




PRISCILA ARRUDA DA SILVA

**NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COMO EXERCÍCIO DE PODER E RESISTÊNCIA**

RIO GRANDE

2015



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PPGENF)
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COMO EXERCÍCIO DE PODER E RESISTÊNCIA**

PRISCILA ARRUDA DA SILVA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

ORIENTADORA: VALÉRIA LERCH LUNARDI

RIO GRANDE

2015

Si381n Silva, Priscila Arruda da.

Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes como exercício de poder e resistência / Priscila Arruda da Silva. – 2015.

162 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG,
Programa de pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2015.

Orientadora: Dr^a. Valéria Lerch Lunardi.

1. Enfermagem 2. Violência intrafamiliar 3. Defesa da criança e do adolescente 4. Notificação de violência I. Lunardi, Valéria Lerch II. Título.

CDU 616-083:343.211.3

Folha de aprovação

PRISCILA ARRUDA DA SILVA

NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO EXERCÍCIO DE PODER E RESISTÊNCIA

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela banca examinadora para a obtenção do título de **Doutora em Enfermagem** e aprovada a sua versão final em 26 de fevereiro de 2015, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Enfermagem e Saúde.


Dra Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG


BANCA EXAMINADORA



Dra Valéria Lerch Lunardi – Presidente (FURG)


Dra Rosemary Silva da Silveira – Membro Interno (FURG)


Dra Simone Algeri – Membro Externo (UFRGS)


Dra Ceres Braga Arejano – Membro Externo (FURG)


Dra Adriane M. Netto de Oliveira – Suplente interno (FURG)


Dra Alacoque Lorenzini Erdmann - Suplente externo (UFSC)

Dedico esta Tese

Aos meus pais Rudnei Lima Rodrigues da Silva e Eva de Fátima Felix Arruda pela educação e o amor que sempre me deram. O apoio e a confiança depositada em mim foram fundamentais nesta fase importante na minha vida.

As minhas irmãs Jaqueline Arruda da Silva e Keli Arruda da Silva que sempre estiveram presentes em todas as etapas desta tese.

Ao meu namorado Rogério dos Santos Gomes pela paciência nos momentos em que precisei estar ausente. Obrigada por fazer parte da minha vida, você é um grande companheiro.

A minha querida orientadora Valéria Lerch Lunardi, não tenho palavras para agradecer o tamanho gesto. A confiança depositada em mim ao longo desse um ano e meio de convivência, após ter aceitado ser minha orientadora, comprova o quão és uma pessoa admirável e sensível.

À equipe do Centro de Referência Especializada em Assistência Social que sempre esteve disponível quando precisei.

Agradecimentos

À Deus, pela força com que guiou meus passos na realização dessa tese.

A CAPES, pelo apoio financeiro.

Às Enfermeiras e demais profissionais de saúde que participaram deste estudo, pela disponibilidade e o compartilhamento de suas vivências, permitindo que esta pesquisa se efetivasse.

A minha família agradeço pela compreensão nos momentos em que tive ausente, pelo incentivo e apoio nos momentos de dificuldades.

Às amigas Prof^a. Dr^a Adriane M. Netto de Oliveira e Tânia Cristina Vasques pela amizade, parceria e incentivo.

À orientadora e amiga Prof^a. Dr^a. Valéria Lerch Lunardi obrigada por acreditar que eu seria capaz de terminar esta tese em tempo hábil. Foi um ano muito proveitoso, de intensa troca de conhecimentos que jamais esquecerei. Meus sinceros agradecimentos pelo tempo dedicado a este estudo, abdicando muitas vezes de seus momentos em família para que fosse possível concretizar essa tese.

Ao professor Guilherme Lerch Lunardi pelo tempo dedicado a esta tese e pelos ensinamentos.

À amiga Geisa dos Santos Luz, pelos desabafos e pelo apoio nos momentos em que mais precisei.

Aos participantes da Banca pelas importantes contribuições para o aperfeiçoamento desta tese.

“A criança aprende o que vive e vive o que aprende”

Se a criança vive com críticas, ela aprende a condenar;
Se a criança vive com hostilidade, ela aprende a agredir;
Se a criança vive com zombaria, ela aprende a ser tímida;
Se a criança vive com humilhação, ela aprende a sentir-se culpada;
Se a criança vive com tolerância, ela aprende a ser paciente;
Se a criança vive com incentivo, ela aprende a ser confiante;
Se a criança vive com retidão, ela aprende a ser justa;
Se a criança vive com segurança, ela aprende a ter fé;
Se a criança vive com aprovação, ela aprende a gostar de si mesma;
Se a criança vive com amizade, ela aprende a encontrar amor no mundo.

(Autor desconhecido)

Sumário

INTRODUÇÃO.....	18
OBJETIVOS.....	28
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
Violência praticada contra crianças e adolescentes: uma relação de dominação.....	29
Políticas Públicas de Proteção a criança e ao adolescente: uma luta de resistência à violência ao longo da história.....	35
O papel do setor saúde no enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.....	40
Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no âmbito das políticas públicas.....	43
A Notificação da violência intrafamiliar nos serviços de saúde	48
A Enfermagem e a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes	54
REFERENCIAL TEÓRICO.....	60
Poder.....	60
Saber e poder	62
Ética como prática da liberdade.....	63
Resistência como uma ação ética	66
METODOLOGIA.....	68

Etapa quantitativa

Tipo de estudo	69
Local de estudo.....	69
Instrumento de coleta de dados.....	73
Coleta de dados.....	73
Validação do instrumento.....	74
Análise dos dados.....	74

Etapa qualitativa

Tipo de estudo	75
Sujeitos do estudo.....	75
Coleta de dados.....	77
Análise dos dados.....	77
Aspectos éticos.....	79

RESULTADOS.....

81

Artigo 1.....

82

Artigo 2.....

99

Artigo 3.....

120

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....

137

REFERÊNCIAS.....

141

ANEXOS

APÊNDICES

Lista de Siglas

ABRAPIA – Associação Brasileira de Proteção aos Maus-Tratos na Infância e Adolescência

ABPANI – Associação Brasileira de Proteção a Abusos e Negligência na Infância

CECRIA – Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes

CID – Código Internacional de Doenças

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CT – Conselho Tutelar

CRAMI – Centro Regional de Atenção a Maus-Tratos na Infância

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

DECA – Delegacia Especializada em Crianças e Adolescentes

DPPA – Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

LACRI – Laboratório de Estudos da Criança

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PAIR – Programa de Ações Integradas Referenciais da Violência Sexual Infanto-Juvenil

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMCAS – Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo de Ações Unidas pela Infância

VIVA – Vigilância de violências e Acidentes

*L*ista de Figuras e Quadros

FIGURA 1	70
FIGURA 2	71
QUADRO 1	76
FIGURA 3	79

Resumo

SILVA, Priscila Arruda da. **Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes como exercício de poder e resistência** . 2015. 162 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Estudos sobre notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes têm suscitado, entre os profissionais, diversas abordagens e perspectivas de interpretação, mostrando a complexidade e amplitude desse fenômeno, tão presente na sociedade. Nesse estudo, apoiando-se em Foucault, defende-se a seguinte tese: *O ato de implementação da notificação da violência constitui-se em exercício de poder do denunciante e um ato de resistência contra a sua manutenção*. Como objetivo geral do estudo, buscou-se compreender o processo de notificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, no Município do Rio Grande/RS; e como objetivos específicos: analisar as notificações realizadas entre janeiro de 2009 e maio de 2014, em uma instituição de proteção à crianças e adolescentes de Rio Grande/RS; conhecer como os profissionais da saúde tem se fortalecido e encorajado para proceder às notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande/RS. O estudo foi desenvolvido em duas etapas, uma quantitativa, mediante pesquisa documental em 800 prontuários de um Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) do Rio Grande, abertos entre janeiro de 2009 e maio de 2014, enfocando variáveis sociodemográficas das vítimas, agressores e a modalidade de violência e da notificação. Constata-se que o perfil prevalente foi de crianças e adolescentes brancas, do sexo feminino, com idades entre sete e 14 anos, residentes em bairros periféricos. A maioria dos agressores é do sexo masculino, com idades entre 20 e 40 anos, e baixo nível de escolaridade. Identificou-se também a mãe como a principal responsável pelas agressões, seguida do pai e padrasto. Houve o predomínio da violência sexual, física e psicológica. A maioria das notificações encaminhadas aos órgãos de proteção foi realizada pelos familiares, desencadeada, principalmente, pela evidência de sinais físicos. A etapa qualitativa foi realizada através de entrevista semi-estruturada com profissionais de saúde que notificaram atos de violência. Realizou-se análise textual discursiva dos dados, emergindo duas categorias: Coragem da verdade fortalecida pelo

conhecimento e Coragem da verdade: conhecimento de si e cuidado de si. Os profissionais de saúde adotaram a notificação como um exercício de poder frente ao agressor e uma forma de resistência e enfrentamento da violência. No exercício da sua liberdade, procederam a notificação, que se constitui em uma ação ética, especialmente porque se consideram profissionais comprometidos com o bem-estar e proteção de seus pacientes. Foram respeitados todos os procedimentos éticos, a partir da Resolução n. 466/2012.

Descritores: Enfermagem. Violência na Família. Defesa da criança e do adolescente. Notificação de abuso.

Abstract

SILVA, Priscila Arruda da. **Notification of domestic violence against children and adolescents as an exercise of power and resistance**. 2015. 162 f. Thesis. (Ph.D. in Nursing) – Nursing School, Post Graduation Program in Nursing, Federal University Federal of Rio Grande, Rio Grande.

Studies on the notification of domestic violence against children and adolescents have raised, among the professionals, several approaches and perspectives of interpretation, showing the complexity and amplitude of such phenomenon, so often found in the society. In this study, based on Foucault, I defend the following thesis: *The act of implementing the notification of violence is an exercise of power of the complainant and an act of resistance against such continuation*. As a general purpose of the study, I aimed to understand the process of notification of domestic violence against children and adolescents, in the city of Rio Grande/RS; and as specific purposes: analyze the notifications made between January 2009 and May 2014, at an institution to protect children and adolescents of Rio Grande/RS; know how the health professionals have strengthened and encouraged themselves to proceed with the notifications on violence against children and adolescents in Rio Grande/RS. The study was carried out in two phases, a quantitative one, upon documental research in 800 records from a Reference Center Specialized in Social Assistance (CREAS) from Rio Grande, opened between January 2009 to May 2014, focusing on socio-demographic variables of the victims, offenders and the type of violence and notification. It is noticed that the prevalent profile was of white, female children and adolescents, aging between 7 and 14, living in peripheral neighborhoods. Most of the offenders are male, aged between 20 and 40, with low educational level. It has also been identified the mother as the main offender, followed by the father and stepfather. There was the predominance of sexual, physical and psychological violence. Most of the notifications sent to the protection agencies were sent by the families, mainly triggered by the evidence of physical signs. The qualitative phase was carried out using semi-structured interviews with health professionals who notified acts of violence. A discursive textual review of the data was carried out, with two main categories: Courage of the truth strengthened by knowledge

and Courage of the truth: own knowledge and own care. The health professionals adopted the notification as an exercise of power before the offender and a form of resistance and confrontation of violence. When exercising their freedom, they proceeded with the notification, which is na ethical action, specially because they consider themselves professionals committed with the wel-being and protection of their patients. All ethical procedures have been respected , based on the Resolution no. 466/2012.

Key words: Nursing. Domestic Violence. Defense of the Child and the Adolescent. Notification of abuse.

Resumen

SILVA, Priscila Arruda da. **Notificación de la violencia familiar contra los niños y adolescentes como un ejercicio de poder y resistencia.** 2015. 162 h. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Estudios sobre la notificación de la violencia familiar contra los niños y adolescentes han planteado, entre profesionales, diferentes enfoques y perspectivas de interpretación, mostrando la complejidad y amplitud de este fenómeno, tan presente en la sociedad. En este estudio, a partir de Foucault, se sostiene la siguiente tesis: *El acto de implementación de la notificación de la violencia se constituye en ejercicio de poder de lo denunciante y un acto de resistencia contra su mantenimiento.* Como objetivo general del estudio fue entender el proceso de notificación de la violencia familiar contra los niños y adolescentes, en Río Grande / RS; y como objetivos específicos: analizar las notificaciones realizadas entre enero de 2009 y mayo de 2014, en una institución de protección a niños y adolescentes de Río Grande / RS; conocer como los profesionales de la salud se ha fortalecido y alentado para realizar las notificaciones de violencia contra los niños y adolescentes en Rio Grande / RS. El estudio se realizó en dos etapas, una cuantitativa, a través de la investigación documental sobre 800 archivos de un centro de referencia especializado para la Asistencia Social (CREAS) de Río Grande, abierta entre enero de 2009 y mayo de 2014, centrándose en las variables socio-demográficas de las víctimas, los autores y el tipo de violencia y la notificación. Señala que el perfil era frecuente en niños y adolescentes blancos, femenino, con edades comprendidas entre los siete y 14 años, que vive en los suburbios. La mayoría de los delincuentes son varones, con edades comprendidas entre 20 y 40 años, y el bajo nivel de educación. También identificó a la madre como el principal responsable por las agresiones, seguido por el padre y su padrastro. Hubo un predominio de violencia sexual, física y psicológica. La mayoría de las notificaciones enviadas a la protección de los órganos fue realizado por miembros de la familia, provocada principalmente por la evidencia de signos físicos. La etapa cualitativa se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas con profesionales de la salud que reportaron actos de violencia. Celebrada

análisis textual discursiva de los datos, emergiendo dos categorías: Valor de la verdad fortalecido por el conocimiento y el coraje de la verdad: el autoconocimiento y autocuidado. Los profesionales de la salud han adoptado la notificación como un ejercicio de poder contra el agresor y una forma de violencia y resistencia de combate. En el ejercicio de su libertad, que tuvo lugar la notificación, lo que constituye una acción ética, sobre todo porque consideran profesionales comprometidos con el bienestar y la protección de sus pacientes. Todos los procedimientos éticos se han cumplido, por la Resolución No. 466/2012 .

Descriptores: Enfermería. Violência doméstica. Defensa del niño. Notificación Obligatoria.

Introdução

Os estudos sobre a notificação¹ da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes têm suscitado entre os profissionais que se dedicam a sua investigação, diversas abordagens e perspectivas de interpretação, mostrando a complexidade e amplitude desse fenômeno, tão presente na sociedade. Duas linhas de investigação têm sido estruturadas na tentativa de analisar o processo de notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: a que a considera como um dilema ético aos profissionais, pelas suas repercussões para si e para a vítima, o que tem levado a muitos deixarem de notificar casos suspeitos de violência (Lane & Dubowitz, 2009; Ristum, 2010; Andrade, Nakamura, Paula, Nascimento, Bordin, 2011; Silva, 2012), e outra vertente que procura analisar a notificação a partir de seu aspecto positivo, avaliando-a como um movimento que busca interromper o ciclo de violência e como um compromisso em zelar pela proteção de crianças e adolescentes (CROSS, MATHEWS, TONMYR, SCOTT, OUIOMET, 2012; WEKERLE, 2013; PIETRANTONIO, WRIGHT, GIBSON, ALLDRED, JACOBSON, NIEC, 2013).

Grande parte dos estudos sobre essa temática, realizados por pesquisadores da enfermagem e demais profissionais de saúde, tem se orientado na primeira linha de investigação, na busca de respostas para justificar o não envolvimento de profissionais na notificação, mesmo reconhecendo que a violência pode acontecer de forma rotineira na vida das pessoas e o seu dever em notificá-la, ainda que se trate apenas de uma suspeita de violência. Nesse estudo, será adotada a segunda linha de investigação que reconhece a notificação como uma manifestação de resistência dos profissionais a um problema tão comum em nossa sociedade, causador de grande impacto social, político e

¹ O Ministério da saúde define notificação como uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente vítima de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor (BRASIL, 2002, p. 14).

econômico, e com alto potencial de comprometimento para a saúde e qualidade de vida das vítimas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), a violência intra-familiar contra crianças e adolescentes manifesta-se como toda ação e/ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes. É uma relação interpessoal, assimétrica e hierárquica de dominação, exploração e opressão de um adulto sobre uma criança, ou seja, uma relação em que o forte domina o fraco (OMS, 2002). Para Foucault, “as relações de dominação podem ser entendidas como uma relação de violência que age sobre um corpo, ela força, ela submete, ela destrói, ela fecha todas as possibilidades, não tem, portanto junto a si, outro pólo, senão aquele da passividade” (FOUCAULT, 1995, p. 243).

A violência ocorre quando diferenças são transformadas em desigualdades, em que uma das partes assume a condição de superioridade e estabelece uma relação de dominação versus submissão. Assim, se expressa em uma condição em que o ser humano não é considerado como sujeito, mas sim como coisa, objeto (ALBERTON, 2005). Foucault refere que, diferentemente, uma relação de poder “se articula sobre dois elementos que lhe são indispensáveis por ser exatamente uma relação de poder: que “o outro” (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação e que se abra diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis” (FOUCAULT, 1995, p.243). Desse modo, o poder deve ser entendido de um modo relacional, é um modo de ação que não age direta e imediatamente sobre os outros, mas uma ação sobre a ação dos outros (FOUCAULT, 1995, p. 243)

Aplicado a este estudo, Foucault ajuda a compreender como o poder se exerce nas relações cotidianas, ou seja, como relações de poder podem ser exercidas pelas enfermeiras e demais profissionais de saúde em relação ao agressor, mediante a notificação da violência aos órgãos de proteção.

Crianças e adolescentes² comumente encontram-se em uma condição de extrema vulnerabilidade, por conviverem com um adulto que as violenta, porém a quem amam e por quem precisam ser amadas. Essa condição lhes nega o direito de liberdade,

² Considera-se criança, para efeitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2006, p.9)

dignidade, respeito e a oportunidade de crescer e desenvolver-se de maneira saudável (PESCE, 2009).

O silêncio muitas vezes se faz presente, não permitindo uma elaboração e nem o enfrentamento da situação, pois ameaças e seduções dos agressores são manifestadas em busca do silêncio das vítimas e da manutenção do ciclo de violência. Assim, na condição de dominados, crianças e adolescentes internalizam uma visão de si, a partir da visão que o sujeito dominante lhes impõe (SILVA, 2007). Desse modo, as vítimas comumente não expõem a agressão sofrida, por medo, vergonha ou por se sentirem culpadas. Entretanto, há aqueles que manifestam, de modo verbal ou não, seu sofrimento, na expectativa de que essa confiança possa lhes abrir um caminho para a saída dessa situação. Cabe então aos profissionais assumirem a responsabilidade de proteger as vítimas e romper com o silêncio (SILVA, LUNARDI, SILVA, LUNARDI-FILHO, 2009). Nesse sentido, as instituições de saúde são consideradas como espaços de proteção à criança e ao adolescente e de revelação da violência a que possam estar submetidas.

Como enfermeira³ e, atualmente, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG e, há anos, interessada pela temática da violência intrafamiliar, considero que o desenvolvimento deste estudo tem o compromisso de contribuir para o avanço do conhecimento, especialmente na área da enfermagem, acerca da notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Essa temática vem sendo estudada desde 2005, com minha inserção no Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES). Particularmente, em relação à notificação, se buscou conhecer a percepção dos profissionais de um hospital universitário, quanto à importância da notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, constatando que, apesar de os profissionais considerarem importante a notificação, o número de notificações ainda era muito pequeno, decorrente de entraves, possivelmente relacionados à falta de um protocolo que orientasse e respaldasse a ação profissional (SILVA, LUNARDI, SILVA, LUNARDI-FILHO, 2009)

Considera-se, então, que as enfermeiras e os profissionais da saúde estão em uma posição estratégica para identificar os fatores de risco para a violência e as

³ Neste trabalho, utiliza-se o termo enfermeira, como substantivo feminino, devido a sua predominância no exercício da profissão. De acordo com o COFEN, em 2010, 87,2% dos profissionais da Enfermagem eram do sexo feminino.

possíveis vítimas de violência intrafamiliar, procedendo às notificações, uma vez que crianças e adolescentes, em geral, são os que mais buscam os serviços de saúde em decorrência de danos físicos, mentais ou emocionais causados pela violência (BRASIL, 2011). Embora o motivo da busca por atendimento, comumente, seja mascarado por outros problemas ou sintomas que não se configuram, isoladamente, em elementos para um diagnóstico de vítima de violência, é importante não perder de vista que, em tais ocasiões, os profissionais precisam estar atentos para não limitar sua atuação ao tratamento clínico e sintomático dos traumas e lesões resultantes desses problemas. Especialmente, é preciso ter clareza que essas crianças e adolescentes, após deixarem o local de atendimento, retornam aos ambientes onde as relações, as práticas e os comportamentos permanecem agressivos (BRASIL, 2002).

Dispositivos legais, como o ECA, mencionam a responsabilidade dos profissionais de saúde e instituições de comunicar os casos de violência que tiverem conhecimento, prevendo na lei 8069, ECA, em seu art. 245, penalidades para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixem de comunicar os casos suspeitos ou confirmados (BRASIL, 2006).

Considerada como uma das importantes conquistas para a sociedade e para crianças e adolescentes vítimas de violência, a aplicação dessa lei aponta novos mecanismos que possibilitam um maior encorajamento das vítimas para denunciarem qualquer tipo de violência por elas sofrida e até mesmo determinar a obrigatoriedade dos cidadãos de notificar aos órgãos de proteção qualquer suspeita ou confirmação de violência (BRASIL, 2006). A violência, entretanto, apresenta um forte componente cultural, dificilmente superável apenas pela aprovação de leis e normas, uma vez que envolve costumes, hábitos e atitudes, ou seja, a necessidade de uma transformação cultural (ALBERTON, 2005).

A lei, para Foucault, é concebida como uma composição, organização, gestão e controle de diferentes ilegalismos; desejados, inventados, permitidos, tolerados ou proibidos: “A lei não é nem um estado de paz, nem o resultado de uma guerra ganha: ela é a própria guerra e a estratégia dessa guerra em ato, exatamente como o poder não é uma propriedade adquirida pela classe dominante, mas um exercício atual de sua estratégia” (DELEUZE, 1991, p. 40).

Assim, a decisão de notificar não se restringe às determinações legais, mas, sim, às peculiaridades de cada caso, sendo influenciada por fatores de ordem pessoal dos

profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pela própria estrutura dos serviços de saúde, que, na sua maioria, são deficientes, segundo tem se destacado na literatura nacional e internacional, constituindo-se em um dos principais desafios dos trabalhadores da área da saúde para realizar a notificação (LANE, DUBOWITZ, 2009; SILVA, LUNARDI, SILVA, LUNARDI-FILHO, 2009; ALVAREZ, DONOHUE, CARPENTER, ROMERO, ALLEN, CROSS, 2010; LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010; LIMA, DESLANDES, 2011; LEVI & CROWELL, 2011).

Destaca-se, ainda, que equacionar a problemática da violência exige o comprometimento das instituições formadoras e qualificadoras, no preparo dos profissionais em relação a esse fenômeno, com o objetivo de responder a uma demanda que cresce a cada dia; da mesma forma, requer o comprometimento daqueles que estão nos serviços de retaguarda (Polícia Civil, Conselho Tutelar, Delegacia da Criança e do Adolescente, Juizado da Infância e da Juventude) que devem exercer o poder de proteção às vítimas, assim como da sociedade (RIBEIRO, 2011).

No entanto, é preciso que profissionais da saúde, trabalhadores das diversas áreas do conhecimento, pessoas da comunidade, unam-se em prol de um objetivo comum: “a luta contra a violência”, participando ativamente das campanhas nacionais e internacionais, inserindo-se nos Conselhos de Saúde, ocupando espaços que possibilitem efetivar propostas contra a violência, aliando-se ao Poder Judiciário (ÁVILA, OLIVEIRA, SILVA, 2012). Enfim, mostra-se necessário ocupar espaços políticos e sociais que lhes permitam criar estratégias de promoção do desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes, com redução da incidência da violência.

Presente na vida cotidiana, a violência é considerada um problema cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a sofre, mas também de quem a presencia (MINAYO, 2005). Os sentimentos de incerteza, raiva, projeção, ansiedade e impotência que surgem diante de uma situação que envolve violência contra crianças e adolescentes, assim como o medo de represália por parte dos agressores, falta de conhecimento sobre a notificação, ausência de mecanismos legais de proteção ao denunciante e notificação infundada são algumas dificuldades encontradas na literatura para justificar o não envolvimento dos profissionais em uma determinada situação de violência, o que parece estar relacionado a um mecanismo de defesa do ser humano, de modo a amortizar seus próprios sentimentos (KULIK, FLEITER, BATISTA, s/a; FRASER, MATHEWS, WALSH, CHEN, LINPING, DUNNE, 2010;

GARBIN, GARBIN, MOIMAZ, SALIBA, COSTA, QUEIROZ, 2011; CROSS, MATHEWS, TONMYR, SCOTT, OUMET, 2012; WEKERLE, 2013).

Lima et al (2011) identificaram um perfil dos profissionais que, ao vivenciarem uma situação de suspeita de violência contra crianças e adolescentes, realizaram notificação aos órgãos de proteção, a saber: são profissionais do sexo feminino, com filhos, experiência profissional de seis anos ou mais e capacitação prévia na temática.

Um estudo desenvolvido por Silva (2012), com 107 profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Olinda, apontou que 86% dos profissionais entrevistados já suspeitaram de violência física, sexual, psicológica e negligência, mas somente 36,4% desses notificaram o caso. Apesar da subnotificação ainda ser considerada como uma limitação séria quando se trata de violência contra crianças e adolescentes, avanços têm ocorrido no sentido de mobilizar os profissionais a lidar melhor com o tema e a realizar a notificação. Assim, poderia se questionar acerca das estratégias construídas pelos profissionais que representam o percentual de 36,4%, de modo a terem alcançado êxito na notificação da violência.

O estudo revelou, também, que os mais propícios a denunciar são os profissionais com pós-graduação em Saúde Coletiva; que já sofreram, pessoalmente, alguma violência; participaram de capacitação sobre o assunto; conhecem o ECA e a obrigatoriedade de notificação. Ainda, foi constatado que profissionais que já testemunharam alguma situação de violência na comunidade apresentam oito vezes mais chances de denunciar uma agressão em relação a quem nunca vivenciou tal situação. Os profissionais que defendem a obrigatoriedade dos profissionais de saúde de notificar situações de violência o fazem 18 vezes mais do que os demais, ou seja, quanto mais conscientes acerca do papel que devem desempenhar, maiores são as chances de notificarem um caso de violência contra crianças ou adolescentes (SILVA, 2012).

Lane e Dubowitz (2009) afirmam que a experiência prática clínica é fundamental para o desenvolvimento das competências e de confiança para a realização de avaliações e, conseqüentemente, da notificação. Dessa forma, a capacitação dos profissionais de saúde, através de cursos de educação permanente, deve fazer parte da rotina desses trabalhadores em busca de um melhor preparo e conseqüentemente de mudanças de discursos, crenças e atitudes em relação à violência.

Gonsalves & Ferreira (2002) relatam, a partir de sua experiência no ambulatório da família no Rio de Janeiro, que é possível superar possíveis dificuldades e realizar a notificação, utilizando recursos capazes de desempenhar um novo olhar sobre esse

fenômeno, como: fundamentar melhor a suspeita antes de encaminhar a notificação; apresentar a notificação à família como veículo de acesso a instituições e serviços dos quais ela necessita; mostrar à família que a intenção é o bem estar da criança; estratégias importantes para que a notificação não se transforme em obstáculo capaz de se interpor entre profissional/família ou entre família/vítima, criando impedimentos para o trabalho de médio e longo prazo.

A Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde têm investido na capacitação e sensibilização dos profissionais sobre a importância desse registro. Como resultado dessas medidas, no Brasil, o número de notificações de violência contra crianças e adolescentes com até 19 anos, por profissionais de saúde, mais que triplicou em três anos, passando de 18.570, em 2009, para 67.097, em 2012. (AGÊNCIA BRASIL, 2013).

No Rio Grande do Sul, de acordo com Disque Direitos Humanos (disque 100)⁴ comparando-se o primeiro quadrimestre de 2011 com o primeiro quadrimestre de 2012⁵, houve um aumento de 68,6% no número de denúncias de violência contra crianças e adolescentes, passando de 896 casos em 2011 para 1511 em 2012. Em Rio Grande/RS, segundo o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), foram notificados, em 2009, 61 casos de violência contra crianças e adolescentes. Já, em 2010, esse número chegou a 90 casos notificados, evidenciando-se, também, um aumento significativo de registros de violência.

O município do Rio Grande, onde foi desenvolvida a presente proposta, possui uma rede de serviços, incluindo órgãos especializados, grupos e ONGs de apoio às famílias. Entretanto, identificam-se falhas nessa rede, possibilitando caracterizá-la como não suficientemente organizada, tais como, a existência somente um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), desconhecendo-se, também, de modo sistematizado, como está a situação da violência contra crianças e adolescentes no município. Apesar do município, recentemente, ter implantado a Delegacia de Proteção à criança e adolescente (DPCA) e o Programa de Ações Integradas Referenciais de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no território brasileiro

⁴ Trata-se de um canal de comunicação da sociedade civil com o poder público, que favorece a denúncia da violência, possibilitando conhecer e avaliar a dimensão da violência contra crianças e adolescentes e o sistema de proteção, bem como orientar a elaboração de políticas públicas.

⁵ Especificamente, em relação ao abuso sexual, o Rio Grande do Sul é o 9º estado no ranking de denúncias nessa modalidade de violência, com 330 casos denunciados, no primeiro quadrimestre de 2012.

(PAIR), assim como o Sistema Vigilância de Acidente e Violências, não se tem ainda informações que permitam avaliar a grandeza do problema da violência contra a criança e o adolescente. Somado a isso, somente em 2009, a notificação de violência e acidentes passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Tais fragilidades propiciam um déficit na qualidade do atendimento prestado à população, inserindo a família num ciclo de violência sem suficiente resolutividade, o que agrava ainda mais suas consequências (RIBEIRO, 2011).

A falta de uma rede de atendimento organizada permite trazer à tona um problema que acontece no cotidiano de muitas vítimas, o que pode corroborar para que o silêncio se sobreponha à revelação da violência. As famílias, muitas vezes, são ignoradas e julgadas de forma discriminada, podendo ter a veracidade das suas informações questionada, pelos policiais que as atendem, como em delegacias de pronto atendimento (DPPA), que não se caracterizam por oferecer um atendimento especializado, constituindo-se, também, em locais impróprios para crianças e adolescentes.

Esses fatores têm dificultado a condução dos casos e a tomada de decisão de ações futuras, destacando-se que a desarticulação e a deficiência da rede de assistência à violência, no Brasil, tem se apresentado como um entrave no processo de notificação (NUNES, SARTI, OHARA, 2009; ANDRADE et al., 2011, RIBEIRO, 2011). Desse modo, tais obstáculos encontrados pelos profissionais de saúde na execução de uma assistência eficaz a crianças e adolescentes vítimas de violência constituem uma condição que contribui para manter a invisibilidade desse fenômeno (SILVA, FERRIANI, 2007).

O setor saúde, ainda, mostra-se fragilizado para lidar com essa demanda. Entende-se que os documentos oficiais relacionados à violência estão postos à sociedade, porém sem uma ampla e suficiente discussão e mobilização dos protagonistas, favorecendo a manutenção de possíveis barreiras no ato de notificar, encaminhar e acompanhar os casos. Existe um movimento do Ministério da Saúde no sentido de aprovar leis, portarias e decretos relacionados à violência, entretanto, não basta somente sua aprovação, se a rede de proteção à violência mostra-se desarticulada, com falta de insumos e estratégias, fragilidade do conhecimento e gestão incipiente nessa esfera de combate à violência (FERREIRA JÚNIOR, 2010; PEREIRA, 2010; SILVA, 2011; OLIVEIRA, 2012;).

Há que se destacar que, comparado a outros países, a obrigatoriedade da notificação da violência é recente no cenário brasileiro. Nos Estados Unidos, desde o final da década de 1970, todo o território americano já havia estabelecido a notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes, apesar dessa ação não seguir uma padronização, variando de acordo com as leis e políticas específicas de cada estado. Ainda, em diferentes países, sites específicos são disponibilizados para orientar os profissionais sobre como acessar a legislação e outros recursos de informações obrigatórias (LIMA, DESLANDES, 2011).

Nesse sentido, cabe ressaltar, também, que a prática de notificação ainda está desigualmente implantada no Brasil. Pouco se conhece sobre o contexto político e institucional e os padrões adotados para a sua efetiva operacionalização nos diferentes estados. Tampouco se conhece amplamente seus fluxos e qual a mobilização de recursos efetivamente desencadeados pela notificação compulsória realizada pelos profissionais de saúde (LIMA, DESLANDES, 2011).

Desse modo, inúmeros problemas são detectados na literatura acerca do tema notificação da violência. A maioria está direcionada ao relato dos profissionais em relação às dificuldades enfrentadas para proceder à notificação (COCCO, SILVA, JAHN, 2010; BANNWART, BRINO, 2011) e aos motivos apresentados pelos profissionais de saúde para não notificar os casos de violência. Destaca-se, assim, uma lacuna na produção do conhecimento, uma vez que os estudos não contemplam suficientemente os casos exitosos de notificação e as estratégias utilizadas para o alcance desse êxito, especialmente quando a rede de atendimento não se mostra suficientemente organizada, de modo a que tais experiências de sucesso possam ser socializadas, conhecidas e reproduzidas.

Sendo assim, o objetivo principal deste estudo é tentar desviar o olhar negativo relacionado ao insucesso da notificação associado a fatores de ordem pessoal, especificidades dos casos atendidos e pela própria estrutura dos serviços considerados deficientes, para outro prisma, no intuito de conhecer outras “verdades”, até então pouco questionadas, mas que merecem ser estudadas, a saber: Como em um contexto, onde a rede de combate à violência não se apresenta suficientemente organizada, tem sido realizada a notificação? Que estratégias os profissionais têm adotado para quebrar possíveis barreiras e realizar a notificação?

A intenção não é negar a existência dessas dificuldades, mas, sim, de comprovar que o exercício de poder das enfermeiras e demais profissionais de saúde em relação ao agressor, e o exercício da sua liberdade em decidir pela proteção de crianças e adolescentes dos danos causados pela violência praticada pelos agressores familiares, podem sobrepor-se a essas dificuldades, o que possivelmente tem ocorrido ao longo dos anos quando se observa um aumento significativo no número de notificações. Sendo assim, a partir do conhecimento de processos exitosos de notificações, pretende-se contribuir para desmistificar medos relacionados às possíveis consequências negativas que a notificação poderia ocasionar, além de detectar elementos considerados facilitadores nesse processo e, com isso, promover reflexão e novas práticas quanto à notificação da violência.

Acredita-se, assim, que os profissionais que se comprometem por zelar pela proteção da criança e do adolescente, adotem a notificação como exercício de poder frente ao agressor e uma forma de resistência e enfrentamento da violência.

Considerando-se, de um lado, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para a notificação da violência contra crianças e adolescentes, e, de outro, a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre essa temática, priorizando uma parcela considerável de profissionais que conseguem superar essas dificuldades e notificar a violência praticada contra crianças e adolescentes, esse estudo busca respostas para as seguintes questões:

- ✚ Como tem ocorrido o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes no município do Rio Grande/RS?
- ✚ Quais as estratégias construídas pelos profissionais da saúde para implementar a notificação?

Com base nesta perspectiva, este estudo defende a seguinte tese:

O ato de implementação da notificação da violência constitui-se em exercício de poder do denunciante nas múltiplas relações e um ato de resistência contra a manutenção da violência.

Objetivos

Objetivo geral do estudo

Compreender o processo de notificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no Município do Rio Grande/RS.

Objetivos Específicos:

- Analisar as notificações realizadas entre janeiro de 2009 e maio de 2014, em uma instituição de proteção a crianças e adolescentes do Rio Grande/RS.
- Conhecer as estratégias construídas por profissionais da saúde para implementar a notificação no Rio Grande/RS.

Fundamentação teórica

VIOLÊNCIA PRATICADA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: uma relação de dominação

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é um fenômeno que se desenvolve e se dissemina nas relações sociais e interpessoais entre seus membros (MUNÉVAR, MENA-ORTIZ, 2009). É um problema que sempre esteve presente na história da humanidade, de forma tão profunda que, a imposição do mais forte, para o senso comum passa a ser concebida e aceita como algo natural a existência de um mais forte dominando um mais fraco. (BAZON, 2007).

A violência que ocorre no âmbito familiar manifesta-se através de diversas modalidades e diferentes graus de severidade. De modo geral, pode-se dizer que não ocorre isoladamente, mas integra uma sequência crescente de episódios, sendo que a morte da criança ou adolescente representa a forma mais extrema. As modalidades de violência mais comuns são a física, a psicológica, a sexual e a negligência (BRASIL, 2010).

Naturalizada socialmente e enraizada nos costumes, a violência praticada contra crianças e adolescentes ainda tem sido perversamente aceita, solidificando padrões abusivos nas relações pessoais e dificultando mudanças significativas. Certas normas sociais definem papéis e responsabilidades dos pais ou responsáveis com relação aos filhos. A **violência física**, possivelmente reconhecida como mais facilmente visível, é socialmente banalizada, já que o bater é utilizado como uma forma de educar (GOMES, LUNARDI FILHO, 2004; RISTUM, 2010).

A violência física é uma realidade que afeta alta porcentagem de crianças e adolescentes, geralmente, permanecendo oculta, escondida no âmbito das relações familiares por medo ou vergonha e por ser considerada socialmente como um assunto privado em família. Estudo desenvolvido pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF, 2010) em 33 países de baixa e média renda, sobre práticas disciplinares na família, demonstra que a violência física é creditada pelos pais como um método para

ser utilizado na correção de mau comportamento, como forma de impor limites, ou ainda, de garantir a dominação absoluta sobre a atitude de seus filhos. Nesse estudo, as formas mais graves de punição física relatadas pelas mães foram: bater na cabeça ou no rosto da criança, puxar suas orelhas ou bater forte e repetidamente. Os dados mostram ainda que muitas famílias utilizam o castigo como uma prática educativa, mesmo quando ele não é considerado necessário (UNICEF, 2010).

Estudo envolvendo mais de 3.000 mulheres nos Estados Unidos constatou que acima de 50% das mulheres que tinham histórico prévio de vitimização pelo parceiro, apresentaram altas taxas de agressão psicológica, física e de negligência direcionada aos filhos, como práticas disciplinares, quando comparadas com as que não tinham sido vítimas de violência (KELLEHER et al, 2008).

Essa visão de violência física aceita culturalmente está presente em todas as classes sociais, sendo ainda percebida como um método eficaz para regular o comportamento dos filhos e, dependendo da gravidade com que é cometida, seu uso é defendido como algo benéfico, não sendo classificado como violência tanto pela sociedade como por alguns profissionais. Esse tema, no entanto, divide a sociedade e causa incômodo sobre suas possíveis consequências no futuro. O bater é uma prática bastante popular de muitos pais que utilizam, por exemplo, a chinelada e a palmada como meios “infalíveis” de combater desobediência e rebeldia (NUNES, SARTI, OHANA, 2008). Assim, para a maioria dos pais, o uso da punição física não é acompanhado de culpa, pois se sentem em seu direito de fazê-lo, sendo entendido por alguns, até, como seu dever.

Entretanto, de acordo com Azevedo & Guerra (2010), a punição corporal, seja leve ou pesada, deseduca a criança e o adolescente, pois embora seu uso possa interromper um comportamento considerado inadequado de forma instantânea, a médio e a longo prazo, pode levar a um ciclo vicioso. Os autores referem ainda que a palmada pode provocar um efeito inverso, fazendo com que haja perda de respeito pelos pais; desse modo, consideram que quando a palmada não surte efeito, a agressão à criança pode aumentar para intimidá-la, o que leva a punições mais severas como surras e espancamentos.

Uma pesquisa realizada em 2010, pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, com 4.025 pessoas de onze capitais do país, teve por objetivo examinar como a exposição à violência afeta atitudes, normas e valores dos

cidadãos em relação à violência. Inicialmente, constatou que um em cada cinco brasileiros sofreu punição física, pelo menos uma vez por semana, quando criança, e 70%, pelo menos uma vez, ao longo da infância. Os resultados apontaram que os indivíduos que relataram sofrer mais punições físicas apresentavam maiores chances de adotar a violência na criação de seus filhos. Os entrevistados que relataram ter apanhado muito de seus pais quando crianças foram os que mais escolheram a opção “bater muito” em seus filhos no caso em que apresentassem mau comportamento; também, foram os que mais esperariam que os filhos respondessem com violência, caso fossem vítimas de agressão física na escola.

Apesar da grande influência cultural na aceitação da violência, que ainda permite o castigo físico como prática educativa, é possível considerar que o processo histórico da punição física tem regredido, mesmo que lentamente, visto que a cultura não se desfaz de uma década para outra (RIBEIRO, 2012). É compreensível que as famílias ainda hoje transmitam uma herança cultural cujos juízos de valor contemplem, com naturalidade, a prática do castigo físico como forma de educar as crianças.

Diferentemente da violência física e das outras modalidades, **a violência psicológica** não deixa traços visíveis no corpo (RAMOS, 2011). A autoridade é exercida através de atitudes como “obedeça porque eu quero”, agressões verbais, chantagem, regras excessivas, ameaça de morte, humilhações, desvalorização, estigmatização, desqualificação, rejeição, isolamento, exigência de comportamentos inadequados ou acima das capacidades e de exploração econômica ou sexual (FALEIROS, FALEIROS, 2008), destruindo a auto-imagem da vítima, manifestando-se através do comportamento da criança e do adolescente. Provoca traumas que podem se traduzir, por exemplo, na incapacidade da criança em interagir socialmente em condições consideradas próprias para a sua idade, podendo tornar-se passiva ou agressiva (RAMOS, 2011); sentir-se desvalorizada, apresentar transtornos de ansiedade e, até mesmo em casos mais extremos, chegar ao suicídio. Essa modalidade pode acarretar, ao longo da vida, problemas de relacionamento, desenvolvimento e comportamento, sendo mais intensos no início da infância (SILVEIRA, 2012).

Apesar de ser muito frequente, a violência psicológica é considerada como a mais difícil de ser identificada em decorrência do alto grau de tolerância da nossa sociedade frente a essa modalidade. Praticamente ninguém denuncia ou responsabiliza

pais, parentes, professores, policiais, profissionais da saúde e da assistência, entre outros, que desqualificam ou humilham crianças e adolescentes (RAMOS, 2011).

A **violência sexual** é uma modalidade em que crianças e adolescentes tem seu corpo, sua vontade e seus direitos negados, em uma demonstração de brutalidade extrema. Ellery (2008) considera a existência de duas grandes categorias de violência sexual: a primeira em que a criança é utilizada pelo agressor, mediante uma relação de dominação, na busca da sua própria satisfação sexual; a segunda, em que, além da satisfação dos desejos sexuais do agressor, há a utilização sexual da criança e do adolescente de forma comercial e mercantil. Nessa segunda categoria, considera-se que a criança e o adolescente se tornam vítimas de um sistema de exploração comercial de sua sexualidade. Esse sistema comumente é uma rede composta por diversas pessoas interessadas em lucros secundários decorrentes desse tipo de comercialização. Nessa perspectiva, denota-se a complexidade de um tema que envolve uma série de questões.

A relação de dominação na violência sexual é extremamente visível, principalmente quando se trata de crianças, pois a vítima não está física e nem psicologicamente preparada para decidir; tampouco, está cognitivamente preparada para compreender a natureza de certas formas de contato e opor-se à violência. Menos compreensível ainda a situação se torna para a criança quando o abuso sexual é praticado por uma pessoa muito próxima e de quem é afetivamente dependente. Assim, embora a violência intrafamiliar permeie todas as faixas etárias, o maior impacto ocorre quando essa é cometida contra crianças (ELLERY, 2008).

Levar publicamente uma situação de violência sexual não é tarefa fácil, visto o temor das repercussões que essa notícia pode gerar na família, na sociedade e para os profissionais de saúde. Frequentemente, as vítimas sentem-se culpabilizadas por terem provocado a agressão; além dos sentimentos de culpa, também, por não denunciarem a violência sofrida, principalmente quando são adolescentes (SOUZA, RIBEIRO, PENNA, FERREIRA, SANTOS, TAVARES, 2009). Estudo desenvolvido por Martins, Jorge (2010) destaca que a preferência dos agressores é por meninas na puberdade, na faixa etária entre 10 e 14 anos. Já entre os meninos, a preferência dos abusadores é por crianças, justificada pela sua impossibilidade de defesa, o que já não ocorre em idades mais avançadas. Apesar do impacto emocional que aparentemente este tipo de violência provoca na sociedade, o estudo apontou ainda que sua ocorrência se reflete em uma resposta social ambígua. Diferentemente do que se pensa, a vítima tem enfrentado

preconceitos da sociedade e, em algumas situações, dos próprios membros da família que deveriam apoiá-la.

A **negligência** é outra modalidade que se apresenta através da omissão, rejeição, descaso, indiferença, descompromisso, dentre outros. Assim como a violência física e a psicológica, a negligência nem sempre é claramente compreendida como prática de violência (RAMOS 2011). Para a área da saúde, por exemplo, configura-se negligência quando os pais ou responsáveis “falham” em prover os cuidados de saúde, nutrição, higiene pessoal, vestimenta (NUNES, SARTI, OHANA, 2009). É importante ressaltar que o abandono também é uma forma extrema de negligência, assim como situações de crianças moradoras de rua. Cabe destacar, ainda, que é fundamental esclarecer as diferenças entre a família que falha por falta de condições socioeconômicas para tal e a que, mesmo dispondo de condições, não o faz e, então, pode ser referida como negligente (DELFINO, BIASOLI-ALVES, SAGIM, VENTURINI, 2005).

Assim, a violência intrafamiliar, em suas diferentes modalidades, se constitui em um problema multicausal, reforçada por valores e crenças que a sustentam e a legitimam, assegurando sua reprodução e perpetuação. Dessa forma, apesar de ser um fenômeno universal e transversal a todas as sociedades, por ocorrer no âmbito privado, a violência intrafamiliar ainda é encoberta por uma invisibilidade social permeada por valores que tem uma profunda relação desigual entre crianças e adultos (ALBERTON, 2005).

Por muito tempo, a violência contra a criança e o adolescente foi socialmente aceita. Essa aceitação sociocultural foi tão bem alicerçada historicamente, que, até nos dias atuais, quando, inclusive, a legislação reprovava essa forma de violência, crianças e adolescentes vitimizadas possuem dificuldades de se reconhecer como sujeitos de direitos, ou seja, de romper com a violência sofrida, denunciando-a publicamente. Por estarem profundamente inculcadas nos hábitos, costumes e comportamentos socioculturais, crianças e adolescentes encontram dificuldades de romper com situações de violência, por acreditarem que seus pais têm o direito de puni-las, caso julguem que elas fizeram algo errado ou que infringiram normas determinadas (ALBERTON, 2005).

A perspectiva da proteção integral, adotada no final do século XX, contrapõe-se a essa perspectiva de dominação das crianças perpetuada historicamente. De acordo com a legislação brasileira, todas as modalidades de violação aos direitos da criança e

do adolescente devem ser objeto de notificação, seja a violência física, psicológica, sexual ou negligência (BRASIL, 2006).

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE: uma luta de resistência à violência ao longo da história

A violência praticada contra crianças e adolescentes têm tido sua importância reconhecida pelo setor saúde, através do crescente envolvimento dos profissionais de saúde na proteção de crianças e adolescentes ao longo da história. Em 1984, foi publicado o livro “Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas”, de autoria de Viviane N. de Azevedo Guerra, que, conjuntamente com Maria Amélia Azevedo, dedicou-se ao estudo desse fenômeno, de modo a compreender sua dinâmica, características e, também, apontar a sua importância no sentido de criar programas de atendimento às vítimas e a seus familiares. Criaram, ainda, o Laboratório de Estudos da Criança – LACRI, na Universidade de São Paulo, formando especialistas no assunto através do TELELACRI – Curso de Formação à Distância (GUERRA, 2001).

Na década de 80, o tema violência é inserido com maior vigor na agenda de debates e no campo programático da saúde. Os movimentos sociais de atenção à violência na infância e organizações internacionais foram fundamentais para tal inclusão. Ao longo dessa década, atividades assistenciais e de prevenção foram iniciadas por alguns pediatras nos hospitais onde trabalhavam; depois, para maior visibilidade de seus trabalhos, criam ONGs, dentre as quais se destacam: Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI), em São Paulo; Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), no Rio de Janeiro; e a Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (ABPANI), em Minas Gerais (ABRAPIA, 2001).

Em 1988, ocorre a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, estabelecendo no art. 227, que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (VADE MECUM RT, 2008, p. 94).

Destaca-se, também, no artigo 227, o parágrafo 4, a punição àqueles que cometem violência e exploração sexual de crianças e adolescentes. (VADE MECUM , 2008).

Em 1990, foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela Lei Federal nº 8069, assegurando direitos especiais e proteção integral à criança e ao adolescente, além de tornar compulsória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de abuso ou maus tratos, com a previsão no art. 245 do ECA, de penalidades para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixem de comunicar os casos suspeitos ou confirmados (BRASIL, 2006). Essa comunicação deve ser realizada ao Conselho Tutelar⁶, que se constitui no órgão mais indicado para receber as notificações, tendo o papel de defender e garantir os direitos das vítimas, detendo o poder de aplicar medidas de atendimento e responsabilização, quando necessário (LIMA et al., 2011).

Cabe destacar que a notificação encaminhada para o Conselho Tutelar visa, primordialmente, acionar a rede de proteção social, a fim de cessar as situações de violência e restituir os direitos de crianças e adolescentes. Por sua vez, no âmbito do setor saúde, a notificação permite, também, a análise epidemiológica dos casos, fornecendo subsídios para a organização dos serviços e a formulação de políticas públicas de saúde (SALIBA et al., 2007; LIMA, DESLANDES, 2011). Tratam-se de propósitos distintos que se complementam no enfrentamento da violência contra a infância e adolescência.

A partir da implementação do ECA, diversas ações foram criadas no sentido de dar visibilidade ao problema e a reduzir os índices de violência. Com a finalidade de criar, fortalecer e implantar metas e ações essenciais para assegurar a proteção integral à criança e ao adolescente em situação ou risco de violência sexual, foi criado o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (BRASIL, 2001). Baseando-se na doutrina de proteção integral, busca o desenvolvimento de ações de acordo com seis eixos: prevenção, defesa, responsabilização, mobilização, articulação e atendimento, em favor das crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, os quais se desdobram em programas como Sentinela⁷, Disque Denúncia Nacional

⁶ É um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

⁷ É um serviço destinado a cumprir linhas de ação da política de atendimento estabelecida no artigo 86 do ECA. Dentre seus objetivos, prioriza: construir uma rede de serviços que permita a garantia dos direitos fundamentais da criança e do adolescente; desenvolver ações sociais para o fortalecimento da autoestima e o restabelecimento do direito da população infanto-juvenil à convivência familiar e comunitária; proporcionar a inclusão da clientela atendida pelo centro, em serviços prestados pelas instituições sociais sediadas na cidade.

(Disque100) e o Programa de Ações Integradas Referenciais de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no território brasileiro (PAIR)⁸.

No âmbito da saúde, o Ministério da Saúde, através da participação de inúmeras secretarias, tem desenvolvido ações de promoção à saúde, de cultura de paz e não à violência. Dentre essas, destaca-se **a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências** que institui, no âmbito do SUS, os princípios e diretrizes para a estruturação e o reforço de ações intersetoriais de prevenção das violências, de assistência às vítimas de causas externas e de promoção de hábitos e comportamentos seguros e saudáveis, através da Portaria GM/MS nº 737, de 16/05/2001. Dessa forma, a política se estende desde as ações para a promoção da saúde até as medidas de tratamento às vítimas, prevenindo sequelas e óbitos. Tal política estabelece que

[...] os profissionais de saúde deverão ser habilitados a identificar violência, procurar os serviços existentes visando a proteção das vítimas e acompanhamento dos casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infraestrutura (BRASIL, 2003, p. 32).

A Política de **Notificação de violências contra crianças e adolescentes na rede do SUS** (Portaria nº 1968/2001) preconiza a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no SUS. Assim, os profissionais do SUS tem a obrigação de informar a ocorrência do fenômeno através da “Ficha de Notificação Compulsória”, aos Conselhos Tutelares ou Juizados de Menores da localidade (BRASIL, 2001). O Ministério da Saúde define notificação como

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

Da mesma forma, a **Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual**, coordenada pela área

⁸ A finalidade desse programa é a criação e/ou fortalecimento das redes locais, possibilitando a articulação e a integração dos serviços, associada à participação social na construção dos processos.

técnica de Saúde da Mulher, tem como objetivo organizar redes integradas de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica, sexual, articulando redes de prevenção às DST/ AIDS e às hepatites, promovendo o empoderamento feminino e a não repetição desses casos. A **Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde** (Portaria GM/MS nº 936/2004) implantada nos estados e municípios, coordenada por núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito local, é responsável por articular e coordenar ações intersetoriais promotoras de saúde e da cultura da paz.

Iniciativas do Ministério da Saúde tem sido realizadas no sentido de apoiar os profissionais de saúde em relação à conduta para o atendimento dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Dentre essas, está a realização de levantamento das dificuldades enfrentadas pelos municípios no desenvolvimento de ações de identificação e abordagem dos casos de violência contra criança e ao adolescente (BRASIL, 2002); o desenvolvimento de projetos de capacitações dos profissionais envolvidos no atendimento às vítimas de violência, possibilitando, assim, a adoção de práticas comuns que garantam maior qualidade ao atendimento (BRASIL, 2010); a criação de mecanismos para partilhar a experiência dos profissionais dentro de cada serviço, bem como entre os serviços e setores (BRASIL, 2011); a adoção de ações na perspectiva da intersetorialidade, considerando que as iniciativas mais promissoras para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes são aquelas que não somente congregam várias áreas, mas que planejam ações de forma integrada em diferentes níveis (CONASS, 2008).

Recentemente mais uma conquista tem sido destacada como importante para as crianças e adolescentes vítimas de violência. Denominada como “Lei Bernardo” a lei ordinária nº 13.010, de 26 de junho de 2014, dispõe que: os pais que maltratarem os filhos devem ser encaminhados ao programa oficial de proteção à família e a cursos de orientação, tratamento psicológico ou psiquiátrico, além de receber advertência. A criança que sofrer agressão, por sua vez, deverá ser encaminhada a tratamento especializado. A proposta prevê ainda multa de três a 20 salários mínimos para médicos, professores e agentes públicos que tiverem conhecimento de agressões a crianças e adolescentes e não denunciarem as autoridades.

Neste ponto, o estudo desenvolvido converge na apresentação de uma realidade concreta sobre a notificação como resistência dos profissionais contra a manutenção da violência.

Todas essas iniciativas representam, sem dúvida, um avanço no enfrentamento da violência, especialmente, pela obrigatoriedade de sua notificação aos órgãos de proteção. Propostas no sentido de dar visibilidade ao problema vêm sendo implementadas com a finalidade de reconhecer essa questão (DESLANDES, MENDES, LIMA, CAMPOS, 2011).

O PAPEL DO SETOR SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes tem-se tornado foco de atenção do setor saúde pelo seu papel na prevenção da violência e no diagnóstico da origem desse fenômeno. A interação com os diversos níveis do sistema de saúde é indispensável e imprescindível, assim como a integração da saúde com demais setores envolvidos na prevenção e assistência à infância e adolescência. Assim, pela especificidade e complexidade na abordagem da violência intrafamiliar ressalta-se a importância da atuação dos profissionais de saúde sobre a família, principalmente nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (BRANCO, TOMANIK, 2012).

Na prevenção primária, atuando em estratégias dirigidas ao conjunto da população no esforço de reduzir a incidência e prevalência dos casos de violência. Atualmente uma das estratégias consideradas como eficazes para prevenir a violência contra crianças e adolescentes consiste em ações que estimulem as competências parentais, buscando desconstruir crenças arraigadas no contexto familiar que são consideradas como fatores de risco para o desenvolvimento humano (ALGERI, 2005).

Da mesma forma, os programas de assistência pré-natal, promovendo a permanência conjunta da mãe com o recém-nascido no hospital, incentivando a participação do pai na sala de parto, reforçando atitudes que fortaleçam o vínculo primário, o apego criança e família. A desconstrução aponta para a formação de novos modelos, que envolvam interações saudáveis e manifestação de vínculos afetivos positivos entre os membros da família, tais como, o respeito mútuo, o diálogo e o exercício da cidadania (BRASIL, 2006; BAZON, 2007).

Novos programas de incentivo à família têm sido propostos no sentido de fortalecer os laços afetivos entre os pais e os filhos, os quais devem iniciar na maternidade, envolvendo a presença do pai na sala de parto; privacidade para os pais e o bebê, nos primeiros 30 a 45 minutos após o parto, alojamento conjunto mãe-bebê, estímulo ao aleitamento materno, incentivando os pais a olharem para o seu bebê, segurarem ele no colo, conversar com ele, fazer carinho, enfim proporcionar acolhimento desde o nascimento (BRASIL, 2006, OLIVEIRA, 2007).

Outro aspecto que promove a saúde da família e busca evitar a violência intrafamiliar é os programas que estimulam os cuidados à puérpera e a criança, como o

PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e o PIM (Primeira Infância Melhor), os quais possibilitam acompanhar a saúde da mãe e do bebê, através dos cuidados à puérpera e da puericultura. Criar grupos na comunidade local, que atendam as necessidades da população, como por exemplo, “grupo de pais”, com o objetivo de conhecer as reais necessidades da família e identificar o tipo de ajuda que ela necessita para melhor desempenhar suas competências parentais, bem como, levar ao conhecimento deste grupo social informações acerca dos fatores de proteção que estimulam o crescimento e o desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes (BRASIL, 2006; OLIVEIRA, 2007; MENEZES, 2008).

Dentre os assuntos abordados, os profissionais devem focar aspectos que dizem respeito aos estímulos adequados em cada fase do desenvolvimento, as necessidades infantis, como ocorre a formação da identidade e individualidade do ser humano, a importância da estimulação precoce, do estabelecimento de vínculos afetivos, do incentivo à busca da autonomia progressiva e da disciplina, como elementos fundamentais para o desenvolvimento humano saudável (BRASIL, 2006; OLIVEIRA, 2007; MENEZES, 2008).

Destaca-se, também, a importância da ação das enfermeiras e demais profissionais da Rede Básica de Saúde, onde devem atuar conduzindo grupos de debates com pais, tanto nas Unidades Básicas de Saúde como nas creches. Compete a enfermeira ter presente em sua atividade assistencial, além do papel de cuidador, o de educador, mostrando para a família, em qualquer momento, a ideologia de proteção dos direitos da criança e do adolescente (ARAGÃO, FERRIANI, VENDRUSCOLLO, SOUZA, GOMES, 2013)

Outra ação de prevenção componente do nível primário são as campanhas publicitárias. Especialmente no tocante à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, estas têm papel importante na prevenção, à medida que explicitam uma realidade presente na sociedade brasileira, contribuindo para a quebra do silêncio existente na maioria das situações de violência na família (BRANCO, TOMANIK, 2012).

Na prevenção secundária, a enfermeira e demais profissionais da saúde devem identificar famílias com risco potencial para violência, no sentido de verificar a existência de crises situacionais, ou seja, elementos que seriam desencadeadores de alguma modalidade de violência (MARTINS, 2010). Deve-se avaliar, por exemplo,

durante o período pré-natal, nas consultas pediátricas, entre outros, famílias em que exista o risco para comportamentos abusivos e propor soluções alternativas, como no caso dos pais em situação de dependência química, orientando e encaminhando-os para tratamento especializado (ALGERI, 2005; PAIVA, ZAHER, 2012). Além disso, o profissional deve realizar visitas domiciliares para prover cuidados específicos aos grupos vulneráveis, promovendo, também, a educação em saúde (ARAGÃO, FERRIANI, VENDRUSCOLLO, SOUZA, GOMES, 2012).

Na prevenção terciária, o enfermeiro atua quando a situação de violência contra crianças e adolescentes já ocorreu e um dos objetivos, além do tratamento, é a prevenção da recorrência. Quando identificada a situação de violência, é importante que o enfermeiro mantenha uma postura solidária frente à criança e à família, objetivando oferecer suporte para a resolução do problema e não uma punição ao fato, proporcionando estratégias alternativas para a solução de dificuldades no relacionamento familiar (ALGERI, 2006).

O caráter preventivo da lei deve ser considerado também na abordagem da prevenção da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, uma vez que, no ciclo da violência, a vítima pode assumir comportamentos de risco, passando a cometer delitos diversos e, inclusive, a reproduzir a história de violência, ao atuar como agressor (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2012).

NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Especificamente em relação à notificação da violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde, em 2001, o Ministério da Saúde institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria Nº 1968 de 25/10/2001 (BRASIL, 2001a). Essa decisão apoia-se na diretriz da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, também sancionada neste mesmo ano, sobre o monitoramento das violências (BRASIL, 2001b).

A normatização, no setor saúde, da comunicação ao Conselho Tutelar padronizou o instrumento⁹ a ser utilizado em todo território nacional, ampliando a obrigatoriedade a todos os profissionais no âmbito do SUS e estabelecendo o fluxo para a ficha de notificação no âmbito da saúde do processo de notificação. Segundo a Portaria MS/GM nº 1.968/2001, o profissional de saúde deverá preencher a ficha em duas vias, sendo uma delas encaminhada ao Conselho Tutelar da área de moradia da criança ou adolescente atendido, e a segunda à Secretaria Municipal de Saúde, que deverá enviá-la, posteriormente, à Secretaria Estadual de Saúde (BRASIL, 2001a).

Desde 2009, a notificação de violências e acidentes passa a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), permitindo sua consolidação em todo o território brasileiro, no que diz respeito à padronização de coleta e envio de dados (BRASIL, 2009). A partir das informações registradas por esse novo sistema de notificação, vem sendo possível dimensionar melhor a magnitude da violência no país, planejar o investimento em núcleos de vigilância e assistência, possibilitar a garantia dos direitos de crianças e adolescentes e subsidiar pesquisas e ajustes na rede de proteção. É importante destacar que pouco ainda se conhece sobre as estratégias regionais adotadas para implantação desse novo sistema. Entretanto, é obrigatório o preenchimento da ficha em todos os serviços de saúde da rede SUS, de modo a fornecer as informações referentes à violência no Sistema de Informação de agravos de

⁹ O instrumento é composto por uma folha, frente e verso, e suas questões estão distribuídas em campos, que englobam desde dados gerais, da pessoa atendida, residência, descrição da ocorrência, evidência de lesão, maior detalhamento em caso de violência sexual; dados do provável autor da agressão, até dados sobre evolução e encaminhamento, no setor saúde, além da circunstância da lesão definida pelo Código Internacional de Doenças (CID 10) (GALVÃO, DIMENSTEIN, 2009).

notificação SINAN Net¹⁰. A tabela abaixo mostra o número de registros de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, no Brasil, desde o ano de implantação do SINAN, considerando a faixa etária de zero a 19 anos.

Ano de Notificação	Número Registros do SINAN
2009	16.952
2010	28.907
2011	44.663
2012	62.064
2013	77.037
Total	232.623

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

O número de notificações de violência contra crianças e adolescentes com até 19 anos, por profissionais de saúde, mais que quadruplicou em quatro anos, passando de 16.952, em 2009, para 77.037.064, em 2013.

Em 25 de janeiro de 2011, ao reformular a lista de doenças de notificação compulsória, o Ministério da Saúde incluiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como o 45º evento de notificação compulsória, através da Portaria Nº 104, estabelecendo fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, vê-se que a notificação é essencial ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes e ao processo de restauração de seus direitos. Além de possibilitar a interrupção do abuso e o desencadeamento de medidas de proteção e assistência a vítimas e familiares, também oferece informações para avaliação da situação local, favorecendo o entendimento e o enfrentamento do fenômeno (DESLANDES, MENDES, LIMA, CAMPOS, 2011).

De acordo com a legislação brasileira, todas as modalidades de violação aos direitos da criança e do adolescente são plausíveis de notificação, seja violência física, psicológica, sexual ou negligência. Essa obrigatoriedade está devidamente qualificada

¹⁰ O SINAN net consiste em um banco de dados que faz parte do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde. Tem a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre violências e acidentes. O VIVA foi estruturado em dois componentes: o primeiro relacionado à vigilância contínua de violência doméstica, sexual e outras interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo); o outro componente é a vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela). A partir de 2009, o componente de vigilância contínua do VIVA foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos Notificados (Sinan-Net), adequando-se as suas normas específicas no que se refere à padronização de coleta e envio de dados. É possível acessar o SINAN através do site <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>.

na Constituição Federal, na Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, no ECA e na Legislação Penal Brasileira. O ECA, em seu artigo 5º, afirma que

[...] nenhuma criança ou adolescente pode ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação, omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2006, p.10).

Embora o Brasil tenha uma legislação considerada como referência para outros países, sua implantação ainda não ocorreu na íntegra. Ao completar 23 anos do ECA, corroborando com a fala de Leila Paiva¹¹, Secretária Geral do Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CECRIA), ainda vivemos em um país em que crianças e adolescentes, cada vez mais, são “credores” de direitos. São inegáveis os avanços ocorridos com o advento do ECA, como a ruptura do silenciamento de temas como exploração sexual e trabalho infantil, que passaram a ter maior visibilidade, assim como a criação de programas específicos para o enfrentamento desses problemas. Entretanto, no que tange às práticas referentes ao atendimento à vítima de violência, de acordo com a Secretária Geral, essas ainda precisam ser aprimoradas, assim como há a necessidade de ampliar o número de delegacias de proteção à criança e ao adolescente e à eficiência do sistema (AGÊNCIA BRASIL, 2013).

O ECA prevê, também, a criação e o investimento em qualificação e capacitação dos profissionais para acolher e atender a demanda, assim como um conjunto de serviços, que convencionamos denominar de “rede” a ser acionada pelas vítimas de violência. Entretanto, é necessário que a rede desenvolva um trabalho efetivo, pois se trata de um processo que evolui a passos lentos. Desse modo, o desconhecimento dos profissionais em relação à identificação e notificação da violência, a escassez de serviços e o distanciamento das qualificações profissionais tem sido destacados como alguns entraves identificados na rede (OLIVEIRA, 2010). No município do Rio Grande, especificamente, onde se pretende desenvolver a presente proposta, como anteriormente já referido, mesmo após completar 23 anos da aprovação do ECA e dos altos índices de violência registrados no Município, ainda não foi implantada uma delegacia especializada para crianças e adolescentes.

¹¹ Entrevista realizada em 13/07/2013 sobre os 23 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente na Agência Brasil. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-07-13/eca-chega-aos-23-anos-sem-ser-implementado-na-integra-diz-especialista>

Dessa forma, vê-se que a aprovação de leis isoladamente não garante a proteção às crianças e adolescentes. O direito de proteção integral, incorporado no ECA, é constantemente substituído por comportamentos e ações excludentes, discriminatórias e transgressoras das prerrogativas garantidas na legislação. O descrédito nos instrumentos jurídicos, nos órgãos de justiça e nas autoridades policiais, faz com que muitos indivíduos deixem de denunciar uma situação de violência, procurando proteger-se “num muro de silêncio” (ALMEIDA, 2010).

Foucault afirma que a sociedade moderna é uma sociedade da norma, onde prevalece a normalização, na medida em que fixa para o sujeito as condições de sua ação segundo regras externas ou leis internas, e não a legislação. Em outras palavras, Foucault chama de sociedade da normalização, em que “as disciplinas veicularão um discurso que será o da regra, não da regra jurídica, mas o da regra natural, quer dizer, da norma; definirão um código que não será mais o da lei, mas o da normalização” (FOUCAULT, 1990, p. 189). Assim, ao reportar-se à violência, estudo desenvolvido por Silva, Lunardi, Silva, Lunardi Filho (2009) aponta que as práticas desenvolvidas por enfermeiras e demais profissionais de saúde estão arraigadas em procedimentos normativos, fragmentados e sedimentados em rotinas de atendimento.

A rotinização do atendimento parece estar relacionada com o que está na norma operacional, ou seja, os profissionais seguem protocolos de atendimento ou programas elaborados pelas instituições de saúde para o atendimento das pessoas que procuram os serviços. Normas essas que tem o poder de influenciar a conduta do profissional e que muitas vezes direcionam sua forma de atuar. Na inexistência de normas e protocolos de como proceder à notificações, os profissionais podem optar por não notificar a violência, apesar de poderem considerar importante sua realização (SILVA, LUNARDI, SILVA, LUNARDI FILHO, 2009).

Como já anteriormente referido, defende-se que a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes constitui-se em uma manifestação de exercício de poder do denunciante. Para Foucault, o poder é exercido em diferentes e variadas direções, como uma rede que engloba toda a sociedade: ninguém está livre dele. O poder é concebido como uma estratégia, portanto ele não é um privilegio que alguém possui ou transmite (FOUCAULT, 1997). Assim, é preciso salientar que, na perspectiva de rede, todos exercem influência não somente no que tange à interrupção da violência como também para a sua manutenção. A literatura aponta que, ao invés de

um universo de responsabilidades compartilhadas que deveriam vigorar em um sistema democrático, encontram-se ações de omissão, aceitação pacífica ou apoio implícito ou explícito em situações que envolvem a violência praticada contra crianças e adolescentes (ALMEIDA, 2010).

A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes justifica-se não apenas por sua exigência legal, mas, principalmente, por tratar-se de uma questão ética, que envolve pessoas em situação de vulnerabilidade que suportam a violência silenciosamente por não conseguirem se desvencilhar da relação de dominação sofrida. Diante da perplexidade causada pelo impacto que a violência acarreta à saúde de crianças e adolescentes, enfermeiras e demais profissionais da saúde tem se posicionado de forma ética, ao não se conformarem com a banalização da violência, negligência e o descompromisso com o outro.

A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A violência contra crianças e adolescentes no campo da saúde, pelas suas repercussões na vida de milhares de vítimas, tem se destacado como um problema grave de saúde pública. A crescente necessidade de tornar visível o problema que chega aos serviços de saúde, as debilidades estruturais do sistema e as dificuldades dos profissionais na assistência e acompanhamento das vítimas, tem contribuído para a recidiva e agravamento dos casos, pela ausência de implementação de medidas protetoras (SOUZA et al., 2008), como a notificação de situações de violência no exercício profissional de saúde (BARBOSA, 2010; LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010; SILVA, 2011).

Esse fato exige dos profissionais e gestores da saúde, em suas áreas de atuação, a contribuição para o enfrentamento do fenômeno, uma vez que tem sido uma das demandas mais alarmantes na rotina dos serviços de saúde. Dessa forma, os espaços de saúde desempenham papel fundamental na implementação das estratégias necessárias frente a essa problemática, por se apresentarem como locais propícios à revelação dos casos (ANDRADE *et al.*, 2011). O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, embora não aborde explicitamente a violência intrafamiliar, faz referência à obrigação dos profissionais de enfermagem em zelar pela saúde, dignidade e integridade humana. Sendo assim, prevê, mesmo que implicitamente, a obrigatoriedade de denúncia aos órgãos competentes das situações de violência identificadas (ALMEIDA, SILVA, MUSSE, MARQUES, 2012).

Minayo (2003) destaca a relação entre violência e saúde, estabelecendo uma comparação entre o setor da saúde e um tambor de ressonância das resultantes desse fenômeno, para o qual convergem lesões e traumas físicos, emocionais e espirituais produzidos na sociedade. Por isso, as enfermeiras, assim como outros profissionais da área da saúde, estão em uma posição estratégica para detectar riscos e identificar as possíveis vítimas, visto que, com frequência, são os primeiros a serem informados a respeito dos episódios de violência (RIBEIRO, 2011).

No percurso de construção de uma rede de enfrentamento à violência no âmbito da saúde, em articulação com outros setores e órgãos, a notificação destacou-se como tarefa necessária, a partir da qual essa rede poderia se organizar (GALVÃO,

DIMENSTEIN, 2009). Por entender que a violência intrafamiliar contra criança e o adolescente é um problema multifatorial, é que se faz necessária a articulação de saberes e práticas multiprofissionais, transdisciplinares e intersetoriais. A implantação de uma rede de proteção não implica necessariamente em grandes investimentos do setor público ou privado. Tem como base a mudança na forma de olhar dos profissionais que prestam assistência às crianças e aos adolescentes e suas famílias, no sentido de estar orientando, acompanhando, diagnosticando precocemente e prestando assistência às vítimas em situações de risco para violência, com o apoio dos meios de proteção legal (BRASIL, 2006).

O desempenho do profissional de saúde diante da violência contra crianças e adolescentes tem despertado a preocupação de estudiosos da área, considerando que a prática de identificar e notificar ainda é incipiente na rede de atendimento, ocorrendo de forma casual e não sistemática (ASNES, LEVENTHAL, 2010; NEWTON, HAMM, CURRAN, GRUPTA, DUMONCEAUX, LEWIS, 2010; LEVI & CROWELL, 2011). A literatura internacional e nacional aponta a presença de dificuldades no processo de notificar, como já referido, que pode acarretar na não execução desse ato como conduta padrão.

Dentre essas dificuldades que interferem na notificação, destaca-se o **conhecimento insuficiente sobre a identificação da violência e os procedimentos para a notificação**, refletindo a falta de competência teórica e técnica sobre o tema (ALVAREZ, DONOHUE, CARPENTER, ROMERO, ALLEN, CROSS, 2010; DAKLL, SAKAL, LIN, FLORES, 2011; LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010; LIMA et al., 2011). Esse assunto não tem sido tratado na maioria das matrizes curriculares das graduações (EDWARDSSEN, DICHTER, WALSH, CERULLI, 2011), o que contribui para o despreparo de muitos profissionais para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas. O poder produz saberes. Sabe-se que “poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha ou não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2005, p.27)

Muitas vezes, o profissional apenas suspeita de uma situação de violência quando essa é evidenciada através de sinais clínicos, o que pode se constituir em entrave na revelação do caso, pois nem sempre a vitimização transparece através de lesões físicas (KEANE, CHAPMAN, 2008; LIMA et al., 2011). Torna-se necessário um olhar

ampliado do profissional para desvelar a demanda implícita que o sujeito apresenta. Contudo, esse olhar não é tarefa fácil, pois requer uma análise diferenciada e baseada num arcabouço teórico que a oriente, necessitando, muitas vezes, do auxílio de profissionais experientes no assunto (LANE, DUBOWITZ, 2009).

Diversos manuais têm sido lançados pelo Ministério da Saúde na tentativa de auxiliar os profissionais a diagnosticar cada modalidade de violência (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010a; BRASIL 2010b; BRASIL, 2012). Os indicadores de violência, somados à anamnese e ao exame físico, tem constituído a base para o profissional de saúde realizar o diagnóstico (BRASIL, 2010). Embora seja disponibilizada uma série de indicadores, o diagnóstico não é uma tarefa fácil, pois apesar dos sinais indicarem tratar-se de violência, pode fazer-se necessário um diagnóstico diferencial.

Aspectos culturais, também, podem influenciar fortemente os profissionais na decisão de notificar ou não algum caso de violência. As famílias podem tentar impedir a notificação, negar informações que fundamentem as suspeitas, sentindo-se ameaçadas frente à notificação. A banalização da violência, tão presente no cotidiano, faz com que práticas abusivas, muitas vezes, sejam consideradas como práticas normais de disciplinamento, até mesmo pelos profissionais de saúde (EVERET, 2011). Outra fonte de dificuldade consiste na ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar.

Assim, outra barreira configura-se na dúvida quanto à **preservação do anonimato do denunciante** pelos conselheiros tutelares e à fragilidade da rede de apoio às situações de violência contra crianças e adolescentes. Estudo desenvolvido por Silva (2012), com profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), constatou que o principal motivo para a não notificação da violência foi o receio de sofrer represálias do agressor (81,3%), já que, segundo o pesquisador, a falta de sigilo possibilita a identificação do profissional notificador. Da mesma forma, Andrade et al (2011) também ressaltam essa preocupação dos profissionais como justificativa para o descumprimento da obrigação legal de notificar os casos. Diferentemente do contexto brasileiro, nos documentos oficiais americanos, há uma preocupação de preservar o anonimato do notificante, o que contribui para sua segurança no transcorrer do processo, favorecendo, assim, a notificação dos casos de violência (U.S, 2009).

O temor às represálias foi uma característica marcante demonstrada pelos profissionais, manifestada pelo medo de represália física ou jurídica, constituindo-se em uma barreira para a comunicação obrigatória. Uma pesquisa com pediatras dos EUA mostrou que a experiência com o sistema judicial é o que determinou que os profissionais prosseguissem ou não realizando notificações futuras (MATTHEWS & KENNY, 2008). Em outro estudo, cinquenta e dois por cento dos médicos entrevistados relataram ter recebido ameaças verbais de cuidadores pela sua notificação da violência às autoridades (FLAHERTY, et al , 2012).

A perda potencial da relação com a criança e a família em decorrência de um relato de violência contra a criança também foi identificada por profissionais de saúde como uma barreira para a comunicação obrigatória. Embora a maioria dos entrevistados em uma pesquisa nacional com pediatras, relataram benefícios associados à notificação, a consequência negativa mais citada foi à perda do vínculo com as famílias (ASNES, LEVENTHAL, 2010).

Dependendo do ambiente, no qual ocorre a violência, é difícil para o profissional da área da saúde inserir-se no contexto familiar, pois o abusador tenta se proteger, através dos meios possíveis que identifica, de modo a mascarar o ato violento. Ao perceber que suas investidas não estão sendo convincentes, utiliza outras práticas como chantagem, coerção contra as pessoas que lhe oferecem perigo no sentido de revelação da sua transgressão. Por isso, pessoas da comunidade e profissionais da saúde se abstêm de fornecer informações, a fim de resguardar sua integridade física e moral, por medo de serem perseguidas e por não disporem de proteção e apoio institucional (NUNES, SARTI, OHARA, 2009; OLIVEIRA et al., 2012). Dessa forma, sentindo-se ameaçados, de forma velada ou não, frente à detecção de violência e a necessidade da sua notificação, os profissionais, muitas vezes, omitem-se no processo.

A **notificação infundada** também é destacada como um dos maiores receios dos profissionais, não somente da saúde, mas também dos serviços de proteção. Estudiosos e profissionais vêm constatando que o crescimento da consciência do problema tem sido acompanhado pelo incremento do número de notificações. Assim, informações inverídicas consolidam um clima de desconfiança na sociedade, bem como demandas para as agências de proteção, pois a elas cabe investigar cada situação. Dessa forma, a grande demanda pode sobrecarregar os serviços de proteção, além de se constituir em desperdício de tempo e recursos que poderiam ser empregados em situações realmente

graves e verdadeiras (VITALE, SQUIRES, ZUCKERBRAUN, BERGER, 2010), além do risco de proceder uma acusação de violência a uma pessoa que poderá não se confirmar como agressora.

Cabe ressaltar que **aspectos estruturais** podem interferir no ato de notificar. A incredibilidade nos serviços de proteção à criança é uma justificativa apontada pelos profissionais para não notificar. O Conselho Tutelar, apesar de seu importante papel, muitas vezes, tem seus conselheiros trabalhando em condições adversas quanto à infraestrutura física e aos recursos humanos; além disso, ainda existem municípios onde essas instâncias sequer estão implantadas (DESLANDES et al, 2011; LIMA et al., 2011).

Esses fatores têm sido obstáculos na condução dos casos e na tomada de decisão de ações futuras. Do mesmo modo, a falta de organização da rede de assistência à violência tem se apresentado como um entrave no processo de notificação (NUNES, SARTI, OHARA, 2009; ANDRADE et al., 2011).

Estudos realizados em vários países evidenciaram a influência positiva do conhecimento, do acesso a treinamentos e da qualificação da formação dos profissionais de saúde sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes, mostrando a necessidade de um processo de educação permanente (OMS, 2002; FLAHERTY, SEGE, 2005; PIRES et al., 2005; LEITE et al., 2006; BUNTING, LAZENBATT, WALLACE, 2010; ANDRADE et al., 2011; DESLANDES et al., 2011). Essa intervenção educacional, além de contínua, não deve se limitar apenas aos aspectos fisiopatológicos, mas, sim, abordar o tema, esclarecendo aspectos jurídicos, sociais, culturais, epidemiológicos, clínicos e psicossociais envolvidos em uma dinâmica relacional (LEITE et al., 2006).

Essa demanda é amplamente reconhecida pelas políticas públicas de enfrentamento da violência no Brasil e incorporada pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a qual postula, como uma de suas diretrizes, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 2001).

Uma vez que existe a obrigatoriedade legal do profissional de saúde notificar casos de violência à criança e ao adolescente, essa intervenção deveria ser introduzida na formação acadêmica, desde o período da graduação, tornando oportuno contemplar

na matriz curricular conteúdos relacionados com a temática. Do mesmo modo, no planejamento dos serviços de saúde, deveriam ser incluídas estratégias voltadas à capacitação dos profissionais na abordagem de questões que envolvam violência contra crianças e adolescentes, visando preencher possíveis lacunas na abordagem desses casos. Dentre essas estratégias, destaca-se, também, a relevância da normatização nos serviços de saúde da notificação da violência contra crianças e adolescentes, o que contribuiria fortemente para a realização da notificação como exercício de poder dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, em relação aos agressores (SILVA, LUNARDI, SILVA, LUNARDI FILHO, 2009).

A ENFERMAGEM E A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A notificação da violência intrafamiliar contra criança e adolescente é um fenômeno que tem encontrado relutância em ser enfrentado por todos. Quando a progressão da violência, que vem acontecendo silenciosamente dentro do ambiente familiar, atinge um nível em que seus efeitos necessitam de atendimento de profissionais de saúde, é a enfermagem que, em geral, recebe suas vítimas. Por se tratar de espaços onde pode-se encontrar vítimas de violência intrafamiliar, esta realidade requer, tanto das enfermeiras como de todas as outras profissões, o compromisso, a lealdade para com o outro, o engajamento, a fim de cuidar das vítimas, bem como de notificar as autoridades competentes, a fim de protegê-las (ANDRADE, NAKAMURA, PAULA et al 2011).

A permanência da enfermeira na instituição de saúde e a sua abordagem na prestação do cuidado possibilitam formar um vínculo mais profundo e duradouro com o paciente, proporcionando uma interação interpessoal que facilita obter detalhes que, muitas vezes, outros profissionais não conseguem detectar, por não estarem tão próximos e por um período maior de tempo no ambiente de trabalho, como acontece com essa profissional. Em função disso, a enfermeira pode ser o primeiro contato em uma rede de apoio que busca interromper o ciclo da violência (ÁVILA, OLIVEIRA, SILVA, 2012).

Apesar do poder se constituir uma relutância de difícil manejo pelas enfermeiras, em seu cotidiano de trabalho, cabe-lhes, quando desempenham suas práticas de cuidado, educação e pesquisa, acreditar que são agentes essenciais na transformação desse grave problema de saúde/doença coletiva (ALGERI, ALMOARQUEG, BORGES, QUAGLIA, MARQUES, 2007).

O atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar vêm sendo um desafio cada vez maior para o profissional de enfermagem, que se vê confrontado com as dificuldades decorrentes de sua formação profissional (CUNHA, 2007). No contexto da atuação da enfermagem, as vulnerabilidades que envolvem a infância e a adolescência demandam uma assistência sistematizada que pode ser alcançada por meio da consulta de enfermagem, dado seu forte componente educativo e

potencialidade para estreitar o vínculo entre usuários (crianças/família) e profissionais (APOSTÓLICO, HINO, EGRY, 2013).

Discorrendo sobre as ações das enfermeiras, em uma unidade hospitalar, frente à violência contra a criança, Algeri et al (2007) também mencionam que as dificuldades para a atuação dos profissionais decorrem basicamente de sua formação. Muitos deles desconhecem as políticas públicas existentes, apresentam dificuldades em diagnosticar os casos e intervir na detecção, notificação e prevenção do problema.

Pesquisas têm sido realizadas com o intuito de conhecer a percepção das enfermeiras frente à violência intrafamiliar. Grüdtner (2005), ao citar em sua tese um estudo realizado por Elsen, Grüdtner e Rodrigues (2000) com enfermeiras dos serviços de saúde, identificou três tipos de respostas frente à violência familiar:

- ✓ “O enfermeiro que não “enxerga” a violência; ou o que tem uma “venda nos olhos” que o impossibilita de reconhecer o fenômeno. O profissional geralmente se encontra “desligado”/alienado do contexto social; não busca maiores conhecimentos sobre o tema e direciona seu trabalho/cuidado dentro de um modelo centrado na patologia da criança/adolescente, o que inviabiliza uma abordagem do ser humano em sua integralidade e como ser de relações” (GRÜDTNER, 2005, p. 46)
- ✓ “O enfermeiro que se encontra ‘aprisionado’ a certas crenças ou experiências passadas que o impedem de abordar o fenômeno em sua prática profissional” (GRÜDTNER, 2005, p. 46);
- ✓ O enfermeiro “envolvido cientificamente” é o desejoso de aprender, de compreender a violência na família, descobrindo espaços para a atuação da Enfermagem. Busca articular-se com os demais profissionais e se refere à necessidade de participar de grupos de estudos. Compromete-se ética e politicamente, no sentido de manter-se fiel: ao princípio da defesa/proteção da vida humana; ao direito à liberdade e emancipação do ser humano; à solidariedade às vítimas, possibilitando o desenvolvimento de todas as potencialidades do ser humano/grupo, evitando julgamentos e culpabilizações (GRÜDTNER, 2005, p. 46).

Apesar das dificuldades, Grüdtner, Carraro, Prado, Souza (2008) afirmam, através de sua pesquisa realizada com enfermeiras atuantes em serviços de saúde pública, hospitalares e em órgãos de proteção às crianças vítimas de violência intrafamiliar, que a assistência de enfermagem prestada às vítimas se configura no

reconhecimento da violência, acolhimento, orientação e interação com outros profissionais.

Para as enfermeiras do estudo, o reconhecimento desse fenômeno é marcado pela invisibilidade, uma vez que se mostra de forma mascarada pela família e pelas vítimas, que tendem a negá-lo e inventam desculpas sobre o mesmo. Por esse motivo, torna-se difícil a sua detecção e intervenção devido à complexidade que o envolve. Assim, a decisão da profissional em notificar ou não fica atrelada ao que a família diz e não ao que de fato está sendo denunciado, seja por lesões evidentes, ou pelo relato da criança (GRÜDTNER, CARRARO, PRADO, SOUZA, 2008; SILVA, SILVA, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2009).

A informação é um instrumento fundamental em todo trabalho que envolve a investigação, a observação, a detecção e notificação, que uma vez visualizada sob vários prismas poderá levar à confirmação de um diagnóstico de violência por anos mascarado. Assim, o trabalho prestado pela enfermeira faz-se tão necessário, especialmente por seu convívio diário com a vítima (ÁVILA, 2009). Daí, a relevância de estabelecer contato e proporcionar vínculos entre os profissionais e as famílias através do acolhimento e da anamnese, podendo realizar um diagnóstico mais preciso e, com isso, proceder à notificação.

O acolhimento é considerado como o primeiro passo para o diagnóstico da violência. As famílias que chegam aos serviços de saúde, em sua grande maioria, justificam sua presença para tratar sintomas decorrentes da violência, cabendo, ao profissional, a descoberta da origem dessas manifestações. Comumente, os profissionais direcionam suas ações para o tratamento dos sintomas, realizando diagnósticos primários que desviam a atenção dos fatores causais. Dessa forma, a violência permanece silenciada e a intervenção configura-se, em algumas situações, no uso da medicação, indicação de internação, sem a preocupação de detectar sua causa (NUNES, SARTI, OLHANA, 2009). Tuana (2002) salienta que as práticas profissionais resumem-se a atender o sintoma através da consulta, sem aprofundar o fator que causou o problema, ocultando assim a possibilidade de desvelar a situação de violência.

No acolhimento, apesar das enfermeiras desejarem fornecer um suporte à criança e tentar restabelecer com a mesma um elo de confiança, verificaram-se dificuldades em sua operacionalização, justificadas pela capacidade instalada do serviço que nem

sempre oferece condições para acolher adequadamente as vítimas (GRÜTNER, CARRARO, PRADO, SOUZA, 2008). De acordo com Ramos, Ortiz (2011), seja no hospital ou nas Unidades de Saúde da Família, ao atenderem as vítimas de violência, as enfermeiras e demais profissionais de saúde devem fazer o acolhimento à vítima e ao responsável de maneira adequada, expondo-os o menos possível, sem julgá-los, preocupando-se com os aspectos éticos e com a qualidade da notificação.

A anamnese é outro importante recurso utilizado no diagnóstico da violência, pois oportuniza, à enfermeira, detectar os casos de violência, em que não há evidências físicas, ou seja, através do diálogo que se estabelece e quando é proporcionada uma relação de confiança entre a profissional e os pais/responsáveis da vítima. Do mesmo modo, possibilita identificar as discordâncias presentes no discurso dos responsáveis, em relação às informações prestadas, no que se refere aos sinais e aos sintomas apresentados pela vítima, no período do atendimento e, assim, notificar de forma segura (CUNHA, ASSIS, PACHECO, 2005).

A partir do estabelecimento de uma relação de confiança com a família que sofre com a violência, o profissional deve implementar o cuidado imediato, pertinente a sua avaliação. Entretanto, na abordagem de crianças e adolescentes, dependendo do tipo de violência, alguns critérios precisam ser considerados, o que pode gerar dificuldades aos profissionais. Conhecer as diversas “faces” que envolvem a violência, as consequências que podem ocorrer em função do abuso e as dificuldades que as vítimas apresentam para falar sobre o ocorrido, acreditar na criança e no adolescente, propiciar-lhes um ambiente acolhedor e discreto, e garantir sigilo sobre o caso, são ações que devem estar presentes, ao atender as vítimas de violência (ALGERI, SOUZA, 2006).

A falta de formação específica no tema, a naturalização da violência como método de resolução de conflitos, as crenças dos profissionais em torno desse problema, muitas vezes, reforçam a sensação de descrédito, estigmatização e culpabilidade.

Trabalhar com situações de violência requer conhecimento teórico, pois lidar com sentimentos, traumas, problemas sociais, sem que interfiram no julgamento do profissional é muito difícil. Por isso, as profissionais enfermeiras necessitam aprender a manejar seus preconceitos, crenças e valores pessoais, de modo que esses não interfiram em sua postura ética e nas decisões a serem tomadas (ÁVILA, OLIVEIRA, SILVA, 2012).

Estudo desenvolvido por Nunes, Sarti, Ohana (2008) revelou que a enfermeira e demais profissionais da saúde, frequentemente, vêem a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes como fortemente ligada à omissão de cuidados familiares ou negligência, em que prevalecem o abandono e o descaso para com as necessidades básicas, como alimentação, higiene e vacinação. O fato de os pais não cumprirem alguns procedimentos básicos de prevenção de doenças, previstos nas ações de saúde, suscita certa irritação e desperta condutas punitivas em alguns profissionais (NUNES, SARTI, OHANA, 2008). Dessa forma, há de se destacar a dificuldade dos profissionais de saúde de compreender a violência dentro de seu contexto, ou seja, a partir do ponto de vista de quem a vivencia, e de reconhecê-la como consequência de uma dinâmica relacional complexa.

Outro estudo, apresentado por Costa (2007), sobre a atuação da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família frente a situações de violência intrafamiliar, revelou que, apesar de conhecerem o conceito de violência, as enfermeiras atuantes em unidades básicas de saúde, na sua maioria, não se sentiam seguras para receber e acolher crianças vítimas de violência bem como para diagnosticar e notificar. Além disso, apesar de se depararem com casos de violência, poucas tem se disponibilizado a aprofundar as circunstâncias associadas a violência. Essa postura leva a acreditar que existe, por parte de algumas enfermeiras, um olhar linear, não holístico, incapaz de perceber os inúmeros casos de violência que vem se apresentando, contribuindo deste modo para a subnotificação e o negligenciamento da garantia dos direitos das crianças (COSTA, 2007).

A conduta das enfermeiras e demais profissionais de saúde frente a tais situações, predominantemente, foi a busca de parcerias interdisciplinar e multiprofissional e de todos os recursos que a rede de saúde pode disponibilizar como apoio. Entretanto, pouco se verificou em termos de esforços individuais e coletivos por parte das enfermeiras e da equipe de saúde no que concerne ao enfrentamento da problemática. Geralmente, esses profissionais voltam-se à procura de outras parcerias, ora para realmente buscar ajuda, ora para se livrar do problema (COSTA, 2007). Ainda, a subnotificação dos casos e a falta de um atendimento integral pelas enfermeiras que atuam nos serviços de saúde legitimam a ideia de que a atenção primária não visualiza, não acolhe, e não maneja adequadamente os casos que chegam às Unidades Básicas de

Saúde (UBS) e aos hospitais, exigindo, portanto, uma maior reflexão sobre o assunto. (COSTA, 2007)

Assim, visto que não cabe aos profissionais a comprovação dos casos praticados contra crianças e adolescentes, a certeza do diagnóstico é um dos problemas enfrentados, pois pode haver graves consequências a curto, médio e longo prazo para os pacientes em decorrência das implicações sociais e jurídicas que se estabelecem (THOMAZINE, OLIVEIRA, VIEIRA, 2009). Para tanto, faz-se necessário que as enfermeiras estejam capacitadas a reconhecer a violência e cuidar das vítimas com efetividade, através de uma relação de cuidado que transcenda crenças, valores e ações técnicas com o estabelecimento de vínculos de cuidado com o paciente. Além disso, o cuidado deve ser planejado e pautado nos instrumentos básicos de enfermagem, como, a observação, a comunicação, a avaliação, dentre outros, de forma a refletir as políticas públicas de saúde e a legislação vigente, para assim promover segurança, acolhimento, e que a notificação seja efetuada de forma a proteger as vítimas, evitando a manutenção da violência (FERRAZ, LACERDA, LABRONICI, MAFTUM, RAIMUNDO, 2009).

Referencial Teórico

Para analisar a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, realizada por enfermeiras e demais profissionais de saúde, não apenas como o cumprimento de um ato legal, mas como uma manifestação do exercício de liberdade, poder e resistência do denunciante nas múltiplas relações entendeu-se como necessário aprofundar conceitos fundamentais neste estudo, a saber: poder, saber-poder, a ética como prática da liberdade e a resistência como uma ação ética.

A utilização desses conceitos, apoiada em Foucault, parece contribuir não somente para responder a alguns questionamentos referentes ao processo de notificação e às estratégias adotadas pelos profissionais de saúde para implementá-la, apesar das possíveis dificuldades enfrentadas, mas também para evidenciar que “pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê é indispensável para continuar o olhar e refletir” (FOUCAULT, 1984, p.13).

Assim, é neste contexto que o estudo se insere, na possibilidade de olhar o que está no entorno, de questionar aquilo que é familiar e conhecer outras verdades, como as estratégias construídas por enfermeiras e profissionais da saúde para notificar, uma vez que, como detentores de um outro saber, tem a possibilidade de modificar o que até então é instituído como única verdade.

PODER

Para Foucault, poder deve ser compreendido como

[...] múltiplas relações de forças imanentes e constitutivas do local em que são exercidas, como um jogo constante de lutas e afrontamentos que as transformam, constituindo cadeias ou sistemas de condutas, modificando ou mesmo reforçando um determinado contexto onde se exercem as ações humanas.(FOUCAULT,1988, p.88-89).

Assim, pode-se dizer que “o poder não é visto como uma unidade global de dominação, perpetuado por normas, regras ou leis estabelecidas pela sociedade, mas

expressa em permanente estado de transformação, como uma prática social” (FOUCAULT, 1988, p.89).

Dessa forma, o poder atinge o cotidiano social de forma que não se situa apenas no Estado, mas sim nas relações que atravessam “as famílias, os aparelhos de produção, as fábricas e as escolas”. Portanto, “o poder não está localizado no aparelho de estado, na soberania do estado, mas está em toda a parte, não porque englobe tudo, e sim porque provém de todos os lugares” (FOUCAULT, 1988, p.89).

É preciso ressaltar que nenhum indivíduo ou um grupo possui poder, como se fosse uma substância, um objeto. Diferentemente,

[...] poder se exerce em diferentes e variadas direções, como fios de uma rede que engloba toda a sociedade, ou seja, ninguém está livre dele, ninguém está fora dele. Nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer poder e sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre autores da sua transmissão (FOUCAULT, 1990, p. 90).

Poder, portanto, se insere no plano das relações e é seu exercício que pode trazer resultados, tanto bons como ruins, não se configurando pela violência ou pela repressão. Foucault, diante de uma imagem negativa do poder, que age exclusivamente pela proibição, negação, mostra toda sua positividade e que o poder, na verdade, é produtivo, “produz verdade, produz saber” (DELEUZE, 1991, p.40). O poder, numa visão foucaultiana, é percebido como:

[...] uma trama difusa, constituída por fios visíveis e invisíveis, móveis e desiguais, que representam possibilidades permanentes de exercício de forças de ação e reação, de poder e de contra-poder, de força e de resistência, diferentemente do entendimento de poder como propriedade de alguns, como “coisas” que podem ser arrebatadas, compartilhadas ou usufruídas apenas por poucos, quem sabe, determinados ou escolhidos (LUNARDI, 1999, p.18).

Entende-se relação de poder como “uma ação sobre a ação dos outros, sejam reais ou possíveis (DREYFUS, RABINOW, 1995, p.243). Assim, uma relação de poder pode ocorrer através da manifestação do “outro”, como sujeito da ação, de forma que este “seja reconhecido e mantido até o fim da ação abrindo campos de respostas, reações, efeitos possíveis (DREYFUS, RABINOW, 1995, p.243).

É importante destacar que, embora Foucault tenha abordado a temática do poder em várias produções, na verdade, tinha como propósito estudar os modos pelos quais os seres humanos se tornam sujeitos. Numa visão foucaultiana,

[...] ser sujeito significa estar preso à própria identidade, às atitudes que venha a assumir, explicitando uma forma de sujeitar-se ou de assujeitar o outro, agindo, mas também tornando-se alvo de ações e reações humanas constantes, difusas, mutáveis e que possuem em comum a instabilidade (BARLEM, 2012, p. 22).

No contexto da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, pode-se inferir que, embora existam leis que buscam a sua proteção, mediante a notificação obrigatória dos casos de violência às autoridades competentes, por si só, sua existência não é suficiente, embora seja importante. A existência de leis não assegura seu cumprimento:

[...] a lei não é nem um estado de paz, nem o resultado de uma guerra ganha: ela é a própria guerra e a estratégia dessa guerra em ato, exatamente como o poder não é uma propriedade adquirida pela classe dominante, mas um exercício atual de sua estratégia (DELEUZE, 1991, p.40).

Nesse sentido, o poder não se situa na legislação, mas relaciona-se fortemente aos modos de subjetivação, às práticas mediante as quais o sujeito emerge como efeito, ou seja, às práticas de constituição do sujeito. Os modos de subjetivação apresentam dois sentidos: o primeiro, referindo-se ao sujeito como objeto em relações de saber e poder; e o segundo, relacionado ao conceito de ética, definindo a relação do sujeito consigo mesmo (FOUCAULT, 2008).

SABER E PODER

Foucault compreende o saber e o poder em uma constante relação de reciprocidade. O saber funciona como uma corrente transmissora e naturalizadora do poder. O poder, por sua vez, produz: individualidades, verdades, saberes. Para Foucault

[...] não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber (MACHADO, 2008, p. XXI).

Assim, Foucault refere que “o que está na base do poder não são as ideologias, mas instrumentos de formação e acúmulo de saber” (POGREBINSCHI, 2004,p.183). Dessa forma, ao exercer-se poder, coloca-se em movimento um dispositivo de saber.

O saber está atrelado ao exercício de poder e as verdades produzidas pelos conhecimentos manifestam-se na produção de modos de ser sujeito. Portanto, a produção de saberes

[...] não deve ser entendida apenas como evolução das ciências, mas a partir de um entendimento de que saberes nunca são neutros, mas políticos. Saberes estão amarrados em relações de poder implicadas em diferentes práticas sociais e se fundam de acordo com verdades que procuram legitimar (LARA, GUARESCHI, HÜNING, 2012, p.396).

O saber acerca das evidências de violência contra crianças e adolescentes mostra-se como uma condição necessária para o exercício de poder da notificação apesar de defender-se que não seja suficiente para a sua efetivação. Todavia, se o profissional desconhecer as evidências de violência, ou o modo de como proceder diante de um caso de violência contra crianças e adolescentes, ou o que a legislação preconiza, como poderá exercer poder frente ao agressor, de modo a interromper a manutenção de práticas de violência?

ÉTICA COMO PRÁTICA DA LIBERDADE

Para Foucault, os sujeitos se constituem através das “práticas de sujeição, ou de maneira mais autônoma, através de práticas de liberdade, a partir de regras, estilos, convenções existentes no próprio meio em que estão inseridos” (FOUCAULT, 2004, p.291). Partindo-se da compreensão “da ética como prática de liberdade” (FOUCAULT, 1987, p.111), entende-se que o ato de notificação da violência se constitui em exercício de liberdade do denunciante.

O poder funciona em cadeia, sendo exercido através de uma teia de relações de forças, estando implicada diretamente a questão da liberdade, pela possibilidade de resistência, do uso de estratégias de luta, de enfrentamento, constituindo-se em modos de ação sobre a ação possível (FOUCAULT, 2003).

No campo social, frente à possibilidade de exercício de poder e resistência, os indivíduos, geralmente, enfrentam três formas de luta. Pode ser uma luta contra as

formas de dominação, envolvendo situações étnicas, sociais ou religiosas. A luta também pode ser contra as formas de exploração, fazendo com que os indivíduos tenham acesso àquilo que produzem, bem como, reivindiquem o reconhecimento das suas ações pelos outros, tornando-as significativas no mundo em que vivem. E, ainda, existe a luta do indivíduo consigo mesmo ou contra as atitudes que o submetem aos outros, ou seja, as lutas travadas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão (DREYFUS, RABINOW, 1995).

Foucault refere que:

o poder só se exerce sobre "sujeitos livres", enquanto "livres" - entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer (FOUCAULT, 1995, p. 244).

O movimento de forças presente nas relações de poder só se faz possível em relações estabelecidas entre sujeitos livres, entre sujeitos que tem a possibilidade de resistir e de tentar modificar tais relações. A positividade do poder, de acordo com Lunardi (1997, p.22), “encontra-se justamente nas possibilidades de exercício de liberdade dos diferentes sujeitos envolvidos nas relações de forças”. Ainda, refere que, ao diferenciar estados de poder e de dominação, Foucault teve como eixo central “a possibilidade ou a exigência do exercício da liberdade pelos diferentes sujeitos envolvidos na relação de poder” (LUNARDI, 1997, p.22). Para Foucault,

[...] não há, portanto, um confronto entre poder e liberdade, numa relação de exclusão (onde o poder se exerce, a liberdade desaparece); mas um jogo muito mais complexo: neste jogo, a liberdade aparecerá como condição de existência do poder (ao mesmo tempo sua pré-condição, uma vez que é necessário que haja liberdade para que o poder se exerça, e também seu suporte permanente, uma vez que se ela se abstraísse inteiramente do poder que sobre ela se exerce, por isso mesmo desapareceria, e deveria buscar um substituto na coerção pura e simples da violência); porém, ela aparece também como aquilo que só poderá se opor a um exercício de poder que tende, enfim, a determiná-la inteiramente (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Assim, há que se destacar, especificamente quanto às relações de violência familiar contra crianças de adolescentes, tratem-se essas não de relações de poder, mas de estados de dominação: “em muitos casos, as relações de poder são fixas, de tal forma que são perpetuamente dissimétricas e que a margem de liberdade é extremamente limitada” (FOUCAULT, 1987, p.111).

Desse modo, “se existem relações de poder através de todo o campo social é porque existem possibilidade de liberdade em todas as partes” (FOUCAULT, 1987, p.127). Nesse sentido, relações de poder somente são possíveis quando existe a possibilidade de liberdade, porque senão seriam relações de dominação

A liberdade está na permanente possibilidade de se questionar as verdades que as produziram e, dessa forma, ampliar, modificar e produzir novas relações que possibilitariam outras subjetividades, verdades e novas consciências. A liberdade é mencionada “como a condição necessária à ética: a liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade” (FOUCAULT, 2006, p.267).

Foucault entende a ética como o âmbito no qual, através de práticas de liberdade, o sujeito constitui a si mesmo. Nesse contexto, “a ética não é entendida como um conjunto de normas a serem seguidas, mas como um *êthos*, uma prática, um modo de ser que faz referência à relação consigo mesmo” (FOUCAULT, 2006, p. 270). O aspecto mais importante é a liberdade, uma vez que “sem a possibilidade do seu exercício, não é possível constituir-se a si mesmo como um sujeito ético, formando-se, no máximo, sujeitos constituídos a partir de práticas sujeitadoras” (FOUCAULT, 2006, p. 270).

Assim, a liberdade como prática também de cuidado de si consiste na adoção de uma postura mais autônoma na constituição de subjetividade. Embora se esteja aparentemente preso a um contexto social, esse contexto nunca é algo que se impõe completamente: “O cuidado de si do sujeito permite uma modificação interna e externa que pode servir como importante ferramenta de resistência ao exercício de poder do outro e afirmação da liberdade” (FOUCAULT, 2006, p. 271).

Nesta perspectiva, as enfermeiras e demais profissionais de saúde são livres para notificar, ou não, os casos de violência. No entanto, o exercício da sua liberdade para proceder a notificação constitui-se em uma ação ética, especialmente porque as instituições de saúde são locais para garantir e promover a proteção de sua clientela. Ao recusar-se a notificar a violência contra crianças e adolescentes, o profissional pode estar recusando também o melhor cuidado as vítimas, já que os danos causados pela violência sofrida repercutem de modo global no seu desenvolvimento e bem-estar.

Assim como o exercício da liberdade nas relações de poder mostra-se essencial para a prática da notificação da violência, destaca-se também a relevância da resistência de enfermeiras e demais profissionais da saúde às práticas de violência, porque, para Foucault, não existem relações de poder se não houver a possibilidade de resistir.

RESISTÊNCIA COMO UMA AÇÃO ÉTICA

Quando Foucault afirma que não há sociedade sem relações de poder, simultaneamente, diz que não há relações de poder sem resistência. A resistência assume um papel de permanente possibilidade de transformação de uma tendência determinista do poder. Poder e resistência estabelecem entre si uma relação estratégica. A resistência só pode existir no campo estratégico das relações de poder, inscrevendo-se nestas relações como o interlocutor irreduzível. Como “onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social” (FOUCAULT, 1997, p. 91). Ainda,

[...] os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento” (FOUCAULT, 1980, p. 92).

Desse modo, “falar em poder necessariamente requer que se fale em formas de resistência, pois o poder necessita de resistência como uma de suas condições fundamentais de operação” (LUNARDI, LUNARDI-FILHO, SILVEIRA, SILVA, SVALDI, BULHOSA, 2007, p. 494). É importante salientar que, assim como existe uma articulação entre os pontos de resistência no qual o poder se espalha, é também através da resistência que o poder pode ser rompido. A resistência é, ao mesmo tempo, um elemento de funcionamento do poder e uma fonte de perpétua desordem (DREYFUS & RABINOW, 1995). Assim, quando os profissionais exercem práticas de resistência estão exercendo poder nos múltiplos espaços que ocupam e nas diferentes relações das quais participam.

Considera-se que, no contexto da violência contra crianças e adolescentes, a ação de resistência do profissional frente a manifestações de agressão, negligência, abandono e abuso sexual constitui-se em exercício de poder desse profissional, de modo

a interromper a manutenção da violência, especialmente pela situação de vulnerabilidade e dominação de quem é objeto de violência.

Peter, Lunardi, Macfarlane (2004), ao identificarem ações de resistência da enfermagem com uma justificativa ética, frente aos problemas éticos e morais, constataram dificuldades das enfermeiras para o exercício de contra-poder, para o exercício da resistência, identificando estratégias que poderiam contribuir para tal atuação, ou seja, é preciso que as enfermeiras estejam preparadas para exercer a profissão de forma a compreender e respeitar o outro. Em sua atuação, qualidades e capacidades como coragem, confiança, habilidades de comunicação e argumentação podem favorecer o exercício de resistência do profissional em determinadas situações. O apoio da gestão institucional, o diálogo com líderes profissionais, assim como o envolvimento das profissionais nas tomadas de decisão, também, pode influenciar positivamente a equipe e, conseqüentemente, favorecer o desenvolvimento de práticas de resistência (PETER, LUNARDI, MACFARLANE, 2004).

Portanto, defende-se que a notificação da violência como manifestação de um saber e exercício de poder, resistência e liberdade, favorece a proteção e defesa das pessoas vulneráveis envolvidas nessa situação, principalmente a criança e o adolescente, vítimas de violência, além da responsabilização dos agressores. Para realizar tal ação, então, faz-se necessário que as enfermeiras e demais profissionais de saúde optem pelo enfrentamento da situação, apesar dos possíveis riscos envolvidos, rompendo com pactos de silêncio que ainda tem alimentado a impunidade e um ciclo vicioso, expondo vítimas de violência a um sofrimento desnecessário, de forma contínua.

Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: uma quantitativa e posteriormente uma etapa qualitativa. A primeira etapa constituiu-se na análise das notificações de violência no município nos últimos cinco anos. A segunda etapa caracterizou-se como um método que buscou conhecer as estratégias adotadas pelas enfermeiras e demais profissionais de saúde no município para a realização das notificações.

ETAPA QUANTITATIVA

“Analisar as notificações realizadas entre janeiro de 2009 e maio de 2014, em uma instituição de proteção a crianças e adolescentes de Rio Grande/RS”

Trata-se de uma etapa do estudo com abordagem quantitativa, do tipo exploratório-descritivo. A opção por essa abordagem justifica-se por possibilitar aos dados maior concisão, ainda mais quando se trata de um estudo descritivo, tendo como finalidade conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir e modificá-la, tendo como objetivo descrever, registrar, interpretar e correlacionar fatos ou fenômenos não manipuláveis. Isto é, analisa os dados coletados como eles se apresentam, procurando descobrir, com a precisão possível, a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros fenômenos, sua natureza e características, procurando observar possíveis associações entre variáveis (RICHARDSON, 2010). Além disso, optou-se pelo seu caráter exploratório, devido à sua peculiaridade de proporcionar uma visão geral da temática, algo que se torna necessário quando se investiga um assunto ainda pouco explorado (GIL, 2010).

Assim, a etapa quantitativa foi utilizada neste estudo na tentativa de estabelecer uma visão geral sobre as notificações de violência realizadas em Rio Grande, tendo em vista o elevado número de casos até então registrados, o que exige um melhor conhecimento sobre o fenômeno. Nesse estudo, sua principal finalidade foi traçar um

perfil capaz de caracterizar precisamente as variáveis que envolvem a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes em Rio Grande.

Tipo de estudo

O presente estudo teve como delineamento a pesquisa documental por basear-se nos dados registrados nos prontuários. De acordo com Gil (2010), este tipo de estudo visa à pesquisa em documentos, com o objetivo de formular uma base consistente de conhecimentos, ao pesquisador, fornecendo essa fonte subsidiária para importantes interpretações. Os objetivos da pesquisa documental geralmente são mais específicos, ou seja, eles quase sempre visam à obtenção de dados em resposta a determinado problema, e com frequência, conduzem a uma análise quantitativa, como nessa proposta.

A pesquisa documental “caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como, por exemplo, neste estudo, as informações contidas em prontuários” (OLIVEIRA, 2007, p.69). A importância desse tipo de pesquisa destaca-se pelo fato de “eliminar, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência, a ser exercida pela presença ou intervenção do pesquisador” (CELLARD, 2008, p. 295).

Local do estudo

O município do Rio Grande (FIGURA 1), onde se realizou o presente estudo, caracteriza-se como especialmente vulnerável a situações de violação da infância e da juventude. Trata-se de uma cidade portuária com aproximadamente 207 mil habitantes, localizada na metade sul do Rio Grande do Sul, com o segundo maior porto em movimentação de cargas do Brasil (IBGE, 2010). Dados do mais recente mapeamento dos pontos vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes nas rodovias federais brasileiras – 2013/2014, realizado pela Polícia Rodoviária Federal, em parceria com outros órgãos como a Childhood Brasil e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), revelam um aumento de 12% nos pontos considerados vulneráveis no Rio Grande do Sul.

Somada a esse cenário, vivencia-se no município uma importante expansão do pólo naval, transformando a região em grandes canteiros de obras com trabalhadores, predominantemente, do sexo masculino, potencializando a vulnerabilidade socioambiental já presente no município quanto à violência e, principalmente, em relação à exploração sexual contra crianças e adolescentes.



FIGURA 1: Vista aérea do Rio Grande. Fonte: Prefeitura do Rio Grande.

Enquanto o município avança em termos de crescimento populacional, para atender essa demanda de desenvolvimento econômico, existe somente um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), o que acentua a importância e a necessidade de uma articulação com outros serviços da rede de apoio social, como, por exemplo: Juizado da Infância e da Juventude, Polícia Civil, Conselho Tutelar, Promotoria de Justiça, Delegacia da Mulher, Disque 100 (FIGURA 2), além das ONGs, Casas de acolhimento, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). Esses dispositivos ainda não são suficientes, gerando uma alta demanda reprimida, evidenciando-se que, apesar do incentivo à notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, ainda existe uma importante lacuna em termos de implantação e efetividade da rede de serviços na área da violência, em Rio Grande/RS.



FIGURA 2: Rede de apoio às vítimas de violência do município. SILVA, 2013.

O **Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS – Serviço Sentinela)**, local escolhido para a coleta de dados da etapa quantitativa dessa proposta, é um serviço vinculado à Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social (SMCAS), destinado ao atendimento e à proteção de crianças e adolescentes entre 0 e 18 anos incompletos, idosos e mulheres, vítimas de violência.

O município do Rio Grande, em 2001, foi um dos pioneiros na implantação desse serviço, no Rio Grande do Sul, por tratar-se de uma cidade portuária, como já referido, fato que justifica a escolha dessa instituição dentre os outros serviços disponíveis nesta área. O Projeto Sentinela, como o CREAS - Sentinela era originalmente denominado, estava sendo implantado nas regiões metropolitanas brasileiras, inserido no Programa Nacional de Segurança Pública (PNSP), em grandes entroncamentos rodoviários, pólos turísticos, pólos industriais, zonas de garimpos, áreas portuárias e, ainda, em lugares que comprovassem situações de violência contra crianças e adolescentes.

O CREAS é uma instituição que se configura como uma unidade pública e estatal, que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, de acordo com o artigo 86 do ECA¹². Dentre seus objetivos, prioriza: construir, nos municípios, uma rede de serviços que permita a garantia dos direitos fundamentais da criança e dos adolescentes; desenvolver ações sociais para o fortalecimento da auto-estima e o restabelecimento do direito a convivência familiar e comunitária da população infanto-juvenil; proporcionar a inclusão da clientela atendida pelo Programa (vítimas de violência e suas famílias), em serviços prestados pelas instituições sociais sediadas na cidade.

Em 2008, o município instalou o CREAS, no qual outros serviços são oferecidos além do atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, como diagnóstico e atendimento de mulheres e idosos vítimas de violência e atendimento a adolescentes através de medidas socio-educativas. De acordo a definição expressa na Lei Nº 12.435/2011, o CREAS é a unidade pública estatal de abrangência municipal ou regional que tem como papel constituir-se em locus de referência, nos territórios, da oferta de trabalho social especializado no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Seu papel no SUAS define, igualmente, seu papel na rede de atendimento (MDS, 2013).

Para o exercício de suas atividades, os serviços ofertados nos CREAS devem ser desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas. A articulação no território onde está instalado o serviço é fundamental para fortalecer as possibilidades de inclusão da família em uma organização de proteção que possa contribuir para a reconstrução da situação vivida (MDS, 2013).

Em Rio Grande, o serviço conta com uma equipe formada por oito psicólogas, três assistentes sociais, uma educadora social e uma auxiliar administrativa. Aproximadamente duzentas famílias (vítimas e responsáveis) são atendidas mensalmente, através do encaminhamento dos casos pelo Conselho Tutelar ou de denúncias de vizinhos, escolas, serviços de saúde. Após o recebimento da criança e/ou adolescente e seu responsável na instituição, é realizado seu acolhimento, procedendo-

¹² A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 2006)

se, após, sua avaliação psicossocial e a abertura de um prontuário.

Instrumento de coleta de dados

Como instrumento para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro (APÊNDICE A) dividido em duas partes: a primeira, contendo variáveis relacionadas à notificação em si e a segunda contendo variáveis relacionadas a vítima e ao agressor. Nesse sentido, foram identificados e registrados: sexo, idade e categoria profissional do notificador, local de identificação da violência, órgão a quem a pessoa notificou e o tipo de violência notificado, entre outros. As variáveis direcionadas à vítima e ao agressor correspondem à situação sociodemográfica da família (sexo, idade, cor, escolaridade, bairro, zona de ocorrência) e à evolução do caso.

Coleta de dados

Após ser autorizada a coleta de dados pela coordenadora do CREAS, iniciou-se a seleção dos prontuários arquivados de crianças e adolescentes. Assim, optou-se por proceder à análise dos prontuários abertos entre 1º de janeiro de 2009 a 31 de maio de 2014, como já referido, pois a notificação de violências e acidentes passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), somente a partir de 2009. Os dados foram coletados por um único examinador, de janeiro a maio de 2014.

Os critérios de inclusão das notificações para a realização da pesquisa documental foram os seguintes: prontuários de crianças e adolescentes na faixa etária de zero a 18 anos; vítimas de violência intrafamiliar e cujos registros tenham sido efetuados a partir de janeiro de 2009. Como critérios de exclusão, foram considerados todas as pessoas que se encontram fora da faixa etária estipulada; registros efetuados antes de 2009, vítimas de violência extrafamiliar.

Feita a seleção dos prontuários referentes ao período determinado, no segundo momento, devido a questões de infraestrutura do serviço, foram definidos três dias da semana para proceder à coleta dos dados nos prontuários.

A partir dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, do universo de 931 prontuários envolvendo crianças e adolescentes vítimas de violência, a amostra foi composta por 800 prontuários de vítimas de violência intrafamiliar, com idades entre zero e 18 anos.

Embora a pesquisa não envolvesse diretamente seres humanos, foram coletados dados pessoais e privativos nos prontuários das famílias, razão pela qual foram obedecidos todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, através do anonimato referente aos dados de identificação dos envolvidos, sendo então firmado o compromisso com o sigilo.

Validação do instrumento

Inicialmente, o instrumento foi testado pelos profissionais do serviço e, posteriormente, realizou-se um pré-teste com trinta prontuários, não se identificando qualquer dificuldade tanto para seu preenchimento, como para sua posterior análise.

Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva através de frequência simples. A estatística descritiva tem como objetivo sintetizar uma série de valores da mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo dados (REIS, 2005). Envolve basicamente a distribuição de frequências, medidas de posições e medidas de dispersão, sendo, nesse estudo, utilizada a distribuição de frequência.

Para a análise estatística, foram identificadas quantitativamente as características das vítimas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, bairro), dos agressores (sexo, idade, escolaridade e relação com a vítima) e da violência. Da mesma forma, foram analisadas variáveis específicas em relação a notificação como sua origem, motivo que levou à notificação e evolução dos casos. É importante ressaltar que foram realizadas possíveis relações entre as variáveis notificador e motivo que levou à notificação, notificador e evolução dos casos.

Os dados foram armazenados em planilhas do tipo Excel® e a análise foi realizada através da estatística descritiva, sendo utilizado o software estatístico *Statistical Package for the Sciences* SPSS versão 17.0.

ETAPA QUALITATIVA

“Conhecer as estratégias construídas por profissionais da saúde para implementar a notificação no Rio Grande/RS”

Tipo de estudo

A opção pelo método qualitativo justifica-se pela possibilidade de trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, o pesquisador tem a possibilidade de aprofundar o universo das interações dos sujeitos pesquisados (MINAYO, 2008).

Do ponto de vista de sua finalidade, o presente estudo pode ser classificado como exploratório, uma vez que os estudos acerca da notificação da violência não contemplam suficientemente os casos exitosos da notificação e as estratégias utilizadas para o alcance desse êxito. Essa lacuna justificou a necessidade de conhecer as estratégias construídas pelos profissionais da área da saúde e, principalmente, as enfermeiras para implementar a notificação no município onde foi realizada a pesquisa (RICHARDSON, 2010).

Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram recrutados a partir do levantamento realizado nos prontuários do CREAS, como já referido, a partir de 2009, ano em que a notificação de violências e acidentes passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), até maio de 2014, período em que se encerrou a coleta dos dados. Na maioria dos prontuários, entretanto, existiam somente informações sobre a unidade em que foi gerada a notificação.

Ressalta-se que, de um total de 800 prontuários, foram identificadas trinta e três notificações realizadas por profissionais da saúde identificados pelo seu nome ou oriundas de instituições de saúde, sem o nome e/ou a categoria profissional do notificador.

Desse total de 33 notificações, em apenas 18 constava o nome do notificador, totalizando 14 profissionais, já que alguns deles procederam a mais de uma notificação, contabilizando assim o número referido.

Assim, a partir da primeira identificação do nome do notificador, iniciaram-se contatos telefônicos com esses profissionais, com o propósito de apresentar a proposta do estudo e proceder ao convite para sua participação no processo de coleta de dados.

Entretanto, apesar da identificação do nome do profissional de saúde notificador, muitos desses profissionais não foram localizados, pois não se encontravam mais nos seus locais de trabalho, outros eram médicos residentes, quando realizaram a notificação, e atualmente não residiam mais no município, o que justifica o número reduzido de apenas 7 profissionais localizados, responsáveis por 10 notificações que constavam nos prontuários e que aceitaram participar do estudo (Quadro 1)

Unidade	Profissional	Número de notificações	Participação no estudo
UBSF	Enfermeira	3	Participante
UBSF	Médica	1	Participante
UBSF	Enfermeira	1	Participante
HU	Enfermeira	1	Participante
HU	Enfermeira	1	Participante
UBSF	Enfermeira	2	Participante
UBSF	Enfermeira	1	Participante
HU	Médica	1	Não localizada
HU	Médica	1	Não localizada
HU	Médico	1	Não localizado
UBSF	Médica	1	Não informada
HU	Plantonista HU	3	Não identificado
HU	Não informado	1	Não informado
Casa do Menor	Técnica de Enfermagem	2	Não identificada
CAPS infantil	Não informado	8	Não informado
Grupo Hospitalar Conceição	Não informado	2	Não informado
Pronto Socorro	Enfermeira	1	Não identificada
UBS Pelotas	Médica	1	Não identificada

Desse modo, participaram, da etapa qualitativa do estudo, seis enfermeiras e uma médica. Duas profissionais atuam em Unidades de Pediatria e Terapia intensiva do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior e cinco profissionais atuam na Estratégia de Saúde da Família do município do Rio Grande.

Os depoimentos são identificados através da letra E e do número de sequência das entrevistas (E1, E2...E7), sendo assim preservado seu anonimato.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a agosto de 2014, individualmente com cada participante, em horário e local previamente agendados, resguardando o adequado andamento do trabalho dos profissionais nos seus ambientes de trabalho. Para criar um ambiente privativo e seguro, foram tomados alguns cuidados. No primeiro contato, foi realizada uma explanação sobre a finalidade e os objetivos do estudo, assim como as questões éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos, como o direito de se recusar em participar da pesquisa, do respeito ao anonimato através da identificação codificada que garante a confidencialidade das informações obtidas.

Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada em profundidade (APÊNDICE C). A entrevista semi-estruturada, é denominada por Minayo (2008, p.128) como aquela em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições fixadas pelo entrevistador. Entende-se assim que a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas uma situação de interação social entre o entrevistador e o entrevistado. Trata-se de uma condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva em que o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências e a linguagem do senso comum são condições essenciais para apreender o objeto de um estudo qualitativo (MINAYO, 2008, p. 124).

A media de duração das entrevistas foi de aproximadamente cinquenta minutos.

Análise dos dados

Os dados, obtidos através das entrevistas, foram submetidos à análise textual discursiva, uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade trabalhar com os significados construídos a partir do conjunto de textos ou seja, através

do corpus, constituído por meio das entrevistas realizadas.

A análise textual discursiva pode ser compreendida como:

[...] processo auto-organizado de construção de compreensão em que novos entendimentos emergem de uma seqüência recursiva de três componentes: desconstrução dos textos do “corpus”- a unitarização - estabelecimento de relações entre os elementos unitários - a categorização; e por último o captar de um novo emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada (Moraes, Galiazzi 2011, p.12).

A análise textual discursiva é descrita como um processo que se inicia com uma **unitarização**, a qual “implica examinar os textos em seus detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades constituintes, enunciados referentes aos fenômenos estudados”, tendo o cuidado de se manter o contexto de onde o fragmento foi retirado (MORAES, GALIAZZI, 2011, p. 11). Nesse momento, ocorre uma decomposição, em que os textos são separados em unidades de significado. Estas unidades por si mesmas “podem gerar outros conjuntos de unidades oriundas da interlocução empírica, da interlocução teórica e das interpretações feitas pelo pesquisador” (MORAES, GALIAZZI, 2006, p. 118). Dessa forma, iniciou-se uma leitura dos enunciados obtidos nas falas dos sujeitos da pesquisa, formando unidades de análise pertinentes ao seu objeto. Para tanto, foi necessário uma desconstrução do texto, o qual se constituiu em um momento de sua desorganização e desmontagem.

Depois da realização dessa unitarização, elaborada com intensidade e profundidade, passa-se à articulação de significados semelhantes em um processo denominado de **categorização**. Nesse processo, reúnem-se as unidades de significado semelhantes, podendo gerar vários níveis de categorias de análise. Essa categorização construída, além de reunir os elementos que são semelhantes, também poderá implicar na nomeação e definição das categorias, com maior profundidade e precisão (MORAES, GALIAZZI, 2011). Dessa forma, foram construídas duas categorias: Coragem da verdade fortalecida pelo conhecimento e Coragem da verdade: conhecimento de si e cuidado de si.

A última etapa consiste na **comunicação**, ou seja, a descrição e interpretação dos sentidos e significados construídos a partir do texto. O metatexto resultante desse processo representa um esforço em explicitar a compreensão que se apresenta como produto de uma nova combinação dos elementos construídos ao longo dos passos

anteriores (MORAES, GALIAZZI, 2011). Portanto, foram nomeadas e descritas as categorias e subcategorias, a partir das interlocuções empíricas ou ancoragem dos argumentos em informações retiradas das entrevistas ou “corpus” da análise. Assim, as interpretações ocorreram a partir de um entendimento mais aprofundado, procurando ir além do que parecia nas falas dos sujeitos e do exercício da mera descrição.

O esquema abaixo sintetiza o processo de Análise Textual Discursiva, adaptado por Torres et al, 2008.

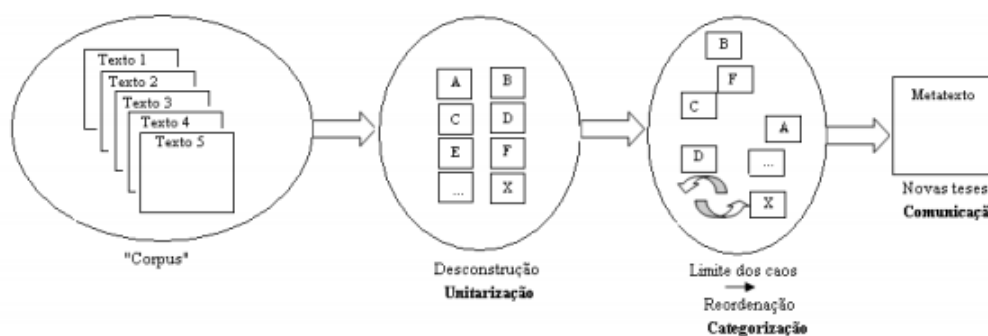


FIGURA 3: Esquema do processo de Análise Textual Discursiva. Adaptado por Torres et al (2008, p.4)

Aspectos éticos

Este projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o número 105/2013 (ANEXO A) e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) da Secretaria Municipal de Saúde sob o número 04/2014 (ANEXO B). Em seu desenvolvimento, foram respeitados, durante e após o seu término, a Resolução n. 466/2012 sobre a Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Aos participantes do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), bem como sua apresentação aos sujeitos pesquisados, informando-os da sua liberdade de desistência, a qualquer momento, sem prejuízo pessoal e/ou profissional. Para garantir o anonimato, os sujeitos foram identificados pela letra E, que corresponde à entrevista, seguida de um número sequencial, correspondente à ordem das entrevistas

Mediante sua autorização e concordância em participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos sujeitos em duas vias,

assegurando-se o cumprimento dos aspectos éticos, como o direito à privacidade, a obtenção de sua permissão para o uso do gravador digital, a garantia do sigilo e do anonimato das suas informações. Uma cópia ficou sob os cuidados do pesquisador e a outra foi entregue aos sujeitos do estudo. Assumiu-se o compromisso com a confidencialidade e o anonimato dos participantes, bem como a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução 466/2012, que rege as pesquisas com seres humanos.

Os dados foram registrados através de gravador digital, armazenados em CDs e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora durante todo o processo. Após o término do estudo, serão arquivados por cinco anos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dentre os benefícios deste estudo, está seu potencial para provocar reflexão acerca de um tema polêmico, com conotação política, econômica, social e alto potencial de impacto na vida, não somente das vítimas, mas, também, dos profissionais da saúde que cuidam de crianças e adolescentes vítimas de violência. Por outro lado, o conhecimento gerado a partir deste estudo poderá contribuir para a prática de enfermeiras e demais profissionais de saúde assim como para o seu processo de formação no que se refere à notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Quanto aos riscos, considera-se que a pesquisa não acarretou riscos à integridade física dos sujeitos. Ressalta-se que, nesse estudo, respeitou-se o rigor científico e os preceitos éticos, no seu desenvolvimento, bem como os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos participantes. Garantiu-se, também, o retorno dos dados obtidos aos entrevistados, dados que foram colhidos para fins previstos no protocolo, com o compromisso de publicar seus resultados.

Resultados e Discussão

Neste capítulo, serão apresentados os três artigos que compuseram os resultados dessa tese, sendo os dois primeiros derivados da etapa quantitativa da pesquisa e o terceiro da etapa qualitativa.

O primeiro, intitulado “Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do sul do Brasil” refere-se ao perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes atendidas no CREAS, destacando-se as características das vítimas, dos agressores e da violência, no período entre janeiro de 2009 a maio de 2014.

O segundo artigo, cujo título é “Análise das notificações de violência contra crianças e adolescentes em uma instituição de proteção no Sul do Brasil, 2009 a maio de 2014”, aborda as notificações realizadas pelas profissionais enfermeiras e demais profissionais de saúde no que se refere à origem da notificação, motivo que levou à notificação e evolução dos casos.

Já o terceiro artigo, intitulado “A notificação da violência contra crianças e adolescentes como a coragem da verdade dos profissionais da saúde” apresenta resultados referentes ao encorajamento e fortalecimento dos profissionais para proceder às notificações da violência contra crianças e adolescentes.

ARTIGO 1

Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do sul do Brasil¹³

Violence against children and adolescents: characteristics of notified cases in a southern Reference Center of Brazil

La violencia contra los niños y adolescentes: características de los casos reportados en un centro de referencia del sur de Brasil

Priscila Arruda da Silva; Valéria Lerch Lunardi

RESUMO:

OBJETIVO: apresentar o perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes atendidas em um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), a partir dos registros das notificações no período entre janeiro de 2009 e maio de 2014.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo e documental, de abordagem quantitativa em que foram analisados 800 prontuários do CREAS. O instrumento de pesquisa abordou variáveis sociodemográficas selecionadas das vítimas, dos agressores e a modalidade de violência. Foi realizada análise com estatística descritiva e utilização do software SPSS® versão 17.

RESULTADOS: O perfil prevalente foi de crianças e adolescentes brancas, do sexo feminino, com idades entre sete e 14 anos, residentes em bairros periféricos. A maioria dos agressores é do sexo masculino, com idades entre 20 e 40 anos, e baixo nível de escolaridade. O estudo identificou a mãe como a principal responsável pelas agressões, seguida do pai e padrasto. Houve o predomínio da violência sexual, física e psicológica.

CONCLUSÃO: O enfrentamento do problema da violência é complexo, requerendo medidas protetivas imediatas, ações de atendimento psicossocial destinadas às crianças e aos adolescentes em situação de violência, bem como daqueles que são identificados como os agressores e, principalmente, ações preventivas por meio de grupos de pais, educadores, profissionais da área da saúde, que possibilitem a troca de experiências e reflexões sobre as relações familiares.

DESCRITORES: Violência na família; Enfermagem; Defesa da Criança e do Adolescente.

¹³ O artigo será encaminhado à revista Cadernos de Saúde Pública. As normas estão disponíveis em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/csp/>

ABSTRACT:

OBJECTIVE: To present the epidemiology of violence against children and adolescents treated at a Specialized Reference Center for Social Assistance (CREAS), from the records of notifications between January 2009 and May 2014.

METHODS: This is a descriptive and documentary study, a quantitative approach which examined 800 medical records of CREAS. The research instrument addressed sociodemographic variables selected victims, the aggressors and the type of violence. The analyzed with descriptive statistics and use of SPSS software version 17.

RESULTS: The prevalent profile was children and adolescents white, female, aged between seven and 14 years, living in suburbs. Most offenders are male, aged between 20 and 40 years, and low level of education. The study identified the mother as the main responsible for the attacks, father and stepfather then. There was a predominance of sexual, physical and psychological violence.

CONCLUSION : The face of the violence problem is complex , requiring immediate protective measures , psychosocial care actions aimed at children , adolescents in situations of violence , as well as those who are identified as the aggressors and mainly preventive actions by groups parents , educators , health professionals, enabling the exchange of experiences and reflections on family relationships

KEY WORDS: Domestic Violence; Nursing; Child Advocacy

RESUMEN:

OBJETIVO: Conocer la epidemiología de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes atendidos en un centro de referencia especializado para la Asistencia Social (CREAS), a partir de los registros de las notificaciones entre enero de 2009 y mayo de 2014.

MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo y documental, un enfoque cuantitativo que examinó 800 historias clínicas de CREAS. El instrumento de investigación dirigida variables sociodemográficas víctimas seleccionadas, los agresores y el tipo de violencia. La analizados con estadística descriptiva y uso de software SPSS versión 17.

RESULTADOS: El perfil predominante eran los niños y los adolescentes blancos, de sexo femenino, con edades comprendidas entre los siete y los 14 años, que viven en los suburbios. La mayoría de los delincuentes son varones, con edades comprendidas entre 20 y 40 años, y el bajo nivel de educación. El estudio identificó a la madre como el principal responsable de los ataques, el padre y su padrastro a continuación. Hubo un predominio de violencia sexual, física y psicológica.

CONCLUSIÓN: La cara del problema de la violencia es complejo, que requiere medidas inmediatas de protección, acciones de atención psicosocial dirigidas a niños, adolescentes en situación de violencia, así como aquellos que se identifican como los agresores y las acciones preventivas, principalmente por parte de grupos padres,

educadores, profissionais de la salud, lo que permite el intercambio de experiencias y reflexiones sobre las relaciones familiares.

DESCRIPTORES: Violencia Domestica; Enfermería; Defesa del niño.

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes constitui um grave problema social global presente em países desenvolvidos e em desenvolvimento¹. É caracterizada como uma questão de saúde pública, diante do impacto e das suas consequências no âmbito da saúde individual e coletiva, constituindo-se, portanto, em tema relevante para a Enfermagem.

Relações de violência familiar contra crianças e adolescentes, numa concepção foucaultiana, não parecem se tratar de relações de poder, móveis, instáveis, com espaços de resistência, mas, predominantemente, de estados de dominação: “em muitos casos, as relações de poder são fixas, de tal forma que são perpetuamente dissimétricas e que a margem de liberdade é extremamente limitada”^{2:111}. Dados de um estudo realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância³, em 190 países, revelam que, em todo o mundo, cerca de 120 milhões de meninas e jovens com menos de 20 anos de idade (aproximadamente uma em cada dez) foram forçadas a ter relações sexuais ou a praticar outros atos sexuais. Em relação à violência física, cerca de 17% dos jovens de 58 países foram alvos de duras formas de castigo físico praticados como forma disciplinar³.

A complexidade do fenômeno, que costuma ser tratado de forma velada tanto por agressores como vítimas, justifica e exige o envolvimento dos profissionais que atendem essa clientela para notificar os casos, especialmente pela relevância quanto ao dimensionamento do problema, às prioridades para a atenção das vítimas nas diferentes populações e à definição de planejamento e implementação de políticas e programas estratégicos de prevenção e intervenção⁴. Considera-se que a notificação da violência contra crianças e adolescentes constitui-se, sim, em uma relação de poder e resistência² do notificador contra o agressor e uma tentativa de ruptura de reprodução de violência.

No Brasil, o conhecimento sobre a dimensão da violência nos serviços de saúde ainda é escasso, desconhecendo-se a frequência dos casos de violência contra crianças e adolescentes⁵, pois a prática de notificação ainda está desigualmente implantada. Pouco se conhece sobre o contexto político e institucional e os padrões adotados para a sua

efetiva operacionalização nos diferentes estados. Tampouco se conhece amplamente seus fluxos e qual a mobilização de recursos efetivamente desencadeados pela notificação compulsória realizada pelos profissionais de saúde⁴.

A adoção de padronização nas informações, como a construção de banco de dados e sistemas de informação sobre as situações de violência, torna-se relevante, pois permite monitorar o problema, emitir relatórios periódicos e atuais com agilidade, além de produzir informações confiáveis e oportunas⁶. Para as autoridades, profissionais e cidadãos que lidam com situações de violência, o acesso à informação significa a possibilidade de salvar vidas, fazer valer direitos e garantir a integridade física e psicológica das pessoas.

O município do Rio Grande, onde se realizou o presente estudo, caracteriza-se como especialmente vulnerável a situações de violação da infância e da juventude. Trata-se de uma cidade portuária com aproximadamente 207 mil habitantes, localizada na metade sul do Rio Grande do Sul, com o segundo maior porto em movimentação de cargas do Brasil⁷. Dados do mais recente mapeamento dos pontos vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes nas rodovias federais brasileiras – 2013/2014, realizado pela Polícia Rodoviária Federal, em parceria com outros órgãos como a Childhood Brasil e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), revelam um aumento de 12% nos pontos considerados vulneráveis no Rio Grande do Sul⁸.

Somada a esse cenário, vivencia-se no município uma importante expansão do pólo naval, transformando a região em grandes canteiros de obras com trabalhadores, predominantemente, do sexo masculino, potencializando a vulnerabilidade socioambiental já presente no município quanto à violência e, principalmente, em relação à exploração sexual contra crianças e adolescentes.

No entanto, enquanto o município avança em termos de crescimento populacional, para atender a essa demanda de desenvolvimento econômico, existe somente um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), desconhecendo-se, também, de modo sistematizado, como está a situação da violência contra crianças e adolescentes no município. Destaca-se que, somente em 2009, a notificação de violência e acidentes passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Apesar do município, recentemente, ter implantado a Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA) e o Programa de Ações Integradas Referenciais de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no território brasileiro (PAIR), assim

como o Sistema Vigilância de Acidente e Violências, não se tem ainda informações que permitam avaliar a grandeza do problema da violência contra a criança e o adolescente, mostrando-se relevante questionar: Qual o perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes atendidas em um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS)?

A resposta a essa questão pode contribuir para a elaboração de estratégias de intervenção e de controle desse agravo, com vistas a evitar que novos casos de violência aconteçam ou mesmo que continuem sendo perpetrados em um círculo vicioso de impunidade e injustiça contra as crianças e adolescentes. Pode, ainda, oferecer informações para a avaliação da situação local, subsidiando a identificação de problemas, a proposição de soluções e a tomada de decisões como, por exemplo, a criação de políticas públicas direcionadas para o perfil pesquisado. Assim os resultados desse estudo podem demonstrar a importância do conhecimento do perfil da violência contra crianças e adolescentes para intervenção e elaboração de políticas públicas que promovam a saúde e a qualidade de vida nesta região do Brasil.

Nessa perspectiva, o estudo tem o objetivo de apresentar o perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes atendidas no (CREAS), a partir dos registros das notificações no período entre janeiro de 2009 e maio de 2014. Especificamente, busca-se traçar um perfil das crianças e adolescentes atendidas neste serviço, o perfil dos agressores e as formas de violência sofrida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, e análise documental em prontuários, desenvolvido no CREAS no Município de Rio Grande. É uma instituição que se configura como uma unidade pública e estatal, que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, de acordo com o artigo 86 do ECA⁹.

O serviço conta com uma equipe formada por oito psicólogas, três assistentes sociais, uma educadora social e uma auxiliar administrativa. Aproximadamente duzentas famílias (vítimas e responsáveis) são atendidas mensalmente, através do encaminhamento dos casos pelo Conselho Tutelar ou de denúncias de vizinhos, escolas, serviços de saúde. Após o recebimento da criança e/ou adolescente e seu responsável na instituição, é realizado seu acolhimento, procedendo-se, a seguir, sua avaliação

psicossocial e a abertura de um prontuário.

Assim, optou-se por proceder a análise dos prontuários abertos entre 1º de janeiro de 2009 a 31 de maio de 2014. Os dados foram coletados por um único examinador, de janeiro a maio de 2014.

Do universo de 931 prontuários envolvendo crianças e adolescentes vítimas de violência, a amostra foi composta por 800 prontuários de vítimas de violência intrafamiliar, com idades entre zero e 18 anos. Como critérios de exclusão, foram considerados todos os prontuários de pessoas que não se encontram na faixa etária estipulada; registros efetuados antes de 2009 e vítimas de violência extrafamiliar.

Elaborou-se um instrumento de coleta com as seguintes variáveis: informações da vítima (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, bairro); características dos agressores (sexo, idade, escolaridade, relação com a vítima); modalidades de violência. Após sua testagem pelos profissionais do serviço, realizou-se um pré-teste com trinta prontuários, não se identificando qualquer dificuldade para seu preenchimento e posterior análise.

Os dados foram inseridos em planilhas do tipo Excel®, realizando-se sua análise estatística descritiva, com o software estatístico SPSS versão 17.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 105/2013.

RESULTADOS

A partir da análise dos 800 prontuários, identificaram-se as características das vítimas, dos agressores e da violência.

Características das vítimas

Observou-se o predomínio da incidência de casos de violência em crianças e adolescentes do sexo feminino, correspondente a 64,7% do total das notificações. Na análise por faixa etária, observou-se uma maior incidência dos casos de violência nas faixas de 7 a 12 anos com 71,9% dos casos notificados. Quanto à cor da pele, foi nítido o predomínio de crianças e adolescentes brancas agredidas, retratado na tabela 1.

Tabela 1– Distribuição de frequência das vítimas de violência, segundo as variáveis, sexo, idade, cor da pele, escolaridade e bairro. CREAS, 2009 a maio de 2014. Rio Grande, RS, Brasil.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	518	64,7
Masculino	282	35,3
Idade		
0 a 6 anos	223	27,8
7 a 12 anos	353	44,1
13 a 18 anos	216	27
Cor da pele		
Branco	658	82,2
Negro	57	7,1
Pardo	64	8,0
Não informado	21	2,6
Escolaridade		
Classe especial	6,0	8,0
Pré-escola	52	6,5
Ensino Fundamental	431	53,9
Ensino Médio	34	4,2
Não informado	277	34,6
Bairro		
Periferia	576	72,0
Centro	212	26,5
Rural	12	1,5
Total		100

No que se refere à escolaridade, considerando as vítimas cujo dado referente à escolaridade foi identificado, 53,9% das crianças e adolescentes cursaram ou estão cursando o ensino fundamental; quanto ao local de moradia das vítimas, constatou-se sua prevalência em bairros periféricos, representando 72% do total.

Características dos agressores

Na análise efetuada (Tabela 2) sobre o perfil dos agressores, em 64% dos casos, o agressor é do sexo masculino e a faixa etária prevalente, situou-se entre 20 e 40 anos (36,2%). Quanto à escolaridade, apresentam diferentes graus de instrução, destacando-se que 66,6% dos agressores, cujo dado referente à escolaridade foi identificado, cursaram o ensino fundamental incompleto ou completo, caracterizando o predomínio de baixa escolaridade. No entanto, 18 agressores (6,8%), atingiram o nível superior.

Quanto a relação da vítima com o agressor, em 30,3% das notificações, a mãe foi a principal agressora, seguida do pai com 27,1% dos casos e do padrasto/madrasta em 17,3%. Cabe destacar que, além desses, em 24,2% dos casos, os autores eram parentes próximos das vítimas (irmãos, avós, tios, cunhados).

Tabela 2– Distribuição de frequência dos agressores segundo sexo, faixa etária, escolaridade e relação com a vítima. CREAS, 2009 a maio de 2014. Rio Grande, RS, Brasil.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	288	36,0
Masculino	512	64,0
Idade		
<20 anos	54	6,7
20 a 40 anos	290	36,2
41 a 60 anos	106	13,2
Acima de 60 anos	20	2,5
Não informado*	330	41,2
Escolaridade		
Ens Fund Compl ou Inc	176	66,6
Ens Médio Compl ou Inc	62	23,4
Ensino Superior	18	6,8
Analfabeto	4	1,5
Semi-alfabetizado	4	1,5
Não informado*	536	67
Relação com a vítima		
Avô/Avó	45	5,6
Cunhado (a)	14	1,7
Irmão (ã)	24	3,0
Mãe	243	30,3
Pai	217	27,1
Padrasto/Madrasta	139	17,3
Tio (a)	59	7,3
Primo (a)	17	2,1
Namorado (a)	18	2,2
Demais membros	24	3,0
Total		100%

*Referem-se às denúncias realizadas através de Disque 100 e Conselho Tutelar

Características da violência

Considerando-se todas as modalidades de violência e o ano, houve um crescimento no número de notificações, principalmente em 2013. Entretanto, cabe ressaltar que, em 2014, até o mês de maio, foram notificados 97 casos de violência envolvendo crianças e adolescentes, representando uma elevação do número em comparação com anos anteriores a 2013. Ainda, pode-se observar que o abuso sexual ocupou o primeiro lugar, seguido pela violência física. Destaca-se que, até mesmo a violência psicológica, tão difícil de detectar, surgiu como terceira modalidade mais notificada. Quando em um mesmo caso são identificadas duas ou mais modalidades, a violência física associada à psicológica é a que apresenta o maior número, representando 40 casos notificados, conforme pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das notificações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes segundo tipo de violência e ano de incidência. CREAS, 2009 a maio de 2014. Rio Grande, RS, Brasil.

Modalidades de violência	Incidência Pesquisada						Número total de casos notificados
	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	
Violência Física	30	9	27	25	87	50	228
Violência Sexual	48	21	65	33	75	13	256
Violência Psicológica	20	5	13	9	35	12	94
Negligência	9	7	17	9	21	7	70
Física+ Psicológica	8	1	14	13	4	6	46
Física+ Sexual	8	4	2	0	2	3	19
Física+ Negligência	10	18	6	6	0	0	40
Psicológica+ Sexual	0	0	0	0	1	2	3
Psicológica+ Negligência	1	5	1	2	4	0	13
Abuso sexual+ Negligência	0	2	4	2	0	0	8
Física+ Psicológica+ Negligência	0	2	2	3	6	0	13
Física+Psicológica+ Sexual	3	0	0	3	0	4	10
Total	137	74	151	105	235	97	800

* O ano de 2014 corresponde até o mês de maio.

DISCUSSÃO

A realidade analisada permite inferir que o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes é significativo em nossa sociedade. Embora o total de casos notificados, no período de cinco anos, seja bastante expressivo (800), esse número possivelmente não representa a real incidência de violência contra crianças e adolescentes no município, uma vez que o número de notificações da violência intrafamiliar ainda é desconhecida no mundo inteiro^{4,10-11}.

Nesse sentido, defende-se que a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes constitui-se em uma manifestação de exercício de poder do denunciante, o que pode requerer coragem de enfrentamento e temor de represálias. Para Foucault, o poder é exercido em diferentes e variadas direções, como uma rede que engloba toda a sociedade: ninguém está livre dele. O poder é concebido como uma estratégia, portanto não é um privilégio².

Em virtude da dificuldade da criança e ou adolescente em revelar a violência sofrida, por sua extrema vulnerabilidade e pelo agressor, geralmente, constituir-se em um familiar a quem amam e querem ser amadas, além de tratar-se de um fenômeno comumente encoberto pela família e sociedade¹¹, somado à fragilidade do sistema, à morosidade institucional e aos trâmites legais, muitas vítimas podem ser revitimizadas, seja pela minimização da gravidade dos fatos ou pela pouca importância dispensada aos casos pelas instituições¹³.

Apesar de a notificação ser importante no combate à violência, produzindo benefícios para os casos notificados e constituir-se como um instrumento de resistência² e de controle epidemiológico, a subnotificação da violência ainda é uma realidade em muitos países, pois a notificação é reconhecida culturalmente como um processo de punição, e não como de assistência e auxílio, prejudicando o verdadeiro dimensionamento dos eventos violentos¹¹.

Assim, os resultados aqui apresentados retratam apenas uma aproximação da realidade, já que a decisão de notificar não se restringe às determinações legais, mas, sim, às peculiaridades de cada caso, sendo influenciada por fatores de ordem pessoal, de exercício de liberdade para uma atuação ética, pelas especificidades do caso e pela própria estrutura dos serviços de saúde, que, na sua maioria, são deficientes, constituindo assim um dos principais desafios para a sociedade realizar a notificação.

No que se refere ao perfil das vítimas, o sexo feminino e a faixa etária de 7 a 12 anos prevaleceram entre as vítimas desse estudo em 64,7% e 44,1%, respectivamente, demonstrando similitude quando comparados com outras pesquisas¹⁴⁻¹⁵ que também identificaram a predominância do sexo feminino entre as vítimas, com 64% e 56% e a faixa etária dos oito aos 12 anos correspondendo a 38% e 36% respectivamente. O ensino fundamental incompleto ou completo prevaleceu em 53,9% dos casos, entre as vítimas dessa investigação, corroborando com outros estudos¹⁶⁻¹⁷. Em relação à cor, a predominância é a branca (82,3%), diferentemente de estudos nacionais¹⁸⁻¹⁹ e internacionais como no Canadá^{15,20}, que demonstram associação da vitimização infantil à cor, seguindo um padrão étnico, destacando-se pardos e negros. Portanto, diante desses achados, e da sua complexidade, ressalta-se a necessidade urgente de romper barreiras culturais e pré-julgamentos de uma possível associação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes à baixa escolaridade e a negros.

Quanto à caracterização dos agressores, os resultados apresentam semelhanças com o estudo de Oliveira et al²¹, o qual apresentou maior número de casos de violência em agressores do sexo masculino em 63,7%. Os dados referentes à identificação da faixa etária e do grau de escolaridade apontaram falta de registro em 330 e 536 prontuários, respectivamente, dificultando a análise dessas variáveis. Entretanto, destaca-se que o ensino fundamental e a faixa etária de 20 a 40 anos prevaleceram entre os agressores desse estudo, corroborando com outras pesquisas^{6,21}.

O estudo identificou a mãe como a principal responsável pelas agressões, seguida do pai, similarmente a estudos nacionais^{6,22} e internacionais^{3,23}, que identificam os pais como principais responsáveis pela violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Este dado corrobora a reflexão de que muitos pais, ainda, consideram o uso da violência como medida disciplinadora e educativa, constituindo-se, possivelmente, na reprodução de práticas adotadas por seus pais e das quais já foram vítimas em sua infância e adolescência. Assim, por não reconhecerem os danos acarretados à saúde dos filhos não apenas físicos, mas na esfera emocional e social, os pais podem adotar o uso da violência como prática educativa, ensinando, também, aos seus filhos, o exercício da violência como uma prática culturalmente aceita, que pode se reproduzir de forma habitual.

O predomínio do abuso sexual, da violência física e psicológica, verificado no presente estudo coincide com outras investigações nacionais^{21-22,24} e internacional³. Nos

Estados Unidos, segundo Inquérito Nacional sobre a Exposição das Crianças à Violência (NatSCEV II), realizado em 2011, foram registradas taxas de vitimização sexual em meninas entre os 14 e 17 anos, em 35% dos casos³.

Na Suíça, um inquérito nacional, de 2009, dirigido a meninas e meninos com idades entre os 15 e os 17 anos, concluiu que 22% das meninas e 8% dos meninos, tinham vivido pelo menos um incidente de violência sexual, envolvendo contato físico³.

Em relação à violência física, como já abordado, pode-se considerar que um número elevado de crianças é submetida a situações de violência física sob a forma de disciplina. Em média, cerca de seis em cada 10 crianças em todo o mundo, entre dois e 14 anos, são regularmente submetidas a castigos físicos (corporais) pelas pessoas que delas cuidam. Em média, cerca de 17% das crianças em 58 países vivem situações de práticas severas. Em 23 países, os castigos físicos severos estão generalizados, afetando mais de uma em cada cinco crianças. No Chade, Egito e Iêmen, mais de 40% das crianças entre 2 e 14 anos de idade sofrem formas rígidas de punição física³.

Os resultados da UNICEF reforçam a ideia de que a violência física culturalmente aceita está presente em todas as classes sociais, sendo ainda percebida como um método eficaz para regular o comportamento dos filhos e seu uso defendido como algo benéfico. Entretanto, o uso da agressão corporal, seja leve ou pesada, deseduca a criança e o adolescente, pois embora seu uso possa interromper um comportamento inadequado, de forma instantânea, a médio e a longo prazo, pode levar a um ciclo vicioso²⁵. Ainda, outro ponto a ser considerado para o grande número de casos de violência física notificados, possivelmente, esteja associado a que a agressão física pode produzir lesões corporais mais facilmente observáveis, favorecendo as denúncias.

A violência psicológica, que mais recentemente tem chamado a atenção dos pesquisadores, aparece como a terceira mais notificada, embora seja considerada de mais difícil identificação em decorrência do seu alto grau de tolerância por parte da nossa sociedade²⁶. Associada à violência física, essa modalidade colabora ainda mais para o aumento das estatísticas, corroborando com estudos que mostram essa realidade^{21,26}.

A violência psicológica não envolve um ataque corporal, pois é expressa por palavras, gestos, olhares que humilham, desrespeita e promove uma baixa autoestima nas vítimas. No entanto, pode-se confirmar, através dos achados, que a violência física é sempre acompanhada da violência psicológica, uma vez que o ato de agredir física ou sexualmente uma criança provoca-lhe medo e pavor, dificultando, por isso, sua reação²⁷.

Embora a negligência tenha sido a modalidade de violência menos notificada, diferentemente de outros estudos²⁸, como o realizado abordando a violência contra crianças no Canadá que identificou, até, 78,3%, quando associada a outras formas de violência, sua frequência tem aumentado, conforme dados da tabela 3. Esse achado permite concluir que a violência psicológica e a negligência permeiam praticamente todas as situações de violência contra crianças e adolescentes, porém não se constituem, frequentemente, no principal motivo de notificação, seja por sua dificuldade de detecção, seja pela não produção de lesões visíveis ou, ainda, pela difícil suspeita e confirmação.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou destacar que a violência intrafamiliar é um problema complexo, uma vez que os agressores não são pessoas desconhecidas, mas adultos, pais, mães, membros de famílias que mantêm relações próximas com as crianças e adolescentes. Além disso, concepções arraigadas sobre as práticas de educação dos filhos e a banalização da violência, tratada como um problema de âmbito privado, corroboram tanto para dificultar seu enfrentamento e denúncia, quanto para o entendimento da sua notificação como um exercício necessário de poder e resistência.

Apesar de o estudo ter focalizado a análise das notificações realizadas, tendo em vista conhecer o perfil das vítimas, dos agressores e das modalidades de violência, cabe salientar a relevante necessidade de prevenção da violência, ou seja, de atuar antes que a criança e ou adolescente se tornem justificativa para um boletim policial, um processo judicial ou notícia de jornal.

O enfrentamento do problema da violência é, também, complexo, requerendo medidas protetivas imediatas, ações de atendimento psicossocial destinadas às crianças e aos adolescentes em situação de violência, bem como daqueles que são identificados como os agressores e, principalmente, ações preventivas por meio de grupos de pais, educadores, profissionais da área da saúde, que possibilitem a troca de experiências e reflexões sobre as relações familiares.

Quanto às limitações do estudo, os resultados apresentados dizem respeito somente aos registros de casos denunciados nas instâncias de referência, possivelmente não retratando sua real incidência no município como um todo, considerando o repertório de dificuldades, mundialmente conhecidas, para a identificação e a

notificação de cada caso de violação perpetrada em crianças e adolescentes. No entanto, tal limitação não impossibilitou a efetivação desse estudo, cujas características o tornam contributivo para o repensar das práticas profissionais, e para a pesquisa em enfermagem/saúde, já que o perfil de crianças e adolescentes identificadas nos 800 registros apresentam similitudes daquele descrito na literatura, corroborando, assim, para a necessidade da criação de políticas públicas direcionadas para o perfil pesquisado.

REFERÊNCIAS

1. Covell, K; Becker JO. Five years on: a global update on violence against children. [Internet] 2011. [acesso em 10 out 2014]. Disponível em: <http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/5085.pdf>.
2. Foucault M. Vigiar e punir: a história da violência nas prisões. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
3. United Nations Children's Fund (UNICEF). Hidden in Plain sight - A statistical analysis of violence against children [internet] 2014.[acesso em 12 ago 2014]. Disponível em: http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf.
4. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. Interface (Botucatu). [Internet] 2011; [acesso em 10 out 2014];15(38):819-832. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000040>
5. Deslandes SF, Mendes CHF, Luz ES. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2014 [acesso em 10 out 2014]; 19(3): 865-874. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.06012013>
6. Martins CMG, Jorge MHPM. Child abuse: A review of the history and protection policies. Acta Paul Enferm [Internet] 2010 [acesso em 10 out 2010] ;23(3):423-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300018>

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada para o Município do Rio Grande. 2014 [acesso em 20 nov 2014]. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431560&search=rio-grande-do-sul|rio-grande>
8. Childhood Brasil. 6º Mapeamento de Pontos Vulneráveis à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas Rodovias Federais Brasileiras.2014. [acesso em 20 nov 2014]. Disponível em: http://www.namaocerta.org.br/pdf/Mapeamento2013_2014.pdf
9. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) 2013. CREAS institucional. [acesso em 12 nov 2014]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/>
10. Pietrantonio AM, Wright E, Gibson KN, Alldred T, Jacobson D, Niec A. Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health professionals and caregivers. Child Abuse Negl[Internet] 2013 [acesso em 09 out 2014]; 37(3):102-109. Disponível em:
11. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2014 [acesso em 12 out 2014]; 19(10):4267-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.17052013>
12. Santos SS, Dell’Aglío D. “Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil”. Psicologia & Sociedade[Internet]2010 [acesso em 10 out 2014]; 22 (2): 328-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822010000200013>
13. Cavalcante FV, Sousa FF, Silva MJM. The aftermath of sexual violence involving children and adolescents. Rev Enferm UFPI [Internet] 2013 [acesso em 09 out 2014]; 2(spe):43-8. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1240/pdf>
14. Crami. Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância ABCD. Dados estatísticos 2011. Disponível em : <http://crami.org.br/wp-content/uploads/2012/05/Violencia-Sexual-2011.pdf>. Acesso em : 12/10/2014.
15. Sinha M. Family violence in Canada: A statistical profile, 2011. Component of Statistics Canada catalogue no. 85-002-X, 2013. Disponível em : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11805-eng.pdf>. Acesso em 02/10/2014.
16. Fukomotto AECG, Corvino JM, Neto JO. Perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Rev. Ciênc. Ext 2011; 7(2) :71-83.

17. Zanatta EA, Pai DD, Resta DG, Argenta C, Mota MGC. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. *Enfermagem em Foco*. 2012;3(4): 165-68.
18. Seger ACBP, Caldart P, Grossi PK. Desvelando a violência contra as crianças em um hospital universitário: desafios para o Serviço Social. *Textos & Contextos* 2010; 9(1): 118-31.
19. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MCO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):347-357.
20. Sinha M. Family violence in Canada: A statistical profile, 2010. Component of Statistics Canada catalogue no. 85-002-X, 2012. Disponível em : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2012001/article/11643-eng.pdf>. Acesso em 02/10/2014.
21. Oliveira JR, Costa MCO, Amaral MTR et al. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciência & Saúde Coletiva*[Internet]2014 [acesso em 12 out 2014]; 19(3):759-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18332013>
22. Gabatz RIB, Padoin SMM, Neves ET, Schawartz E, Lima JF. A violência intrafamiliar contra a criança e o mito do amor materno: contribuições da enfermagem. *Rev Enferm UFSM* [Internet] 2013 [acesso em 12 out 2014] ;3(Esp.):563-72. Disponível em : <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10990/pdf>
23. Strier R. Unemployment and Fatherhood: Gender, Culture and National Context. *Gender, Work & Organization*. 2014 [acesso em 11 nov 2014], 21(5) : 395-410. Disponível em : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/gwao.12044/pdf>
24. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVAe a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2014; 19(3):773-84. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18432013>
25. Azevedo MA, Guerra VNA. Por que abolir no Brasil a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes? Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) 2010. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/projeto0>. Acesso em: 22/09/2014.

26. Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. Cad. Saúde Pública [online]. 2011, 27(5) : 843-54.
27. Moreira MIC, Sousa SMG. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. O Social em Questão [Internet] 2012 [acesso em 11 out 2014]; XV (28): 13-26. Disponível em : <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/2artigo.pdf>
28. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2013). Child Maltreatment 2012. Disponível em : <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>

ARTIGO 2

Análise das notificações de violência contra crianças e adolescentes em uma instituição de proteção no Sul do Brasil, 2009 a maio de 2014¹⁴

Analysis of the reports of violence against children and adolescents in a protective institution in southern Brazil , 2009 to may 2014

Análisis de los informes de violencia contra los niños y adolescentes en una institución de protección en el sur de Brasil, 2009 a mayo 2014

Priscila Arruda da Silva; Valéria Lerch Lunardi

RESUMO: Objetivou-se analisar as notificações de violência contra crianças e adolescentes, no período compreendido entre janeiro de 2009 e maio de 2014 em uma instituição de proteção do município do Rio Grande, RS. Trata-se de um estudo descritivo e documental, de abordagem quantitativa em que foram analisados 800 prontuários do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), a partir da elaboração de um instrumento de pesquisa contendo as variáveis de estudo. Os dados foram armazenados em planilhas do tipo Excel® e a análise foi realizada através da estatística descritiva, sendo utilizado o software estatístico *Statistical Package for the Sciences* SPSS versão 17.0. Os resultados apontam que a maioria das notificações encaminhadas aos órgãos de proteção foi realizada pelos familiares e a evidência de sinais físicos foi o motivo que as desencadeou. O desligamento por abandono das famílias é bastante presente na instituição, corroborando possivelmente a manutenção do ciclo de violência. Apesar da importância da notificação no combate à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, não bastam intervenções focadas na ocorrência e sua notificação, pois trata-se de um problema que requer o desenvolvimento de ações coletivas, organização da rede de atendimento e, principalmente, efetividade e interação de diferentes setores comprometidos com as políticas sociais, educacionais e de saúde.

Descritores: Enfermagem; Notificação de abuso; Violência na família.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the reports of violence against children and adolescents in the period between January 2009 and May 2014 in a municipality protection institution of Rio Grande, RS. This is a descriptive and documentary study, a quantitative approach which examined 800 medical records of Specialized Reference Center for Social Assistance (CREAS), from the development of a research instrument

¹⁴ O artigo será encaminhado à revista Investigación y Educación en Enfermería. As normas estão disponíveis em:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/about/submissions#onlineSubmissions>

with the study variables . The data were stored in spreadsheets Excel® type and the analysis was performed using descriptive statistics, using the statistical software Statistical Package for Sciences SPSS version 17.0. The results show that most of the notifications sent to the protection of organs was performed by family members and evidence of physical signs was the reason that triggered principal. The shutdown by abandonment of families is very present in the institution, possibly supporting the maintenance of the cycle of violence. Despite the importance of reporting in combating domestic violence against children and adolescents are not sufficient interventions focused on occurrence and its notification , as this is a problem that requires the development of collective action , organization of the service network and mainly effectiveness and interaction of different sectors committed to the social, educational and health .

Descriptors: Nursing; Mandatory Reporting; Domestic Violence.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo analizar las denuncias de violencia contra los niños y adolescentes en el período comprendido entre enero de 2009 y mayo de 2014 en una institución de protección municipio de Río Grande, RS. Se trata de un estudio descriptivo y documental, un enfoque cuantitativo que examinó 800 expedientes médicos de Centro de Referencia Especializada para la Asistencia Social (CREAS) , desde el desarrollo de un instrumento de investigación con las variables del estudio . Los datos se almacenan en hojas de cálculo tipo Excel® y se realizó el análisis utilizando la estadística descriptiva, utilizando el software Paquete Estadístico para las Ciencias estadística SPSS versión 17.0. Los resultados muestran que la mayoría de las notificaciones enviadas a la protección de los órganos fue realizado por miembros de la familia y la evidencia de signos físicos fue el motivo que desencadenó principal. El cierre por el abandono de las familias está muy presente en la institución, posiblemente, el apoyo al mantenimiento del ciclo de la violencia. A pesar de la importancia de la presentación de informes en la lucha contra la violencia doméstica contra los niños y adolescentes no son suficientes las intervenciones se centraron en ocurrencia y su notificación, ya que este es un problema que requiere el desarrollo de la acción colectiva, la organización de la red de servicios y sobre todo la eficacia y la interacción de los diferentes sectores comprometidos con el desarrollo social, educativo y de salud.

Descriptor: Enfermería; Notificación Obligatoria; Violencia Doméstica.

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes, pelas suas repercussões na vida de milhares de vítimas, tem se destacado como um problema grave de saúde coletiva. Inúmeras sequelas físicas, emocionais e psicológicas decorrentes da violência podem tornar-se irreparáveis, manifestar-se na fase adulta, tais como ansiedade, depressão, visão pessimista do futuro, problemas de relacionamento, além da reprodução da violência que colabora para sua perpetuação¹⁻³.

Frente a esse contexto, pode-se compreender a extrema necessidade de evitar os atos violentos, uma vez que suas sequelas atingem dimensões e gravidade expressivas. A grande proporção de sequelas físicas associadas às psicológicas, alerta para a necessidade não somente de prevenção da violência e tratamento das vítimas, mas também da notificação dos casos às autoridades competentes, a fim de que seja rompido seu ciclo⁴.

A crescente necessidade de tornar visível o problema que chega às diversas instâncias que lidam com crianças e adolescentes vitimadas, as debilidades estruturais do sistema de proteção e as dificuldades dos profissionais na assistência e acompanhamento das vítimas, tem contribuído para a recidiva e agravamento dos casos, pela ausência de implementação de medidas protetoras, como a notificação de situações de violência⁵.

Este fato exige dos profissionais e gestores que lidam com o fenômeno da violência, em suas áreas de atuação, a contribuição para o enfrentamento do problema, uma vez que tem sido uma das demandas mais alarmantes na rotina dos serviços que tem como foco a criança e o adolescente. Dessa forma, os espaços, sejam eles, sociais, educacionais e de saúde desempenham papel fundamental na implementação das estratégias necessárias frente a essa problemática, por se apresentarem como locais propícios à revelação e à notificação dos casos⁶.

De acordo com a legislação brasileira, todas as modalidades de violação aos direitos da criança e do adolescente são plausíveis de notificação, seja violência física, psicológica, sexual ou negligência. Essa obrigatoriedade está devidamente qualificada na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Legislação Penal Brasileira⁷⁻⁸.

Mais recentemente, por meio da Portaria MS/GM nº. 104/2011, a violência foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional, ou seja, passou a ser um agravo de notificação universal em todos os serviços de saúde do Brasil⁹.

Há que se destacar que, comparado a outros países, a obrigatoriedade da notificação da violência é recente no cenário brasileiro. Nos Estados Unidos, desde o final da década de 1970, todo o território americano já havia estabelecido a notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes, apesar dessa ação não seguir uma padronização, variando de acordo com as leis e políticas específicas de cada estado. Ainda, em diferentes países, sites específicos são disponibilizados para orientar os profissionais sobre como acessar a legislação e outros recursos de informações obrigatórias¹⁰.

A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, entretanto, justifica-se não apenas por sua exigência legal, mas, principalmente, por tratar-se de uma questão ética, que envolve pessoas em situação de vulnerabilidade que suportam a violência silenciosamente por não conseguirem se desvencilhar da relação de dominação sofrida. Para Foucault, “as relações de dominação podem ser entendidas como uma relação de violência que age sobre um corpo, ela força, ela submete, ela destrói, ela fecha todas as possibilidades, não tem, portanto junto a si, outro pólo, senão aquele da passividade”^{11:243}.

O município do Rio Grande, onde se realizou o presente estudo, caracteriza-se como especialmente vulnerável a situações de violação da infância e da juventude, por se constituir em uma cidade portuária com uma população estimada em 207 mil habitantes¹². Dados do mais recente mapeamento dos pontos vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes nas rodovias federais brasileiras – 2013/2014 revelam

o crescente aumento no seu número, destacando o Rio Grande do Sul como o segundo estado com mais pontos vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes, ficando atrás apenas de Minas Gerais. Possivelmente, o grande fluxo de pessoas tem favorecido a criação de pontos de exploração sexual na rodovia de acesso ao município¹³.

Tendo em vista o alarmante número de casos de violência contra crianças e adolescentes até então registrados em Rio Grande, este estudo surge na tentativa de estabelecer uma visão geral sobre as notificações de violência realizadas no município, o qual permitirá um melhor conhecimento sobre o fenômeno. A notificação de violência e acidentes, somente em 2009, passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Apesar do município avançar em termos de crescimento populacional, especialmente para atender à demanda de desenvolvimento econômico pela expansão do polo naval, existe somente um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), implantado desde 2001 no município, um dos pioneiros na implantação desse serviço, no Rio Grande do Sul, o que justifica a escolha dessa instituição para a realização desse estudo.

Equacionar a problemática da violência contra crianças e adolescentes exige o comprometimento de todos, seja dos profissionais que lidam com essa situação nos seus locais de trabalho, como educadores e profissionais da saúde, dos serviços de retaguarda, como Polícia Civil, Conselhos Tutelares, Juizado da Infância e da Juventude, assim como da sociedade. Sendo assim, mostra-se relevante questionar: Quem tem realizado a notificação? Qual(is) motivos tem levado a sua realização? Como tem evoluído os casos de violência contra crianças e adolescentes encaminhados ao serviço especializado no município onde o estudo foi desenvolvido?

As respostas a essas questões podem contribuir para um melhor comprometimento das instituições formadoras e qualificadoras, no preparo dos profissionais em relação ao fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, com o objetivo de subsidiar a criação de políticas públicas para o seu combate, assim como para mostrar a importância da sociedade no enfrentamento desse fenômeno. Da mesma forma, conhecer o motivo que levou a notificação pode direcionar a elaboração de estratégias que possibilitem aos notificadores reconhecer melhor os indicadores de violência, como indicadores físicos na vítima, comportamento da vítima e características da família, a fim de que outras modalidades de violência também sejam notificadas.

Por último, conhecer a evolução dos casos de violência atendidos no CREAS pode reforçar a importância da rede de atendimento, através de ações integradas bem como a capacitação dos agentes para melhor atender as famílias, garantindo assim um serviço de fato resolutivo.

Nessa perspectiva, esse estudo tem como objetivo analisar as notificações de violência contra crianças e adolescentes, no período compreendido entre janeiro de 2009 e maio de 2014 em uma instituição de proteção do município do Rio Grande, RS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e documental, de abordagem quantitativa, desenvolvida no CREAS, no município do Rio Grande/RS. O serviço conta com uma equipe formada por profissionais psicólogos, assistentes sociais, educador social e auxiliar administrativo. Nele, são atendidas famílias (vítimas e responsáveis), através do encaminhamento dos casos pelo Conselho Tutelar ou de denúncias de vizinhos, escolas, serviços de saúde. Após o recebimento da criança e/ou adolescente e seu

responsável na instituição, é aberto seu prontuário, sendo realizada sua avaliação psicossocial pelos profissionais do serviço, a partir da qual a vítima e sua família passam a receber acompanhamento psicossocial do serviço.

Constatando-se a necessidade de intervenção de profissionais da saúde, por comorbidades e/ou sequelas relacionadas à violência, os casos são encaminhados a quem de direito.

A amostra foi composta por 800 prontuários abertos entre 1º de janeiro de 2009 a 31 de maio de 2014, envolvendo crianças e adolescentes, vítimas de violência intrafamiliar, com idades entre zero e 18 anos. Como critérios de exclusão, foram considerados todos os prontuários de pessoas que se encontram fora da faixa etária estipulada; registros efetuados antes de 2009 e vítimas de violência extrafamiliar.

Os dados foram coletados por um único examinador, no período compreendido entre janeiro de 2014 e maio de 2014, a partir da elaboração de um instrumento de pesquisa contendo as variáveis de estudo, referentes à notificação: procedência, motivo da notificação, e a evolução dos casos na instituição.

A partir do armazenamento dos dados em planilhas do tipo Excel®, sua análise foi realizada através da estatística descritiva, utilizando-se o software estatístico *Statistical Package for the Sciences SPSS* versão 17.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 105/2013.

RESULTADOS

No período estabelecido para a coleta, foram registradas 800 notificações de violência intrafamiliar praticada contra crianças e adolescentes no CREAS, sendo identificadas sua procedência, motivo da notificação, e a evolução dos casos atendidos na instituição.

A maioria das notificações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes encaminhada aos órgãos de proteção são realizadas pelos familiares (44,5%), conforme mostra a tabela 1. Observa-se, também, o Disque 100 (27,3%) e a Denúncia Anônima ao Conselho Tutelar (13,9%), respectivamente, como os recursos mais utilizados pelas pessoas para denunciar a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, possivelmente, pelo fato de não haver necessidade de revelação de sua identidade.

Cabe salientar que as instituições de acolhimento foram identificadas como os locais onde menos pessoas notificam situações de violência, de modo semelhante, às escolas e instituições de saúde (Estratégia de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Hospitais). Assim, pode-se enfatizar a necessidade de uma maior articulação desses setores com a rede de proteção à criança e ao adolescente, já que a escola se caracteriza como um local privilegiado para a detecção de possíveis evidências da violência, assim como os serviços de saúde por se constituírem em um local procurado por muitas vítimas, seja explicitamente, ou não, em decorrência da prática de violência.

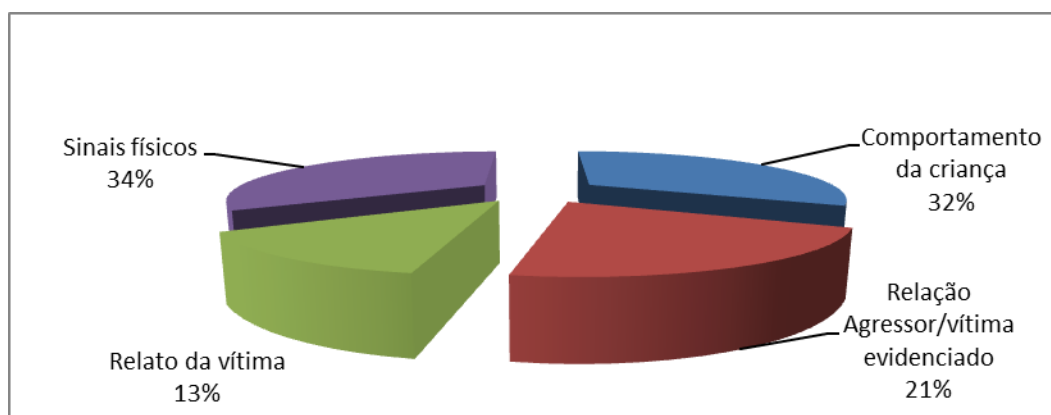
Tabela 1 – Distribuição de frequência das notificações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes segundo origem. CREAS, 2014.

Origem da notificação	N	%
Denúncia Anônima ao CT*	111	13,9
Disque 100	218	27,3
Escola	35	4,4
Familiar	356	44,5
Instituição de saúde	33	4,1
Instituição de acolhimento	13	1,6
Vítima	34	4,3
Total	800	100

* Embora a denúncia Anônima ao CT tenha originado a notificação, é importante ressaltar que todas as notificações são repassadas ao Conselho Tutelar.

No que se refere aos motivos que justificaram a notificação da violência praticada contra crianças e adolescentes, 34% foram devido à identificação de sinais físicos apresentados pelas vítimas e, em 32% dos casos, pelo comportamento apresentado pela criança, conforme (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição de frequência das notificações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, segundo motivo que levou a notificação. CREAS, 2014.



Quando analisada a relação entre o notificador e seus motivos para buscar os órgãos de proteção e realizar a notificação, constatou-se que a grande maioria foi motivada pelos sinais físicos apresentados pelas vítimas, destacando-se o Disque 100, a própria vítima e as Instituições de saúde, com 40,4%, 55,9% e 45,5% respectivamente. Em contrapartida, 62,2% das notificações realizadas pelas instituições de acolhimento e 34,4% dos familiares foram motivados pelo comportamento da criança, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das notificações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes segundo a relação entre o notificador e o motivo que levou a notificação. CREAS, 2014.

Notificador	Motivo que levou a notificação				
	Comportamento da vítima	Relação Agressor/vítima	Relato da vítima	Sinais Físicos	Total
Denúncia	27(24,3%)	34 (30,6%)	7 (6,3%)	43 (38,7%)	111 (100%)
Disque 100	66 (30,3%)	48 (22%)	16 (7,3%)	88 (40,4%)	218 (100%)
Escola	12 (34,3%)	3 (8,6%)	7 (20%)	13 (37,1%)	35 (100%)
Familiar	119 (34,4%)	77 (21,3%)	70 (19,7%)	90 (25,3%)	356(100%)
Instituição de Saúde	14 (42,2%)	3 (9,1%)	1 (3,0%)	15 (45,5%)	33 (100%)
Instituição de acolhimento	9 (62,2%)	1 (7,7%)	3 (23,1%)	0 (0%)	13 (100%)
Vítima	10 (29,4%)	1 (2,9%)	4(11,8%)	19 (55,9%)	34 (100%)

Em relação à evolução dos casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes encaminhados ao CREAS, 36,9% dos casos foram desligados da instituição por abandono. Em 25,1% dos casos, os familiares ainda estão em atendimento no serviço de proteção e 21,8% tiveram alta. Já 16,2% das notificações foram consideradas como infundadas, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição de frequência das notificações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes segundo evolução do caso. CREAS, 2014

Evolução do caso		
	N	%
Alta	174	21,8
Desligado por abandono	295	36,9
Em andamento/atendimento	201	25,1
Notificação infundada	130	16,2
Total	800	100

Analisando-se a relação entre o notificador e a evolução dos casos (Tabela 4), os resultados apontam que, do total das notificações realizadas através de denúncia anônima ao CT, 41,4% foram desligados da instituição por abandono ao tratamento, assim como as notificações realizadas pelo Disque 100 (36,7%), familiares (34,6%), Instituições de Saúde (48,5%) e pela vítima (44,1%). Em contrapartida, 40% das notificações realizadas pela escola evoluíram para alta e 61,5% dos casos notificados pelas Instituições sociais estão em andamento.

Tabela 4 - Distribuição de frequência das notificações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes segundo a relação entre o notificador e evolução dos casos. CREAS, 2014

Notificador	Evolução dos casos				
	Alta	Desligado	Em andamento	Notif infundada	Total
Denúncia Anônima ao CT	15(13,5%)	46 (41,4%)	39 (35,1%)	11 (9,9%)	111 (100%)
Disque 100	51 (23,4%)	80 (36,7%)	25 (11,5%)	62(28,4%)	218 (100%)
Escola	14 (40,0%)	10 (28,6%)	7 (20,0%)	4 (11,4%)	35 (100%)
Familiar	82 (23%)	123 (34,6%)	104 (29,2%)	47 (13,2%)	356 (100%)
Instituição de Saúde	4 (12,1%)	16 (48,5%)	9 (27,3%)	4 (12,1%)	33 (100%)
Instituição de acolhimento	0 (0%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)	0 (0%)	13 (100%)

Vítima	8 (23,5%)	15 (44,1%)	9(26,5%)	2(5,9%)	34 (100%)
--------	-----------	------------	----------	---------	-----------

DISCUSSÃO

A notificação da violência contra crianças e adolescentes é um compromisso legal de todos os cidadãos. O ato de notificar possibilita, sobretudo, o conhecimento dos casos pelos órgãos competentes, e dessa forma, permite que ações sejam implementadas na tentativa de romper com as situações de violação de direitos e garantir a proteção de crianças e adolescentes¹⁴.

Defende-se que a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes constitui-se em uma manifestação de exercício de poder do denunciante. Para Foucault, o poder é exercido em diferentes e variadas direções, como uma rede que engloba toda a sociedade: ninguém está livre dele. O poder é concebido como uma estratégia, portanto não é um privilegio que alguém possui ou transmite¹⁵. Assim, é preciso salientar que, na perspectiva de rede de proteção contra a violência, todos exercem influência não somente no que tange à sua interrupção como também para a sua manutenção.

O notificador é o elemento chave que torna pública a violência e deve ser considerado um ator importante na rede de proteção à criança. Sendo assim, no presente estudo, constatou-se que, em 44,5% dos casos, os familiares foram os notificantes. Dados semelhantes foram encontrados por Costa, Santana, Carvalho et al¹⁶, ao investigarem o perfil da vitimização sexual de crianças e adolescentes, tendo constatado que a violência sexual foi denunciada com maior frequência pela mãe da criança ou do adolescente (29,9% dos casos), pelo pai (20,8%) e por outros parentes (25%).

O “Disque 100” e a denúncia destacaram-se como o segundo e o terceiro principal veículo de captação das notificações, corroborando com pesquisas que

apontam o anonimato como importante estratégia de identificação e viabilização das denúncias^{5,17}. O anonimato garante o não envolvimento com o caso e preserva a identidade do denunciante. Hoje, o Disque 100 atua como principal instrumento para as denúncias de violações dos direitos humanos, no país, contribuindo significativamente para o “retrato” da violência contra crianças e adolescentes e a construção de políticas públicas¹⁸⁻¹⁹.

Por outro lado, a falta de detalhamento das informações pode dificultar a obtenção de dados que contribuam para a confirmação e elucidação dos casos. Dados incorretos ou incompletos, não contemplando as informações necessárias, assim como denúncias falsas são os problemas que mais tem dificultado o andamento dos casos que chegam ao Disque 100¹⁹.

Outros setores, como a saúde e a educação, foram associados à origem da notificação, no estudo, apesar de ter sido baixo o seu número de notificações, mesmo frente à sua obrigatoriedade e à aplicação de multas em casos de omissão da notificação. No caso das instituições de saúde, o seu número de notificações foi bastante aproximado ao número de notificações realizadas pela própria vítima, o que merece certo destaque, uma vez que o Ministério da Saúde tem investido em capacitações para que os profissionais enfrentem o problema da violência⁹. Percebe-se, assim, que crianças e adolescentes tem também rompido o silêncio, possivelmente, fortalecendo-se, vencendo medos e culpas para revelar/notificar os episódios vividos e demonstrar resistência a quem lhes tem violentado.

Considera-se que a revelação/notificação da violência contra crianças e adolescentes constitui-se, sim, em uma relação de resistência¹⁵ do notificador contra o agressor e uma tentativa de ruptura de ciclos de violência. Pesquisas realizadas em outros países não se mostraram diferentes dos resultados deste estudo. No Canadá,

apenas 10% das comunicações enviadas para os serviços de proteção foram relatadas por trabalhadores da saúde²⁰. Nos EUA, em pesquisa envolvendo as unidades federativas, foi constatado que 66,6% dos casos suspeitos de maus-tratos não foram comunicados aos órgãos de proteção, pelos profissionais com obrigação legal de notificar²¹. Na Jordânia, investigação com 400 dentistas verificou que 50,0% suspeitaram de alguma forma de abuso; no entanto, apenas 12,0% notificaram suas suspeitas²².

Esses dados sugerem que o ato de notificar a violência contra crianças e adolescentes ainda não se configura como uma prática usual na rotina dos profissionais do setor saúde, mesmo em países onde a notificação foi estabelecida há aproximadamente 40 anos e os sistemas de atendimento são mais aprimorados.

A notificação da violência como manifestação de um saber e exercício de poder, resistência e liberdade, favorece a proteção e defesa das pessoas vulneráveis envolvidas nessa situação, principalmente a criança e o adolescente, vítimas de violência, além da responsabilização dos agressores. Para realizar tal ação, portanto, faz-se necessário que as enfermeiras e demais profissionais de saúde optem pelo enfrentamento da situação, apesar dos possíveis riscos envolvidos, rompendo com pactos de silêncio que ainda tem alimentado a impunidade e um ciclo vicioso, expondo vítimas de violência a um sofrimento desnecessário, de forma continua.

As instituições de saúde apresentaram maior percentual de notificações relacionadas à presença e identificação de sinais físicos, corroborando com outros estudos nacionais e internacionais que mostram um aumento significativo do número de notificações de violência física e sexual, o que pode ser justificado pela evidência de lesões, indicando assim a existência de uma possível violência²³⁻²⁵.

Cabe ressaltar que as instituições de acolhimento e a escola tiveram os maiores percentuais de notificação relacionados ao comportamento da criança, constatando-se 62,2% e 34,3%, respectivamente. A escola se constitui um local privilegiado para identificar e notificar os casos de violência pelos indicadores físicos, emocionais e comportamentais apresentados pela criança e/ou adolescente, assim como as instituições de acolhimento, pelo fato de o profissional compartilhar um tempo maior com as vítimas, o que favorece sua observação e identificação de possíveis indícios de violência.

Considerando-se que a informação é matéria prima para o conhecimento e essencial para a tomada de decisão, os resultados desse estudo demonstram uma aparente falta de cultura institucional de valorização dos registros. A precariedade da informação sobre as ações de notificação realizadas por diferentes setores como a Saúde, Assistência Social e a Educação apontam para um problema que deveria ser enfrentado.

A análise da evolução dos casos mostra um percentual considerável de desligamento das famílias por abandono, corroborando com outros estudos que mostram a dificuldade de adesão das famílias ao acompanhamento. Geralmente, os responsáveis frequentam os serviços especializados devido à recomendação ou exigência das autoridades; em alguns casos, buscam o tratamento apenas em decorrência de um mandato judicial²⁶. Assim, é interessante salientar que o alívio do sofrimento vivido pelas crianças e adolescentes não depende somente do tratamento fornecido pelos profissionais da rede de atendimento especializado, mas também da atuação dos responsáveis pelas crianças e adolescentes.

Desse modo, não se poderia questionar a existência de uma omissão dos responsáveis no atendimento necessário às vítimas? A quem cabe o ônus dessa omissão quando se tem uma lei que garante, às vítimas, o tratamento?

Autores destacam a resistência dos profissionais em notificar os casos pela descrença na atuação efetiva dos órgãos responsáveis e pela inexistência de uma estrutura suficiente para atender a demanda^{2,27}. Entretanto, observa-se, através dos achados, que dos 800 casos notificados de violência e encaminhados ao CREAS, em 36,9% constata-se o abandono do tratamento pelos familiares, possivelmente, apoiando, assim, a manutenção do ciclo de violência, podendo agravar consequências advindas do não tratamento, como, a reincidência e, até, a morte da vítima.

Ao relacionar a evolução dos casos com o notificador, os resultados mostram um número considerável de desligamento por abandono em praticamente todas as categorias de notificadores, com exceção da escola que teve um percentual maior de alta do tratamento, em 40% das notificações realizadas.

Esses achados mostram a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais que trabalham em diferentes setores, em prol de um único objetivo, ou seja, a proteção das crianças e dos adolescentes, de modo que a morte não seja a finalização de uma história de violência que poderia ter sido evitada, caso os indicadores de violência tivessem sido percebidos ou considerados com a seriedade que a gravidade do caso requeria.

Considerando o número de notificações avaliadas como infundadas (130), cabe salientar que o aumento destas notificações incrementa a demanda para as agências de proteção, pois a elas cabe investigar cada uma dessas situações. Diante disso, dispensar tempo para esse fim impede seu cuidado de casos mais graves e verdadeiros⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar as notificações da violência contra crianças e adolescentes possibilitou compreender que, embora o silêncio possa ainda se fazer presente em muitas situações que envolvem a violência no espaço familiar, observam-se evidências de mobilização dos familiares e da sociedade no enfrentamento do fenômeno.

Embora tenham ocorrido avanços em relação à notificação pelos familiares, destaca-se que o número de notificações realizadas pelo setor saúde e educação ainda se mostra reduzido, reforçando, assim, a necessidade de ações mais efetivas e articuladas desses setores, uma vez que são espaços relevantes de proteção à criança e ao adolescente e de revelação da violência. Nesse sentido, ainda, faz-se necessária uma maior conscientização, tanto da sociedade como dos profissionais envolvidos no atendimento à população infanto-juvenil, sobre a responsabilidade e o compromisso ético envolvidos na notificação do fenômeno da violência.

Investimentos por parte do poder público em medidas educativas, preventivas e protetoras das crianças e famílias que vivem em situação de violência também são necessárias para que se possa avançar no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Os resultados desse estudo demonstram a importância da notificação, mas também reforçam que não bastam intervenções focadas a partir da ocorrência e notificação, pois trata-se de um problema que requer o desenvolvimento de ações coletivas, organização da rede de atendimento à crianças e adolescentes e, principalmente, efetividade e interação de diferentes setores comprometidos com as políticas sociais, educacionais e de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Norman RE, Byambaa M, Rumma D, Butchart A, Scott J, Voss T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine* 2012; 9(11): 1-31.
2. Flaherty EG, Schwartz K, Jones RD. Child abuse physicians: Coping with challenges. *Eval Health Prof* [internet] 2013 [acesso 15 out 2014]; 36(2): 163-73.
3. Kalmakis KA. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal Advance Nursing*. 2014; 70(7): 1489-501. .
4. Pietrantonio AM, Wright E, Gibson KN, Allfred T, Jacobson D, Niec A. Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse & Neglect* [internet] 2013[acesso 5 out 2014]; 37(1):102-9.
9. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213412002670>
5. Oliveira JR, Costa MC, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG et al. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2014 [acesso 12 out 2014]; 19(3):759-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18332013>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: 2010.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado. Subsecretaria de edições técnicas, 2008.
8. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em

saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

10. Lima MCCS. et al. Atuação profissional da atenção de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública* [internet] 2011[acesso 12 out 2014]; 35(spe):118-37. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2303.pdf>

11. Foucault M. O sujeito e o poder. *In*: Dreyfus H; Rabinow P. Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População estimada município do Rio Grande. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 12 nov 2014.

13. Childhood Brasil. 6º Mapeamento de Pontos Vulneráveis à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas Rodovias Federais Brasileiras. 2014. [acesso em 20 nov 2014]. Disponível em: http://www.namaocerta.org.br/pdf/Mapeamento2013_2014.pdf

14. Assis SG et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet] 2012 [acesso 12 out 2014]; 17(9): 2305-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900012>

15. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. *In*: Resumo dos cursos do Collège de France. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

16. Costa MC, Carvalho RC, Santana MA, Silva LM, Silva MR. Evaluation of the National Program of Evaluation of the National Program of Integrated and Referential Actions (PAIR) to confront the child and adolescents sexual violence, in Feira de Santana, Bahia State, Brazil. *CiêncSaúde Col.* [internet] 2010 [acesso 12 out 2014];15(2):563-74.

17. Nowakowski E, Mattern K. An Exploratory Study of the Characteristics that Prevent Youth from Completing a Family Violence Diversion Program. *Journal of Family Violence* [internet] 2014 [acesso 2 out 2014]; 29 (2): 143-9. Disponível em:
18. Vieira MS, Grossi PK, Gasparotto GP. Os desafios do CREAS no enfrentamento das expressões da violência sexual contra crianças e adolescentes em Porto Alegre. [internet] 2013 [acesso 10 out 2014]; 19(2): 132-51. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/956/738>
19. Bernardes L. F, Moreira, M. I. C. Metodologia de intervenção do disque 100: perspectivas e desafios. In S. M. G. Souza & M. I. C. Moreira, *Quebrando o silêncio: disque 100 - Estudo sobre a denúncia de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília. Secretaria de Direitos Humanos – SDH/PR; Goiânia: Cênome Editorial 2013.
20. Tonmyr L, Li YA, Williams G, Scott D, Jack SM. Patterns of reporting by health care and non-health care professionals to child protection services in Canada. *Pediatr Child Health* 2010;15(8):e25-e32.
21. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Green A, Li S. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to congress. Washington: US Department of Health and Human Resources, Administration for Children and Families; 2010.
22. Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ* 2012;16(1):e158-e165.
23. Sinha M. Family violence in Canada: A statistical profile, 2011. Component of Statistics Canada catalogue no. 85-002-X, 2013. Disponível em :

<http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11805-eng.pdf>. Acesso em 02/10/2014

24. Silva MCM, Britto AM, Araujo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. Epidemiol. serv. saúde [internet] 2013[acesso em 12 out 2014] ;22(3):403-12. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a05.pdf>

25. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2014 [acesso em 12 out 2014]; 19(10):4267-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.17052013>

26. França RMS, Ferreira MDM. Os direitos humanos de crianças e adolescentes no Centro de Referência Especializado da Assistência Social. Emancipação [internet] 2013 [acesso 12 out 2014]; 13(2): 267-79. Disponível em: <file:///C:/Users/RUDNEI/Downloads/2385-20325-1-PB.pdf>

27. Edwardsen EA, Dichter ME, Walsh P, Cerulli C. Instructional Curriculum Improves Medical Staff Knowledge and Efficacy for Patients Experiencing Intimate Partner Violence. Military Medicine, 2011; 176(11): 1260-62.

28. Flaherty EG, Schwartz K, Jones RD. Child abuse physicians: Coping with challenges. Evaluation and the Health Professions, 2012; 36(2): 163-73.

Notificação da violência contra crianças e adolescentes como a coragem da verdade dos profissionais da saúde¹⁵

Notification of violence against children and adolescents as the courage of the truth of health professionals

Notificación de la violencia contra los niños y adolescentes como el valor de la verdad de profesionales de la salud

Priscila Arruda da Silva; Valéria Lerch Lunardi

RESUMO: Objetivou-se conhecer como os profissionais da saúde tem se fortalecido e encorajado para proceder às notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande/RS. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, realizada com sete profissionais de saúde que notificaram a violência contra crianças e adolescentes. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas. Mediante análise textual discursiva, constatou-se que o conhecimento sobre a temática violência mostra-se como uma condição necessária para a realização da notificação, assim como o conhecimento de si e o cuidado de si mostrou-se fortemente articulada ao exercício da liberdade dos notificadores de exercer poder e resistência à manutenção da violência, frente a suas vivências prévias, crenças e valores em relação a situações de violência. A notificação constitui-se, assim, em uma ação ética, pois expressa não apenas o cuidado de si dos sujeitos, mas o cuidado do outro, a busca do seu bem-estar e proteção.

Descritores: Enfermagem; Violência doméstica; Notificação de abuso.

ABSTRACT: This study aimed to understand how health professionals has strengthened and encouraged to make the reports of violence against children and adolescents in Rio Grande / RS . This is an exploratory and descriptive qualitative approach, carried out with seven health professionals who reported violence against children and adolescents. Data collection was conducted through semi -structured interviews. By discursive textual analysis, it was found that knowledge on the subject violence shows up as a necessary condition for the completion of the notification, as well as self-knowledge and self-care was strongly articulated the exercise of freedom of reporters to exercise power and endurance to maintain the violence, compared to their previous experiences, beliefs and values in relation to violence. Notification It is therefore in an ethical action, it expresses not only the care of itself of the subject, but the care of the other, the pursuit of their well- being and protection.

¹⁵ O artigo será encaminhado a revista Texto e Contexto Enfermagem. As normas estão disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/tce/pinstruc.htm>

Descriptors: Nursing; Domestic Violence; Mandatory Reporting.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo comprender cómo los profesionales de la salud se ha fortalecido y animado a hacer las denuncias de violencia contra los niños, y adolescentes en Rio Grande / RS. Se trata de un enfoque cualitativo exploratorio y descriptivo, realizado con siete profesionales de la salud que informaron de la violencia contra los niños y adolescentes. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas. Por análisis textual discursiva, se encontró que el conocimiento sobre la violencia sujeto aparece como una condición necesaria para la realización de la notificación, así como el autoconocimiento y autocuidado se articulan fuertemente el ejercicio de la libertad de los periodistas para ejercer el poder y la resistencia para mantener la violencia, en comparación con sus experiencias anteriores, creencias y valores en relación con la violencia. Notificación Es por lo tanto en una acción ética, expresa no sólo el cuidado de sí mismo del sujeto, pero el cuidado del otro, la búsqueda de su bienestar y protección.

Descritores: Enfermería; Violencia domestica; Notificación Obligatoria.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes têm suscitado diversas abordagens e perspectivas de interpretação, mostrando a complexidade e amplitude desse fenômeno, tão presente na sociedade. Na tentativa de analisar o processo de notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, duas vertentes têm sido estruturadas para compreender o fenômeno: a que a considera como um dilema ético aos profissionais, pelas suas repercussões para si e para a vítima, o que tem levado a muitos deixarem de notificar casos suspeitos de violência¹⁻², e outra vertente que procura analisar a notificação a partir de seu aspecto positivo, avaliando-a como um movimento que busca interromper o ciclo de violência e como um compromisso em zelar pela proteção de crianças e adolescentes³⁻⁵.

Nessa segunda vertente, a notificação é reconhecida como uma manifestação de resistência dos profissionais a um problema tão comum em nossa sociedade, causador de grande impacto social, político e econômico, e com alto potencial de comprometimento para a saúde e qualidade de vida das vítimas. Poder-se-ia dizer como um ato de coragem desses profissionais. Considera-se que, no contexto da violência contra crianças e adolescentes, a ação de resistência do profissional frente a manifestações de agressão, negligência, abandono e abuso sexual constitui-se em exercício de poder desse profissional, de modo a interromper a manutenção da

violência, especialmente pela situação de vulnerabilidade e dominação de quem é objeto de violência.

A importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde decorre, principalmente, do pacto de silêncio que comumente se faz presente na família, dificultando o enfrentamento da situação. Na condição de dominados, crianças e adolescentes internalizam uma imagem de si, a partir da visão que lhes é imposta pelo sujeito dominante. Desse modo, as vítimas comumente não expõem a agressão sofrida, por medo, vergonha ou por se sentirem culpadas. Cabe então aos profissionais assumirem a responsabilidade de proteger as vítimas e romper com o silêncio⁶.

Destaca-se, assim, a relevância dos profissionais de saúde na identificação e notificação da violência, seja por sua maior permanência nos ambientes de cuidado, nas instituições de saúde, seja por sua maior aproximação com as vítimas e agressores desde sua inserção nesses ambientes institucionais. Da mesma forma, a permanência da enfermeira na instituição de saúde e a sua abordagem na prestação do cuidado possibilita-lhe formar um vínculo mais profundo e duradouro com o paciente, proporcionando uma interação interpessoal que lhe permite obter detalhes que, muitas vezes, outros profissionais não conseguem detectar⁷.

Embora a decisão de notificar seja extremamente complexa, pelas suas possíveis repercussões para o profissional notificador, muitos tem se fortalecido e encorajado a sua realização, utilizando mecanismos capazes de desempenhar um novo olhar sobre esse fenômeno, como, fundamentar melhor a suspeita antes de encaminhar a notificação; apresentar a notificação à família como veículo de acesso a instituições e serviços que lhe são necessários; mostrar à família que a intenção é o bem estar da criança. Tais estratégias são importantes para que a notificação não se transforme em obstáculo capaz de se interpor entre profissional/família ou entre família/vítima, criando impedimentos para o trabalho de médio e longo prazo⁴.

Considerando-se, de um lado, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para a notificação da violência contra crianças e adolescentes, e, de outro, a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre essa temática, priorizando uma parcela considerável de profissionais que conseguem superar dificuldades, esse estudo busca respostas para a seguinte questão: Como os profissionais da saúde tem se fortalecido e encorajado para proceder as notificações de violência contra crianças e adolescentes?

Nesta perspectiva, o estudo tem o objetivo de conhecer como os profissionais da saúde tem se fortalecido e encorajado para proceder as notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande/RS.

Nosso propósito, é, também, tentar desviar o olhar negativo relacionado ao insucesso da notificação associado a fatores de ordem pessoal, a especificidades dos casos atendidos e a própria estrutura dos serviços, frequentemente considerados deficientes, para um outro prisma, no intuito de conhecer outras “verdades”, até então pouco questionadas.

A intenção não é negar a existência dessas dificuldades, mas, sim, de comprovar que o exercício de poder dos profissionais de saúde em relação ao agressor, e o exercício da sua liberdade em decidir pela proteção de crianças e adolescentes dos danos causados pela violência praticada pelos agressores familiares, podem sobrepor-se a esses obstáculos, o que possivelmente tem ocorrido ao longo dos anos quando se observa um aumento significativo no número de notificações. Sendo assim, a partir do conhecimento de processos exitosos de notificações, pretende-se contribuir para desmistificar medos relacionados às possíveis consequências negativas que a notificação poderia ocasionar, além de detectar elementos considerados facilitadores nesse processo e, com isso, promover reflexão e novas práticas quanto à notificação da violência.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, realizada a partir do levantamento nos prontuários do Centro de Referência Especialização em Assistência Social (CREAS) em Rio Grande/RS. O município do Rio Grande foi um dos pioneiros na implantação desse serviço, no Rio Grande do Sul, por tratar-se de uma cidade portuária. Esse serviço foi escolhido como lócus da pesquisa por se constituir um espaço importante de denúncia para a população, assim como, por receber demandas advindas, dentre outros órgãos, do Ministério Público e do Conselho Tutelar no que concerne ao acompanhamento e à solicitação de pareceres sociais.

O CREAS foi criado pelo governo federal em parceria com os municípios para atender a determinação da Constituição Federal, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da lei Orgânica da Assistência Social - Portaria nº 878 de

03/12/2001⁸. Trata-se de um serviço destinado a cumprir as linhas de ação da política de atendimento estabelecido no artigo 86 do ECA⁹, implantado em regiões metropolitanas brasileiras, inseridas no Programa Nacional de Segurança Pública, em grandes entroncamentos rodoviários, pólos turísticos, industriais, zonas de garimpos, áreas portuárias e, ainda, em lugares que comprovem situações de violência contra crianças e adolescentes.

Os sujeitos do estudo foram recrutados a partir do levantamento realizado nos prontuários do CREAS, a partir de 2009, ano em que a notificação de violências e acidentes passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), até maio de 2014, período que encerrou a coleta dos dados. Ressalta-se que, de um total de 800 prontuários, foram identificadas trinta e três notificações realizadas por profissionais de saúde e/ou oriundas de instituições de saúde. Em muitos prontuários, não se identificou nem a unidade em que foi gerada a notificação, nem o nome do notificador.

A partir desse reconhecimento inicial, então, realizou-se a tentativa de um primeiro contato telefônico com os profissionais identificados, para apresentar a proposta do estudo e o convite para participar do processo de coleta de dados. Vários notificadores, entretanto, não foram localizados, pois não se encontravam mais nos seus locais de trabalho; outros, no período da notificação, eram médicos residentes, não residindo mais no município.

Assim, participaram do estudo seis enfermeiras e uma médica, responsáveis pela notificação de dez situações de violência, no período analisado. Dois profissionais atuam em Unidades de Pediatria, e Terapia intensiva de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil e cinco profissionais atuam na Estratégia de Saúde da Família do município do Rio Grande.

Foram seguidas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande sob o número 105/2013. Os depoimentos das entrevistadas no trabalho são identificados através da letra E e do número de sequência das entrevistas (E1, E2...E7), sendo assim preservado seu anonimato.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, previamente agendadas, no período de junho a agosto de 2014. A entrevista foi composta de duas partes. A primeira buscou coletar dados gerais dos entrevistados como sexo, idade, estado civil, número de filhos, histórico de violência na família,

profissão, tempo de formação, tempo de serviço na instituição, capacitação prévia na temática e número de notificações realizadas; na segunda, os profissionais foram questionados quanto à sua experiência em relação ao processo de notificação.

Todas as profissionais entrevistadas eram do sexo feminino, com idades entre quarenta e quatro e cinquenta e seis anos; casadas, tendo, no mínimo, um filho. Com exceção de uma enfermeira, as demais profissionais possuem histórico de violência na família. As profissionais haviam concluído sua formação profissional entre dezesseis e vinte e quatro anos e o tempo de trabalho nas unidades variou de dez a vinte e quatro anos. Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se a sua análise textual discursiva¹⁰, mediante leitura rigorosa e aprofundada, e sua desconstrução, destacando-se as unidades de análise. Em seguida, estabeleceram-se relações por similaridade entre essas unidades, formando-se duas categorias. A primeira aborda a coragem da verdade fortalecida pelo conhecimento, destacando a legislação, as evidências, os procedimentos adotados para a notificação e o aprofundamento da investigação e a segunda aborda a coragem da verdade: conhecimento de si e cuidado de si.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Coragem da verdade fortalecida pelo conhecimento

A *parresía*, termo designado por Foucault¹¹ como a coragem de dizer a verdade constitui o fio condutor deste estudo, já que a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes se estabelece como um fenômeno complexo, que requer coragem do profissional para realizá-la. Além de se constituir como um termo o qual permite a liberdade da linguagem, o falar aberto, franco e corajoso, propõe uma articulação entre teoria e prática, entre os discursos e as ações¹².

Desse modo, o papel do profissional de saúde ao realizar a notificação de violência contra crianças e adolescentes pode ser comparado ao de um *parresiasta*, ao se reconhecer que o profissional de saúde tem necessidade de franqueza e de verdade ao falar o que sabe, bem como necessidade de percepção do dever incorporado em suas ações e de que é preciso coragem para assumir um papel, muitas vezes, perigoso¹³.

Considerada como uma das importantes conquistas para a sociedade e para as vítimas de violência, o Estatuto da Criança e do Adolescente se constitui o pilar fundamental das políticas voltado às crianças e adolescentes e seu conhecimento é importante para o adequado exercício profissional e para fortalecer a coragem da

verdade, na medida em que informa, aos trabalhadores da área da saúde, suas responsabilidades com o grupo em questão¹⁴.

A tomada de decisão em relação a notificação da situação de violência intrafamiliar parece fortemente relacionada ao saber dessa profissional sobre o seu dever de notificar, representado através da legislação, mas também como uma questão ética do profissional pela proteção do paciente que está sob os seus cuidados. Nesse sentido, as profissionais, como detentoras desse saber, possivelmente estejam mais sensibilizadas para o reconhecimento dos direitos das vítimas de ter a violência a que foram objeto, notificada: *[...] na rede básica identificamos muitas vezes a violência presente, é ali que o abuso acontece em decorrência do uso de drogas, muitas vezes com a convivência da mãe. Eu diria que é complexo, pois é preciso saber lidar com isso, conhecimento a gente tem (E2).*

Evidenciar uma situação de violência parece, também, estar bastante relacionada ao conhecimento das evidências de violência, o que fortalece a coragem da profissional em realizar a notificação. Todas as participantes referiram evidenciar situações de violência e, aparentemente, detectá-las com facilidade *[...] eu acredito que todos os profissionais enfermeiros sejam capazes de realizar a identificação, só falta é denunciar (E1).*

O saber funciona como uma corrente transmissora e naturalizadora do poder. O poder, por sua vez, produz: individualidades, verdades, saberes. Para Foucault

[...] não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber^{15:xxi}.

O saber acerca das evidências de violência contra crianças e adolescentes mostra-se como uma condição necessária para o exercício de poder da notificação, apesar de defender-se que não seja suficiente para sua efetivação. Todavia, se a profissional desconhecer as evidências de violência, ou o modo de como proceder diante de um caso de violência contra crianças e adolescentes, ou o que a legislação preconiza, como poderá exercer poder frente ao agressor, de modo a interromper a manutenção de práticas de violência?

Diante do reconhecimento de manifestações referentes à suspeita de violência, as profissionais parecem fortalecer-se para dizer a verdade, procedendo a registros formais

através do [...] prontuário, quando são realizadas as visitas domiciliares e quando a gente discute em equipe uma situação de violência, o registro é feito através de ata em reunião (E1). [...] nós preenchemos o boletim e registramos no prontuário do paciente (E3).

Entretanto, a fala a seguir aponta que [...] apesar da obrigatoriedade, muitos profissionais não se envolvem, ficam quietos; mas eu não, eu sempre notifico, não pela obrigação, mas sim porque é um dever do profissional de proteger as vítimas (E5). Da mesma forma, E4 refere [...] ser um dever de todo o profissional em zelar pela proteção do paciente, preconizado não somente no ECA, mas também no código de ética dos profissionais.

Nesse contexto, pode-se inferir que, embora existam leis que buscam a proteção de crianças e adolescentes, mediante a notificação obrigatória dos casos de violência às autoridades competentes, por si só, sua existência não é suficiente para que a notificação ocorra, embora seja importante. A lei, para Foucault, é concebida como uma composição, organização, gestão e controle de diferentes ilegalismos; desejados, inventados, permitidos, tolerados ou proibidos: “A lei não é nem um estado de paz, nem o resultado de uma guerra ganha: ela é a própria guerra e a estratégia dessa guerra em ato, exatamente como o poder não é uma propriedade adquirida pela classe dominante, mas um exercício atual de sua estratégia”¹⁶.

Para fortalecer sua coragem de dizer a verdade, uma profissional teve como estratégia informar a família sobre a notificação, o que é recomendado pelo Ministério da Saúde¹⁷: deve-se preparar a família, esclarecendo sua obrigatoriedade, por parte da unidade de saúde, o teor da notificação, o que ela significa, a quem é dirigida, suas vantagens e seus possíveis desdobramentos: [...] Essa foi a melhor conduta adotada por nós. Eu não tenho mais medo de fazer, porque quando a gente faz a notificação no anonimato, temos muito receio de sofrer represálias, de algum profissional contar, de perder a confiança da família. Desse jeito, foi a forma que encontramos para que tenhamos mais segurança. Posso até achar que vai virar pizza, mas eu sempre notifico (E1).

Assim, assumir a coragem de dizer a verdade para a família configura-se não apenas como uma estratégia, mas como um dever para auxiliar tanto a si como aos outros, apesar de seus possíveis riscos¹¹. Além disso, praticar a *parresia*, tal como Foucault apresenta, não se trata de uma atitude de ataque, mas ao contrário, busca-se

fazê-lo refletir a respeito de si e do cuidado que tem consigo mesmo, na busca pela autonomia¹¹.

Nessa negociação, a notificação é apresentada à família como veículo de acesso a instituições e serviços dos quais ela pode necessitar para minorar os efeitos de fatores que alimentam ou favorecem a eclosão da violência. A discussão junto à família e à criança atende a um preceito ético e tem por efeito minimizar os impactos da notificação, observados na prática diária¹⁷.

No contexto da violência, quem propõe a fala franca deve fazê-la com coragem e a quem ela é endereçada, deve ouvi-la com coragem, num verdadeiro “pacto entre aquele que assume o risco de dizer a verdade e aquele que aceita ouvi-la”^{11:13}. Assim, não há como discordar que esse sujeito de fala franca deva ter uma relação de amizade e proximidade com o outro a quem se propôs a relação *parresiástica*, pois uma relação de verdade somente se constitui com verdades. Entretanto, sabe-se que em muitos casos, o dizer tudo da verdade assume o risco de dilacerar esse vínculo¹¹. A *parresia* é, portanto, o dizer tudo relativo à verdade em busca do progresso do outro, negar-se a esconder a verdade, mesmo que seja dura e difícil, não poupar o outro da verdade em vista do seu bem estar momentâneo, mas feri-lo se for preciso.

O aprofundamento da investigação da suspeita para fortalecer a coragem de dizer a verdade foi uma das condutas mais utilizadas pelas profissionais, [...] *dentro das possibilidades, tentando cercar para conseguir subsídios e depois providenciamos a notificação (E1) [...] quando há suspeita eu realizo a visita domiciliar, investigo o caso e notifico as autoridades competentes (E2) [...] a visita no domicílio das famílias, conversar com a vítima no sentido de coletar informações é muito importante, é um respaldo para nós profissionais (E7).*

Vê-se, assim que, mesmo sem necessidade de prévia comprovação de que uma criança ou adolescente foi vítima de violência, as profissionais, a partir de suas vivências profissionais, antes de notificar, investigam e procuram fundamentar suas suspeitas, seja para seu próprio respaldo, seja pela sua maior possibilidade de resolutividade junto às autoridades competentes, quando da ocorrência da denúncia [...] *antes eu notificava direto, hoje não. Hoje mesmo tenho uma reunião marcada com o neurologista e a pedagoga da escola de uma menina que eu estou desconfiada de um abuso sexual. Vou ver o que eles têm para me dizer por que estou entrando com tudo neste caso (E3).*

Dessa forma, para que os procedimentos jurídicos gerem a responsabilização do agressor e a proteção da vítima, é imperativo que as profissionais procurem conversar, perguntar, observar e ouvir atentamente o paciente e a família, a fim de obter informações confiáveis e detalhadas que auxiliem o diagnóstico diferencial ou a obtenção de dados que fundamentem a suspeita de violência¹⁸.

Coragem da verdade: conhecimento de si e cuidado de si

O conhecimento de si, mais do que uma aquisição ou formação de um saber, implica fundamentalmente em modificação no ser do sujeito, o que permitirá o acesso a verdade, “pois é do interior do conhecimento que são definidas as condições de acesso do sujeito à verdade. As outras condições são extrínsecas.”^{19:22}.

Como manifestação de conhecimento de si e de cuidado de si, a profissional reconhece suas limitações e possibilidades, identificando possíveis aliados para seu fortalecimento da coragem da verdade. Assim, o diálogo com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a equipe de trabalho e a comunidade parece fortalecer a coragem de verdade da profissional [...] *o NASF tem nos ajudado muito a resolver os casos. Hoje, pela primeira vez, vejo os casos sendo encaminhados com mais agilidade (E3). [...] muitos casos que a gente discute em equipe e não chegamos a uma conclusão, levamos para o NASF, pois é um olhar de fora, por eu estar muito tempo naquela comunidade, não tenho o mesmo olhar que a Assistente social do NASF, e isso nos ajuda muito na decisão de notificar (E1).*

Os NASF criados pelo Ministério da Saúde em 2008, e regulamentados pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF). Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde²⁰.

Desta forma, o NASF têm favorecido a aproximação e os vínculos entre comunidade e equipe de saúde no que se refere aos encaminhamentos diante das situações de violência, viabilizando orientação nos conflitos e formas de enfrentamento, conforme apontado em outros estudos²⁰⁻²¹.

A participação da equipe de saúde na identificação e na notificação também foi destacada como importante estratégia para fortalecer a coragem da verdade da profissional [...] *toda a questão sobre violência é trazida e discutida em equipe. Técnicos, auxiliares e agentes comunitários trazem os casos e em alguns destes eles mesmos preenchem o formulário para encaminhamento. Acredito que haja o comprometimento de todos. (E1) [...] todos os casos é compartilhado com a equipe; sozinha, eu não realizo a notificação, pois o agente comunitário, os técnicos são peças fundamentais na identificação. Então, não é um trabalho sozinho (E2) [...] mobilizar a equipe e envolve-los nesses casos que exige um olhar coletivo, parece ser uma tentativa de resolver o problema (E4).*

Para a maioria das profissionais, parece haver o reconhecimento de que o cuidado às vítimas requer sustentar-se sobre uma avaliação interdisciplinar, em um trabalho em equipe e coesão, para não correr o risco de um cuidar individual e onipotente, que, embora pareça virtuoso, pode ser ineficaz e perigoso para todos os envolvidos²².

O vínculo com a comunidade também se revela neste estudo como fortalecedora dessa coragem para realizar a notificação [...] *o vínculo que a gente tem com a comunidade tem nos ajudado a fazer a notificação (E6) [...] os vizinhos muitas vezes ajudam, relatam: “Olha tem gritos ai, a criança chora a noite”; então, a comunidade ajuda muito, vamos juntando tudo isso e depois, junto com a equipe, analisamos e providenciamos a notificação (E2). Através de ações que facilitam a integração e estreitam as relações entre os serviços de saúde e a comunidade, as profissionais de saúde tem grande potencial não somente para identificar e notificar as famílias que cometem a violência, mas também para detectar precocemente o problema e elaborar ações mais efetivas para o seu enfrentamento, fortalecendo as redes de apoio com a participação da comunidade²³.*

Ainda, o conhecimento de si do profissional, de como pensa, de suas crenças e valores, assim como de seus limites em relação a situações de violência envolvendo crianças e adolescentes foi destacado nas falas das participantes do estudo como fundamentais na notificação [...] *tentar lidar com os próprios sentimentos, como profissional, como ser humano e como mãe foi um grande aprendizado que tive, foi um exercício duro, mas necessário, pois a notificação pode ser pouco, mas esse pouco pode significar muito para uma criança violentada (E2) [...] o grande exercício é não deixar se envolver pelo preconceito dos outros, por que ela vai tirando a tua iniciativa de fazer diferente, de ser diferente, ou seja, a coragem para enfrentar.*

Foucault¹¹ propõe a *parresía*, como uma ação verbal em que o sujeito evidencia sua relação pessoal com a verdade e, ao dizer a verdade, pode colocar-se em situação de

risco, uma vez que concebe a atitude de dizer a verdade como um dever para auxiliar os outros e a si mesmo. Coragem de desvelar por sua ação, verdades que estão implícitas no cotidiano de trabalho das profissionais da saúde, mas que podem não ser questionadas, problematizadas e, possivelmente, modificadas.

Nesse processo de conhecimento de si, vivências prévias de violência intrafamiliar parecem ser um elemento que, apesar de doloroso em suas trajetórias pessoais, contribuiu para que as profissionais de saúde assumissem a notificação da violência contra crianças e adolescentes, com a necessária coragem da verdade: [...] *Toda a minha vida apanhei do meu pai, ele me falava horrores e eu acho que isso te impulsiona muitas vezes a fazer a notificação [...] não tenho medo de nada (E3) [...] quando chega até mim um caso de violência intrafamiliar e tu percebes que isso aconteceu dentro da tua própria família, isso te motiva a fazer (E2).*

Estudos destacam a existência de um perfil para os profissionais que notificam, como profissionais do sexo feminino, com filhos, experiência profissional de seis anos ou mais, capacitação previa na temática e que sofreram pessoalmente algum tipo de violência²⁴⁻²⁵, corroborando assim com os resultados deste estudo.

A experiência negativa da violência previamente sofrida pelas profissionais no seio familiar os tem motivado a realizar a notificação, possivelmente pelo impacto negativo da violência na vida de crianças e adolescentes. Expressa a coragem de o sujeito falar de sua verdade, de também ter sofrido a violência, assumindo também o risco de dizer a verdade¹¹. Nota-se, aqui, que a verdade retratada na visão do próprio sujeito, como articulador do seu discurso, torna-o cada vez mais capaz de, ao falar, deparar-se com sua verdade¹¹, o que expressa tanto o conhecimento de si quanto o cuidado de si. O cuidado de si, entendido como o cuidado do eu, compreende o conhecimento de si. Foucault refere que “o cuidado de si do sujeito permite uma modificação interna e externa que pode servir como importante ferramenta de resistência ao exercício de poder do outro e afirmação da sua liberdade”^{19:271}. A liberdade de pensar suas práticas para entender como se é e como se reage, favorece a transformação de si mesmo e da realidade a sua volta; é, portanto, uma das dimensões éticas do ser humano e pode ser compreendida através do cuidado de si.

Nesse estudo, as profissionais de saúde exercem sua liberdade e coragem de dizer a verdade na notificação da violência como prática também de cuidado de si, mediante uma postura mais autônoma na constituição de sua subjetividade, como na fala que segue [...] *Acho que depende muito da pessoa, eu sempre fui de resolver as coisas,*

mas ai tu chama a família na alta, o médico não quer se meter, o hospital não quer se comprometer. Eu fazia assim, tentava o apoio, se não conseguisse, eu notificava sozinha, . eu acho que tem muito a ver com a personalidade (E3) [...] Há muitos obstáculos que enfrentamos ao longo da nossa profissão e vejo que a notificação é uma delas. Embora isso aconteça, o profissional é responsável pela criança ou adolescente, por isso sempre notifico (E6) .

O cuidado de si é um conjunto de práticas segundo as quais o sujeito vai se constituindo como sujeito de suas ações, sem a necessidade de imposição de leis, pressões sociais e morais, ou seja, o indivíduo constitui o seu próprio código moral e baseado nele, se constrói, reconstrói, formando-se e transformando-se constantemente.¹⁹.

A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, vinculada a um contexto social, está permeada de barreiras que podem dificultar sua realização, representando, também, um jogo de forças a ser enfrentado. Desta forma, assumir a notificação em prol do cuidado ao paciente constitui um desafio nos diferentes ambientes de atuação das profissionais de saúde e de enfermagem, possibilitando que vivenciem novas oportunidades de ação e que compreendam e enfrentem sua própria verdade¹³, como prática de conhecimento de si e de cuidado de si.

As profissionais de saúde, ao se depararem com a violência intrafamiliar praticada contra crianças e adolescentes, optam por enfrentar possíveis barreiras relacionadas ao processo de notificação por acreditar que [...] *é dever do profissional em proteger as crianças e adolescentes que chegam até a Estratégia de Saúde da Família (E6). Sempre devemos fazer o nosso trabalho partindo do que é melhor para as pessoas (E5).*

A *parresia* é o instrumento principal para a elaboração do *éthos*, definido por Foucault, como a maneira de viver e de se conduzir, a forma de relação do homem consigo próprio e com os outros. A *parresia* poderia ser entendida como uma atitude similar à virtude, sendo ela uma maneira de fazer, ou melhor, uma “modalidade do dizer-a-verdade”^{11:14-15}. Em outras palavras, a *parresia*,

“é outra coisa que não uma técnica ou uma profissão, muito embora haja aspectos técnicos nela. É uma atitude, uma maneira de ser que se aparenta a virtude. São procedimentos, meios reunidos tendo em vista um fim e, com isto claro, se aproxima da técnica, mas também é um papel útil, precioso e indispensável para a cidade e para os indivíduos”^{11:15}

O exercício da sua liberdade, para proceder a notificação, constituiu-se em uma ação ética, especialmente porque, na área da saúde, se preconiza o bem-estar e a

proteção de sua clientela. Ao recusar-se a notificar a violência contra crianças e adolescentes, a profissional pode estar recusando também o melhor cuidado às vítimas, já que os danos causados pela violência sofrida repercutem de modo global no seu desenvolvimento e bem-estar. Do mesmo modo, ao recusar e omitir-se frente a um cuidado possível às vítimas pode estar, também, recusando e negando seu próprio cuidado por negar suas crenças e valores como profissional da saúde que tem o dever de lutar pelo fim da violência.

Essa ética da verdade, chamada por Foucault¹¹ de coragem da verdade, também

pode adquirir, em certo número de casos, uma forma máxima quando, para dizer a verdade, não apenas será necessário aceitar questionar a relação pessoal, amistosa, que se pode ter com aquele [com que] se fala, mas pode acontecer até que seja necessário arriscar a própria vida. (...) se em todo caso seu interlocutor tem um poder sobre aquele que fala e se não pode suportar a verdade que este lhe diz^{11:12-13}.

O cuidado de si é um ato vital, representado pela infinita e complexa variedade de atividades que o sujeito realiza durante sua existência. Como construção humana, é o resultado de um processo socializador envolvendo costumes, hábitos, atitudes, crenças, valores, representando, assim, a autovalorização, a sensibilidade e o compromisso consigo mesmo²⁶.

Destaca-se que a prática de notificação pelas profissionais de saúde expressa sua prática da liberdade e, também, uma estratégia de resistência para impedir a manutenção da violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento sobre a temática violência destaca-se como uma condição necessária para a realização da notificação, apesar de defender-se que não seja suficiente para a sua efetivação. Assim, para ter a coragem da verdade, as profissionais utilizaram conhecimentos como os referentes a evidências de violência, ao modo de proceder diante de um caso de violência contra crianças e adolescentes e da legislação, exercendo poder frente ao agressor, de modo a interromper a manutenção de práticas de violência.

A coragem da verdade, associada ao conhecimento de si e ao cuidado de si, mostrou-se fortemente articulada ao exercício da liberdade dos notificadores de exercer

poder e resistência à manutenção da violência, frente a suas vivências prévias, crenças, valores e possibilidades em relação a situações de violência. A notificação constitui-se, assim, em uma ação ética, pois expressa não apenas o cuidado de si dos sujeitos, mas o cuidado do outro, a busca do seu bem-estar e proteção.

Algumas limitações permearam o desenvolvimento desse estudo, entre elas, a dificuldade em localizar os profissionais de saúde que notificaram a violência e que constavam nos prontuários do CREAS. No entanto, tal limitação não impossibilitou sua efetivação, cujas características o tornam contributivo para o repensar na pesquisa em saúde/enfermagem já que há um amplo número de publicações nacionais e internacionais que abordam a não notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Os resultados desse estudo contribuíram para demonstrar não somente como profissionais da saúde tem se fortalecido e encorajado para proceder as notificações, mas também para reforçar a necessidade de produzir mudanças no atual quadro desse problema considerado como social e de saúde pública, que vem impactando a vida de milhares de crianças e adolescentes no Brasil e no mundo.

Espera-se que os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, sintam-se mais mobilizadas, encorajadas e sensibilizadas e, assim como as profissionais entrevistadas, adotem estratégias para realizar a notificação, uma vez que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é uma situação de emergência e precisa ser combatida através de ações em diversos níveis. Entretanto, intervir em uma situação de proporção global como essa, exige, além da compreensão da abrangência e do elevado comprometimento que essa situação pode provocar na saúde e desenvolvimento das vítimas, também, o compromisso e o consenso entre os profissionais da saúde para com a implantação mais efetiva de ações como a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Apesar das profissionais entrevistadas relatarem sua coragem para enfrentar a situação e falar a verdade, sabe-se que uma parcela significativa dos profissionais de saúde não o realiza. Sendo assim, cabe perguntar: qual o caminho a seguir se os profissionais não notificam? Quem vem sendo prejudicado com a omissão da notificação?

REFERÊNCIAS

1. Alrimawi I, Saifan AR, AbuRuz M. Barriers to child identification and reporting. *J. Applied Sci.* 2014; 14(21): 2793-803. Disponível em:

<http://scialert.net/qredirect.php?doi=jas.2014.2793.2803&linkid=pdf>

2. Davies E, Mathews B, Read John. Mandatory reporting? Issues to consider when developing legislation and policy to improve discovery of child abuse. *IALS Student Law Review* 2014; 2(1): 9-28. Disponível em: <http://sas-space.sas.ac.uk/5751/1/2110-3087-1-SM.pdf>

3. Cross TP, Mathews B, Tonmyr L, Scott D, Ouimet C. Child welfare policy and practice on children's exposure to domestic violence. *Child Abuse & Neglect.* v.36, n.1, p. 210– 216, 2012.

4. Wekerle C. Resilience in the context of child maltreatment: Connections to the practice of mandatory reporting. *Child Abuse & Neglect* 37, 93–101, 2013.

5. Pietrantonio AM, Wright E, Gibson KN, Alldred T, Jacobson D, Niec A. Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse & Neglect*, v. 37, n.1, p. 102–109, 2013.

6. Levi BH, Crowell K. Child Abuse Experts Disagree About the Threshold for Mandated Reporting. *Clinical Pediatrics* XX(X) 1–9, 2011.

7. Silva, PA, Lunardi VL, Lunardi GL, Arejano CB, Oliveira AMN, Vasques TCS. Intra-Family Violence against children and adolescents: reflective analysis on the difficulties and the performance of nursing. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 8(supl. 1):2498-506, 2014.

8. Brasil. Ministério da Justiça, Secretaria Estadual de Direitos Humanos. Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. Brasília: MJ; 2001.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

10. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva. 2. ed. rev. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

11. Foucault M. A coragem da verdade. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

12. Gross F (org). Foucault: a coragem da verdade. São Paulo: Parábola Editorial, 2004

13. Drought T. Editorial Comment. Parrhesia as a conceptual metaphor for nursing advocacy. *Nursing Ethics*, v. 14, n. 2, p. 127-8, 2007

14. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O, Costa ACO, Queiroz APDG. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2011; 13(2): 17-23|
15. Machado R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 26. ed. São Paulo: Edições Graal, 2008.
16. Deleuze G. Foucault. 2.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Versão preliminar. Brasília, DF; 2010. 91p.
- 18 Ferreira AL. A criança vítima de violência. *Revista de Pediatria SOBERJ*. 13(2): 4-9; 2012.
19. Foucault M. *Heremênutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
20. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.3, p.814-827, 2014.
21. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendrusculo TC, Souza SL, Gomes R. Primary care nurses's approach to cases of violence against children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (USP. Ribeirão Preto. Impresso)*, v. 21, p. 172-179, 2013.
22. Rocha EM, Rodrigues VP, Pires VMMM, Vilela ABA. Desvelando a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: enfretamento dos agentes comunitários de saúde. *Saúde debate*. 2011; 35 (88): 63-72.
23. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.20, n.1, p.136-146, jan-mar. 2011
24. Lima MCCS, Costa MCO, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, et al. Atuação profissional da atenção de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública [Internet]* 2011 [cited 2014 Jan 15];5(supl 1):118-37.
25. SILVA, J.L. Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária. Dissertação (mestrado). 2012. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC).
26. Guevara B, Zambrano GA, Evies A. Worldview in self-care and care of the other. *Enfermería Global*, v.10, n.21, p.1-7, 2011.

Considerações Finais

Os resultados dessa tese, sob a forma de três artigos, permitiram compreender o processo de notificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no Município do Rio Grande/RS, revelando a notificação como exercício de poder frente ao agressor e uma forma de resistência e enfrentamento da violência.

No primeiro artigo, intitulado “Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do sul do Brasil” foi possível evidenciar que o perfil prevalente foi de crianças e adolescentes brancas, do sexo feminino, com idades entre sete e 14 anos, residentes em bairros periféricos. A maioria dos agressores é do sexo masculino, com idades entre 20 e 40 anos, e baixo nível de escolaridade. O estudo identificou a mãe como a principal responsável pelas agressões, seguida do pai e padrasto. Houve o predomínio da violência sexual, física e psicológica.

Com esse primeiro artigo, buscou-se avaliar a grandeza do problema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no município, uma vez que embora seja destacada como uma cidade vulnerável a situações de violência, não há informações que avaliem a situação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes em Rio Grande. Assim os resultados desse estudo demonstram a importância do conhecimento do perfil da violência contra crianças e adolescentes, ao permitir avaliar a situação local, subsidiando a identificação de problemas, a proposição de soluções e a tomada de decisões como, por exemplo, a criação de políticas públicas direcionadas para o perfil pesquisado.

O segundo artigo da presente tese, denominado “Análise das notificações de violência contra crianças e adolescentes em uma instituição de proteção no Sul do Brasil, 2009 a maio de 2014”, permitiu evidenciar que a maioria das notificações encaminhadas aos órgãos de proteção foi realizada pelos familiares e a evidência de sinais físicos foi o principal motivo que as desencadeou. O desligamento por abandono das famílias é bastante presente na instituição, corroborando possivelmente com a manutenção do ciclo de violência.

Pode-se evidenciar com esse artigo que todos podem exercer poder e resistir a violência, independentemente de sua profissão. O estudo chamou a atenção para a necessidade de um maior comprometimento das instituições formadoras e qualificadoras, no preparo dos profissionais em relação ao fenômeno. Conhecer o motivo que levou a notificação permitiu avaliar quais os principais indicadores tem levado as pessoas a notificarem a violência e, com isso, direcionar a elaboração de estratégias que possibilitem aos notificadores a reconhecer outros indicadores.

Por último, conhecer a evolução dos casos de violência atendidos no CREAS pode reforçar a importância da rede de atendimento, através de ações integradas bem como a capacitação dos agentes para melhor atender as famílias, garantindo assim um serviço mais resolutivo, já que foi evidenciado que o desligamento por abandono é, também, um problema que requer enfrentamento.

No terceiro artigo, intitulado “A notificação da violência contra crianças e adolescentes como a coragem da verdade dos profissionais da saúde”, destacou-se a coragem de dizer a verdade como uma estratégia utilizada pelos profissionais de saúde para alcançar a notificação, mesmo sabendo das dificuldades e da rede que não se mostra suficientemente organizada. Nesse texto, foi destacada a importância do conhecimento sobre o tema e a coragem da verdade e de dizer a verdade, associada ao conhecimento de si e ao cuidado de si. Assim, com esse estudo, buscou-se desviar o olhar negativo ainda associado à notificação, contemplando casos exitosos de notificação e as estratégias adotadas para o alcance desse êxito, de modo que tais experiências de sucesso possam ser socializadas, conhecidas e reproduzidas.

A *parresia*, manifestada pelo diálogo franco, pela coragem de falar a verdade e romper com situações, como a manutenção da violência, parece ter contribuído para o fortalecimento e o encorajamento das profissionais de saúde para realizar a notificação. O conhecimento do tema, o conhecimento de si e o cuidado de si foram fundamentais para a coragem da verdade.

Foi possível evidenciar, também, com esse estudo, a necessidade urgente de produzir mudanças no atual quadro desse problema de violência, considerado como social e de saúde pública, que vem impactando a vida de milhares de crianças e adolescentes no Brasil e no mundo.

A utilização de Foucault como referencial teórico possibilitou responder a alguns questionamentos referentes ao processo de notificação e de como os

profissionais tem se fortalecido e encorajado para proceder a notificação, apesar das possíveis dificuldades enfrentadas. Nessa perspectiva, possibilitou olhar o que está no entorno, questionar aquilo que é familiar e conhecer outras verdades, como as estratégias construídas pelas enfermeiras para notificar, uma vez que, como detentores de um outro saber, tem-se a possibilidade de modificar o que pode estar instituído como única verdade.

Por entender que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é um problema multifatorial e complexo, faz-se necessária a articulação de saberes e práticas multiprofissionais, transdisciplinares e intersetoriais. A implantação de uma rede de proteção não implica necessariamente em grandes investimentos do setor público ou privado. Tem como base a mudança na forma de olhar dos profissionais que prestam assistência às crianças e aos adolescentes e suas famílias, no sentido de estar orientando, acompanhando, diagnosticando precocemente e prestando assistência às vítimas em situações de risco para violência, com o apoio dos meios de proteção legal.

Como indicativos para a prática de Enfermagem, os achados aportam subsídios para que a abordagem da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes nas instituições acadêmicas não se restrinja somente aos fatores negativos relativos à notificação da violência, mas também que contemple os aspectos positivos implicados nesse processo, que podem auxiliá-las a romper com o ciclo de violência. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de outras pesquisas que direcionem o foco de investigação nessa dimensão.

Reforça-se, ainda, a necessidade da articulação das instituições acadêmicas com os serviços de saúde, por meio da integração dos trabalhadores que atuam diretamente na assistência com o corpo docente e discente das instituições de ensino superior. Através do intercâmbio de experiências entre esses campos de atuação, se poderão vislumbrar melhorias na assistência prestada pela Enfermagem e pelos demais profissionais de saúde às famílias que enfrentam adversidades, como a violência entre seus membros.

Dentre as limitações do estudo, ressalta-se que como não foi possível englobar todas as instâncias de referência de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, tendo-se limitado aos registros de casos denunciados no CREAS, possivelmente, não se tenha retratado sua real incidência no município como um todo. Do mesmo modo, a dificuldade de identificar e localizar demais profissionais de saúde que notificaram situações de violência, também, foi uma limitação do estudo.

Para finalizar, reitera-se que a notificação da violência como manifestação de um saber e exercício de poder, resistência e liberdade, favorece a proteção e defesa das pessoas vulneráveis envolvidas nessa situação, principalmente a criança e o adolescente, vítimas de violência, além da responsabilização dos agressores. Para realizar tal ação, portanto, faz-se necessário que todos os cidadãos optem pelo enfrentamento da situação, apesar dos possíveis riscos envolvidos, rompendo com pactos de silêncio que ainda tem alimentado a impunidade e um ciclo vicioso, expondo vítimas de violência a um sofrimento desnecessário, de forma contínua.

Tais constatações permitem confirmar a tese de que **o ato de implementação da notificação da violência constitui-se em exercício de poder do denunciante nas múltiplas relações e um ato de resistência contra a manutenção da violência.**

Referências

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Capacitação na temática de abuso sexual e exploração sexual contra crianças e adolescentes**: instrumentalizando uma prática. Rio de Janeiro: 2001.

AGÊNCIA BRASIL. **Medo de represália leva profissionais de saúde a deixar de denunciar casos suspeitos de violência contra crianças**, 2013. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/>. Acesso em: 22/08/2013.

ALBERTON, M. S. **Violação da infância - crimes abomináveis**: humilham, machucam, torturam e matam. Porto Alegre: AGE, 2005.

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de Enfermagem. **Rev. Latino- am Enferm.**, v.14, n. 4, p. 625-631, jul/ago. 2006.

ALGERI, S. ALMOARQUEG, S.R; BORGES, R.S.S; QUGLIA. Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro. **Revista HCPA**. [Internet]. 2007; [acesso 2013 set 27]; v 27, n.2, p. 57-60. Disponível em: <http://www6.ufrgs.br/seer/ojs/index.php/hcpa/article/view/2043>.

ALMEIDA, A.H.V; SILVA, M.L.C.A; MUSSE, J.O; MARQUES, J.A.M. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v 48, n. 2, p. 102-115, abr/jun 2012.

ALVAREZ, K; DONOHUE, B; CARPENTER, A; ROMERO, V; ALLEN, D; CROSS, C. Development and Preliminary Evaluation of a Training Method to Assist

Professionals in Reporting Suspected Child Maltreatment. **Child Maltreatment**, v.15, n. 3, p. 211-218, 2010.

ANDRADE, E.M; NAKAMURA, E; PAULA, C.S; NASCIMENTO, R; BORDIN, I. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.147-155, 2011.

APOSTÓLICO, M.R; HINO, P; EGRY, E.Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 47, n. 2, p.320-7, 2013.

ASNES, A.G; LEVENTHAL, J.M. Managing child abuse: general principles. **Rev Pediatr.** v.31, n.1, p. 47-55. 2010

ÁVILA, J.A; OLIVEIRA, A.M.N; SILVA, P.A. Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual. **Av.enferm.**, XXX (2): 47-55, 2012.

AZEVEDO, M.A & GUERRA, V.N.A. (2010). Por que abolir no Brasil a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes? **Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP)**. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/projeto0>. Acesso em: 22/08/2013.

BANNWART, T.H; BRINO, R.F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev. paul. pediatr.** v.29, n.2, p. 138-145, 2011.

BARBOSA, I.L. **Estratégia saúde da família e a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na região metropolitana de fortaleza**. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2010.

BARLEM, E..L.D **Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana**. 2012. 191f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermag em. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, FURG.

BAZON, M. R. Maus-tratos na infância e adolescência: perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. **Ciência & saúde coletiva**, v.12, n.1, p.1110- 1127, 2007.

BUNTING, L; LAZENBATT, A; WALLACE, I. Information sharing and reporting systems in the UK and Ireland: Professional barriers to reporting child maltreatment concerns. **Child Abuse Review**, v.19, n.3, p. 187–202, May/June, 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça, Secretaria Estadual de Direitos Humanos. **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil**. Brasília: MJ; 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 737, de 16 de maio de 2001. **Institui a política nacional de redução da morbi-mortalidade por acidentes e violências**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 3e, 18 maio 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Série Cadernos de Atenção Básica**; n.8. Brasília: 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.**

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz**. Brasília; 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**. Brasília: MS; 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.** Orientações para gestores e profissionais de saúde. Versão preliminar. Brasília, DF; 2010. 91p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

CELLARD, A. **A análise documental.** In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

COCCO, M; SILVA, E.B; JAHN, A.C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n.3, p. 491-7, 2010.

COSTA, ACM. **A atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família frente a situações de violência doméstica.** Monografia. Curso de especialização em saúde da família. Universidade Estadual do vale do Acaraú. Sobrau, 2007.

CUNHA, J.M. **A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar** [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

CROSS, T.P; MATHEWS, B; TONMYR, L; SCOTT, D; OUIOMET,C. Child welfare policy and practice on children's exposure to domestic violence. **Child Abuse & Neglect.** v.36, n.1, p. 210– 216, 2012.

DELFINO, V; BIASOLI-ALVES, M.M; SAGIM, M.B; VENTURINI, F.P. A identificação da violência doméstica e a negligência por pais de camada média popular. **Texto e contexto Enferm,** v.14, n.1, p.38-46, 2005.

DELEUZE, G. **Foucault.** 2.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

DESLANDES, S. F. ; MENDES, C.H ; LIMA J ; CAMPOS, D. S. Indicadores das Ações Municipais para a Notificação e o Registro de Casos de Violência Intrafamiliar e

Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 27, p. 1633-1645, 2011.

DREYFUS, H E RABINOW, P. **Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

EDWARDSSEN, E.A; DICHTER, M.E; WALSH, P; CERULLI, C. Instructional Curriculum Improves Medical Staff Knowledge and Efficacy for Patients Experiencing Intimate Partner Violence. **Military Medicine**, v. 176, n. 11, p.1260, 2011.

ELLERY, C; CORRÊA, E; GADELHA, G. **Pesquisa sobre Tráfico de Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual no Estado da Bahia.** Instituto Winrock Internacional. Salvador: Outubro de 2008.

FALEIROS, V.P; FALEIROS, E. Vicente de Paula. **Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes.** Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2008.

FERREIRA JÚNIOR, A. R. **Percepções dos profissionais da estratégia saúde da família acerca do enfrentamento da violência entre adolescentes.** [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, Pós-graduação – Mestrado em Saúde Coletiva, 2010.

FLAHERTY, E.G; SCHWARTZ, K; JONES, R.D. Child abuse physicians: Coping with challenges. **Evaluation and the Health Professions**, 2012. Disponível em: Acesso em: 12/09/2013.

FLAHERTY, E. G.; SEGE, R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. **Pediatric Annals**, New York, v. 34, n. 5, p. 349-356, 2005.

FRASER, J.A; MATHEWS, B; WALSH, K; CHEN, L; DUNNE, M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v 47, n.1, p. 146–153, 2010.

FOUCAULT, M. **O sujeito e o poder.** In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. **Vigiar e punir:** a história da violência nas prisões. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **História da sexualidade I:** A vontade de saber. 19. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **Ditos e escritos IV. Estratégia, Poder-Saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **Hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Microfísica do poder.** 26.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

GALVÃO, V.A.B.M; DIMENSTEIN, M. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. **Mental**, v. 7, n. 13, p. 1-13, 2009.

GARBIN,C.A.S; GARBINA.J.I; MOIZAZ,S.A.S; COSTA, A.C.O. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n.2, p.17-23, 2011.

GOMES, G.C; LUNARDI-FILHO, W.D. **Banalização da violência na família.** In: Luz, AMH, Mancia, JR, Motta, MGC, editor. As amarras da violência: a família, as instituições e a Enfermagem. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2004.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p.315-319, jan./fev. 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2010.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos:** a tragédia revisitada. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

GRÜDTNER, D. I. **Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras.** Tese (Doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2005.

GRÜDTNER, D.I; CARRARO, T.E; PRADO, M.L; SOUZA, M.L. Care provided by nurses to children and adolescents victims of domestic violence: a qualitative research. **OBJN**, v 7, n.1, s/p. 2008.

HADDAD, N Metodologia de estudos em ciências de saúde. 1.ed. São Paulo: Roca, 2004.

KELLEHER,K.J.,HAZEN A.,L.,COBEN, J.H., WANG, Y, MCGEEHAN,J., KOHL, I. & GARDNER, W.P. Self-reported disciplinary practices among women in the child welfare system: association with domestic violence victimization. **Child Abuse & Neglect**,v.32, n.1, p.811- 818, 2008.

KEANE, C; CHAPMAN, R. Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, v.16, n.1, p. 5–13, 2008.

KULIK, E; FLEITER, M; BATISTA, R. **A intervenção do enfermeiros na violência intrafamiliar física contra crianças e adolescentes.** Disponível em: http://www.corenpr.org.br/artigos/artigo_eduardo.pdf. Acessado em: 21/08/2013.

LANE, W; DUBOWITZ, H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? **Child Abuse & Neglect**, v.33,n.1, p. 76–83, 2009.

LARA, L; GUARESCHI, N.M.F; HUNING, S.M. Saúde da criança: produção do sujeito cidadão. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v.12, n.2, p. 395-415, 2012.

LEITE,C.N.; OLIVEIRA,R.K.F.; CAMERINI,M.B.; RAMOS,C.; MOSCARDINI,A.C. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. **Arq. Ciênc. Saúde**; v.13, p. 22-26, 2006.

LEVI, B.H; CROWELL, K. Child Abuse Experts Disagree About the Threshold for Mandated Reporting. **Clinical Pediatrics** XX(X) 1–9, 2011.

LIMA, M. C. C. S. et al. Atuação profissional da atenção de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, supl. 1, p. 118-137, 2011.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface**, v. 15, n. 38, p. 819-832, 2011.

LUNA, G.L.M; FERREIRA, R.C; VIEIRA, L.J.E.S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v15, n.2, p.481-491, 2010.

LUNARDI, V.L. **A ética como cuidado de si e o poder pastoral da enfermagem**. Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 1999.

LUNARDI, V.L. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governamentalidade na enfermagem**. 2006, 225p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.

LUNARDI, V.L et al. Nursing ethics and its relation with power and work organization. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**. v.15, n.3, p. 493-497, 2007.

MARTINS, C.B.G; JORGE, M.H.P.M. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2010, vol.19, n.2, pp. 246-255.

MINAYO, M. C. S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; organizadoras. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco; 2008.

_____. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

MORAES, R; GALIAZZI, M.C. **Análise textual discursiva.** 2. ed. rev. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

MORAES, R; GALIAZZI, M.C. **Análise Textual Discursiva: Processo Reconstutivo de Múltiplas Faces.** *Ciência & Educação*, v.12, n. 1, p. 117-128, 2006.

MUNEVAR-MUNEVAR, D.I; MENA-ORTIZ, L.Z. Violencia estructural de género. **Rev.fac.med.unal** vol.57, n.4, pp. 356-365, 2009.

NEWTON, A.S; HAMM, M.P; CURRAN, J; DUMONCEAUX, S.G.C; LEWIS, M. Improving Child Protection in the Emergency Department: A Systematic Review of Professional Interventions for Health Care Providers. **Progressive Clinical Practice.** 2010, p. 118-27.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. esp. 70 anos, p. 903-908. 2009.

NUNES, C. B. ; SARTI, C. A. ; OHARA, C. V. S. . Conceptions held by health professionals on violence against children and adolescents within the family. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 16, p. 136-141, 2008.

OLIVEIRA, C.N. **“Precisa notificar?” Uma análise da notificação da violência doméstica contra criança e adolescente.** Rio de Janeiro, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, M. T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 1, p. 166-178, 2012.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis, Vozes, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe mundial sobre la violencia y salud**. Genebra (SWZ): OMS; 2002.

PESCE, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.507-518, 2009.

PEREIRA, A. S. **Ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes desenvolvida pelo setor saúde da região metropolitana de Fortaleza**. [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, Pós-graduação – Mestrado em Saúde Coletiva, 2010.

PETER, E; LUNARDI, V.L; MACFARLANE, A. Nursing resistance as ethical action: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, 2004, v. 46, n.4, p. 403-16.

PIETRANTONIO, A.M; WRIGHT, E; GIBSON, K.N; ALLDRED, T; JACOBSON, D; NIEC, A. Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health professionals and caregivers. **Child Abuse & Neglect**, v. 37,n.1, p. 102–109, 2013.

PIRES, J. M; GOLDANI, M.Z; VIEIRA, E.M; NAVA, T.R; FELDENS, L; CASTILHOS, K et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 5, n. 1, p. 103-108, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova**. [on-line] n 63. p. 179-201, 2004.

RAMOS, M.L.C. O; SILVA, A.L. Estudo sobre a violência domestica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo – Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo. v.20,n.1 p.136-146 2011.

REIS, E. **Estatística Descritiva**. Lisboa: edições silabos, 2005.

RIBEIRO, J.P. **Acesso e resolutividade: satisfação dos usuários de serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar**. Dissertação (mestrado). Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011.

RIBEIRO, J.M.L. Uso da Palmada como Ferramenta Pedagógica no Contexto Familiar: Mania de Bater ou Desconhecimento de Outra Estratégia de Educação? **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v 7, n.1, p.52-58, 2012

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

RISTUM, M. A violência doméstica contra crianças e as implicações da escola: school implications. **Temas psicol**, vol.18, n.1, pp. 231-242, 2010.

SALIBA, O.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I.; DOSSI, A.P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.3, p.472-477, jun. 2007.

SILVA, J.L. **Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário**: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária. Dissertação (mestrado). Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC).

SILVA, M.A.I; FERRIANI, M.G.C . Violência doméstica do visível ao invisível. **Rev Lat Am Enfermagem**, 29; 15: 275-81, 2007.

SILVA, P.A, LUNARDI, V.L, SILVA, M.R.S, LUNARDI-FILHO, W.D. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Cienc Cuid Saude**, v.8, n.1, p. 56-62, 2009.

THOMAZINE A.M; OLIVEIRA, B.R & VIEIRA, C.S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. **Rev. Eletr. Enf.** 11(4), 2009.

TUANA, A. O diagnóstico na violência familiar. **Revista Regional de Trabalho Social**. Vol. XVI, n. 24; 2002.

U.S. Department of health and human services administration for children and families administration on children, youth and families children's bureau. **Child Welfare Information Gateway. Making and screening reports of child abuse and neglect: summary of state laws.** Washington: Child Welfare Information Gateway, 2009.

VADE MECUM RT. 3.ed. **Rev. ampl. e atual.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

WEKERLE, C. Resilience in the context of child maltreatment: Connections to the practice of mandatory reporting. **Child Abuse & Neglect** 37, 93–101, 2013.

SOUZA, E.R, RIBEIRO, A.P; PENNA, L.H.G, FERREIRA, A.L; SANTOS, N.C; TAVARES, C.M.M. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2009;14:1709-19.

SOUZA, E.R; PENNA, L.H.G; FERREIRA, A.L; TAVARES, C.M.M; SANTOS, N.C. O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16(1):13-9.

.

.

.

*A*pêndices

APÊNDICE A – Roteiro para análise documental dos registros de notificação de violência contra crianças e adolescentes arquivados no CREAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

--	--	--	--

Número prontuário

ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

PARTE I

NOTIFICAÇÃO

Categoria profissional do notificador: _____

Data da notificação: ____/____/____

Motivo da notificação: _____

Local onde o profissional identificou a violência: _____

Órgão a quem o profissional notificou: _____

Sexo do profissional: () F () M

Idade do Profissional: _____

A notificação da violência é sobre:

() Suspeita () Confirmação

Tipo de violência:

- () Física
- () Psicológica
- () Negligência
- () Sexual
- () Se mais de uma, quais? _____

PARTE II

VÍTIMA

Idade da vítima: _____ anos () não informado

Sexo da vítima: () masculino () feminino () não informado

Cor da vítima: () Branco () negro () pardo () outra cor _____

Escolaridade da vítima: _____

Zona de ocorrência: () rural () urbana

Bairro da vítima: _____

AGRESSOR

Agressor: Grau de parentesco _____

Sexo do agressor: () masculino () feminino

Idade do agressor: _____ anos () não informado

Escolaridade do Agressor: _____

Evolução do caso: () desligada por abandono () alta terapêutica () outro

APÊNCIDE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Priscila Arruda da Silva, sou discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Pretendo juntamente com a minha orientadora Valeria Lerch Lunardi desenvolver um estudo intitulado “**A notificação como resistência das enfermeiras e demais profissionais da saúde contra a manutenção da violência**”, que tem como objetivo compreender o processo de notificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, realizado por enfermeiras e profissionais da saúde no Município do Rio Grande/RS.

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa, tendo caráter confidencial. Em nenhum momento essa pesquisa irá exercer influência em seu local de trabalho, uma vez que os dados serão de uso restrito dos pesquisadores. Em nenhuma situação você será submetido (a) a situações constrangedoras ou será exposto (a) desnecessariamente. Na apresentação dos resultados, será mantido o seu anonimato. Ressaltamos, ainda, que estamos disponíveis para qualquer esclarecimento que se fizer necessário. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isso possa causar-lhes algum prejuízo.

Declaro ter sido esclarecido (a) acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como acerca da liberdade para interromper a participação a qualquer momento sem que isso possa causar prejuízo a mim. Assim, autorizo a minha participação na pesquisa executada pela doutoranda Priscila Arruda da Silva e por sua orientadora Valéria Lerch Lunardi.

Assinatura:

Data: __/__/__

Telefones: (53)32338855

Contato: patitaarruda@yahoo.com.br

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista realizada com Enfermeiras e demais profissionais de saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA

--	--	--	--

Número do questionário

PARTE I – DADOS GERAIS

1. **Iniciais do nome:** _____
2. **Sexo:** () F () M
3. **Idade:** _____
4. **Estado Civil:**
() casado () solteiro () viúvo () divorciado () outro
5. **Número de filhos:** () sim () não Quantos: _____
6. **Já teve algum histórico de violência na família?** () sim () não
7. **Formação acadêmica:** Graduação (ano de conclusão): _____
8. **Profissão:** _____
9. **Formação Pós-Graduação:**
() Especialização () mestrado () doutorado () outros
10. **Função que desempenha** _____
11. **Local de trabalho:** _____
12. **Tempo de trabalho na instituição** _____
13. **Capacitação prévia na temática:** () Sim () Não Qual: _____
14. **Número de notificações realizadas:** _____

PARTE II – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO.

1. Como você vê o cuidado prestado pelos profissionais de saúde com crianças e adolescentes vítimas de violência em seu local de trabalho?
2. Que atitudes ou ações configuram-se para você como um caso de violência contra crianças e adolescentes?
3. Você poderia falar sobre alguns atendimentos que realizou ao longo da sua vida profissional com crianças e adolescentes vítimas de violência?
4. Poderia falar das ações e procedimentos que você utilizou no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar?
5. Como você costuma agir na suspeita ou confirmação de um caso de violência contra criança e/ou adolescente?
6. Como você costuma proceder para realizar as notificações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes?
7. Em relação a notificação que gerou nossa entrevista, como você procedeu?
8. Que facilidades e dificuldades vivenciou nesse processo?
9. Como enfrentou as dificuldades?
10. Qual a sua percepção em relação aos resultados dos casos encaminhados? Você tem acompanhado os casos após a notificação?
11. Aponte as facilidades e/ou dificuldades encontradas ao realizar a notificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes?

APÊNDICE D – Carta de apresentação ao Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Junior.

Carta de Apresentação ao Hospital Universitário DrºMiguel Riet Corrêa Junior



**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE – EENF/FURG**

A Direção

Hospital Universitário Drº Miguel Riet Corrêa Junior

O objetivo do estudo intitulado “A NOTIFICAÇÃO COMO RESISTÊNCIA DAS ENFERMEIRAS E DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE CONTRA A REPRODUÇÃO DA VIOLÊNCIA” é compreender o processo de notificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, realizado por enfermeiras e profissionais da saúde no Município do Rio Grande/RS. Este trabalho é de autoria da doutoranda Priscila Arruda da Silva do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, sob orientação da Profª Drª Valéria Lerch Lunardi.

O local de execução do projeto será no Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) vinculado a Prefeitura Municipal do Rio Grande, através de pesquisa documental nos prontuários de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar. Após o levantamento das notificações, pretende-se que a coordenadora do CREAS solicite autorização aos profissionais de saúde que procederam a essas notificações, intencionalmente selecionados. Caso aceitem e concordem que a doutoranda os contate, ocorrerá a continuidade do estudo, iniciando-se sua etapa qualitativa.

A coleta de dados será através de análise documental e entrevistas semiestruturadas com a utilização de dispositivo de gravação mp3. Este trabalho será realizado conforme prevê a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
Hospital Universitário

Helena Heitmann Vaghetti

Helena Heitmann Vaghetti
Diretora do HU- FURG

APÊNDICE E – Autorização para a realização do estudo no CREAS

APÊNDICE E – Autorização para a realização do estudo no CREAS



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE – EENF/FURG

Ilma.Sr.ª

Andrea Stiff

Coordenadora do Centro de Referência Especializado em Assistência Social
Prefeitura Municipal do Rio Grande - SMCAS

Venho por meio deste solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: “ A NOTIFICAÇÃO COMO RESISTÊNCIA DAS ENFERMEIRAS E DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE CONTRA A REPRODUÇÃO DA VIOLÊNCIA”. Este estudo tem como objetivo compreender o processo de notificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, realizado por enfermeiras e profissionais da saúde no Município do Rio Grande/RS. O estudo apresenta-se em duas etapas distintas: a primeira quantitativa e a segunda qualitativa. Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,



Doutoranda em Enfermagem
Priscila Arruda da Silva

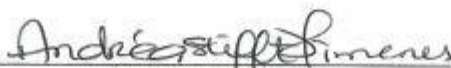
Orientadora

Valéria Lerch Lunardi

Ciente. De acordo.

Data: 15/01/2014

Coordenadora do CREAS



Andrea Stiff Pineros
PSICÓLOGA
CRP 07/06584

*A*nexos



PARECER N° 194/ 2013

CEPAS 105/2013

23116.008037/2013-15

Título da Pesquisa: A NOTIFICAÇÃO COMO RESISTÊNCIA DAS ENFERMEIRAS E
DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE CONTRA A MANUTENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Pesquisador: PRISCILA ARRUDA DA SILVA

CAAE: 25395813.6.0000.5324

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "A NOTIFICAÇÃO COMO RESISTÊNCIA DAS ENFERMEIRAS E DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE CONTRA A MANUTENÇÃO DA VIOLÊNCIA".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado **relatório semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 01/03/2015.

Rio Grande, RS, 19 de dezembro de 2013.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

PARECER: 04A/2014

09/07/2014


DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: "A NOTIFICAÇÃO COMO RESISTÊNCIA DAS ENFERMEIRAS E DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE CONTRA A MANUTENÇÃO DA VIOLÊNCIA"

Autor: Priscila Arruda da Silva

PARECER

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NEPES), decidiu-se pelo **DEFERIMENTO** do projeto de pesquisa apresentado.


NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
NEPES - SMS
RIO GRANDE - RS