CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: INDICATIVOS PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO

Damiana Sommer[1]
Laura Gerber Franciscatto[2]
Caroline Ottobelli Getelina[3]
Keterlin Salvador[4]

RESUMO: Estudo descritivo, exploratório desenvolvido com os seguintes objetivos: (1) Caracterizar as situações de violência contra crianças e adolescentes; (2) Apontar indicativos para a prática de enfermagem, com base na caracterização da violência contra crianças e adolescentes e nas determinações contidas em documentos oficiais que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços de proteção às vitimas de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. O presente estudo foi desenvolvido a partir de duas fontes de dados. A primeira, constituída pelas fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de uma Estratégia de Saúde da Família em um Município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, relativas ao período de Janeiro de 2008 a Abril de 2012. A segunda formada por dois documentos oficiais: o ECA e as Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, ambos do Ministério da Saúde.. Pela análise das notificações pode-se observar que os casos de violência ocorrem predominantemente com o sexo feminino, majoritariamente no ambiente domiciliar, em que o principal agressor é o progenitor. Há o predomínio da violência física, negligência e abandono, sendo que muitos casos são recorrentes. Concluiu-se que três dimensões/eixos precisam ser levados em consideração pelo profissional enfermeiro quando se vivencia as situações de violência contra crianças e adolescentes no âmbito familiar: toda a família tem sua história particular; construção de alianças com essa família e aos processos de negociação em relação aos projetos de mudança.

Descritores: Violência. Criança. Adolescente. Enfermeiro.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é caracterizada, desde a década de 1970, como uma das principais causas de morbimortalidade, constituindo-

[1] Enfermeira do Hospital Santo Antônio. Tenente Portela, RS, Brasil. E-mail: dami.sommer@hotmail.com
[2] Enfermeira. Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada. Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Frederico Westphalen, RS, Brasil.E-mail: laura@uri.edu.br
[3] Enfermeira. Mestre em Educação. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Frederico Westphalen, RS, Brasil. E-mail: caroline@uri.edu.br
[4] Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen, RS, Brasil. E-mail: keterlinsalvador@hotmail.com

se como um grave problema social e de saúde pública, na medida em que compromete a vida, a saúde e o desenvolvimento de um número considerável de jovens em todos os países. Este campo configura-se, portanto, como um espaço de atuação para os enfermeiros, embora estes profissionais nem sempre integrem as equipes dos serviços que atendem as famílias que enfrentam esse problema.

Dados fornecidos pela World Health Organization, retratam esse problema e mostram a amplitude e a complexidade das diferentes modalidades de violência a que são submetidas um grande contingente de crianças e adolescentes em vários países. Neste relatório se apresenta a caracterização das situações de violência contra criança, com índice de ocorrência de 4,8% nos EUA, 8% na Itália, 22% na Etiópia e 53% na Coréia. Estes dados mostram a porcentagem de vítimas de formas graves de maltrato físico, confirmando assim o caráter universal do problema. (KRUG et al., 2002) (PINHEIRO, 2006).

No Brasil, estudos realizados com os registros do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação apontou que somente em 2010, foram registrados 12.473 casos de violência contra crianças menores de 10 anos. Destes, 1.797 envolveram crianças menores de 1 ano e 10.682 da faixa etária entre 1e 9 anos. Considerando todas as faixas etárias, o total de notificações foi 73.794 sendo que 16,9% eram referentes a crianças. (ASSIS, 2012)

Segundo o Ministério da Saúde, as violências juntamente com os acidentes constituem a segunda causa de óbito na população brasileira, atingindo 25% das mortes na idade entre 1 e 9 anos e o primeiro lugar quando a morte acontece entre os 5 e os 19 anos. (BRASIL, 2007)

De acordo com o Mapa da Violência no Brasil, em 2011, do total de atendimentos de casos de violência contra crianças e adolescentes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 40,5% foram decorrentes de violência física, majoritariamente na faixa entre 15 e 19 anos de idade. Em segundo lugar aparece a violência sexual, notificada em 20% dos atendimentos, mais concentrada na faixa de 5 a 14 anos. Em terceiro lugar, a violência psicológica ou moral com 17% dos atendimentos. A negligência ou abandono foi motivo de atendimento em 16% dos casos, mais concentrada em crianças com até 4 anos, idade em que ainda são incapazes de se defender e se proteger. (WAISELFISZ, 2012)

Em 2011, estudo realizado em 11 municípios do Estado do Rio Grande do Sul apontou 877 atendimentos realizados pelo SUS em decorrência de violência física ou sexual. Estes municípios totalizam cerca de 20 mil crianças e adolescentes na faixa etária entre zero e 19 anos. Somente na capital do Rio Grande do Sul, em 2010, foram notificados 674 casos de

violência mais concentrados na faixa etária entre 0 a 19 anos, resultando em 78,4% do total dos registros. (WAISELFISZ, 2012)

A violência praticada contra crianças e adolescentes ganhou maior visibilidade no cenário brasileiro a partir a década de 1990, com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Este documento estabelece os direitos fundamentais das crianças e adolescentes, incluindo o direito à vida e à saúde, à liberdade, ao respeito e à dignidade, direito à convivência familiar e comunitária, direito à Educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização e proteção no trabalho. Determina, também, as políticas de atendimento definindo um conjunto de ações governamentais e não governamentais, e as linhas de ação para a proteção da criança e do adolescente, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (BRASIL, 2012)

Outro documento oficial elaborado pelo Ministério da Saúde, e de relevância para este estudo, é denominado "Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências". Publicado em 2011, este documento propõe métodos e técnicas de abordagem, para que os profissionais de saúde orientem suas práticas, em busca de melhores resultados nas situações de violência enfrentadas por crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados. (BRASIL, 2011)

Apesar de esses documentos oficiais aportarem indicativos valiosos para a prática dos profissionais e para a organização dos serviços de proteção às vítimas, o que se verifica na literatura e no cotidiano dos serviços é o aumento progressivo nos índices de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Especificamente na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, local onde este estudo foi desenvolvido, foram registrados 420 casos de violência na faixa etária entre 0 a 19 anos, somente no ano de 2011. (WAISELFISZ, 2012)

Ao compararmos a taxa de violência física na região Noroeste do Rio Grande do Sul que, em 2011 atingiu 423,3 com as taxas de cidades brasileiras com o maior índice de violência, constatamos que a região Noroeste ocupa a 7ª colocação, atrás do município de Poços de Caldas/MG em 6ª colocação com um índice de violência de 423,6. Outro dado importante analisado no ano de 2011, relativo à Região Noroeste, é que se visualizarmos os 50 primeiros municípios do Brasil com maior índice de violência considerando crianças e adolescentes entre 0 à 19 anos, temos 3 municípios pertencentes dessa região, sendo eles: Passo Fundo, com uma taxa de violência física de 219,1, seguida pela cidade de Ijuí, com uma taxa de violência física de 100, 5 e na sequência a cidade de Erechim com uma taxa de 94,8. (WAISELFISZ, 2012)

Considerando, de um lado, o crescente número de casos de violência contra crianças e adolescentes na Região Noroeste do Rio Grande do Sul e, de outro, a necessidade de implementar ações efetivas que contribuam para a prática do profissional de enfermeiro com vistas a reduzir e/ou erradicar este problema, este estudo estabelece os seguintes objetivos: (1) Caracterizar as situações de violência contra crianças e adolescentes de um município da região noroeste do Rio Grande do Sul; (2) Apontar indicativos para a prática do enfermeiro com base na caracterização da violência contra crianças e adolescentes e nas determinações contidas em documentos oficiais que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços de proteção às vitimas de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, desenvolvido a partir de duas fontes de dados. A primeira, constituída pelas fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de uma Estratégia de Saúde da Família, em um Município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, relativas ao período de Janeiro de 2008 a abril de 2012. A segunda, formada por dois documentos oficiais: o ECA, instituído pelo Governo Federal, regulamentado pela lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Este documento prevê que os direitos das crianças e dos adolescentes sejam assegurados com absoluta prioridade, sendo de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado o cumprimento de tais direitos.

O segundo documento lançado pelo Ministério da Saúde intitulado "Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências", visa orientar as práticas dos profissionais em busca de melhores resultados nas situações de violência enfrentadas por crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados.

Os dados referentes ao primeiro objetivo foram coletados no segundo semestre de 2012, utilizando para registro das informações um instrumento com os seguintes campos: faixa etária; tipo de violência; local de ocorrência; frequência da ocorrência; agressor (gênero: masculino e feminino); relação da vítima com o agressor e entidade para a qual as crianças e/ou adolescentes foram encaminhados.

Para responder ao segundo objetivo foi realizado inicialmente uma análise de cada capítulo do ECA, destacando os direitos civis, sociais, econômicos e culturais de promoção e proteção, extraindo as ações que devem ser desenvolvidas pelo profissional enfermeiro. O

mesmo procedimento se deu para o documento referente às Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, o qual orienta a prática dos profissionais de saúde.

Para a análise, organização e tratamento dos dados quantitativos utilizou-se o programa EXCEL 2007.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões com o CAAE: 004-12H, seguindo a Resolução nº 466/96 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, qualquer identificação dos sujeitos nas fichas de notificação foi mantida em sigilo e anonimato na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das situações de violência contra crianças e adolescentes

Do total de 112 notificações de violência analisadas neste estudo, em 74 (66,1%) as vítimas eram do sexo feminino e 38 (33,9%) do sexo masculino. Este resultado assemelha-se aos de uma pesquisa realizada em Londrina- PR, que investigou notificações de violência e concluiu que a maioria dos casos (74,2%) envolveu crianças e adolescentes do sexo feminino. Isto pode ser explicado pelo fato de o sexo feminino estar mais vulnerável às agressões e pela ideologia de uma suposta fragilidade feminina. (GARBIN, 2011)

A idade das crianças e adolescentes do sexo feminino ficou nas faixas etárias de 0 a 11 anos 33 notificações (29,5%), e de 12 a 18 anos, 41 notificações (36,6%). Do sexo masculino de 0 a 11 anos, 24 notificações (21,4%) e de 12 a 18 anos, 14 (12,5%). A faixa etária das vítimas que predominou foi de 12 a 18 anos.

Em outro estudo, observou-se que no sexo feminino concentrou-se a faixa etária dos 10 aos 14 anos (58,0%), seguida pela faixa etária de cinco a nove (31,8%) e de zero a quatro anos (10,1%). Entre os meninos, a faixa etária com maior frequência de casos foi de cinco a nove anos (66,7%), seguida pela faixa de 10 a 14 (25,0%) e de zero a quatro anos (8,4%). (MARTINS e JORGE, 2010)

O principal tipo de violência sofrida pelas vítimas foi física, presente em 42 (29,4%) dos registros; 41 (28,7%) foram de negligência/abandono; 30 (21%) de violência psicológica; 19 (13,3%) de violência sexual; 10 (6,9%) com suspeita de maus tratos e 1 (0,7%) registrado

como outro tipo de violência. Ressalta-se que a mesma vítima pode ter sofrido mais de um tipo de violência.

O predomínio da violência física coincide com as conclusões de um estudo realizado na Turquia nos anos de 2002-2006, o qual mostrou que cerca de um terço das crianças que sofreram violência destacaram a violência física. (AGIRTAN, 2009)

Também, a predominância da violência física, do abandono e da negligência pode ser atribuída à fácil detecção deste tipo de violência, uma vez que, deixam marcas visíveis ou retratam a falta de cuidados gerais com a criança, o que não acontece em outros tipos de violência. (ACIOLI, 2011)

Quanto aos locais de ocorrência de violência, o domicílio ocupa o primeiro lugar com 74 (66,1%); seguido de 13 (11,6%) casos em via pública; 11 (9,8%) em outros espaços públicos; 4 (3,6%) ocorreram na escola e em 10 (8,9%) não constava o local de ocorrência. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado em Vitória-ES, onde o local que predominou a violência foi à residência da vítima, com 42%, a via pública veio a seguir, perfazendo 20,45% dos registros de ocorrências. (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2009)

Em relação à frequência destas ocorrências, em 40 (35,7%) foi a primeira notificação de violência contra a criança e/ou adolescente; 38 (33,9%) já haviam sofrido violência outras vezes e em 34 (30,4%) registros não constava o número de ocorrências prévias.

Em estudo realizado na cidade do Recife-PE, cerca de 33% das crianças e adolescentes foram agredidos mais de dez vezes e 20% tinham menos de dez anos de idade na primeira ocorrência de violência, sendo que 46,4% permaneciam sofrendo violências no momento da coleta dos dados da pesquisa. (OLIVEIRA, 2011)

Entre os agressores, 45 (40,2%) eram do sexo masculino, 34 (30,3%) do sexo feminino e em 16 ocorrências (14,3%) a criança foi vitimada por ambos os sexos, sendo que em 17 (15,2%) ocorrências não constavam o sexo do agressor. Por outro lado, quanto à relação da vítima com o agressor, 49 (43,7%) era pai/mãe; 12 (10,7%) padrasto/madrasta; 3 (2,7%) irmão; 4 (3,6%) tio/tia; 3 (2,7%) avô/avó; 4 (3,6%) cônjuge; 4 (3,6%) vizinho; 4 (3,6%) colega; 2 (1,8%) namorado; 1 (0,9%) ex- cônjuge; 9 (8,0%) era desconhecido; 11 (10,4%) foram classificados como outros; e 6 (5,3%) não constava na ficha.

Em estudo realizado em Londrina –PR, que objetivou conhecer as características do abuso sexual em crianças e adolescentes de zero a 14 anos, conclui-se que 97,3% dos agressores eram do sexo masculino. (MARTINS e JORGE, 2010)

No que se refere à caracterização das notificações quanto à entidade para a qual as crianças e adolescentes foram encaminhados, apresenta-se predominantemente o Conselho Tutelar 70 casos (41,4%), seguido da Casa de abrigo 25 casos (14,8%), ao programa Sentinela 17 (10,0%), outras delegacias 20 (11,8%), ao Ministério Público 11 (6,5%), acompanhamento psicológico 5 (3%), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS/CREAS) 14 (8,3%), sem encaminhamento 1 (0,6%) e outros 6 (3,6%).

Em estudo recente acerca da temática identificou-se que o Conselho Tutelar foi à instituição mais citada para encaminhamento dos casos, seguido do ministério público, as unidades de saúde e ao atendimento psicológico. (ACIOLI, 2011)

Indicativos para a prática de enfermagem

A análise dos documentos mostrou que, em síntese, o ECA trata da proteção das crianças e adolescentes, sendo vários de seus artigos destinados à prevenção da violência. O outro documento "Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências" orienta quanto os métodos e técnicas de abordagem, para que os profissionais de saúde norteiem suas práticas.

Considerando as características da violência entre as famílias estudadas, e a leitura rigorosa dos documentos, foi definido três dimensões/eixos que precisam ser levadas em consideração pelo profissional enfermeiro quando se vivencia as situações de violência contra crianças e adolescentes no âmbito familiar.

A primeira dimensão/eixo: **Toda a família tem sua história particular**. Para entender a família que sofre com a violência é necessário retroceder as relações entre pais e filhos existentes aos modelos mais antigos, a dinâmica presente nesta família, as crenças, as culturas, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas.

É importante salientar que a violência na família atinge todas as camadas sociais, em toda sua diversidade cultural. Ademais, a violência doméstica é consequência da interação entre fatores culturais, sociais e características individuais dos cuidadores e da criança. (RICAS, 2006)

A dinâmica de cada família pode passar de geração para geração trazendo diferentes relações que dentro da atual sociedade podem ser vistas de maneira negativa. Nos agrupamentos humanos é evidente a criação e a transmissão cultural. Os hábitos, ideias e

técnicas definem como os diferentes membros de uma sociedade convivem e se relacionam. O homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado. No que se refere à criança, esta, desde o momento em que nasce, está submetida aos valores culturais do grupo a qual pertence e está exposta aos padrões e hábitos pré-estabelecidos pela família. (RICAS, 2006)

A violência contra a criança, que ocorre majoritariamente no ambiente familiar, acontece de forma universal, endêmica e complexa. Isso traz consequências instantâneas e em longo prazo sendo que, em sua vida adulta, as vítimas da violência tendem a desenvolver traços como vínculos frágeis e inseguros, menor tolerância à frustração, agressão a outras pessoas, violência com os filhos, confirmando que o fenômeno tende a ser cíclico e marcante em seguidas gerações. Dessa forma, pode-se afirmar que as crianças que sofreram algum tipo de abuso, poderão tornar-se adultos agressores. (APOSTÓLICO, 2013)

Segundo o ECA, a criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem sofrer castigos físicos ou tratamento cruel, como formas de correção disciplina e educação, por qualquer pessoa encarregada de cuidá-los, educá-los e protegê-los. Todavia, é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, salvando-os de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Assim, a compreensão da particularidade de cada membro da família dentro do contexto individual e relacional deve ser levada em consideração por parte do profissional enfermeiro identificando as situações/fatores que intensificam as atitudes violentas e as atitudes que as minimizam .

Nesse contexto, o profissional deve estar atento a pais com histórico de maus tratos, pais adolescentes, depressão na gravidez, ausência de afeto entre pai/mãe/filho, limitação da capacidade de lidar com situações de estresse, estilo disciplinar rigoroso, delegação à criança de tarefas domésticas. Estes são alguns exemplos de situações evidenciadas pelos profissionais de saúde, os quais precisam estar preparados para intervir em vista da resolução do problema. Além disso, destacam-se como fatores potencializadores da violência o consumo bebidas alcoólicas e de outras drogas ilícitas. (LISE, 2012)

Dentro do contexto individual e pensando que neste estudo o principal agressor é o progênitor (pai) que como membro da família assume o papel de liderança, muitas situações podem ser visualizadas dentro do contexto de quem violenta, percebendo que a violência pode parecer como uma fuga das situações que este pai pode estar enfrentando, como as demandas familiares intensas, as rotinas de trabalho incessantes, os filhos pequenos que exigem da família maior atenção e cuidado.

Alguns estudos destacam como fatores de risco para a perpetração da violência as situações de crise (financeira, conjugal), instabilidade, desemprego, luta pela sobrevivência, isolamento social, stress cotidiano, depressão. Ainda, aparecem como desencadeadores as perturbações na dinâmica familiar como número excessivo de filhos, dúvidas na paternidade, filho indesejado, incapacidade de lidar com frustrações, incapacidade de abstração – onde simplesmente o choro da criança já motiva a agressão. (MARTINS, 2010)

Faz-se necessário uma melhor compreensão e avaliação por parte do profissional enfermeiro no que se refere a este contexto individual do pai agressor que pode estar vivendo situações conflitantes dentro do seu meio e protagonizar as reações violentas para dentro do seio familiar que neste estudo mostra as crianças como suas principais vítimas. Cabe aos enfermeiros levantar as necessidades deste pai dentro do seu contexto de trabalho, direcionando atitudes, propondo mudanças, acompanhando para as situações de revitimização e avaliando as mudanças.

A segunda dimensão/eixo: **Construção de alianças para com a família**. O principal lugar de ocorrência das violências foi no domicílio. A participação do enfermeiro no âmbito familiar que permeia a violência contra a criança e/ou adolescente necessita prioritariamente, antes de qualquer atitude, da construção de um vínculo de confiança, reconhecido no profissionalismo e na ética. A criação do vínculo deve ser realizada diariamente, visualizando a rotina familiar, respeitando as diferenças culturais, reconhecendo e utilizando os recursos disponíveis que a família utiliza no seu cotidiano, como a rede de suporte social seus anseios, perspectivas, capacidades e potencialidades individuais e coletivas.

Através da realização de uma consulta de enfermagem adequada e da visita domiciliar o enfermeiro tem a oportunidade de conhecer os pais ou cuidadores da criança. Por meio de um acompanhamento sistemático o profissional consegue identificar o risco de violência e adotar medidas preventivas. A proximidade e os vínculos formados entre a criança, seus familiares e o profissional de enfermagem permitem aprofundar as relações, possibilitando, assim, orientação adequada para a resolução de conflitos, adotando formas de enfrentamento menos destrutivas e mais saudáveis. (ALGERI et al., 2007)

O enfermeiro atuante junto à Estratégia de Saúde da família, onde objetivamente mantém o foco das intervenções/cuidados, pode utilizar-se das visitas domiciliares para a construção do vínculo, intensificar os grupos de educação em saúde, reportando-se a temas que favorecem o cuidado familiar e apontando estratégias que na comunidade a qual estão

inseridas disponibilizam, o acolhimento na estratégia de saúde oportunizando a escuta, fortalecimento do vínculo, respeitando suas diferenças e tolerando seus comportamentos.

No que se refere aos aspectos de interação social é importante que o enfermeiro seja o mediador e incentivador da participação da família na comunidade local, inserindo os pais ou responsáveis, em atividades com outros grupos para que possam contribuir no exercício de seus papeis e responsabilidades como pais. Estimular, preservar e inserir a criança ou adolescente a participar de atividades culturais, esportivas de lazer e religiosa para que consigam se libertar do seu ambiente hostil, favorecendo o seu desenvolvimento saudável. Manter um elo entre a escola e o enfermeiro na busca de soluções conjuntas e medidas educacionais tanto para a criança e o adolescente quanto para a própria família.

Considera-se importante atender as crianças e/ou adolescentes vítimas de violência de acordo com sua faixa etária e gênero, promovendo um atendimento especializado, utilizando dos seus conhecimentos científicos, respeitando cada fase da vida do ser humano, buscando compreender todo o processo relacional que está envolvido.

A terceira dimensão/eixo: **Processos de negociação em relação aos projetos de mudança**. O fenômeno da violência contra crianças e/ou adolescente é um processo no qual fazem parte não somente as vítimas e os agressores, mas também os demais familiares e o círculo social do qual fazem parte. Sendo assim, compreender a família inserida em um contexto violento é uma tarefa complexa, que gera a necessidade de rever crenças e conceitos que orientam a prática profissional e a rede de serviços de atendimento. (SILVA et al., 2014)

A maioria dos pais pode encontrar-se fragilizada e desorientada, principalmente nos primeiros atendimentos. Nesse caso, a necessidade de esclarecimentos acerca das condutas e procedimentos a que serão submetidos se intensifica, a fim de situar a família na circunstância em que se encontra após a denúncia. (SILVA et al., 2014)

É possível que cada indivíduo tenha concepções diferentes sobre o que é ou não violência, ou sobre como educar corretamente. É preciso ter um manejo adequado e compreensivo, no qual o diálogo e o esclarecimento de dúvidas tornam-se imprescindíveis. É fundamental que sejam criados laços de confiança entre os profissionais e a família para possibilitar o relato das dificuldades vividas, como também para orientar e continuar acompanhando a família e conseguir sua adesão ao serviço de saúde. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Na abordagem com as famílias, é importante valorizar os diferentes pontos de vista acerca da situação de violência. Deve-se instigar a reflexão sobre o processo que vem

ocorrendo e os possíveis recursos que as famílias possam utilizar para encontrar uma maneira não violenta de se organizar. Os profissionais podem corroborar com alternativas saudáveis, propiciando que familiares, crianças e adolescentes expressem suas emoções, dialoguem sobre melhores formas de educar, colocar e aceitar limites. É importante enfrentar a prática de castigos físicos e humilhantes e estimular uma convivência respeitosa, garantindo a integridade física e psicológica das crianças e adolescentes e seus direitos como cidadão. Faz-se necessário a participação da equipe multiprofissional, articulada com serviços de cuidado e proteção social, garantindo uma ação intersetorial. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Compartilhar experiências é fundamental para o enfrentamento das situações de violência. Isso porque proporciona às pessoas a oportunidade de sair da condição de vítima ou perpetrador de violência, visto que podem expressar suas dificuldades relacionais e pessoais, buscando apoio e aprendendo com os demais. Promover espaços participativos, que envolvam ao mesmo tempo profissionais, crianças, adolescentes e suas famílias facilita a formação de vínculos de confiança com os profissionais e o serviço de saúde. Participar dos processos de saúde possibilita aos indivíduos maior sensibilização, mobilização e mudanças de atitudes. A participação deles nas decisões sobre suas vidas faz com que se sintam autoconfiantes e capazes de buscar soluções para seus problemas. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

A violência infantil é um problema social e de saúde pública significativo, que necessita da atenção dos serviços sociais de proteção, da rede de intervenção, dos investigadores e do próprio sistema político. Considerando que a violência tem impacto individual, familiar e social, a prevenção torna-se uma ferramenta de extrema importância. Ações de prevenção eficazes promovem oportunidades de resiliência, capazes de alterar seu contexto de vida, potencializando fatores de proteção e diminuindo fatores de risco. (COUTINHO et al., 2012)

O Estatuto da Criança e do Adolescente nos diz que é dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente. Dessa forma, a União, o Estado e os municípios deverão atuar na elaboração execução de medidas destinadas a coibir o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante e difundir formas não violentas de educação de crianças e de adolescentes. Destacam-se as ações de a promoção de campanhas educativas permanentes para a divulgação dos direitos da criança e do adolescente; a formação continuada e a capacitação dos profissionais de saúde, educação e

assistência social que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente; o apoio e o incentivo às práticas de resolução pacífica de conflitos; o apoio e o incentivo às práticas de resolução pacífica de conflitos.

O enfermeiro precisa estar qualificado para identificar os sintomas, contribuindo com isso, para a prevenção de uma possível reincidência da agressão. Algumas maneiras de prevenir que a violência contra a criança torne a ocorrer incluem fornecer suporte psicológico, estabelecer vínculos com a criança e os familiares, fortalecer quem fez a denúncia e proteger a criança, ensinar e disciplinar – a agressão praticada à criança é vista muitas vezes como forma de educar ou corrigir algum comportamento; nesse caso, toda a família precisa de apoio psicológico e educacional, devendo-se trabalhar com os pais outros métodos de educação, como o diálogo e a exemplificação do que é correto. (SARAIVA et al., 2012)

As visitas domiciliares são estratégias importantes para a abordagem de famílias. Constituem-se como uma excelente estratégia para, além de conhecer melhor o contexto de vida dos indivíduos, poder intervir em um ambiente em que se sintam mais a vontade. Tem-se a oportunidade, também, de se observar as interações de maneira mais espontânea. Por meio da visita domiciliar é possível humanizar a relação família/profissional de saúde/instituição. Alem disso, se desperta nos indivíduos a consciência de pertencerem a uma rede social mais ampla e de poderem encontrar em si próprios a solução para restaurar os laços familiares. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Em todos os casos de agressão, é imprescindível que o profissional envolvido esteja qualificado para o manejo clínico e psicológico e tenha pleno o conhecimento da legislação específica. Também, é necessário sensibilidade, disponibilidade e experiência. É papel do enfermeiro, ser capaz de atuar para a prevenção da violência doméstica infantil, diagnosticar o risco e, quando a situação de agressão já está instalada, chegar ao diagnóstico e à denúncia em tempo hábil, para que possa garantir a integridade física e emocional da criança. (SARAIVA et al., 2012)

CONCLUSÃO

Diante do crescente número de casos de violência contra crianças e adolescentes mostrado neste estudo regional observa-se a necessidade de propor ações para promover a redução e /ou erradicação dos casos, bem como, fornecer suporte às famílias das vítimas. Para os profissionais enfermeiros cabe a organização e sistematização do serviço que atende a linha

de Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. A complexidade desse problema requer que seja adotada uma abordagem intra e interinstitucional e que atenda às realidades locais.

Para isso, é de fundamental importância que os profissionais sejam capacitados e recebam em sua formação subsídios sobre como lidar com essas situações. Os documentos norteiam as práticas de saúde e atendimento às famílias, logo é essencial conhecê-los, compreendê-los e saber como aplicá-los. A equipe multiprofissional precisa ser treinada para que saiba dar suporte as famílias em situação de violência, saiba reconhecer casos e auxiliar em sua prevenção. Integrar os profissionais de diferentes funções é também importante.

Por fim, cabe ressaltar, ainda que ajustes se façam necessários, dada a grande extensão territorial de nosso país. Estes indicativos podem contribuir para a concretização de uma rede de cuidados que merece especial atenção quando pensamos em combater a violência contra crianças e adolescentes colocando em prática a ação do cuidado.

VIOLENCE CHARACTERIZATION AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: INDICATIVES FOR NURSE'S PRACTICE

ABSTRACT: A descriptive and exploratory study, developed with the following objectives: (1) To characterize violence situations against children and adolescents; (2) To raise indicatives for the nursing practice based on the violence characterization against children and adolescents, and on the determinations of official documents which guide the professional practice, and the organization of protection services for domestic violence against children and teenagers victims. This study has been developed from two sources of data. The first one, composed of notification files from the National Disease Notification System (SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação), of the Family Health Strategy from a city in the Northwest Region of Grande do Sul, related to the period from January 2008 to April 2012. The second one is composed of two official documents: the ECA and the Methodologies for caring for children, adolescents and families in situation of violence, both from the Health Ministry. From the notifications analysis, it can be observed that the violence cases happen mainly to the female genre, mostly in the household environment, and the main aggressor is usually a parent. There is the predominance of physical violence, neglect and abandonment, and the cases happen frequently. It has been concluded that three aspects need to be taken into consideration by the nurse professional when there is a violence situation against children and adolescents in their families: each family has their private story; developing an alliance with this family; and the processes of negotiation related to changing projects.

Keywords: Violence. Child. Adolescent. Nurse.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, RML, et al. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*., Recife, 2011. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/lil-582775?lang=en

AGIRTAN, CA, et al. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002–2006: Identifying the strongest link can make a difference. *Child Abuse & Neglect*, 2009.

ALGERI, Simone et al., Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro. *Revista HCPA.* Porto Alegre, RS, 2007.

APOSTÓLICO, Maíra Rosa et al., As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/58507

ASSIS, Simone Gonçalves de et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2305-2317. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/oncologiauy/resource/en/lil-649894

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO. Centro de Apoio Operacional de Infância e da Juventude. Estatuto da Criança e do Adolescente e legislação pertinente. Porto Alegre: Procuradoria Geral de Justiça, 2007.

COUTINHO, Inês Catarina Mendes et al., Educação parental com famílias maltratantes: Que potencialidades?. *Análise Psicológica*. 2012. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0870-82312012000300004&script=sci_arttext&tlng=pt

GARBIN, CAS, et al. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2011.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. Violência contra crianças e adolescentes. Ocorrências registradas na delegacia de proteção à criança e ao adolescente – DPCA. Vitória: Editora, 2009.

KRUG, Etiene G et al., World report on violence and health. *World Health Organization*. Geneva, 2002.

LISE, Fernanda, MOTTA, Maria da Graça Corso da, Violência doméstica infantil: abordagem da Enfermagem. *Acta Scientiarum – Health Sciences*. Maringá, 2012. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/9268

MARTINS, CBG, JORGE, MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: Perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto & Contexto Enferm*. Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 246-55. Disponível em:http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/12546

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy, Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de enfermagem*. Brasília, 2010. Disponível em: http://oaji.net/articles/2015/672-1438006479.pdf

OLIVEIRA, MT, et al. Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: a (in)visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*., Recife, 2011.

PINHEIRO, Paulo S. World Report on Violence Against Children, 2006:45-96.

RICAS, Janete, et al., A violência na infância como uma questão cultural. *Texto & contexto – enfermagem*. Florianópolis, SC, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a19v15n1

SARAIVA, Renata Jabour et al., Qualificação do enfermeiro no cuidado à vitimas de violência doméstica infantil. *Ciencia y enfermería*. Concepción, Chile, 2012.

SILVA, Mara Regina S. et al., Necessidades das famílias e as práticas profissionais na violência intrafamiliar. *Ciência, cuidado e saúde*. Maringá, 2014. Disponível em: http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19646

WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência: Crianças e adolescentes do Brasil; *Flacso*, 2012.