, entre 180 questionários, surgiram quatro relatos espontâneos de pessoas que foram abusadas sexualmente devido à violência urbana: uma enfermeira que sofreu tentativa de estupro aos 13 anos (na adolescência) e 03 técnicas/auxiliares de enfermagem que sofreram tentativas de abuso já na idade adulta. A seguir transcrevemos alguns depoimentos, considerando a sua relevância:

Sim. Aos 18 anos, fui assaltada e sofri violência sexual pelo assaltante, que me obrigou a ter relações sexuais. Ele estava armado. (Q64 técnica de enfermagem)

Sim, sexualmente, que me deixou seqüelas por eu ter ficado grávida. Assumi essa gravidez, mas infelizmente não senti entusiasmo ao ter meu filho. Gostaria que fosse diferente. (Q49 técnica de enfermagem)

A discriminação por ter filho portador de necessidades especiais esteve presente na conversa com uma de nossas entrevistadas. A necessidade de inclusão social das crianças e de suas famílias tem sido abordada em manuais do Ministério da Saúde (Brasil, 2002) e discutida no âmbito da enfermagem (Wong, 1999).

#### **6.4. Interferências das experiências de violência vividas pelos profissionais de enfermagem na atuação frente aos casos de crianças vítimas de violência familiar**

O principal foco desta seção é aferir a associação entre a violência vivida pelo profissional na infância/vida adulta e sua capacidade de atendimento às crianças vítimas de violência familiar. Para tanto, foi construído um modelo de regressão logística para explicar o atendimento dos profissionais à criança vítima de violência, verificando quais as características sócio-demográficas, de trabalho ou de violência sofrida que levariam a um melhor atendimento a criança vítima de maus-tratos. O modelo de regressão logístico utilizado é construído de forma hierárquica com diferentes níveis de entrada de variáveis.

Por *atendimento apropriado a vítimas de maus-tratos* consideramos quatro questões que nos permitem inferir ações de maior qualidade na relação equipe de enfermagem com a criança e sua família: promoveu a ligação/vínculo dos pais com a criança (q26a); orientou os pais sobre práticas para disciplinar crianças, que não a agressão física e psicológica (q26b); entrevistou a família procurando compreender a dinâmica familiar (q26g); tentou proteger a criança de maus-

tratos posteriores, através de medidas sociais como encaminhamentos sociais e jurídicos (q26n). Ter respondido positivo a pelo menos uma dessas quatro questões (muitas ou poucas vezes) configurou um atendimento apropriado. Nunca ter realizado nenhuma dessas ações e nunca ter atendido casos de crianças vítimas de violência familiar compuseram o grupo comparativo. Consideramos preocupante o fato de existirem tantos profissionais de enfermagem que nunca atenderam crianças vítimas de maus-tratos, face à elevada frequência com que esses eventos violentos se fazem presentes no cotidiano hospitalar.

Como *características sócio-demográficas* (compuseram o primeiro bloco do modelo de regressão) foram utilizadas as variáveis: sexo (q2), faixa etária (q3), categoria profissional (q1), estado civil (q4), filhos (q5).

O segundo bloco de variáveis que entraram no modelo de regressão foi composto por variáveis que aferem a *atuação e capacitação profissional*: satisfação com as condições de trabalho (q9); quantos outros vínculos de trabalho possui (q10); tempo de formado (q12); informação sobre maus-tratos (q16a).

O terceiro e último bloco de variáveis refere-se às questões sobre *violência*. Incluem: violência física/sexual do companheiro (pelo menos uma resposta positiva nas questões 32 a 35); violência psicológica do parceiro (pelo menos uma resposta positiva nas questões 36, a 39); maus-tratos na infância (pelo menos uma resposta positiva nas questões 40a até 40d); violência no local de trabalho (pelo menos uma resposta positiva nas questões 29, 30 e 31).

Na tabela 23 enumeram-se as variáveis utilizadas em cada bloco, com seus respectivos p-valores no teste de qui-quadrado ao relacionar cada variável possivelmente explicativa com a variável de desfecho. Quatro associações significantes são observadas em relação à variável

resposta. São elas: faixa etária, categoria profissional, satisfação com condições de trabalho e tempo de formação.

**Tabela 23 :** Distribuição das variáveis segundo nível de ordenação e teste qui-quadrado

<i>Níveis</i>	<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>p-valor*</i>
<b>Perfil</b>	Sexo	masculino feminino	1.000
	Faixa etária	18 - 35 anos	<b>0.000</b>
		36 - 45 anos	
		46 anos ou mais	
	Categoria profissional	técnico/auxiliar enfermeiro	<b>0.000</b>
	Estado civil	solteiro casado	0.762
divorciado/viúvo/outros			
Possui filhos	sim não	0.413	
<b>Atuação Profissional</b>	Satisfação com condições de trabalho	muito satisfeito/satisfeito pouco satisfeito/insatisfeito	<b>0.011</b>
	Quantidade de outros vínculos	nenhum mais de 1	0.196
	Tempo de formado	até 10 anos	<b>0.047</b>
		mais de 10 anos	
Informações sobre maus tratos	sim não	0.235	
<b>Violência</b>	Violência no local de trabalho	sim não	0.107
	Violência física/sexual na vida adulta	sim não	0.627
	Violência psicológica na vida adulta	sim não	0.699
	Violência familiar na infância	sim não	0.244

\*p-valor *significante ao nível de 5% no teste qui-quadrado*

Optou-se por entrar no modelo com as variáveis não-significantes devido à importância de sua relação com o atendimento de crianças vítimas de violência, respaldado na literatura científica.

Para chegar ao modelo final, testaram-se blocos hierarquizados, através de sucessivos modelos logísticos<sup>2</sup>.

- *Modelo 1*: 5 variáveis do nível *Perfil* foram testadas.
- *Modelo 2*: variáveis significantes no modelo 1, incluindo todas as quatro variáveis do nível *Atuação profissional*.
- *Modelo 3*: variáveis significantes no modelo 2, incluindo todas as quatro variáveis do nível *Violência*.

Na tabela 24 apresentam-se os valores das razões de chance, com seus respectivos intervalos de confiança, das variáveis que entraram no modelo final. A resposta modelada é ter atendido com qualidade criança com violência familiar.

**Tabela 24:** Modelo ajustado segundo níveis de abordagem, variáveis explicativas de presença de diagnóstico de violência

Variáveis		OR	IC OR (95%)	
Perfil				
FAIXA ETÁRIA	18 a 35 anos	8.19	1.90	35.34
	36 a 45 anos	8.83	2.10	37.17
	46 anos ou mais	1.00	-	-
CATEGORIA PROFISSIONAL	Enfermeiro	2.21	0.81	6.06
	Técnico auxiliar	1.00	-	-
Atuação Profissional				
SATISFAÇÃO COM CONDIÇÕES DE TRABALHO	Pouco			
	Satisfeito/Insatisfeito	2.50	0.92	6.81
	Muito Satisfeito/Satisfeito	1.00	-	-
Violência				
VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO	Sim	4.46	1.12	17.79
	Não	1.00	-	-

O modelo final ajustado possui quatro variáveis, englobando todos os três níveis<sup>3</sup>. As faixas etárias mais jovens apresentam o maior número de ações na evidência de maus-tratos,

<sup>2</sup> O critério de seleção de variáveis é o *backward stepwise*, que se constitui de um modelo inicial com todas as variáveis de um dos três modelos e, entradas e retiradas sucessivas de variáveis até chegar à iteração final daquele modelo em teste. O critério de inclusão e exclusão de variáveis no método *backward*, é descrito por variáveis a entrar no modelo quando a estatística de *Wald* tem p-valor <0.05 e, excluídas do modelo quando p-valor >0,10.

com cerca de oito vezes mais chances de terem atendido a casos de violência do que os mais velhos. Isto deve estar relacionado com as mudanças que vêm ocorrendo nos últimos anos nos cursos e na atuação em enfermagem, aproximando o paciente do cuidador, balizado nas noções de humanização e no respeito aos direitos humanos.

A outra variável que se mostrou importante para o modelo é a violência no local de trabalho, outro importante preditor da qualidade do atendimento prestado às crianças vítimas de violência familiar pelos profissionais de enfermagem. Os que sofrem violência no seu local de trabalho têm 4,5 vezes mais chances de atenderem vítimas de violência do que os que nunca a sofreram. Questiona-se se uma maior visão de cidadania pode estar por trás de uma visão mais crítica entre esses profissionais, que assumem posição mais pró-ativa.

Duas outras variáveis, embora tenham se mantido no modelo, não são estatisticamente significativas em nível de 5% e, portanto, não se pode fazer afirmação sobre elas: enfermeiros atuam com mais qualidade frente à violência familiar do que os técnicos/auxiliares; os profissionais que realizam ações de suporte à violência são mais insatisfeitos com as condições de trabalho.

Nenhuma variável de violência conjugal ou na infância mostrou-se associada à qualidade da atenção prestada pelos profissionais.

Nas entrevistas realizadas diretamente com os profissionais, notamos relatos de influências que podem ser positivas ou negativas. Uma hesitação inicial se tornou uma afirmativa de que as vivências pessoais de violência interferem na atuação clínica com pacientes vítimas de violência. Em geral, os enfermeiros ou técnicos consideram que esta influência pode ser: positiva, quando o profissional passa a ter uma atenção maior às situações de violência

---

<sup>3</sup> O teste de Hosmer e Lemeshow não indica perda de ajuste do modelo com p-valor de 0,374.



familiar contra a criança; negativa, quando o profissional fica refratário, avesso ao enfrentamento da problemática.

Eu acho que de repente isso vai te sensibilizar mais. Se você é vítima, também entende a dificuldade de estar passando por uma situação dolorosa. Talvez seja um facilitador para ele querer atuar e minimizar esse sofrimento nesse adolescente, nessa outra criança. Agora, eu não acredito que precisa ter sido vítima para poder atuar. (Enfermeira 1)

Eu acho que interfere muito. Eu já vi algumas pessoas que estão extremamente sensíveis a isso. Eu acho que deixa a pessoa assim de sobreaviso. (...) Eu acho que quem passa por esse tipo de problema pode ter essa questão, de hipersensibilidade. Fica muito sensível mesmo. Tem aqueles também que até de repente negam a situação: “passa, eu não estou vendo, não quero ver. Eu já tive contato com isso e não quero mais ter contato com esse tipo de coisa”. Eu já vi esses dois tipos de reações. (Enfermeira 4)

Ou a pessoa tenta ajudar ou fica meio bloqueada, não consegue porque fica lembrando dos momentos ruins que passou. (Técnica/auxiliar de enfermagem 3)

A experiência junto à criança e sua família possibilita reviver o mundo infantil e adulto vivenciado pelos profissionais de saúde. Alguns recordam o convívio familiar saudável e harmonioso; outros, que o seu mundo infanto-juvenil esteve permeado por situações semelhantes às de crianças hospitalizadas devido a maus-tratos. (Biehl, 1997)

O depoimento que se segue nos indica que muitas vezes as vivências pessoais de violência não interferem só no atendimento prestado pelos profissionais de enfermagem às crianças em situação de vitimização familiar. Interferem em sua vida pessoal e profissional, levando a absenteísmo e até a erros técnicos profissionais.

... Interfere não só frente à violência. Interfere na vida cotidiana. A gente tem que saber dividir, mas tem profissionais que não sabem dividir. E que interfere mesmo, o rendimento cai... Até erram a medicação, fazem coisas que não faziam antes. Tenho profissionais aqui que isso aconteceu, um problema de separação, de abandono de marido [...] o rendimento foi péssimo, a gente teve que encaminhar para a psicologia aplicada. [...]. Teve uma profissional que teve o filho preso e que errou a medicação. Eu tive sérios problemas com isso. (Enfermeira 9)

Além das vivências de violência familiar por parte dos profissionais, foram descritas outras formas de violência ou fatores associados a estas que, em nossa análise, interferem no atendimento prestado pelos entrevistados.

A impunidade. Faz com que muitas das vezes as pessoas se retraiam. Em tentar ajudar, em tentar combater uma situação dessa. A gente aqui não vê nenhuma proteção, na verdade. No caso, a criança internada, é que a gente vai notificar. Com certeza o pai vai saber que partiu de alguém daqui de dentro. A gente tem uma estrutura. Que favoreça isso. A maioria da população que a gente atende é de comunidade. E fazem questão de dizer: “eu moro no morro”. (Enfermeira 3)

Outro tema que perpassou as respostas foi o medo, que muitas vezes é causado pela sensação de impunidade e noutras pela falta/fragilidade de instrumentos ou descrença nos mecanismos existentes de defesa e proteção dos próprios profissionais.

Uma funcionária minha já foi ameaçada com uma navalha, aqui dentro. Ela ficou apavorada, desesperada. A gente sabe que a gente pode correr risco sim. Uma pessoa que bate numa criança, não vai tentar alguma coisa? É covarde ao ponto de fazer uma violência com uma criança, não vai fazer comigo ou com você? As pessoas têm medo, sim. Eu acho, assim, eu vejo isso no dia-a-dia, que ninguém quer fazer a notificação, ninguém quer encaminhar o problema para o Conselho, por conta disso, por medo mesmo. (Enfermeira 3)

Eu acho que tem que notificar, tem que denunciar sim, levar a sério. Tem gente que fica com medo também de dar apoio pra as pessoas. (Enfermeira 6)

## Capítulo 7

### Considerações finais

A atuação da equipe de enfermagem frente às situações de crianças vítimas de violência familiar é perpassada por fatores históricos inerentes à sua institucionalização como componente da equipe de saúde. Dentre estes fatores, destacamos a divisão interna do trabalho de enfermagem, com pouca delimitação das atribuições das diferentes categorias profissionais que compõem a equipe de enfermagem (enfermeiro/técnico e auxiliar de enfermagem). Contudo, constatamos que os enfermeiros, no que se refere à atenção a essas crianças, têm uma clareza do seu papel na identificação dos casos. Os técnicos/auxiliares de enfermagem, apesar de reconhecerem-se como os profissionais mais próximos das crianças, não se consideram com autonomia no reconhecimento e atuação frente à problemática.

Visualizamos os hospitais investigados e as interações dos sujeitos que neles atuam como espaços reprodutores também de violência em diferentes modalidades: no trabalho, institucional, familiar, estrutural e de gênero. A violência urbana aparece como uma ameaça permanente e, ao mesmo tempo, como algo já considerado natural, tanto pela equipe de enfermagem quanto pelos familiares das crianças hospitalizadas.

A questão salarial, a precariedade dos serviços, a desproporção entre demandas dos serviços e disponibilidade de pessoal, a falta de reconhecimento profissional e a ausência de mecanismos de diálogo interno são fatores que contribuíram para um grau de insatisfação considerável no trabalho, em especial entre os enfermeiros. As duplas e triplas jornadas de trabalho repercutem na saúde dos profissionais de enfermagem e na qualidade da assistência por eles prestadas. É preocupante a rotatividade e o elevado número de profissionais que têm contato

com as crianças, num momento em que estas precisariam formar vínculos seguros com os profissionais.

A atenção de enfermagem ainda se dá de forma pouco sistematizada. Na intervenção, os profissionais demonstram preocupação em dar conforto à criança, respeitando-a na sua condição de vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, de sujeitos/cidadãos plenos de direitos garantidos na legislação.

Reconhecendo os seus limites profissionais, a equipe de enfermagem entende a importância de compartilhar os casos identificados de crianças vítimas de violência na família com os demais membros da equipe de saúde. A maioria considera que a notificação deve ser institucional e coletiva. Contudo, os profissionais apontam as fragilidades dos Conselhos Tutelares e da rede de apoio social. Eles se sentem impotentes e consideram a violência como algo muito amplo que, se atinge as crianças, poderá também atingi-los. Desta forma, embora na prática efetuem várias ações de prevenção da violência e, de proteção da criança, não qualificam ou formalizam estas ações e conseqüentemente, não as reconhecem como parte do seu “fazer profissional”.

A família ainda é vista predominantemente como alguém a mais no hospital e com obrigação de cuidar da criança hospitalizada. Ainda não está incorporada a prática da enfermagem centrada na criança e na família. A enfermagem “tenta chegar à família” e, portanto, ainda não tem a clareza de que a família e a criança devem ser protagonistas no processo saúde/doença.

A maioria dos profissionais de enfermagem aponta a necessidade de uma formação mais voltada para os atendimentos às vítimas de violência. Contudo, sinaliza a capacitação frente a temática como algo que se pode fazer cotidianamente, sem reconhecer a importância da

capacitação de forma sistemática e planejada. Os profissionais de enfermagem formados mais recentemente têm um maior envolvimento com a proteção à criança vítima de violência na família. As universidades são vistas como distantes dos serviços e com discussões fora da realidade destes.

Apesar do esforço das SMS/RJ e SES/RJ, não constatamos a participação expressiva da equipe de enfermagem em cursos de sensibilização e atualização na atenção à criança vítima de violência na família.

O modelo de regressão, cuja resposta modelada foi ter atendido com qualidade criança vítima de violência familiar, demonstrou-nos que as faixas etárias mais jovens apresentam o maior número de ações na evidência de maus-tratos, com cerca de oito vezes mais chances de terem atendido do que os mais velhos. E os que sofrem violência no seu local de trabalho têm 4,5 vezes mais chances de atender com qualidade as criança vítimas de violência.

Consideramos que as dificuldades apontadas inserem-se num contexto mais amplo, no qual se entrelaçam a complexidade da temática, as características sociais e históricas da enfermagem, sua inserção na equipe de saúde, formação profissional e visão acerca da violência de um modo geral. Esperamos com este estudo contribuir para uma assistência de enfermagem mais qualificada na atenção às crianças vítimas de violência familiar. Neste sentido, pensamos em algumas recomendações.

Como proposições para as equipes de enfermagem, apontamos:

- Que haja maior interligação entre as universidades e os serviços de saúde.
- Que sejam promovidos cursos voltados para a equipe de enfermagem, com foco na família, na sistematização da assistência de enfermagem e na atenção à criança vítima de violência familiar.

- Que os enfermeiros assumam mais contundentemente o seu papel junto aos técnicos/auxiliares de enfermagem no sentido da supervisão, e, principalmente, do suporte técnico/científico no dia a dia das unidades de saúde.
- Que as associações de classe se empenhem mais na defesa dos direitos da equipe de enfermagem e promovam a participação destes profissionais como protagonistas nos processos decisórios destas associativos.
- Que o ensino de enfermagem na saúde infantil inclua a temática da violência familiar contra a criança de modo mais sistematizado e integrado, em seu currículo, nele introduzindo também aulas práticas em espaços de atendimento a estas crianças.
- Que, mesmo sendo os hospitais pediátricos espaços fundamentalmente de atenção secundária e terciária à saúde da criança. Seja neles institucionalizadas a perspectiva da prevenção da violência nos diferentes níveis (primária, secundária e terciária) pela criação e atuação de equipes educativas, de acompanhamento domiciliar e de interligação com as unidades básicas de saúde e com as equipes de saúde da família.
- Que haja espaços geográficos e institucionais para convivência, interação e reflexão entre pais/acompanhantes e equipes de saúde nos hospitais pediátricos.
- Que haja mais momentos de reflexão da equipe de enfermagem sobre a sua prática cotidiana, como forma de avaliar suas atividade e refletir sobre as dificuldades de atuação.
- Que os profissionais de enfermagem tenham apoio institucional nas situações de problemas psicossociais decorrentes da vida pessoal ou profissional.

## Referências

- ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência). Maus tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção - guia de orientação para profissionais de saúde. 2. ed. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados; 1997.
- Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2. ed. São Paulo: Cortês; 1986.
- Almeida MCP, Rocha SMR. Considerações sobre a Enfermagem enquanto trabalho. In: O trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.15-26.
- AMB(Associação de Mulheres Brasileiras). Mulheres negras: um retrato da discriminação racial no Brasil. Brasília: AMB; 2001.
- Assis SG, Avanci, JQ. Labirinto de espelhos: a formação da auto-estima na infância e adolescência. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
- Assis SG, Constantino P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.163-198.
- Assis SG. Trajetória socio-epidemiológica de violência contra crianças e adolescentes: meta de prevenção e promoção [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
- Azevedo MA, Guerra V. A violência doméstica na infância e na adolescência. São Paulo: Robe Editorial; 1995.
- Azevedo MA, Guerra V. Com licença, vamos à luta: guia de bolso/Telelactri. São Paulo: Iglu Editora Ltda; 1998.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
- Barros AJP, Lehfeld NAS. Projeto de pesquisa: propostas metodológicas. 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2001.
- Berger RP, Bogen D, Dulani T, Broussard E. Implementation of a program to teach pediatric residents and faculty about violence. Arch Pediatr Adolesc Med; Aug 2002; 156: 804-10.
- Biehl JI. Criança hospitalizada por maus-tratos: o cuidado e o significado das vivências de cuidadores de enfermagem [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre-RS: Universidade Federal de Santa Catarina - Expansão PoloIII; 1997.
- Bowden VR, Greenberg CS . Procedimentos de enfermagem pediátrica. [S.l.]: Guanabara Koogan; 2005.

Braga J. Assédio no trabalho deixa o ambiente doente. Tempo de Luta: Jornal do Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Rio de Janeiro 2005; dez: 6.

Brasil. Constituição (1988): Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

Brasil. ECA - Estatuto da criança e do adolescente: Lei no. 8069 de 13-07-1990. São Paulo: Peres; 1992a.

Brasil. Lei no. 11.340, de 07 de agosto de 2006. <http://legislacao.planalto.gov.br> (acessado em 30/Jan/2007).

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos da Cidadania e da Justiça. Ministério Nacional da Ação Social. A violência contra crianças e adolescentes no Brasil: tendências e perspectivas. Brasília: Comissão de Combate à Violência Contra Crianças e Adolescentes; 1992b.

Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº. 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº. 96 seção 1 E, de 18/05/01. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Proposta preliminar de intervenção, de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização de Trabalhadores na área de Enfermagem. Formação: mercado de trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002c. (Caderno no.06, v.2).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização de Trabalhadores na área de Enfermagem. Formação: qualificação profissional e saúde com qualidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. (Caderno no.1, v.1).

Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a. (Cadernos de Atenção Básica nº 8).



Brêtas JRS, Silva CV, Quirino MD, Ribeiro CA, Kurasima AY, Meira AOS. O enfermeiro frente à criança vitimizada. *Acta Paulista de Enfermagem* 1994; 7:3-10.

Caldas NP Ação supervisora do administrador de enfermagem: roteiro para estudo. Rio de Janeiro. 1978.

Camargo CL, Buralli KO. Violência familiar contra crianças e adolescentes. Salvador: Utragraph; 1998.

Cardoso ES, Santana JSS, Ferriani MGC. Crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos: informações de enfermeiros de um hospital público. *Revista de Enfermagem da UERJ* 2006; 14:524-30.

Cecílio CCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad de Saúde Pública* 2005; 21:508-16.

CFEMEA. Assessoria de imprensa. Vitória! Sanção da Lei Integral de Enfrentamento à Violência Doméstica Contra as Mulheres. [www.cfemea.org.br](http://www.cfemea.org.br) (acessado em 10/Ago/2006).

Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Cortez; 1995.

Christoffel MM, Cunha JM, Peres PLP. Direitos Humanos e cidadania: interfaces no cuidar de enfermeiras neonatologistas. *Rev Enfermagem UERJ* 2004; 12: 230-34.

Christoffel MM. O mundo imaginal da equipe de enfermagem frente às reações do recém-nascido submetido a um procedimento doloroso na UTIN [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

CLAVES (Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde)/UNICEF (Fundo da Nações Unidas para a Infância). Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? Brasília: UNICEF; 2004.

COREN-RJ (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COREN-RJ; 1993. [mimeo]

Costa ES, Morita I, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário de São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2000; 16: 553-55. [www.scielo.br](http://www.scielo.br) (acessado em 30/Jan/2007).

Cruz JM. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados em ciudades de América Latina y Espana. *Rev Panamericana Salud Pública* 1999; 5: 259-67. [www.scielosp.org/scielo](http://www.scielosp.org/scielo) (acessado em 30/Jan/2007).

Cunha JM, Assis SG, Pacheco STA. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. *Rev Brasileira de Enfermagem* 2005; 58:462-65.

Cunha JM, Penna LHG, Oliveira TJ, Pierantoni LMM, Lima RHG . Mesa Redonda: A violência contra a criança e a mulher. Rev Enfermagem Atual 2006; 34: 9-15.

Cunha JM. Atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: impasses e desafios [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 195-226.

Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Deslandes SF. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

Deslandes, SF. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, interações e desafios [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

Diaz-Olavarrieta C, Paz F, De La Cadena CG, Campbell J. Prevalence of intimate partner abuse among nurses and nurses' aides in Mexico. Arch Med Res 2001; 32:79-87.

Eidt OR, Biehl JI, Algeri S. Atelier de vivências: um ambiente propício à construção do cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos. Rev Gaúcha de Enfermagem 1998; 19: 47-55.

Elsen I, Patrício ZM Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: Schmitz EM, organizadora. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu, 2000. p.169-79.

Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egly EY. O caminho da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? Rev Brasileira Enfermagem 2003; 56:343-47.

Ferriani MC, Ceribelli C, Neves FRAL, Cano MAT, Ubeda EML. Crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: a enfermagem neste cenário. Acta Paulista de Enfermagem 2001; 14: 46-54.

Foucault M. Microfísica do poder. 11ª. Imp. Rio de Janeiro: Graal; 1995.

Gelbcke FL, Leopardi MT. Perspectivas para um novo modelo de organização do trabalho de enfermagem. Rev Brasileira Enfermagem 2004; 5: 193-97.

Gomes R, Silva CMFP, Njaine K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. Ciência & Saúde Coletiva 1999; 4: 171-81.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 4. ed. Petropolis, RJ: Vozes; 1995. p.67-80.

Gómez EG. Gênero, Mujer y Salud em las Américas. Whashington: OPS; 1993.

Gonçalves APS, Lima FR. a lesão corporal na violência doméstica: nova construção jurídica. [www.cfemea.org.br](http://www.cfemea.org.br) (acessado em 30/Jan/2007).

Grossi MP. Gênero, violência e sofrimento. Florianópolis: UFSC/CFCH/ Programa de Pós Graduação em Antropologia Social; [S.d.]. (mimeo).

Grüdtner DI. Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescentes: reflexões sobre o cuidado das enfermeiras [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

Guimarães I. Violência de gênero In: Brasil. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 105-110.

Guiton B, Figueiredo N, Porto I. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. Niterói: Intertexto; 2002.

Hirigoyen MF. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. 8. ed. [S.l.]: Bertrand Brasil; 2006.

Horta WA. Processo de Enfermagem. 13.ed. São Paulo: EPU; 1979.

Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA, organizador. Epidemiologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003.

Klijn TP, Suazo SV, Moreno MB. Violência percebida por trabalhadores de atención primária de salud . Rev Ciência y Enfermería 2004; 10: 53-65.

Krug EG, Dalberg LL, Mercy AJ, Zwui AB, Lozano R, editores. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde . Genebra: OMS; 2002a.

Krug EG, Dalberg LL, Mercy AJ, Zwui AB, Lozano R, editores. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde: súmula. Genebra: OMS; 2002b.

Leavel HR, Clark EG. Medicina preventiva. [s.l.]: Mc Grawhill do Brasil. Ltda; 1977.

Lima RHG. A concepção do enfermeiro sobre o atendimento à criança vítima de violência doméstica: questões da formação e da experiência [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: NUTES, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Lisboa MT, Moura FJM, Reis LD. Violência do cotidiano e no trabalho de enfermagem: apreensões e expectativas de alunos de um curso de graduação em enfermagem do Rio de Janeiro. *Revista de Enfermagem* 2006; 10:81-86.

Little L, Kantor GK. Using ecological theory to understand intimate partner violence and child maltreatment. *J Community Health Nurs* 2002; 19(3):133-45.

Lopes GT, organizador. Manual para elaboração de monografias, dissertações e teses. Rio de Janeiro: EPUB; 2002.

Loyola, MDC. Os doces corpos do hospital: as enfermeiras e poder institucional na estrutura hospitalar. Rio de Janeiro: UFRJ; 1987. (Edição SR2/UFRJ).

Machado JMH, Gomez CM. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social *Cad Saúde Pública* 1994; 10(supl.1): 74-87.

Machado MH. A profissão de enfermagem no século XXI. *Rev Brasileira de Enfermagem* 1999; 52: 589-95.

Machado MH. La mujer y el mercado de trabajo em el sector de la salud em las Américas: hegemonia femenina? In: Gómez E., organizadora. *Gênero, Mujer y Salud em las Américas*. Whashington: OPS; 1993. p. 277-285.

Machado MH. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Maldonado MT. As sementes do amor: educar criança de zero a três anos para a paz. Rio de Janeiro: [S.n.]; 2003.

Mandt AK. The curriculum revolution in action: nursing and crisis intervention for victims of family violence. *J Nurs educ*; 1993; 32:44-6.

Marx CL, Morita LC. Manual de gerenciamento de enfermagem. Rio de Janeiro: EPUB; 2003.

Marziale MHP. A violência no setor saúde. *Rev Latino-americana de Enfermagem* 2004; 12:147-148.

Melo CM. Divisão social do trabalho em enfermagem. São Paulo: Cortez; 1986.

Minayo MC, Souza ER. É possível prevenir a violência? *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4: 7-32.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Minayo MCS, organizadora. A saúde em estado de choque. 3.ed. Rio de Janeiro: Fase e Espaço e Tempo; 1992.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1996.

Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto CI et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SM, organizadoras. O trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortêz; 1997.

Monticelli M. A força de trabalho em enfermagem e sua inserção no sistema de alojamento conjunto. Rev Brasileira de Enfermagem 2000; 53: 4-62.

Morais EP, Eidit OR. Conhecendo para evitar: a negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes. Rev Gaúcha de Enfermagem 1999; 20(n.esp.): 6-21.

Murofouse NT, Abranches SS, Napoleão AMA Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. Rev Latino Americana de Enfermagem 2005; 13: 225-61.

Nittschke RG, Elsen I. Saúde da família na pós-graduação: um compromisso ético interdisciplinar na pós-modernidade. Rev Brasileira de Enfermagem 2000; 53(n.esp.): 35-48.

Oliveira F. Neoliberalismo à brasileira. In: Sader E, Gentili P, organizadores. Pós-neoliberalismo: as práticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995.

Oliveira TJ. O cuidar de enfermagem à criança vítima de violência intrafamiliar: uma análise fenomenológica [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.

Peduzzi M, Anselmi ML O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. Rev Brasileira de Enfermagem 2004; 57:425-29.

Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez; 1989.

Quivy R, Campenhoudt L. Manual de investigação em Ciências Sociais: trajectos. 2.ed. Portugal: Gradiva; 1998. v.1.

Ribeiro RLR, Ramos FRS. A violência à criança hospitalizada: dimensão ética da intervenção terapêutica. Texto e Contexto Enfermagem 1999; 8: 514-518.

Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança. [www.smonline.rio.rj.gov.br](http://www.smonline.rio.rj.gov.br). (acesso em 02/Fev/2001).

Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Protegendo nossas crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 1996.

Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde do Adolescente. [www.rio.rj.gov.br](http://www.rio.rj.gov.br). (acesso em 13/Set/2002).

Rocha AM, Felli VE. A saúde do trabalhador da enfermagem sob a ótica da gerência. *Rev Brasileira de Enfermagem* 2004; 57:453-45.

Ross MM, Hoff LA, Coutu-Wakulczyk G. Nursing curricula and violence issues. *J Nus Educ* 1998; 37:5-60.

Saffioti HIB. Síndrome do pequeno poder. In: Azevedo MA, Guerra VNA, organizadoras. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu; 2000. p.13-21.

Santin MA. Aborto legal: a Igreja Católica e o Congresso Nacional. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2000. (Cadernos no.6).

Santos SSC. Currículos de Enfermagem do Brasil e as diretrizes: novas perspectivas. *Rev Brasileira de Enfermagem* 2003; 56:361-64.

Sarti CA. Famílias enredadas. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadoras. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: PUC; 2003. p.21-38.

Schwanck RH, Pauletti G, Zorzo JAT, Gomes VLO. A percepção de formandos de enfermagem acerca da violência contra a criança. *Cogitare Enfermagem* 2005; 10:41-46.

Silva AL, Corrêa P. Categoria gênero na enfermagem. *Rev Brasileira de Enfermagem* 1999; 52: 22-36.

Silva GB. *Enfermagem profissional: análise crítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1989.

Souza ABG, Silva CL, Cavalcante CGD, Gomes RR. O enfermeiro frente aos maus- tratos na infância e adolescência: uma proposta de um protocolo. *Nursing* 2005; 89: 462-67.

Souza ER, Minayo MCS, Njaine K, Cruz AJM, Silva HB, Santos FCL et al. Tendências da produção científica brasileira sobre violências e acidentes na década de 90. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.49-81.

Spencer D. Paediatric trauma: when it is not an accident. *Accid Emerg Nurs* 2002; 10: 143-8.

StatSoft, Inc., 1995. *STATISTICA for Windows* [Computer program manual]. Tulsa, OK: *StatSoft, Inc.*, 2325 East 13th Street, Tulsa, OK, 74104, (918) 583-4149, fax: (918) 583-4376.

Tannure MC, Chianca TCM. A seleção do referencial teórico de Orem para a sistematização da assistência de enfermagem. *Nursing* 2006; 100

Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 4.ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. Projeto político pedagógico. Rio de Janeiro; 2004. (mimeo).

Vicente ML. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política para a manutenção do vínculo. In: Kaloustian SM, organizador. Família brasileira: a base de tudo. Brasília: UNICEF; 1994. p.47-59.

Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto; 1998.

Warne T, Macandrew S. Journal of Psychiatric and Mental Nursing 2005; 12: 679-86.

Whaley L, Wong D. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.

Wong D. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

Woodtli MA, Breslin E. Violence-related content in the nursing curriculum: a national study J Nurs Educ 1996; 35:367-74.

Zeferino MT, Santos VEP, Radünz V, Carraro TE, Freló AT. Enfermeiros e uso abusivo de drogas: comprometendo o cuidado de si e do outro. Rev Enfermagem UERJ 2006; 14:599-606.