

As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada*

POSSIBILITIES FOR ADDRESSING CHILD ABUSE IN SYSTEMATIZED NURSING CONSULTATIONS

POSIBILIDADES DE ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA INFANTIL EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA SISTEMATIZADA

Maira Rosa Apostólico¹, Paula Hino², Emiko Yoshikawa Egry³

RESUMO

A violência infantil vem crescendo e aos serviços de saúde compete lidar com este fenômeno. A CIPESC® é uma ferramenta sistematizadora do cuidado e pode visibilizar a violência infantil nas consultas de enfermagem. Este estudo buscou identificar os limites e potencialidades da CIPESC® na consulta de enfermagem com crianças vítimas de violência doméstica. Estudo descritivo, qualitativo, tipo estudo de caso, analisou 15 relatos por web-questionário de enfermeiros da atenção básica, da Secretaria Municipal de Curitiba, Paraná, sobre a ocorrência de violência. Embora a CIPESC® tenha mostrado potencialidades, os diagnósticos e intervenções existentes na nomenclatura não foram plenamente acionados pelos pesquisados. Apresentou limites preocupantes no que tange ao reconhecimento das necessidades e vulnerabilidades que envolvem o fenômeno da violência. Conclui-se que é preciso agregar à nomenclatura os atributos referentes à liberdade e autonomia, essenciais para o enfrentamento da violência, além de maneiras de intervir baseadas em evidências.

DESCRITORES

Criança
Violência doméstica
Diagnóstico de enfermagem
Cuidados de enfermagem
Determinação de necessidades de cuidados de saúde

ABSTRACT

Child abuse has been increasing, and addressing this phenomenon is within the responsibilities of health services. The International Classification of Nursing Practice in Public Health (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®) is a tool that systematizes care and identifies child abuse during nursing consultations. The present study aimed to identify the limitations and potential of CIPESC® in nursing consultations with children that were victims of domestic violence. The present qualitative descriptive case study examined 15 web-based reports on violence completed by primary care nurses from the Curitiba City Council (Secretaria Municipal de Curitiba) in the state of Paraná. Although CIPESC® has shown potential, the diagnoses and interventions presented in the classifications were not fully utilized by the respondents. The reports showed worrisome limits regarding the recognition of needs and vulnerabilities involving the phenomenon of violence. In conclusion, it is necessary to contribute to the nomenclature the attributes concerning freedom and autonomy, which are essential for addressing violence, in addition to methods for evidence-based interventions.

DESCRIPTORS

Child
Domestic violence
Nursing diagnosis
Nursing care
Needs assessment

RESUMEN

La violencia infantil está en crecimiento, compete a los servicios de salud enfrentar el fenómeno. La CIPESC®, herramienta de sistematización del cuidado, puede visibilizar la violencia infantil en las consultas de enfermería. Se buscó identificar límites y posibilidades de la CIPESC® en consulta de enfermería con niños víctimas de violencia doméstica. Estudio descriptivo, cualitativo, tipo estudio de caso; analizando 15 testimonios por cuestionario-web de enfermeros de atención primaria de la Secretaría Municipal de Curitiba-PA, sobre ocurrencia de violencia. Aunque la CIPESC® haya expresado potencialidades, los diagnósticos e intervenciones existentes en la nomenclatura no fueron plenamente accionados por los entrevistados. Presentó límites preocupantes en lo atinente al reconocimiento de necesidades y vulnerabilidades que envuelven al fenómeno de la violencia. Se concluye en que es necesario agregar a la nomenclatura los atributos referentes a la libertad y autonomía, esenciales para enfrentar la violencia, además de modos de intervención basados en evidencias.

DESCRIPTORES

Niño
Violencia doméstica
Diagnóstico de enfermería
Atención de enfermería
Evaluación de necesidades

* Extraído de tese "Potencialidades e limites da CIPESC para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde da população infantil" Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011. ¹ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pós-Doutoranda do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. maira_eeusp@yahoo.com.br ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-Doutora pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. paulahino@yahoo.com.br ³ Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista Produtividade CNPq - Nível 1A. São Paulo, SP, Brasil. emiyegry@usp.br

INTRODUÇÃO

A violência, tanto como termo, quanto como tema, é complexo, polissêmico e controverso. São as normas sociais que direcionam o julgamento, o que faz a violência adquirir significados diversos de acordo com épocas, locais, circunstâncias, e realidades distintas. Em razão disto, dada a natureza do fenômeno, o objeto de estudo deve ser imediatamente multidisciplinar, não devendo ser abordado por disciplinas estanques e compartimentalizadas⁽¹⁾. A violência está arraigada nas relações sociais, mas é construída na subjetividade e interior das consciências, por isso não se trata apenas de uma força exterior aos indivíduos e grupos e não pode ser analisada nem tratada fora da sociedade que a produz, devendo-se considerar a sua especificidade interna e ainda sua particularidade histórica⁽¹⁾. Requer atuação multidisciplinar e interdisciplinar, agregando áreas da saúde, social, jurídica, psicológica, antropológica, religiosa, entre outras. Além disso, deve-se incluir na formação profissional a temática da violência, da prevenção e da promoção da cidadania⁽²⁾.

A ocorrência de casos de violências e acidentes vem transformando o perfil de problemas de saúde no Brasil e no mundo. Para o enfrentamento dessa problemática, são necessárias novas abordagens que o setor saúde não lidava há até pouco tempo, como os determinantes do estilo de vida, as condições ambientais e sociais, o aumento da longevidade da população e o impacto que isso causa na qualidade de vida. Mesmo com a promulgação da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências, o sistema tem sido lentamente organizado para atender as necessidades advindas do tema ao mesmo tempo em que tenta atender a demanda geral⁽³⁾.

A respeito da violência contra a criança, esta ocorre majoritariamente no ambiente familiar, é um acontecimento universal, endêmico e complexo. Configura uma das manifestações da violência doméstica que ocorre no âmbito familiar, incluindo outras relações familiares que extrapolem o ambiente doméstico onde vive o núcleo familiar⁽⁴⁾. Não é um fenômeno restrito à determinada classe social e/ou econômica⁽²⁾ e em geral atinge mais de um membro da família, embora as crianças sejam comprovadamente as principais vítimas, por sua fragilidade física e de personalidade⁽³⁾.

Como consequência para a criança, podem ser apontados traços que se manifestam ainda durante a infância, tais como a dificuldade de aprendizado, ou quando adultas, com vínculos frágeis e inseguros, menor tolerância à frustração, agressividade com colegas e outras pessoas, dificuldade de lidar com as próprias emoções e a repeti-

ção da violência com outras crianças, os filhos, por exemplo, confirmando a tendência do fenômeno ser cíclico e marcante em seguidas gerações. Considerando que é durante a infância que a pessoa adquire as noções de direito, respeito, tolerância, autoestima e capacidade para solução de conflitos, pode-se afirmar que as crianças que sofreram algum tipo de abuso ou que não tiveram modelos de relações benéficos a esta formação poderão tornar-se adultos agressores⁽⁴⁾.

No contexto de atuação da Enfermagem, as vulnerabilidades que envolvem a infância demandam uma assistência sistematizada e rotineira, que pode ser alcançada por meio da consulta de enfermagem, dado seu forte componente educativo e potencialidade para estreitar o vínculo entre usuários (criança e família) e profissionais. A sistematização da consulta de enfermagem, por sua vez, atribui o caráter científico à prática, possibilitando atuar não só na assistência individual como também promovendo alterações no ambiente familiar e no quadro epidemiológico de uma dada comunidade⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva, o município de Curitiba (PR) foi tomado como cenário deste estudo por contar com duas especificidades que o caracteriza. A primeira é a existência de uma sistematização da assistência de enfermagem, com o uso da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®), que se encontra abrigada no prontuário eletrônico e acessível em todas as unidades básicas de saúde da rede municipal⁽⁶⁾. A CIPESC® é utilizada para sistematizar a consulta de enfermagem e suas intervenções acompanham as ações programáticas do município, organizadas em protocolos técnicos e manuais, disponíveis aos diferentes profissionais que integram as equipes de saúde⁽⁷⁾. A Enfermagem na Atenção Básica de Curitiba destaca-se pela intensa atuação na

prevenção e promoção da saúde, desde a identificação de necessidades da população até o efetivo atendimento⁽⁶⁾. Entretanto, no processo de construção e organização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem da nomenclatura CIPESC® foi utilizado o referencial idealista das Necessidades Humanas Básicas, constituindo a primeira grande contradição com os referenciais da Saúde Coletiva, que estão apoiados no materialismo histórico e dialético.

A segunda especificidade é a existência de uma Rede de Proteção à Criança e Adolescente em situação de risco para violência, cuja finalidade é atuar na prevenção e acompanhamento dos casos de violência, visibilizados a partir de equipamentos notificadores presentes no município, tais como unidades de saúde, hospitais, creches, escolas, entre outros. O fluxo de atenção previs-

No contexto de atuação da Enfermagem, as vulnerabilidades que envolvem a infância demandam uma assistência sistematizada e rotineira, que pode ser alcançada por meio da consulta de enfermagem, dado seu forte componente educativo e potencialidade para estreitar o vínculo entre usuários (criança e família) e profissionais.

to pela Rede de Proteção para os casos confirmados ou suspeitos inclui avaliação por mais de um profissional, avaliação do histórico da ocorrência, presença de sinais de alerta e o estabelecimento do nível de gravidade para elencar os procedimentos que deverão ser adotados. Conforme o nível de gravidade (leve, moderado e grave) as ações poderão ser pontuais e de caráter informativo, inserção em fluxo normal ou prioritário em espaços de atendimento e programas sociais, discussão em equipe sobre a ocorrência até o acionamento do Conselho Tutelar e outras medidas de proteção à criança⁽⁸⁾. A CIPESC[®] agrega diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados ao tema da violência em consonância com o Protocolo da Rede.

O município destaca-se pelas políticas de saúde planejadas para atender às necessidades de saúde advindas do perfil epidemiológico do município, direcionados a assegurar a saúde de sua população e favorecer o desenvolvimento das crianças. Nos últimos anos, o Município tem conseguido reduzir os mais importantes indicadores nas áreas da saúde, educação, assistência social, cultura, lazer e desenvolvimento e para isso conta com a organização política e envolvimento de diferentes profissionais⁽⁹⁾.

Um estudo anterior⁽⁹⁾ mostrou que nas consultas de enfermagem utilizando-se da CIPESC[®] os enfermeiros não acionaram diagnósticos referentes à violência em uma proporção equivalente aos dados relatados pela Rede de Proteção, onde a violência infantil apresenta números elevados. Dessa forma, indaga-se de que forma a consulta de enfermagem sistematizada pela CIPESC[®] reconhece e enfrenta o fenômeno da violência infantil e para tanto, o objetivo deste estudo é identificar os limites e potencialidades da CIPESC[®] na consulta de enfermagem com crianças vítimas de violência doméstica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa e do tipo estudo de caso, que destaca os resultados relacionados ao tema da violência contra a criança que emergiram de um estudo maior acerca das potencialidades e limites da CIPESC[®] para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde da população infantil. Os dados empíricos foram coletados junto aos enfermeiros que atuam na Atenção Básica do município de Curitiba, por meio de instrumento em formato web, desenvolvido em linguagem ASP.NET, com Framework 3.5 e o banco de dados utilizado foi o MySQL 5.1.30.

Para análise, os resultados foram organizados e descritos seguindo a organização da nomenclatura CIPESC[®] que agrupa os diagnósticos e respectivas intervenções de enfermagem conforme a necessidade afetada. Estas, por sua vez, estão divididas entre necessidades psicobiológicas e necessidades psicossociais⁽⁶⁾.

Foram convidados a participar do estudo maior, 412 enfermeiros da rede municipal de saúde de Curitiba, por meio de carta impressa e/ou e-mail, no período de junho a agosto de 2010. Responderam ao convite, 28 enfermeiros e destes, 22 referiram ter vivenciado alguma situação de violência contra a criança e adolescente nas consultas de enfermagem e apenas 15 entrevistados descreveram a situação vivenciada. Todos os relatos foram incluídos na análise deste estudo. Os entrevistados foram orientados a assinalar os diagnósticos e intervenções de enfermagem da nomenclatura CIPESC[®] (disponibilizados no instrumento de coleta de dados) que considerasse pertinentes. Também foi solicitado que os entrevistados apontassem em campo específico, outras necessidades que porventura identificassem, além daquelas da nomenclatura CIPESC[®]. Optou-se por realizar a coleta de dados pela web dada a facilidade dos entrevistados em acessar o instrumento em horário/local mais conveniente, além da possibilidade de disposição dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em formato de árvore, seguindo o modelo adotado no prontuário eletrônico do município e tornando o instrumento mais amigável para o entrevistado.

Todos os preceitos éticos foram resguardados e o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e da Secretaria Municipal de Curitiba, sob protocolos 829/09 e 69/09, respectivamente. Os sujeitos foram convidados a participar do estudo, e aqueles que concordaram em fazê-lo, assinaram digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Uso da CIPESC[®] nos casos de violências

Os 15 relatos de casos de violência descritos pelos entrevistados foram agrupados por tipo de violência: negligência (5), violência física (4) e violência sexual (6). Nenhum relato foi específico para violência psicológica embora acredita-se que esse tipo de violência possa estar presente na ocorrência dos outros tipos. No conjunto dos relatos e para cada um dos tipos de violência foram apontadas necessidades psicobiológicas e psicossociais.

Negligência (Quadro 1)

Quadro 1 – Necessidades e diagnósticos de enfermagem selecionados nos casos de negligência relatados pelos enfermeiros - Curitiba, 2010

	Necessidade afetada	Diagnósticos de Enfermagem
Necessidade Psicobiológica	Crescimento e desenvolvimento	Desenvolvimento da criança inadequado Autocuidado inadequado Higiene corporal alterada
	Integridade cutâneo mucosa	Integridade da pele comprometida na criança Contusão Queimadura
	Nutrição	Ingestão alimentar inadequada do lactente Risco para desnutrição
	Sono e repouso	Sono inadequado
Necessidade Psicossocial	Auto-imagem	Imagem corporal distorcida
	Participação	Direito de cidadania limitado Enfrentamento inadequado
	Segurança	Risco para solidão

Observou-se que os entrevistados não selecionaram os diagnósticos específicos de violência, apesar de existirem na nomenclatura. Algumas intervenções acionadas direcionaram o cuidado aos agravos gerados pela negligência, alternativas para solucionar os conflitos familiares, além do monitoramento e visita domiciliária. Somente intervenções como in-

vestigar possibilidade de negligência e relacionar com agravos de notificação obrigatória apontaram para estratégias específicas para enfrentamento da violência, sementretanto, ter notificado o caso e realizado o encaminhamento para a Rede de Proteção. Nenhuma necessidade foi reconhecida além daquelas identificadas na nomenclatura CIPESC® Curitiba.

Violência física (Quadro 2)

Quadro 2 – Necessidades e diagnósticos de enfermagem selecionados nos casos de violência física relatados pelos enfermeiros - Curitiba, 2010

	Necessidade afetada	Diagnósticos de Enfermagem
Necessidade Psicobiológica	Ambiente	Risco para acidente doméstico – criança Uso de drogas
	Cuidado corporal	Higiene corporal alterada
	Integridade cutâneo mucosa	Escoriação na pele Queimadura Integridade da pele comprometida na criança
Necessidade Psicossocial	Gregária	Relacionamento familiar conflituoso Vínculo conflituoso
	Liberdade	Tomada de decisão comprometida

Nenhum diagnóstico selecionado apontou para a situação de violência na qual a criança estava exposta ou em risco. As intervenções propostas incluíram os cuidados específicos com as lesões geradas pela agressão, reconhecimento de potencialidades da família, identificação de determinantes do conflito familiar, estímulo à mudança de hábitos, identificação da rede de apoio, monito-

ramento e visitas domiciliárias. Não foi sugerida nenhuma intervenção que buscasse a inclusão da criança ou família na Rede de Proteção, exceto pelas intervenções que sugeriram investigar possibilidade de negligência e relacionar com agravos de notificação obrigatória. Com base nesses resultados, essas crianças ainda permaneceriam sem o monitoramento da rede, segundo os entrevistados.

Violência sexual (Quadro 3)

Quadro 3 – Necessidades e diagnósticos de enfermagem selecionados nos casos de violência sexual relatados pelos entrevistados - Curitiba, 2010

	Necessidade afetada	Diagnósticos de Enfermagem
Necessidade Psicobiológica	Crescimento e desenvolvimento	Desenvolvimento da criança inadequado
	Integridade cutâneo mucosa	Integridade da pele comprometida na criança
	Ambiente	Uso de drogas Risco para violência doméstica Uso de álcool e outras drogas Abuso sexual
	Percepção	Dor
Necessidade Psicossocial	Gregária	Relacionamento familiar conflituoso Vínculo mãe e filho comprometido
	Participação	Enfrentamento ausente Enfrentamento inadequado Enfrentamento adequado
	Segurança	Tristeza Vergonha na mulher vítima de violência

As situações de violência sexual que foram descritas predominaram quantitativamente em relação às demais. Foram apontados diagnósticos específicos para violência, tais como risco para violência doméstica, abuso sexual e vergonha na mulher vítima de violência. Em dois relatos de violência explícita (caso de um adolescente de 15 anos que abusa sexualmente do irmão de 8 anos e uma situação de tentativa de abuso por outra criança), os diagnósticos específicos para violência não foram selecionados sugerindo que não houve notificação na Rede de Proteção, acionamento do Conselho Tutelar e encaminhamentos conforme o protocolo municipal. Nos demais relatos, as intervenções buscaram a superação do conflito por meio do apoio ao enfrentamento da situação, monitoramento domiciliar, investigação da possibilidade de negligência, entre outros, sem contudo o registro da notificação. Também foram apontados diagnósticos referentes aos outros membros da família e possível autor da agressão, como nos casos em que o relato informou ou sugeriu que vem ocorrendo o uso de álcool e outra drogas. Alguns diagnósticos e intervenções são específicos de ações para mulheres vítimas de violência e mesmo assim foram selecionados para as crianças, como o diagnóstico vergonha presente na mulher vítima de violência.

Dentre as outras necessidades reconhecidas pelos entrevistados foram apontadas necessidade de investigação adequada de abuso sexual, laudo técnico para comprovação do abuso, atuação imediata do conselho tutelar, apoio de proteção judicial e necessidade psicossocial relacionada à proteção. Os entrevistados sugeriram que outros profissionais, instituições, órgãos públicos e os pais sejam os sujeitos sociais responsáveis por atender as necessidades identificadas, apontando a intersetorialidade como uma das formas de enfrentamento da questão da violência. Em outra perspectiva, os próprios profissionais da enfermagem não se posicionaram como atores sociais para enfrentar essas necessidades.

DISCUSSÃO

A organização da Rede de Proteção à Criança e Adolescente em situação de risco para violência do Município de Curitiba tem mostrado ao longo dos anos, que a visibilidade da violência é o primeiro passo para o enfrentamento da questão. As ações planejadas e aplicadas ainda não encontraram capilaridade suficiente para reduzir os indicadores e modificar o cenário identificado. Entretanto, o enfrentamento da violência é uma questão delicada, por envolver diferentes aspectos da vida social e requerer intervenções em muitos âmbitos, que extrapolam o setor saúde e sua capacidade de atuação⁽⁸⁾.

A forma como os profissionais de saúde abordam as situações de violência intrafamiliar contra a criança e adolescente demonstra o despreparo para lidar com a violência, sobretudo para identificar, por exemplo, se uma omissão decorre de negligência ou de falta de condições

econômicas da família. Há uma tentativa de medicalização do fenômeno pela dificuldade em lidar com os aspectos sociais e a promoção da saúde, além da necessidade de cuidar dos profissionais que atuam nos casos de violência, pela carga emocional intensa ao qual estão expostos e pela falta de proteção nos casos de denúncia de abuso⁽¹⁰⁾. Diante dos resultados encontrados neste estudo, pode-se afirmar que esse despreparo ocorreu também em Curitiba, visto que a percepção dos enfermeiros entrevistados ficou limitada a alguns diagnósticos de enfermagem oferecidos, sem uma abordagem ampla e profunda do tema. A própria participação no estudo (dentre os 28 entrevistados do estudo completo, 22 afirmaram ter vivenciado casos de violência na prática profissional e apenas 15 descreveram a situação) demonstra que embora seja a violência uma temática que permeia o cotidiano do enfermeiro, ela não é vista com a devida gravidade e prioridade nas ações dos profissionais entrevistados.

A nomenclatura CIPESC® Curitiba possui diagnósticos para o reconhecimento da violência e intervenções para o enfrentamento. Entretanto, muitas intervenções estão difusas entre os diagnósticos que apontam outros processos e não em diagnósticos específicos de violência, dificultando a visibilidade do problema e continuidade da assistência, pois o enfrentamento não fica concentrado nos diagnósticos específicos. Somente metade dos entrevistados que descreveram situações de violência reconheceram que existiam outras necessidades além daquelas identificadas com a nomenclatura CIPESC® Curitiba e estas envolviam outros profissionais de diferentes áreas de atuação, mas não explicitamente a equipe de enfermagem. Faz-se necessária a construção de diagnósticos específicos para as situações de violência que contemplem diversos aspectos e necessidades da criança, agressor e família.

O termo negligência é difícil de ser definido, pois envolve aspectos culturais, sociais e econômicos de cada família ou grupo social. Entretanto, se for tratado como uma forma de violência, permite a desnaturalização de atitudes de poder expressas na falta de cuidado e proteção⁽³⁾. Embora a negligência seja caracterizada pela omissão da família e da sociedade no provimento do cuidado à criança, não se pode destacá-la do agravante social que é a condição sócio econômica dos pais, e dessa forma, questiona-se a intencionalidade⁽²⁾.

Os casos de negligência foram os que mais tiveram necessidades afetadas e é também a forma de violência mais notificada junto à Rede de Proteção. Evidencia-se que essa é a forma mais reconhecida pelos profissionais. A análise dos relatórios da Rede de Proteção referente ao período de 2004 a 2008 apontou para um aumento de aproximadamente 125% no número de notificações de casos de violência. Entre 2004 e 2009, a violência doméstica ou intra-familiar foi a mais frequente e as crianças mais afetadas estão na faixa etária de 5 a 9 anos, seguidas das crianças de 10 a 14 anos. A negligência corresponde ao tipo de violência mais notificado e somou 71,4% das notificações de 2008-11. Destaque para

a reincidência que em 2009 apresentou 338 (13,9%) notificações de casos de violência contra crianças na faixa etária de 0 a 9 anos, dentre um total de 2.428 notificações. A negligência apareceu como última notificação em 65,3% dos casos que compuseram a amostra de um estudo que verificou a evolução dos casos de violência recorrente⁽¹²⁾.

As necessidades afetadas indicadas nos casos de negligência foram na maioria psicobiológicas. Os desgastes que interferem nos processos biológicos de crescimento e desenvolvimento das crianças são mais explícitos, afetam diretamente os conteúdos de puericultura praticados durante as consultas e ainda impactam nas ações de promoção da saúde e por isso são mais reconhecidos pelos profissionais. Por outro lado, a necessidade relativa ao ambiente, que inclui os diagnósticos de violência, não foi acionada nos casos de negligência e não gerou diagnósticos e intervenções ligados à notificação junto à Rede de Proteção.

Os diagnósticos relacionados aos relatos de violência física identificaram as marcas da agressão física e conflitos de relacionamento familiar, possíveis eventos geradores da violência. Assim como ocorreu com os casos de negligência, as intervenções propostas não sugeriram a notificação junto à Rede de Proteção.

Na perspectiva de crianças e familiares, a violência doméstica faz parte do microsistema familiar e é vista como uma prática usual, baseada na crença de valores autoritários e no poder dos pais sobre os filhos. A prática da violência física punitiva gera nas crianças sentimentos de revolta, mágoa e humilhação⁽⁴⁾.

O uso da força que gera a violência física pode estar associado ao modelo cultural que justifica e reforça seu uso como forma de disciplinar, favorecendo a banalização e cronicidade da violência contra as crianças. Algumas observações podem ser associadas aos casos de violência física como a precariedade da moradia, higiene pessoal, falta de rotina para alimentação, repouso e lazer. Dentre os motivos que geram a violência física está a desobediência e no caso da negligência, características da vítima que desagradam o agressor ou não aceitação da vítima no espaço doméstico⁽²⁾.

As consequências da violência contra a criança podem se manifestar de diferentes formas, até a idade adulta, tais como comportamentos relacionados a abuso infantil, transtornos psiquiátricos ou de conduta, comportamento transgressor e uso de drogas. Há maior ocorrência da violência física contra meninos, crianças doentes, em famílias com maior número de membros ou com história concomitante de violência entre os parceiros íntimos⁽¹³⁾. No âmbito nacional, já identificou-se que a violência acomete crianças de ambos os sexos mas com tipos diferentes, como por exemplo a violência sexual ocorre mais contra meninas e a violência física contra meninos⁽¹⁴⁾.

A Rede de Proteção considera qualquer violência sexual como grave. Nos relatos, os entrevistados apontaram os

diagnósticos específicos de violência, além de outros sobre vínculo, enfrentamento e uso de álcool e drogas⁽⁸⁾. O abuso sexual envolve a prática de jogo sexual em relações homossexuais ou heterossexuais que visa obter excitação sexual e práticas eróticas pornográficas e sexuais. Estudos apontam que as vítimas mais frequentes são as meninas e o pai é o principal agressor, seguidos do padrasto e pessoas do convívio familiar. Essa forma de violência gera impacto negativo na vida da criança podendo levar a prejuízos físicos e emocionais importantes, como atraso no desenvolvimento e aprendizagem, distúrbios de comportamento, isolamento social, erotização precoce, baixa auto-estima, entre outros. As consequências do abuso, portanto, vão além do próprio indivíduo, configurando-se em uma forma de comprometimento do crescimento, desenvolvimento e integração da criança em relações sociais saudáveis consequentemente, comprometendo a própria sociedade⁽³⁾. Dessa forma, a compreensão do abuso sexual não se restringe ao vitimizado e vitimizador, pois dessa forma seriam excluídos os contextos sociais e grupos onde ela ocorre e onde é ocultada e se repete.

A percepção dos usuários dos serviços de saúde atendidos pela Estratégia Saúde da Família em relação à Visita Domiciliária (VD) mostrou que esta estratégia facilita o acesso ao serviço e as ações de saúde, pois faz a intermediação entre o domicílio e o serviço. Para os usuários, as ações desenvolvidas no domicílio são um meio de aproximar o profissional da dinâmica da vida familiar e por isso as famílias em situação mais vulnerável devem receber um apoio maior. Existe a expectativa de que as visitas sejam mais frequentes e incluam as ações de médicos especializados, enquanto na prática tem sido realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e somente em determinados casos, por outro profissional. Por outro lado, a visita compulsória e frequente não é desejada, pois atribui-se a isso a intromissão do setor saúde na vida privada, quando na prática educativa das visitas diárias, adota-se uma postura impositiva e que desvaloriza os conhecimentos e decisões dos usuários⁽¹⁵⁾.

A consulta de enfermagem, quando realizada por profissionais bem capacitados, representa um importante recurso para detecção de casos de violência, dado o maior contato com a família e a compreensão da dinâmica familiar, potencializado ainda pela visita diária⁽¹¹⁾.

A CIPESEC[®] mostrou potencialidades nas consultas de enfermagem relacionadas aos casos de violência contra a criança. Entretanto, os diagnósticos e intervenções acionados indicaram uma importante lacuna no reconhecimento das necessidades na perspectiva do materialismo histórico e dialético, referencial que ancora os princípios da saúde coletiva. A organização dos grupos de necessidades da CIPESEC[®] seguindo uma teoria de necessidades humanas básicas promove o recorte do indivíduo e das suas necessidades, reduzindo-as na prática a processos isolados e marcadamente biológicos. Até mesmo as necessidades psicossociais limitam-se a eventos isolados e que nem

sempre se articulam com o contexto social e a realidade na qual o sujeito está inserido, nem tampouco propõem qualquer transformação nesse contexto. Identificou-se ainda, a desarticulação entre os diagnósticos acionados e as ações preconizadas pela Rede de Proteção, através do protocolo municipal, para o reconhecimento, notificação e monitoramento dos casos de violência.

Para o campo da Saúde Coletiva, as necessidades em saúde são amplas e estão inseridas em um complexo emaranhado de características que compõem a realidade e que afetam diretamente o momento de produção e reprodução social e a satisfação das necessidades. Nesta perspectiva, o fenômeno da violência extrapola as marcas físicas e evidência diferentes e múltiplas vulnerabilidades e necessidades do sujeito e de seu grupo social, maiores que o próprio fenômeno. Tais vulnerabilidades podem ser reconhecidas durante a assistência de enfermagem, principalmente no momento da consulta, se esta for realizada de forma sistematizada e embasada teoricamente pelo referencial materialista histórico e dialético, que confere ao profissional uma visão ampla da realidade onde atua.

Ao estudar o significado atribuído à consulta de enfermagem em puericultura realizada por enfermeiros da ESF, autores apontam a busca pela assistência abrangente, incluindo exame físico, tomada de medidas antropométricas e ações educativas e preventivas para crianças e cuidadores. Ressaltam a importância da sistematização como forma de direcionar o atendimento, sobretudo para a promoção da saúde, favorecido pelo momento de interação e estreitamento do vínculo com os usuários. Há entretanto, momentos de desgaste profissional, quando este depara-se com situação adversas da família, sentindo-se impotentes perante elas⁽⁵⁾.

Nesse sentido, somente o uso da CIPESC® não garante uma assistência adequadamente sistematizada. O uso da ferramenta requer conhecimento prévio do processo de enfermagem, da sistematização da assistência de enfermagem, dos marcos teóricos da Saúde Coletiva, além dos conteúdos técnicos científicos específicos da assistência de enfermagem em Atenção Básica e respaldo institucional para a tomada de decisão frente às necessidades iden-

tificadas na consulta. A formação profissional ajustada ao modelo assistencial adotado é primordial para uma assistência de qualidade e transformadora da realidade onde atua. Não basta utilizar a ferramenta como meio de sistematização se a assistência não corresponder às expectativas e necessidades da população.

CONCLUSÃO

Curitiba caminha em uma direção acertada conforme defendem alguns autores: a intersetorialidade, as estratégias de prevenção e acompanhamento dos casos confirmados de violência e a notificação como meio de dar visibilidade ao problema. Entretanto, a prática nas unidades de saúde conforme demonstrou o estudo pode não estar sendo condizente com a perspectiva da Rede de Proteção. Os diagnósticos e intervenções de enfermagem que indicam o risco ou a ocorrência de violência não são apontados por todos os profissionais, apesar da notificação dos casos suspeitos e confirmados ser compulsória. Há uma fragilidade na nomenclatura CIPESC® Curitiba identificada em estudos anteriores e que se confirma neste: se os profissionais não tiverem a percepção da problemática da violência como um foco de sua prática, numa perspectiva ampla, dialética e baseada na realidade objetiva (e não apenas em sinais de alerta), as vulnerabilidades não serão reconhecidas e o fenômeno não será desvelado de uma maneira que se possa intervir nele.

É preciso agregar à nomenclatura os atributos referentes à liberdade e autonomia, essenciais para o enfrentamento da violência, além de maneiras de intervir baseadas em evidências.

Ressalta-se a importância da promoção de debates e capacitação dos profissionais de saúde a respeito do tema violência contra criança e adolescente para que estes possam prestar um atendimento adequado à criança e ao adolescente situação de violência. É importante que a incorporação desta temática ocorra desde a formação dos profissionais da equipe de saúde, para que estejam alertas e aprendam a lidar com esta temática no cotidiano da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
2. Roque EMST, Ferriani MGC, Ubada EML. A violência na família e a justiça: algumas perspectivas. In: Ferriani MGC, Medeiros M, Silva MAI, Ubada EML. Debajo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica. Goiânia: AB; 2008. p. 55-103.
3. Minayo MCS. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF. Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007. p.17-30.
4. Martins CS, Ferriani MGC. A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Ferriani MGC, Medeiros M, Silva MAI, Ubada EML. Debajo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica. Goiânia: AB; 2008. p.7-53.
5. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Nursing consultation in child care: the experience of nurses in the Family Health Strategy. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Aug 15];45(3):566-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a03.pdf

6. Albuquerque LM, Cubas MR. Cipesca é preciso!... In: Albuquerque LM, Cubas MR, organizadores. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde. Curitiba: ABEEn; 2005. p.13-7.
7. Chaves MMN. Competência avaliativa do enfermeiro para reconhecer e enfrentar necessidades de saúde das famílias [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
8. Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde; Fundação de Ação Social. Rede de Proteção à Criança e Adolescente em Situação de Risco para Violência [Internet]. Curitiba; 2008 [citado 2011 jun. 3]. Disponível em: <http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=220>
9. Apostolico MR, Cubas MR, Altino DM, Pereira KCM, Egry EY. Contribuições da CIPESC na execução das Políticas de Atenção à Saúde da Criança no município de Curitiba, Paraná. Texto Contexto Enferm. 2007;16(3):453-62.
10. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVSO. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. Acta Paul Enferm. 2009;22(n.esp):903-8.
11. Apostolico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. Rev Latino Am Enferm. 2012;20(2):266-73.
12. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Guedes RN. A reincidência da violência contra a criança no Município de Curitiba: um olhar de gênero. Acta Paulista Enferm. 2012;25(6):895-901.
13. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. Lancet. 2011;377(9781):1962-75.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília; 2010.
15. Mandu ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2008;17(1):131-40.

Projeto desenvolvido com apoio financeiro do CNPQ e CAPES.