

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

FRANCINE ALVES GRATIVAL RAPOSO

**A CONCEPÇÃO DO ENSINO-APRENDIZADO NA EMESCAM ACERCA DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

VITÓRIA
2012

FRANCINE ALVES GRATIVAL RAPOSO

**A CONCEPÇÃO DO ENSINO-APRENDIZADO NA EMESCAM ACERCA DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho.

VITÓRIA
2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

R219c Raposo, Francine Alves Gravitai
A concepção do ensino-aprendizado na EMESCAM acerca da violência doméstica contra crianças e adolescentes / Francine Alves Gravitai Raposo. – 2012.
121 f. ilus.

Orientadora: Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Violência. 2. Violência doméstica. 3. Criança. 4. Adolescente I. Coelho, Maria Carlota de Rezende. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

FRANCINE ALVES GRATIVAL RAPOSO

**A CONCEPÇÃO DO ENSINO-APRENDIZADO NA EMESCAM ACERCA DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola de Ciências da Saúde da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Orientadora

Profª Drª Nara Cuman Motta
Escola de Ciências da Saúde da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Profª Drª Raquel de Matos Lopes Gentili
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Profª Drª Gilsa Helena Barcellos
Escola de Ciências da Saúde da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Profª Drª Marialda Moreira Christoffel
Universidade Federal Rio de Janeiro UFRJ - Escola Anna Nery de
Enfermagem

Dedico aos meus discentes, por permitirem a realização desta pesquisa. Ao meu querido marido Luciano e minha pequena filha Gabriela.

AGRADECIMENTOS

Em especial a Deus, Pai, protetor, grandioso, companheiro, aquele que guia todos os passos e direciona os caminhos para a conquista de mais um objetivo.

Ao meu querido marido Luciano, pelo apoio, pelos exemplos dos valores morais e éticos observados durante toda a nossa convivência e também por ter paciência nos momentos de ausência.

A minha pequena filha Gabi, a qual, muitas vezes, não pude acompanhar em suas atividades e desenvolvimento. Mamãe Te Ama!

Aos meus pais Sirley e Edson, à formação e educação, proteção, apoio e acompanhamento de mais uma fase do meu crescimento profissional. Desculpem-me pelos dias de ausência e obrigada pela ajuda, força e amor.

A Mary, que foi muito mais que uma aluna e monitora; meus olhos.

À querida Cláudia Helena, por ter tornado minha a sua casa, e cuidar de minha filha como se fosse a sua, pela amizade e cumplicidade sempre presente.

Aos amigos, pelo interesse em acompanharem a minha jornada no desenvolvimento deste trabalho. Aos companheiros de trabalho, pela força e aos coordenadores, que muitas vezes facilitaram minha escala de serviço, em especial a Coordenadora da EMESCAM.

Aos alunos, que se dispuseram a me conceder seus depoimentos, que além de colaborarem na construção desta pesquisa, me pressionaram a reviver lembranças adormecidas em minha memória.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da EMESCAM, em especial às professoras Kátia Picolli e Vanezia Gonçalves Silva, pelo espírito de colaboração.

A minha amiga Maria Vitória Hoffmann, que disponibilizou muitas horas e sua atenção para me acalantar nos momentos de angústia.

Em especial, as minhas duas orientadoras, Prof^a. Dr^a. Raquel de Matos Gentili e Prof^a. Dr^a. Maria Carlota Rezende Coelho, pela atenção, incentivo e estímulo, mesmo quando já não acreditava que esta pesquisa iria ser finalizada. Vocês foram meus passos com simplicidade e serenidade. Prof^a. Raquel saiba que sentirei falta da nossa convivência.

RESUMO

A relevância na formação para atuar na violência contra a criança e o adolescente se sustenta no entendimento de que os profissionais precisam estar suficientemente informados sobre os direitos da população. O conhecimento dos profissionais de saúde, a não intervenção profissional e a omissão da sociedade, podem ocasionar consequências dramáticas para as vítimas de violência. O objeto do presente estudo se insere nos aspectos da formação e apreensão dos discentes no Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM, frente às Políticas Públicas de Saúde de Proteção à Criança e ao Adolescente vítima de violência doméstica. Foram formulados os seguintes objetivos: Refletir sobre as Políticas Públicas de Proteção à Criança e ao Adolescente no contexto da violência doméstica a partir da criação do ECA; Identificar a dinâmica do ensino-aprendizagem no contexto da formação discente em relação aos conteúdos teóricos e práticos sobre violência doméstica contra a criança e o adolescente, que são abordados em sala de aula pelos docentes das disciplinas Saúde da Criança e Urgência e Emergência, do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM; Analisar as concepções teóricas e práticas dos discentes do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM sobre a violência doméstica contra a criança e o adolescente. A Metodologia utilizada neste estudo será de natureza qualitativa, do tipo Estudo de Caso, o qual foi desenvolvido em uma Instituição de Ensino Superior denominada EMESCAM. Os sujeitos foram os discentes matriculados no 6º e 7º períodos do primeiro semestre do ano de 2011 do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM. Foram utilizadas como métodos de análise, a entrevista não diretiva dos grupos do 6º período e a leitura flutuante dos portfólios dos discentes do 7º período. No decorrer do desenvolvimento, dentro dos capítulos e subcapítulos, emergiram questões voltadas para o contexto histórico e sócio-econômico da criação das Políticas Públicas de Proteção à Criança e ao Adolescente com enfoque na década de 90, época que em foi criado o ECA, além de políticas voltadas para a promoção e prevenção em saúde. Na sequência, foram abordadas questões que fundamentam o agravo, mais especificamente o aprofundamento, sobre os diferentes tipos de violência doméstica que sofrem as crianças e os adolescentes, bem como, as abordagens que devem ser realizadas durante o atendimento de enfermagem a

essas vítimas e os encaminhamentos que devem ser feitos frente a esses casos. Foram exploradas ainda as literaturas que fundamentam as dinâmicas do ensino-aprendizagem no contexto da formação discente. Nas considerações finais, os resultados apontaram que, quando indagados a respeito da existência de algum recurso de proteção para crianças e adolescentes, os entrevistados afirmaram conhecer o Conselho Tutelar, o ECA e o Juizado da Infância e da Juventude. Assim, é notória a importância da abordagem da violência em relação à criança e ao adolescente neste curso de graduação de Enfermagem. Alternativas de atuação são discutidas e algumas operacionalizadas. No entanto, acredita-se que esteja faltando direcionar um processo de reflexão que incite os discentes a assumirem seu dever social, ético e humanista em relação às crianças e aos adolescentes.

Descritores: Violência. Criança. Adolescente. Violência doméstica. Enfermagem.

ABSTRACT

The relevance of the training to work on violence against children and adolescents is supported on the understanding that professionals need be sufficiently informed about the rights of the population, general knowledge of health professionals, which may cause dramatic consequences for the victims of violence and non-professional intervention and the failure of society. The object of this study is inserted in the aspects of training and understanding of students in the graduation course of EMESCAM, front of the Public Health Policies to protect children and adolescent victims of domestic violence. We formulated the following objectives: Reflecting on Public Policies for the Protection of Children and Adolescents in the context of domestic violence from the creation of ECA; Identify the dynamics of teaching and learning in the context of training students in relation to theoretical and practical content on domestic violence against children and adolescents, which are covered in the classroom by teachers of the disciplines of Child Health and Emergency and Emergency Course Graduation Nursing EMESCAM; analyze the theoretical concepts and practices of students of the Undergraduate Nursing EMESCAM of domestic violence against children and adolescents. The methodology used in this study will be qualitative in nature, the case study and the study was conducted in a tertiary institution called EMESCAM. The subjects were students enrolled who attended the 6th and 7th of the first half of 2011 the Graduate Course in Nursing EMESCAM. Was used as a method of analysis to be non-directive group interview the 6th through the initial reading, the portfolio of the 7th period students made on a form. Development within the chapters and subchapters emerging issues facing the historical, socio-economic development, creation of public policies to protect child to adolescent, focusing on the 90s, a time which was created in the ECA, as well as policies focused on health promotion and prevention. Following issues were discussed that underlie the disorder, more specifically the deepening of the different types of domestic violence suffered by children and adolescents, as well as approaches that should be performed during nursing care to these victims and referrals to should be made to the front case. We further explored the literatures that underlie the dynamics of teaching and learning in the context of training students. Final considerations, the results showed that, when asked about the existence of some resource protection for children and adolescents, respondents said they knew the Guardian Council, ACE

and Juvenile Court for Children and Youth. So striking is the importance of addressing violence against children and adolescents in the undergraduate course in Nursing. Alternative actions are discussed and some operation, however it is believed that is missing a direct reflection process that encourages the students to take their duty social, ethical and humanist in relation to children and adolescents.

Descriptors: Violence. Child. Adolescents. Domestic violence. Nursing.

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNE - Conselho Nacional de Educação
DPCA - Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente
DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EMESCAM - Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS - Ministério da Saúde
MP - Ministério Público
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PPPC – Projeto Político Pedagógico de Curso
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TLCE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVO	18
3. METODOLOGIA	19
3.1 TIPO DE ESTUDO	19
3.2 LOCAL DE ESTUDO	20
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	21
3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	24
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
3.7 COLETA DE DADOS	25
3.8 ESTRUTURA DA PESQUISA	26
4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE FRENTE AOS AGRAVOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	28
4.1 HISTÓRICO DE CONSTITUIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DESAÚDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	28
4.2 REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	33
4.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUAS ABORDAGENS	35
4.3.1 Violência Doméstica	38
4.3.2 Violência Física	40
4.3.3 Síndrome de Munchausen	42
4.3.4 Bullying	43
4.3.5 Violência Psicológica	44
4.3.6 Violência Sexual	45
4.3.7 Negligência	48
5 A ÓTICA DO ENSINO-APRENDIZAGEM DOS DISCENTES DA EMESCAM COM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE.....	50
5.1 OS DESAFIOS DO ENSINO E DA APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DISCENTE.....	50
5.2 A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM ...	55
5.2.1 O Processo de Ensino-Aprendizagem na Enfermagem	55

5.2.2 O Ensino Acerca da Violência Doméstica à Criança e ao Adolescente na EMESCAM	60
5.2.3 A Visão do Docente em Relação ao Discente Frente à Temática a Violência Doméstica	65
6 PERCEPÇÃO DOS DISCENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE E FAMÍLIA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
8 REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES	114
APÊNDICE A	115
APÊNDICE B	116
APÊNDICE C	117
APÊNDICE D	118
ANEXOS	119
ANEXO A	120
ANEXO B	121

1 INTRODUÇÃO

A relação da temática sobre a violência contra a criança e o adolescente sempre foi alvo de minha atenção desde a Graduação em Enfermagem pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), em 2006. Na sequência, fiz Pós-Graduação em Saúde Coletiva, concluída em 2007 e Docência em Ensino Superior em 2011.

Durante a minha atuação como docente do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM, ministrando aulas na disciplina Internato I, com enfoque em Saúde Coletiva, e mais especificamente em Unidades de Saúde Municipal, que atuam sobre os pressupostos da Estratégia da Saúde da Família, pude observar lacunas no conhecimento teórico e prático dos discentes acerca das Políticas Públicas de Saúde de Proteção à Criança e ao Adolescente no momento em que estes se deparavam com o problema. A partir desta observação, surgiram as inquietações que me motivaram a aprofundar o conhecimento sobre a formação dos discentes no contexto da temática das Políticas Públicas de Saúde de Proteção à Criança e ao Adolescente.

A relevância na formação para atuar na violência contra a criança e o adolescente se sustenta no entendimento de que os profissionais precisam estar suficientemente informados sobre os direitos da população. O conhecimento dos profissionais de saúde, a não intervenção profissional e a omissão da sociedade, podem acarretar danos permanentes para as vítimas de violência, ou até mesmo a morte.

Apesar de reconhecer a importância da multidisciplinaridade na atenção à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica, a enfermagem, mais especificamente o enfermeiro, tem um papel relevante nesse processo (ELSEN, 1994), uma vez que são estes profissionais que estão presentes de forma ininterrupta nos serviços de saúde, *locus* onde se identifica, com maior frequência, as vítimas de violência doméstica.

Apresentada a minha aproximação com a temática, o objeto do presente estudo se insere nos aspectos da formação e apreensão dos discentes no Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM, frente às Políticas Públicas de Saúde de Proteção à Criança e ao Adolescente vítima de violência doméstica. Portanto, um objeto que vai ao encontro à proposta do Programa de Mestrado da EMESCAM com enfoque em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

A violência contra a criança e o adolescente é um fenômeno mundial, mas para compreendê-la é preciso contextualizá-la dentro das diferenças que envolvem as sociedades, reconhecendo que toda violência é social, histórica e que envolve determinantes econômicos, jurídicos, políticos e também influências culturais.

O Curso de Formação Especializada em Direito das Crianças e dos Jovens oferecido pela Escola de Direito, campus de Gualtar, Braga, em Portugal diz que, dada à relevância do problema da violência contra a criança e o adolescente e das múltiplas facetas com que a mesma se apresenta, torna-se imprescindível esta formação de profissionais licenciados em: Direito, Psicologia, Sociologia, Serviço Social, Educação, Medicina, Enfermagem e Ciências Policiais. (ESCOLA DE DIREITO GUALTAR, 2012)

O Brasil é uma sociedade marcada pela dominação de classe e por profunda desigualdade na distribuição da riqueza social, possibilitando a violência estrutural que atinge grande parcela de crianças e adolescentes, conduzindo-os a uma vida indigna em termos de alimentação, habitação, escolarização, exploração de sua mão de obra, tortura e extermínio.

Proteger a criança e o adolescente é dever da família, da sociedade e do Estado. O direito de proteção da criança e do adolescente já é reconhecido em nível internacional desde 1966, ano em que ocorreu a aprovação do Pacto de Direitos Civis e Políticos pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Os Estados-Membros que aderiram, reconheceram que toda criança tem direito, sem discriminação de raça, sexo, cor, idioma, religião, origem nacional ou social, posição econômica ou de nascimento às medidas de proteção que a

sua condição de menor requer por parte de sua família, da sociedade e do Estado. (CUNHA, 2005)

A Constituição Brasileira de 1988, em seu art. nº 277, prevê 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. (BRASIL, 1988)

Mas, não se pode pensar a criança e o adolescente como sujeitos de Direito sem levar em conta o papel dos serviços públicos, principalmente os serviços de saúde que são de interesse público e do bem comum. Portanto, os profissionais que ali atuam devem estar preparados para reconhecerem a criança e o adolescente como cidadãos de Direito e os direitos que o Estado reserva para estes cidadãos.

Observado os conteúdos programáticos das disciplinas do Curso de Graduação de Enfermagem oferecidos pela EMESCAM, identifica-se que os conteúdos precisam ser adequados aos determinantes constitucionais nas questões relativas à violação de direitos nas disciplinas Saúde da Criança e Urgência e Emergência, ofertadas no 5º e 6º períodos. Apesar disso, existe a preocupação dos docentes em preparar o discente para o enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente.

Pelo conteúdo programático da disciplina de Urgência e Emergência são abordados os tipos de violência, as formas de identificá-las e como atuar frente ao problema, mas no que se refere ao conteúdo programático de Saúde da Criança não consta esse assunto. Mesmo assim, a temática é apresentada aos discentes por meio de seminários e debates de artigos. (DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM, 2012)

A questão do enfrentamento da violência e suas consequências vêm sendo um desafio para os profissionais de saúde, mesmo não sendo um problema específico desta área. Dos grupos mais vulneráveis, as crianças e os

adolescentes estão incluídos e em maior proporção nos eventos violentos. Muitas vezes, estas situações ocorrem no contexto doméstico, caracterizando-se como um problema de grande relevância social e científica. (CUNHA, 2005)

Ainda segundo Cunha (2005), mesmo que seja dada a importância da multidisciplinaridade na atenção à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica, considera-se que a enfermagem tem um papel importante e crucial neste processo.

Para Minayo (1997), a violência pode ser entendida como o episódio representado por inúmeras ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que podem levar a danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.

A partir dos anos 1980, o tema violência entrou na agenda dos debates políticos e sociais e no âmbito programático da saúde. O crescente reconhecimento de que os serviços de saúde têm importante papel no enfrentamento da violência e o olhar cada vez mais atento dos profissionais da saúde, contribuem na elaboração de propostas de ações voltadas para a prevenção, promoção, identificação e o acompanhamento destas vítimas da violência. (MONTEIRO, 2010)

Segundo Krug et al. (2002, p. 5) em documentos elaborados para a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência é:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo, uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A definição utilizada pela OMS associa intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido. Os incidentes não intencionais – tais como a maioria das lesões de trânsito e queimaduras acidentais – estão excluídos da definição.

Na literatura científica foram encontradas diferentes definições e termos quando se faz referência à violência doméstica contra a criança. Os mais

comumente utilizados, de acordo com Azevedo e Guerra (1995), são: abuso, castigo, disciplina, maus-tratos, violência, violência doméstica e vitimização.

Estas autoras adotam o termo violência doméstica, o definindo como:

Todo ato ou omissão praticado por pais, parente ou responsável pela criança e/ ou adolescente que sendo capaz de causar dano físico, sexual e psicológico à vítima - implica de um lado, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. (AZEVEDO; GUERRA, 1995, p. 36)

Para Roque e Ferriani (2002), a violência doméstica é uma das várias modalidades de expressão de violência que a humanidade pratica contra suas crianças e adolescentes, sendo que as raízes desse fenômeno também estão associadas ao contexto histórico, social, cultural e político em que se insere e, não pode ser compreendida somente como uma questão decorrente de conflitos interpessoais entre pais e filhos.

Os maus-tratos infantis podem ser caracterizados como crime, assim descrito no Código Penal Brasileiro – art. nº 136:

[...] expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a um trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina. (Código Penal Brasileiro Apud ABRÁPIA, 1992, p. 11)

De acordo com BRASIL (2002), os diversos fatores de vulnerabilidade para a violência contra a criança podem possibilitar uma intervenção preventiva adequada e eficaz. Dentre estes fatores, ressalta-se: histórico de maus-tratos na infância dos pais, o uso de drogas, gravidez de pais adolescentes sem suporte social, negligência e violência doméstica.

Neste sentido, ocorreram transformações no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de respeitar a criança como cidadã, sujeito em desenvolvimento. O processo de mudança na Política de Saúde que teve como destaque a ampliação do conceito de Saúde na VIII Conferência Nacional de

Saúde em 1986 e a criação do SUS na Constituição Brasileira de 1988 trouxeram para a formação e atuação da equipe de enfermagem novas concepções e demandas. (CHRISTOFFEL et al., 2004)

Tendo em vista a dimensão do problema, a literatura registra quatro formas de violência: a física, psicológica, sexual e a negligência. Cada uma envolve problemas conceituais específicos e requer abordagem diferenciada. Existe hoje uma grande necessidade de se realizar estudos e pesquisas dentro desta temática, a fim de melhor orientar os profissionais da saúde como um todo para o atendimento e identificação correta desses casos em sua prática diária. (GUSMAN, 2010)

Corroborando com o autor Deslandes (1994, p. 181), em que dizem:

Apesar da inexatidão dos dados, o problema tem se mostrado relevante, pela consciência da frequência com que se apresenta e pelo reconhecimento científico das consequências deletérias para o crescimento e desenvolvimento das crianças vitimizadas. Há hoje, no Brasil, o desenvolvimento de uma consciência social em torno do tema da proteção à infância. Apontam-se, portanto, os desafios de conhecer melhor o fenômeno dos maus-tratos na realidade brasileira como estratégia para encontrar formas de prevenção.

Quanto ao ensino, o estudo poderá contribuir para que os docentes e os discentes de enfermagem estejam atentos na assistência à criança e ao adolescente vítima de violência. O estudo contribuirá também para a formação e assistência, propiciando uma reflexão crítica dos docentes e discentes de enfermagem acerca da abordagem adotada no enfrentamento do problema quando se deparam com crianças e adolescentes vítimas de violência.

Esta pesquisa ainda oferecerá subsídios para outras pesquisas sobre a abordagem na formação do discente para a assistência à criança e ao adolescente vítima de violência.

Frente ao problema da violência doméstica contra a criança e o adolescente foram elaboradas três questões que nortearão o estudo:

- a) Como a questão da violência doméstica aparece na discussão das Políticas Públicas destinadas às crianças e aos adolescentes ?;

- b) Quais conteúdos sobre a violência contra a criança e o adolescente são ministrados pelos docentes durante a formação discente no Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM ?;
- c) Como os discentes apreendem os conteúdos abordados pelos docentes durante a sua formação no Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM ?

2 OBJETIVOS

Para responder às questões norteadoras deste estudo foram desenvolvidos os seguintes objetivos:

Refletir sobre as Políticas Públicas de Proteção à Criança e ao Adolescente no contexto da violência doméstica a partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Identificar a dinâmica do ensino-aprendizagem no contexto da formação discente em relação aos conteúdos teóricos e práticos sobre violência doméstica contra a criança e o adolescente, que são abordados pelos docentes das disciplinas Saúde da Criança e Urgência e Emergência¹ do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM.

Analisar as concepções teóricas e práticas dos discentes do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM acerca da violência doméstica contra a criança e o adolescente.

¹ A disciplina de Saúde da Criança é dividida em duas etapas, sendo Saúde da Criança e Adolescente I, ministrada no 5º período e Saúde da Criança e Adolescente II, ministrada no 6º período. Ambas abordam questões inerentes à adolescência. A disciplina Urgência e Emergência é ministrada somente no 6º período.

3 METODOLOGIA

A metodologia é um conjunto de técnicas e processos utilizados pela ciência a fim de desenvolver estudos e pesquisas e resolver problemas de aquisição, objetivando o conhecimento de forma sistemática.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi de natureza qualitativa, do tipo Estudo de Caso. Segundo Minayo (2004, p. 10) os estudos qualitativos:

[...] são aqueles capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo nestas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Ainda conforme Minayo (2008), o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação. A realidade vai além dos nossos órgãos de percepção e, os dados subjetivos transparentes e não ditos também fazem parte do mundo real.

A inter-relação de significados, sentimentos, atos, crenças, valores e conhecimentos tornam-se relevantes para a abordagem qualitativa, que implica em considerar o sujeito de estudo, o indivíduo que pertence a determinado grupo social.

Para analisar os depoimentos utilizou-se a análise temática desenvolvida por Minayo (2008), por entender ser uma referência que está em conformidade com a natureza do objeto deste estudo, que versa sobre os aspectos da formação e apreensão dos discentes do 6º e 7º períodos do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM, frente às Políticas Públicas de Proteção à Criança e ao Adolescente vítima de violência doméstica. Portanto, um objeto que se insere na complexidade que envolve os atos individuais e coletivos das estruturas sociais que se manifestam na família, no Estado e, sobretudo, nas Políticas Públicas.

Segundo Lüdke e André (1986), o estudo de caso deve ser sempre bem delimitado e definido e conter como características fundamentais: preocupação com a descoberta, ou seja, ter constante atenção em relação a novos elementos que possam emergir durante o estudo; ênfase na interpretação do estudo de caso no contexto em que ocorre; preocupação em revelar os vários fatores presentes na situação e a inter-relação dos seus componentes; variedade de fontes de informação; possibilidade de formas variadas de relatos, em geral, de maneira informal e narrativa, transmissão direta, clara e articulada do caso.

De acordo com Yin (2005, p. 20):

[...] o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real tais como: os ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas e a maturação de setores econômicos.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido em uma Instituição de Ensino Superior denominada EMESCAM, onde foram coletadas as informações através de exposição do tema. A EMESCAM foi criada em 1966 por um ato da Mesa Administrativa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, porém, iniciou suas atividades em março de 1968 devido a diversas viagens que foram realizadas a Brasília e ao Rio de Janeiro, até conquistar a autorização do Ministério da Educação e Cultura para o funcionamento como Instituição de Ensino Superior. (EMESCAM, 2009)

Informações levantadas através de registros históricos da Instituição constam como foi a passagem do então orfanato para abrigar a escola de medicina:

[...] de acordo com relato de alguns docentes, Edson Ribeiro, Eli de Barros e do então Provedor Constanteen Helal, foi preciso contar com a providencial ajuda do Senador Eurico Resende para que o edifício do antigo Orfanato Santa Luzia, na Reta da Penha, pertencente à Santa Casa, fosse preparado para receber a Escola, onde hoje são ministradas as disciplinas dos cursos da EMESCAM. A preparação do orfanato não significou o desamparo das crianças, mas sim a

reintegração da maioria delas aos seus lares. Segundo Constanteen Helal, o orfanato abrigava cerca de 30 crianças, muitas delas com pais vivos: "Conseguimos devolver os internos para os pais e preparamos aquele prédio para a Escola de Medicina", afirmou Helal. (EMESCAM, 2009, p. 1)

A partir desse período, a faculdade acelerou seu crescimento e conta hoje com os cursos de Graduação de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Serviço Social, além de Residência Médica, Internatos para os cursos de Medicina e Enfermagem e cursos de Pós Graduação *stricto sensu* e *latu sensu*. (EMESCAM, 2009)

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Dos 60 (sessenta) discentes matriculados no primeiro semestre do ano de 2011 no Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM, 30 (trinta) eram do 6º período e os outros 30 (trinta) do 7º período. Na amostra do 6º período foi realizada a entrevista não diretiva em grupo em que participaram todos os discentes da turma que foram utilizados como sujeitos da pesquisa. Ao grupo de sujeitos do 7º período foi realizada a observação através de leitura flutuante de 30 (trinta) portfólios. Deste total, 16 (dezesesseis) portfólios abordavam de alguma forma a temática contida nas anotações da violência. Contudo, somente 09 (nove) puderam ser aproveitados, pois se enquadravam nos eixos de atenção da pesquisa.

A seleção do sujeito inicia-se, então, com a descrição e delimitação da população dos sujeitos a serem entrevistados, assim como o seu grau de representatividade no grupo social em estudo, constituindo um problema a ser imediatamente enfrentado. Isso pressupõe uma imersão do pesquisador na vida, no contexto e nas informações das pessoas ou grupos envolvidos na pesquisa. (CHIZZOTTI, 2005)

Esta divisão foi feita com base no processo de ensino-aprendizagem na teoria e na prática sobre a violência doméstica, pois o grupo dos discentes do 6º período recebeu informações teóricas e o grupo dos discentes do 7º período,

além do conteúdo teórico, vivenciou, na prática, o atendimento às vítimas de violência doméstica.

Para tanto, foram utilizadas como fontes a literatura que versa sobre o histórico da violência doméstica, a dinâmica do ensinar e aprender, conteúdos programáticos das disciplinas Saúde da Criança e Urgência e Emergência, além dos depoimentos dos docentes que ministraram estas disciplinas bem como os portfólios dos discentes.

Como o estudo abordou as questões relacionadas ao aprendizado, no decorrer deste, foi necessário coletar o depoimento dos docentes que ministraram as disciplinas relacionadas ao objeto. Neste sentido foram entrevistados 03 (três) docentes da EMESCAM que ministraram as disciplinas de Saúde da Criança e Urgência e Emergência. Esses depoimentos foram gravados, transcritos e identificados pelas iniciais de nome e sobrenome dos mesmos.

3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Entre os procedimentos metodológicos utilizados para coletar dados dos discentes, foi utilizado um formulário semiestruturado para caracterização dos sujeitos quanto à: idade, período, sexo, se possuem irmãos, participação em eventos científicos, cursos de atualização, se sofreu algum tipo de violência e se realizou algum atendimento à criança ou adolescente vítima de violência (APÊNDICE A).

Na sequência, foi realizada a entrevista não diretiva dos grupos do 6º período e a leitura flutuante dos portfólios dos discentes do 7º período. De acordo com Marconi e Lakatos (2002, p. 112), o formulário consiste em “um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado”.

A entrevista não diretiva é originária de uma técnica psicoterapêutica, centrada no cliente e desenvolvida por Carl Rogers. É utilizada para obter informações baseadas no discurso livre do entrevistado. Pressupõe que o informante seja

competente para exprimir com clareza sua experiência. É também uma maneira de receber informações do entrevistado da maneira que ele desejar manifestar em seus atos o significado que têm no contexto em que eles se realizam podendo revelar tanto a singularidade quanto a historicidade dos atos, concepções e ideias. (ROGERS, 1991)

Conforme Chizzotti (2005), a entrevista não diretiva é uma forma de obter informações baseadas no discurso livre do entrevistado. Para proceder a essa entrevista, alguns cuidados devem ser observados, como assegurar a cientificidade da técnica, a qualidade das informações colhidas, seu registro e a forma de redução do volume de dados e elementos passíveis de análise.

Segundo Minayo (2004), a entrevista está baseada no discurso livre do entrevistado, permitindo conhecer a opinião da pessoa ou do grupo, de acordo com a temática.

A entrevista não diretiva explora, desta forma, a liberdade do pesquisador em permitir esclarecimento de ideias, questões que surjam durante a entrevista, porém, o pesquisador deverá ter habilidade e perspicácia no encaminhamento da entrevista. (CARVALHO et al., 2000)

Os temas que subsidiaram a entrevista não diretiva no grupo dos discentes do 6º período foram: Violência; Violência Doméstica; Políticas Públicas de Saúde; Crianças e Adolescentes; Atendimento de Enfermagem – Prática Assistencial à criança e ao adolescente vítima de violência e Atendimento de Enfermagem - Práticas Educativas.

Os portfólios foram trabalhados com base nas etapas da análise como observação, através da leitura flutuante dos documentos que abordavam de alguma forma a temática da violência e que se enquadravam nos eixos de atenção da pesquisa.

Segundo Hernández (2000), o portfólio é continente de diferentes classes de documentos (notas pessoais, experiências de aula, trabalhos pontuais, acompanhamento do processo de aprendizagem, conexões com outros temas fora da escola, representações visuais, dentre outros) que proporcionam uma

reflexão crítica do conhecimento construído, das estratégias utilizadas, e da disposição de quem o elabora em continuar aprendendo.

O portfólio constitui um dos instrumentos de avaliação dinâmica realizada pelo próprio aluno e que mostra seu desenvolvimento e suas mudanças ao longo do tempo. A construção do portfólio busca desenvolver a habilidade de autoavaliação do trabalho e desempenho, podendo estabelecer uma estreita relação com a trajetória do seu desenvolvimento acadêmico, além de oportunizar a documentação e os registros, de forma sistêmica, crítica e reflexiva, de sua evolução, podendo ser compartilhado, como forma de contribuir para o processo coletivo de aprendizagem. (VILLAS, 2004)

A EMESCAM adota este método como um dos instrumentos de avaliação do discente do Internato I de Saúde Coletiva e Internato II do Curso de Enfermagem.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo encontra-se em consonância com os princípios estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, pois, além de autorizado pela diretoria da EMESCAM conforme (ANEXO A), foi também aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EMESCAM em 31 de agosto de 2011, segundo o protocolo de nº 074/2011 (ANEXO B). Vale ressaltar que, no decorrer do processo deste estudo ocorreram mudanças nos objetivos, na estrutura do trabalho e na orientação.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram adotados como critérios de exclusão para os sujeitos do 6º período aqueles que se recusaram participar da entrevista e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE) (APÊNDICE B) e para os sujeitos do 7º período os portfólios que não atenderam à metodologia proposta na

pesquisa ou não abordavam a temática estudada, não tendo estes a necessidade de assinatura do TLCE, pois os portfólios são documentos pertencentes à Instituição de Ensino.

3.7 COLETA DE DADOS

Os discentes do 6º período foram divididos em grupos com, no mínimo 03 (três) e no máximo 07 (sete) indivíduos, evitando-se assim dificuldades na coleta dos dados. Neste momento participaram 30 (trinta) discentes. Vale destacar que foi realizada a validação dos temas para atender aos objetivos do estudo.

O método de análise temática desenvolvido por Minayo (2008), faz uma divisão da análise em três etapas distintas. A primeira etapa é denominada de pré-análise que configura a observação, sendo o momento em que o pesquisador faz a leitura flutuante de parte do material coletado. Na segunda etapa, o pesquisador deve explorar o material coletado através de entrevistas, utilizando a entrevista não diretiva em grupo e com este material fazer a delimitação das unidades e subunidades temáticas através dos recortes no texto que fundamentam o objeto. Na terceira etapa, o pesquisador parte para o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, objetivando destacar as informações obtidas, propondo as interpretações previstas no quadro teórico.

Foram utilizados também slides de apresentação (APÊNDICE C) com questões relacionadas à discussão do grupo, com os temas Violência, Violência Doméstica, Políticas Públicas de Saúde, Criança e Adolescente e Atendimento de Enfermagem, além da elaboração de um roteiro (APÊNDICE D) de categorização dos sujeitos, com perguntas abertas que possibilitaram que os mesmos falassem livremente sobre o processo de ensino-aprendizagem e sobre as abordagens do conteúdo violência doméstica contra a criança e o adolescente.

Ao aplicar o conteúdo programático, o docente traz a sua vivência da prática. Dessa maneira, foi importante coletar o depoimento dos docentes que ministraram as disciplinas de Saúde da Criança e Urgência e Emergência. Esta

medida teve como base o entendimento de que o docente é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto na dinâmica de ensino-aprendizagem.

As unidades temáticas e as subunidades que emergiram das entrevistas são apresentadas no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Unidades e Subunidades Temáticas

Unidades Temáticas	Subunidades
Caracterização da violência.	- conceito; - tipos de violência; - bioética.
Caracterização da violência doméstica.	- conceito; - vivência no âmbito familiar; - bioética; - comunicação.
Políticas Públicas.	- ECA; - conselho tutelar; - órgãos superiores; - políticas de promoção; - prevenção à saúde.
Criança e Adolescente.	- conceito; - faixa etária; - crescimento e desenvolvimento.
Atendimento de Enfermagem – Prática Assistencial.	- histórico de enfermagem; - exame físico; - consulta de enfermagem; - cuidados de enfermagem; - equipe de enfermagem.
Atendimento de Enfermagem – Prática Educativa.	- conceito de conhecimento; - estratégias e técnicas identificadas “fantoques”; - insuficiência de conteúdo recebido formação.

Fonte: autora

3.8 ESTRUTURA DA PESQUISA

A pesquisa foi estruturada em três partes.

Na primeira, a ênfase recaiu sobre a análise das Políticas Públicas de Saúde de Proteção à Criança e ao Adolescente tendo como marco o ano de 1990, ano em que em foi criado o ECA. No sentido de contribuir para o aprendizado, foram também abordados nesse contexto, os tipos de violência doméstica, bem como, as abordagens de diagnósticos e encaminhamentos frente aos casos de violência doméstica.

Para a construção da segunda parte, explorou-se a dinâmica do ensino-aprendizagem no contexto da formação dos discentes em relação aos conteúdos teóricos e práticos sobre a violência doméstica contra a criança e o adolescente, abordados pelos docentes do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM.

Na terceira parte deste estudo, o enfoque deu-se através da análise das concepções teóricas e práticas dos discentes do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM sobre a violência doméstica contra criança e adolescente.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE FRENTE AOS AGRAVOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Inicialmente realizou-se um estudo a respeito do contexto histórico, social e econômico da criação das Políticas Públicas de Proteção à Criança e ao Adolescente com enfoque na década de 90, época que em foi criado o ECA, além de políticas voltadas para promoção e prevenção da saúde. Na sequência, foram abordadas as questões que fundamentam o agravo, mais especificamente o aprofundamento sobre os diferentes tipos de violência doméstica que sofrem as crianças e os adolescentes, bem como, as abordagens que devem ser realizadas durante o atendimento de enfermagem a estas vítimas e os encaminhamentos que devem ser feitos frente aos casos.

4.1 HISTÓRICO DE CONSTITUIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

No início do século XVI, ocorreram os descobrimentos científicos e as grandes navegações provocaram profundas mudanças em vários campos sociais, sejam eles econômicos, culturais, políticos ou ideológicos. O homem passa a ser visto como um ser dotado de racionalidade e capacidade de domínio sobre a natureza, ficando para trás a cultura teocêntrica da Idade Média.

As grandes descobertas do século XVI, refletiram mudanças no universo da criança e do adolescente, que passaram a existir no cotidiano como atores importantes, opondo-se as indiferenças da Idade Medieval. O status da criança foi sendo modificado, assim como foram inauguradas novas formas de agressão e violência, estas, agora, com uma conotação pedagógica, ficando assim delimitada à população infanto-juvenil. Neste momento, as agressões físicas constituíam um recurso didático e o direito de empregá-lo era transferido a outras pessoas, fora do círculo familiar.

Em 1927, no Brasil, foi publicada a primeira legislação acerca de menores infratores. O decreto ficou conhecido como Código Mello Matos.

Na primeira metade do século XX, no cenário internacional houve grandes mudanças (guerras, conflitos de classe, reformas e revoluções, surgimento de organismos internacionais) que levaram à Declaração dos Direitos do Homem e à Declaração dos Direitos da Criança, promulgadas pela ONU em 1948 e em 1959, respectivamente, denominada de Declaração Universal dos Direitos Humanos. (BRASIL, 2001)

A Declaração Universal dos Direitos Humanos vem pôr em destaque, portanto, que um ato de violação de direito é um ato de violência. Desta maneira, a violência configura-se como um fenômeno complexo, causado e agravado pela convergência de múltiplos aspectos, como o político, econômico e social, produzindo diferentes manifestações destrutivas para as vítimas, independente da idade, etnia, cor, religião ou gênero. (BRASIL, 2001)

Na sociedade brasileira, os reflexos dos debates internacionais no âmbito da ONU e inscrito nas Declarações mencionadas, surgiram ao final da década de 1980, tendo sido absorvidos pela Assembléia Constituinte instalada em 1987 e sacramentados na Constituição de 1988 e Lei nº 8.069/90. Desde então, o tema é abordado sob a perspectiva da criança e do adolescente. Antes disso, no período do Regime Militar (1964-1979), o Código de Menores, Lei nº 6.697/79 substituiu o Código Mello Matos, mas ainda mantinha a abordagem repressiva, com a ênfase no menor infrator. (IBGE, 2012)

Em 1988 o Brasil conquistou, por meio da Constituição Federal, a garantia dos direitos fundamentais para a criança e o adolescente, causando mudanças na política de assistência e atendimento com a implantação de medidas que viabilizavam os direitos assegurados aos menores de 18 anos. (AZAMBUJA, 2004)

As mudanças políticas e sociais no País na década de 80 revigoraram o debate sobre o tema culminando no reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito, abolindo dessa forma, a clássica distinção entre crianças e adolescentes, menores infratores e delinquentes, estes em geral, filhos da pobreza. A estes se destinava a chamada Doutrina da Situação Irregular, preconizada pelo citado Código Mello Matos e pelo Código de

Menores de 1979, instrumentos de proteção da sociedade contra os menores infratores e não de garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. (IBGE, 2012)

Os avanços ocorridos internacionalmente na área da infância e da adolescência repercutiram de forma positiva no Brasil: foi ratificada a normativa expressa na Convenção Internacional dos Direitos da Criança e aprovada a Lei Federal nº 8069/90 – ECA, que representa a ruptura de forma definitiva com o paradigma da situação irregular e finda na consolidação da Doutrina da Proteção Integral, fundamentada no princípio da Prioridade Absoluta, consagrado no art. nº 227, da Constituição Federal Brasileira.

O ECA, conforme disposto na Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, eleva as crianças e os adolescentes brasileiros à condição de sujeitos de direito, estabelecendo obrigatoriedade de notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência. Reforça ainda, que os profissionais da saúde e de educação, ao não obedecerem esta lei, tornar-se-ão passíveis de punição. (CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005)

O Estatuto estabeleceu também o critério de definição de criança e adolescente em seu art. 2º, que diz que a criança é considerada, para os efeitos legais, até seus doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquelas entre doze e dezoito anos de idade. (BRASIL, 2007)

Por força do ECA, foram criados em nível nacional, estadual e municipal, os Conselhos Tutelares e Delegacias Especializadas, constituídas por pessoas capacitadas pelo município para garantir a defesa dos direitos individuais da criança e do adolescente. Os Conselhos Tutelares possibilitam aos cidadãos e às Instituições, especialmente de saúde e educação, encaminhar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos praticados contra as crianças e adolescentes. (AZAMBUJA, 2004)

Pela regulamentação do art. nº 227 da Constituição Federal, o Estatuto substitui o malfadado Princípio da Situação Irregular pela moderna Doutrina da Proteção Integral, que assegura a todas as crianças e adolescentes,

indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano, o exercício pleno da cidadania. (BRASIL, 1988)

O ECA atualmente continua sendo alvo constante de ataques vindos dos que ainda não entenderam que o legislador visualizou nele a oportunidade única de criação de um conjunto de normas de proteção capaz de colocar a fase da infância e adolescência a salvo de toda e qualquer forma de violência, negligência e exploração ou, o que é pior, por parte daqueles desprovidos de sensibilidade que insistem em não enxergar que as crianças e adolescentes têm assegurados os direitos básicos da pessoa humana. (BRASIL, 1988)

A primeira prevê como concepção política social implícita, como um instrumento de proteção e vigilância da infância e adolescência, vítima da omissão e transgressão da família, em seus direitos básicos. Já a segunda, é um instrumento de controle social da infância e da adolescência vítima da omissão e da transgressão da família, da sociedade e do Estado em seus direitos básicos.

É importante salientar as diferenças entre o Código de Menores (Decreto nº 17943, de 12/10/27) e (Decreto nº 6697/79), a Lei do Bem-Estar do Menor nº 4513/64 e o ECA (Lei nº 8069/90).

Por fim, o ECA é um instrumento de desenvolvimento social, voltado para as crianças e adolescentes do país, a fim de garantir a proteção especial àquele seguimento considerado de risco social e pessoal.

Com relação à visão da criança e do adolescente, o Código de Menores (Decreto nº 17943, de 12/10/27) diz que o menor abandonado ou delinquente deve ser objeto de vigilância das autoridades públicas (juiz). Já o Decreto nº 6697/79 e Lei do Bem-Estar do Menor nº 4513/64 colocam o menor em situação irregular, objeto de medidas judiciais, enquanto no ECA, os sujeitos detêm direitos, e a pessoa tem condição peculiar de desenvolvimento.

O ECA inova ao considerar a violência contra crianças e adolescentes como problema de saúde pública e deve ser encarado, na medida em que a insere no Título II, dos Direitos Fundamentais, Capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde,

bem como quando torna obrigatória a comunicação de tais ocorrências (suspeita ou confirmação de maus-tratos) à autoridade competente. (BRASIL, 1988)

Sendo redigido por uma comissão composta por diversos representantes do setores jurídicos, das políticas públicas e dos movimentos sociais, o ECA vem agregar o mérito de resultar em um trabalho conjunto, no qual os mais diversos segmentos da sociedade puderam ser envolvidos e ouvidos. (BRASIL, 1992)

Composto por 267 artigos, o ECA garante os direitos e deveres de cidadãos às crianças e aos adolescentes, determinando à família, à sociedade, à comunidade e ao Estado a corresponsabilidade pela proteção integral dessas crianças e adolescentes, já que antes a tarefa era exclusiva do antigo juiz de menores. Define ainda um sistema participativo de formulação, controle e fiscalização das políticas públicas entre Estado e sociedade civil. (BRASIL, 1992)

Neste contexto são direitos da criança e do adolescente conforme descreve o ECA:

Criança tem prioridade absoluta. Toda pessoa tem o direito de ser atendida em suas necessidades básicas. O princípio da prioridade absoluta garante à criança e ao adolescente a inclusão em programas de orientação e promoção em todas as áreas: saúde, educação, assistência social, esporte, cultura, lazer e outras. (BRASIL, 1990, p. 1)

Da mesma forma o ECA define os deveres da Família, Sociedade e Estado:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990, p. 1)

Assim, crianças e adolescentes tornam-se sujeitos de direito e deveres civis, humanos e sociais previstos na Constituição e em outras leis. Passam a ser considerados cidadãos em desenvolvimento, tendo o seu universo protegido.

4.2 REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Os municípios devem procurar manter uma rede de atendimento que possa assegurar a atenção global às necessidades da criança e do adolescente, pois isso pressupõe que tanto as Organizações Governamentais quanto as Não Governamentais devem atuar de forma articulada e complementar, colocando à disposição serviços e programas que visem obter resultados positivos e de impacto.

A estruturação de uma rede de serviços torna-se importante e fundamental para pôr em prática as medidas de proteção às vítimas, facilitando e agilizando o fluxo de atendimento. Além disso, evita duplicidade de procedimentos e melhora a atenção aos casos que envolvam qualquer tipo de maus-tratos, proporcionando um comprometimento mais articulado entre os envolvidos. (PERINI, 2007)

Com a criação das Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), ocorreu um enorme avanço para a defesa dos direitos da criança e do adolescente. Sua implantação possibilitou uma estrutura mais consolidada e adequada para a sociedade, principalmente no que se refere à prática de crimes de violência física e sexual e encaminhamento das medidas legais cabíveis. (CAMPOS, 2006)

A DPCA do Espírito Santo foi criada em julho de 1993 e se localiza no município de Vitória, capital do estado. Sendo o principal objetivo o de garantir serviço de atendimento coordenado, eficiente e especializado, atuando na apuração dos crimes e prevenção e defesa dos direitos desse público.

O sistema de atendimento inicia-se a partir da denúncia do crime e sua apuração, cujo parecer é enviado às autoridades competentes para as devidas

providências, como o Ministério Público e o Poder Judiciário. Há casos em que a vítima é encaminhada aos serviços de assistência social, educação, saúde e ao Conselho Tutelar, para que esses serviços atuem dentro de suas atribuições.

Fica a cargo do município planejar, organizar e garantir o acesso da população aos programas de orientação e apoio sócio-familiar sempre que for preciso. Esses programas devem ser organizados nas comunidades, junto às famílias, às escolas, às Unidades de Saúde (US), aos programas de esporte, à cultura, ao lazer e à capacitação para o trabalho. Estas ações objetivam proteger e amenizar a situação das crianças e adolescentes ameaçados de violação de seus direitos.

Segundo Costa (1998), o Conselho Tutelar é um órgão colegiado, não jurisdicional, composto por cinco membros escolhidos pela comunidade local, com mandato de três anos, encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos no ECA, nos art. nº 131 e 132.

O ECA tem normas claras e regulamentadas pela Constituição Federal. Elas reconhecem a cidadania das pessoas e o direito a reunir-se em grupos. Mais do que isso, dá a palavra e o voto às comunidades organizadas por meio do Conselho Municipal dos Direitos da Criança.

Dessa forma, a comunidade tem possibilidade de mover ações públicas contra o Governo, obrigando-o a ajustar sua conduta às normas da Constituição e do próprio Estatuto, em caso de omissões ou abusos.

O ECA reserva aos profissionais da saúde a atuação, o atendimento e diagnóstico de maus-tratos e os procedimentos referentes à notificação. O não cumprimento dessa responsabilidade corresponde à falta de conhecimento das leis ou por não estarem convencidos de que devem exercer esse papel. É importante afirmar que a notificação não é um ato pessoal, mas uma obrigação legal. (BRASIL, 1990)

Os profissionais da saúde devem ser mais comprometidos, capacitados e supervisionados, a fim de garantir a notificação ao Conselho Tutelar a respeito

dos casos suspeitos de maus-tratos praticados contra seus pacientes, tendo em vista que isso ajuda a identificar e registrar os casos, bem como adotar medidas de proteção e prevenção à criança e ao adolescente e ao grupo familiar.

Segundo Kaminski (2003), a instrumentalização do Estatuto e a Política Municipal de Proteção com relação aos direitos da criança e do adolescente, que consistem em ricos processos, necessitam ser bem analisadas e terem projetadas suas aplicações e seus desdobramentos por meio do gestor municipal no que tange à proteção dos direitos das crianças e adolescentes de seu município.

4.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUAS ABORDAGENS

A violência pode ser considerada como um eterno problema da teoria social e da prática política e relacional da nossa humanidade. Não se tem conhecimento de nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente em sua construção e em seu desenvolvimento.

Ao contrário, a dialética do desenvolvimento social traz em questão os problemas mais vitais e angustiantes vivenciados pelos seres humanos, levando filósofos, como Engels (1981, p. 187), a afirmar que:

[...] a história é, talvez, a mais cruel das deusas que arrasta sua carruagem triunfal sobre montões de cadáveres, tanto durante as guerras como em período de desenvolvimento pacífico [...].

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a história humana desde as culturas mais primitivas, registrando, também atualmente, formas distintas de expressão. O processo civilizatório tem refletido o arbítrio dos pais sobre a vida dos filhos, sendo este vinculado ao processo educativo. A violência, no caso, tem sido considerada instrumento de socialização e resposta à desobediência. (MONTEIRO; CABRAL; JODELET apud MINAYO, 2002)

De acordo com Gonçalves (2003), a figura da criança era relegada, e este desprezo foi disseminado pela Igreja Católica por intermédio de seus maiores expoentes. Santo Agostinho, por exemplo, considerado o teólogo cristão mais importante da Idade Média, colaborou diretamente para desabonar a imagem da criança.

Corroborando com o autor acima, Galzerani (2002) diz que, fruto da união sexual dos pais, a criança era vista como símbolo da força do mal, um ser imperfeito esmagado pelo peso do pecado original. Essa união, de acordo com o pensamento teológico medieval, era em si mesma pecaminosa, em razão dos desejos libidinosos que a motivavam. Além disso, a criança era vista como um ser sem racionalidade. É claro que esta imagem que se tinha da criança não conferia com um ser de má índole.

No Brasil, os castigos e ameaças foram introduzidos pelos primeiros padres da Companhia de Jesus. Em 1549 o padre Luís de Grã assim dizia: sem castigo não se fará vida. Gilberto Freyre, em sua obra *Casa Grande e Senzala* de 1987 retratou as histórias dos filhos que desde cedo se acostumavam à imposição de castigos físicos. Os espancamentos com palmatórias, varas de marmelo, cipós, entre outros, tinham como objetivo ensinar as crianças a obedecer aos pais. Aprendiam, pois, que a obediência era a forma de escapar das punições. (GUERRA, 1998)

Registros dos séculos XVII e XVIII revelam que a situação vivida pelas crianças brasileiras era de alto índice de mortalidade e violência, principalmente entre as crianças pobres e as escravas, que passavam por castigos físicos efetuados com a utilização de chicotes e instrumentos de suplício, e por maus-tratos sexuais, tais como estupros cometidos por rapazes brancos. (GUERRA, 1998)

Escandalizava a opinião pública no século XVIII o número de bebês abandonados pelas mães à noite nas ruas sujas, os quais muitas vezes eram devorados por cães ou vitimados pelas intempéries ou pela fome. Além dos casos das crianças que eram deixadas nas naves das igrejas ou às portas dos conventos, na esperança de que alguma freira ou padre as alimentasse.

No Brasil, o acolhimento de órfãos através da roda se estabeleceu no século XVIII e seguiu a tradição Ibérica, segundo a qual caberia à Santa Casa de Misericórdia o monopólio da assistência à infância abandonada, contando, todavia, com o auxílio da respectiva Câmara Municipal. (MARCILIO, 1997)

As autoridades brasileiras, preocupadas com o crescente número de crianças abandonadas, criaram as rodas dos expostos, sob a administração da Santa Casa de Misericórdia. A primeira foi construída em 1726, em Salvador, e a segunda, em 1738, no Rio de Janeiro. Só no Rio de Janeiro, no primeiro ano de funcionamento da roda, foram recebidas 8.713 crianças em situação de rua.

Somente no século XIX a criança tornou-se objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial no seio familiar. Ao final desse período, as descobertas de Freud e outros pensadores abriram caminho para novos entendimentos sobre a infância. Neste contexto, os meios de comunicação da época começavam a chamar a atenção da sociedade e do Estado sobre a situação de abandono e desproteção das crianças. (DAY et al., 2003)

As determinações sociais da violência, em geral possuem aspectos amplos de entendimento, mas o seu aumento está relacionado ao incremento da política neoliberal que segrega e coloca à margem grande número de pessoas, desenhando situações de vida que podem criar ou facilitar a delinquência. O neoliberalismo, assim como a globalização, molda e posiciona sob sua égide², a doença, a violência, a miséria e a morte. Estas questões sociais se expressam através de manifestações da violência, tanto no campo intra como extrafamiliar. (ROQUE; FERRIANI, 2002)

Ainda que algumas causas sejam multifacetadas, há um consenso a respeito das graves consequências para as crianças e adolescentes vítimas de violência. Além disso, tal fenômeno não é prerrogativa das classes menos favorecidas, pois está presente em todas as classes sociais.

A violência contra crianças e adolescentes se manifesta em todos os lugares. Pode ser na comunidade onde moram, na escola, nas Instituições sócio-

² Égide: amparo; defesa; proteção. (FERREIRA, 2010)

educativas e na família, sendo dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente. (BRASIL, 1990)

As marcas físicas, emocionais e psicológicas, sexuais e de negligência, relacionadas à violência podem ter sérias implicações no desenvolvimento da criança, na sua saúde e na capacidade de aprendizagem. O fato de ter sofrido atos de violência na infância está relacionado com comportamentos de risco no futuro, tais como o consumo de tabaco, o abuso de álcool e drogas, inatividade física e obesidade.

Há uma dificuldade em se definir a violência doméstica, já que esta decorre de múltiplas conceituações nas diferentes áreas, como nas ciências humanas, filosóficas, médicas, sociais, religiosas, entre outras.

4.3.1 Violência Doméstica

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é fenômeno que acompanha a história da humanidade e se constituiu a partir de um aspecto da organização das sociedades, que durante séculos não recebeu nenhuma ação externa ao contexto doméstico. Desde o século XX, esse fenômeno vem sendo tratado como problema social e de atenção em saúde pública. (RAMOS; SILVA, 2011)

A violência doméstica contra a criança, além de constituir-se em uma realidade dolorosa, ao revelar os maus-tratos perpetrados na realidade doméstica, traz prejuízos a curto, médio e longo prazo, tanto de ordem física como psicossocial, que podem ser devastadores, já que as experiências vividas na infância se refletem na vida adulta.

Considerada como um problema multifatorial, a violência doméstica é constituída por uma diversidade de variáveis, que afeta todos os níveis socioeconômicos e culturais da sociedade e, por essas razões, exige intervenção de uma equipe multiprofissional, cujos procedimentos possibilitem um atendimento integral. (RAMOS; SILVA, 2011)

Reafirmando que a violência doméstica contra a criança é definida por Azevedo e Guerra (2005), como o ato ou a omissão praticada por pais, parentes e/ou responsáveis contra crianças e adolescentes, que implicam em transgressão do poder e dever de proteção do adulto, isto é, em uma negação do direito que elas têm de serem tratadas como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Segundo Algeri e Souza (2006), a violência doméstica contra crianças e adolescentes é de difícil detecção, já que ocorre em um ambiente privado, ou seja, dentro de casa, além de ser incentivada pela cultura patriarcal e machista em nosso país, em que há uma relação de poder entre pais e filhos e na qual estabelece que alguns tipos de violência são formas de educar.

Sendo assim, é importante destacar quatro tipos de violência doméstica: física, psicológica, sexual e a negligência.

A violência física se dá por meio da execução da força física com a intenção de lesar a criança ou adolescente, deixando marcas ou não, formas de agressão e maus-tratos e até mesmo a Síndrome do Bebê Sacudido, além da Síndrome de Munchäusen e o Bullying. Com relação à violência psicológica o adulto constantemente tem problemas com a aceitação da criança, passando a causar-lhes grande sofrimento psicológico, por meio de ameaças. No que diz respeito à violência sexual, devem ser citados o estupro, posse sexual mediante fraude e atentado violento ao pudor. Por fim, a negligência ocorre quando os pais ou responsáveis falham em atender as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente, ou abandonando-as. (AZEVEDO; GUERRA apud CRUZ, 2003)

A violência doméstica tem determinação complexa, sendo consequência de interação entre fatores culturais, sociais e características individuais dos cuidadores e da criança. No âmbito cultural, além da aceitação da ideia de propriedade da criança pelos pais, vem prevalecendo, ao longo da história, a compreensão do castigo físico como recurso pedagógico.

4.3.2 Violência Física

A violência física é caracterizada pela utilização da força física com a intenção de machucar ou lesar a criança podendo ou não deixar marcas, ou seja, consiste no uso da força física de forma intencional, não acidental ou de atos de omissão intencionais, praticados pelos pais, parentes ou responsáveis com o objetivo de ferir, danificar, machucar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes. (MCKTTRICK, 1984)

A violência física é mais facilmente identificável quando é resultante de algumas lesões que geralmente se apresentam como marcas que refletem o objeto utilizado para agredir a criança. As lesões podem ser causadas por queimaduras ou espancamentos. Nos casos de queimaduras as regiões mais comuns são: a sola dos pés, as palmas das mãos, o dorso e as nádegas. A localização da lesão pode indicar se esta foi decorrente de acidente ou não. (WHALEY; WONG, 1984)

Nos casos em que não há lesão visível, deve ser avaliada a presença de sangramento interno, fraturas ósseas, lesões cicatrizadas ou fraturas calcificadas.

Os relatos dos pais geralmente não condizem com as lesões apresentadas ou são contraditórios entre si. As vítimas, muitas vezes, podem apresentar queixas associadas aos maus-tratos. Os pais também podem pedir atendimento a outro problema que não esteja relacionado às consequências diretas dos abusos físicos. Em alguns casos, os responsáveis podem se recusar a autorizar exames complementares ou até mesmo impedir a internação da vítima, insistindo em dizer que a criança se machucou sozinha.

De acordo com Whaley e Wong (1984), a criança espancada pode apresentar uma série de sintomas psicológicos como: demonstrar que não espera ser confortada pelos pais, ser arredia a outras pessoas e/ou demonstrar carência afetiva aceitando facilmente amizades novas e carinhos de pessoas estranhas. É importante estar atento e observar que, em alguns casos, a criança e o

adolescente, mesmo tendo sido extremamente agredidos pelos pais, demonstram-lhes carinho e se sentem culpados pela agressão sofrida.

Conforme Niehoff (1999), a agressão é um comportamento adaptativo entendido como utilização de força física em reação a uma percepção de ameaça. Por sua vez, violência é um comportamento mal-adaptativo, que consiste em uma agressão direcionada ao alvo errado, no lugar errado, no tempo errado e com a intensidade errada.

O comportamento agressivo é uma categoria que engloba atos que variam de acordo com manifestações típicas para cada idade, severidade e escolha do oponente ou vítima. (LOEBER; HAY, 1997)

Os maus-tratos evidenciam-se desde a presença de lesões corporais de natureza violenta, aparência descuidada, sinais de desnutrição, doenças não tratadas, até uma variada gama de alterações de caráter psicológico. Na prática de atendimento podem ser observados: distúrbios do sono e alimentação, problemas de aprendizado, enurese, isolamento, perda da confiança em adultos, e até mesmo práticas de autoflagelação e tentativas de suicídio. (CRUZ, 2003)

As lesões mais observadas decorrentes da violência física manifestam-se em grande parte na própria pele, sob a forma de escoriações, equimoses, erupções cutâneas, hematomas e queimaduras. A segunda parte do corpo mais atingida é o tecido ósseo, por meio de fraturas. Em terceiro lugar estão as lesões cranioencefálicas e do sistema nervoso central.

Outra forma de violência física é a Síndrome do Bebê Sacudido (Shaken Baby Syndrome). Este é um termo utilizado para denominar uma forma de violência frequentemente praticada e que não deixa marcas físicas. Os agressores, geralmente são os pais biológicos ou companheiros que se irritam com o choro da criança, habitualmente com idade inferior a um ano, na maioria das vezes menos de seis meses. Envolve sacudir ou chacoalhar fortemente a criança, principalmente no sentido ântero-posterior, podendo provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e

até a morte. O diagnóstico é feito pela identificação de uma combinação de hemorragias retiniana e subdural. (CARDOSO, et al., 2003)

4.3.3 Síndrome de Munchausen

A síndrome de Munchausen por procuração é um tipo de violência física em que um dos responsáveis ou cuidador (geralmente a mãe), simula sinais ou sintomas que caracterizam doenças em seus filhos (por exemplo, falsifica material colhido para exames) ou efetivamente cria os problemas de saúde infantis através de atos como a administração de medicamentos desnecessários.

É considerada como outra modalidade de violência perpetrada por familiares. Caracteriza-se como situação em que pais, mediante a simulação de uma sintomatologia, logram que em seus filhos sejam realizadas inúmeras investigações médicas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001)

Segundo Wong (1999, p. 381), os seguintes sinais relacionados podem ser indicativos da Síndrome de Munchausen:

Doença inexplicada, prolongada, recorrente ou extremamente rara;
Discrepância entre os achados clínicos e a história
Doença que não responde ao tratamento
Sinais e sintomas que ocorrem apenas na presença dos pais;
Conhecimento dos pais sobre a doença, procedimentos e tratamentos;
Pais muito interessados em relacionar-se com os membros da equipe de saúde e Familiares com sintomas semelhantes.

Se caracterizando muitas vezes por sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos responsáveis pela criança e que muitas vezes ocasionam tratamentos e /ou internações repetidas e desnecessárias.

4.3.4 Bullying

O bullying é uma palavra inglesa que significa (bully = valentão, brigão; termo sem tradução adequada em português). Compreende comportamentos com variados níveis de violência que vão desde chateações inoportunas ou hostis, até fatos fracamente agressivos, em forma verbal ou não, intencional e repetido, sem motivação aparente, provocados por um ou mais estudantes em relação a outros, causando dor, angústia, exclusão, humilhação e discriminação. (SILVA, 2008)

Diversas palavras e expressões tem sentido equivalentes ao bullying no Brasil, como zoar, intimidar, humilhar, ameaçar, excluir, difamar e tantas outras. (BRASIL, 2007)

Tal comportamento é manifestado também por atos repetidos de opressão, discriminação, intimidação, xingamentos, chacotas, tirania, agressão a pessoas ou grupos. (OLWEUS; WITHINEY, 1993)

O fenômeno chamado bullying ou intimidação por colegas ou grupos, pode ser ainda definido como uma forma de agressão em que um ou mais indivíduos ameaçam outros física, psicológica e/ou sexualmente de maneira repetida por um período determinado de tempo. (BATSCHE; KNOFF, 1994)

Assim, suas principais características são a intencionalidade do ato, ocorrência por tempo prolongado e desequilíbrio de poder físico, psicológico ou social entre os indivíduos. (ORPINAS; HORNE, 2006)

O bullying pode ser classificado como ações diretas ou indiretas. As ações diretas podem ser físicas - chutar, empurrar, bater, tomar pertences - ou verbais – insultos e apelidos ofensivos. Já as indiretas são aquelas que fazem com que alguém seja discriminado ou excluído de seu grupo social, como disseminação de boatos ou histórias desagradáveis sobre um indivíduo. (LOPES, 2005)

4.3.5 Violência Psicológica

A violência psicológica pode assumir formas diferenciadas, mas está presente em todo e qualquer tipo de violência. Ocorre quando crianças e/ou adolescentes são constantemente depreciados, bloqueados em seus esforços de autoaceitação ou ameaçados de perdas de entes queridos. Pode ainda ser toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas. (BRASIL, 2004)

Ao aprofundar a discussão Gabarino et al. (1986), evidencia vários aspectos dessa forma de violência, desde a definição e a identificação até a prevenção, intervenção e tratamento. Segundo ele, a violência psicológica contra a criança e o adolescente, é caracterizada como uma agressão orquestrada por um adulto.

Nesse sentido as ações executadas por esses adultos são relacionadas quanto à rejeição, o isolamento, a aterrorização. Podem também ignorar (eles privam a criança de estimulação, reprimindo o desenvolvimento emocional e intelectual) e por fim, corromper a criança (o adulto conduz negativamente a socialização da criança, estimula e reforça o seu engajamento no comportamento antissocial).

Desta forma a ameaça ocorre quando o agressor se utiliza de violência emocional e moral contra a criança ou adolescente, como por exemplo, a ameaça de causar danos materiais, provocando medo com o intuito de vencer sua resistência, facilitando assim a conjunção carnal. (CROCE, 2006)

Assim, qualquer consideração sobre a violência psicológica depende grandemente do contexto sociocultural, sendo um comportamento considerado psicologicamente abusivo, quando transmite uma mensagem culturalmente específica de rejeição ou prejudica um processo psicológico socialmente relevante.

Segundo Brasil (2002), existem várias formas de violência psicológica: terrorismo, isolamento, exploração, indisponibilidade emocional, rejeição e degradação.

O terrorismo consiste em ameaçar a criança com surras ou castigos desproporcionais, deixá-la desamparada em momentos difíceis de sua vida e obrigá-la a presenciar desavenças e brigas entre os pais. A criança pode ser atacada verbalmente, sofrendo um clima de medo, ameaça, fazendo-a acreditar que o mundo é excêntrico e hostil.

O isolamento é aquele que não permite que a criança tenha laços sociais normais, de fazer amizades e a faz acreditar que está sozinha no mundo.

Com relação à exploração pode ser descrita como sendo o uso da criança para benefício de terceiros, em atividades sexuais, como prostituição e pornografia, mas também em trabalhos que extrapolam o trabalho educativo.

A indisponibilidade emocional consiste em negar à criança cuidados sensíveis e atenciosos necessários ao sadio desenvolvimento psicoemocional.

Já a rejeição se manifesta na criança que é tratada diferentemente de outros irmãos, no sentido sempre demeritório³, ou seja, esses agressores se recusam a reconhecer a importância da criança e a legitimidade de suas necessidades.

Por fim, a degradação consiste em subvalorizar a criança, expô-la à humilhação pública, atribuir-lhe apelidos depreciativos, ridicularizar algumas de suas particularidades físicas.

4.3.6 Violência Sexual

A violência sexual é todo ato ou jogo sexual, podendo ser heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, com a

³ Sentido demeritório: desmerecimento; o que faz perder a consideração, a estima. (FERREIRA, 2010)

finalidade de instigá-los sexualmente ou utilizá-los para obter o próprio prazer sexual. (ROMARO; CAPITÃO, 2007)

Ainda segundo Costa (1986), a violência sexual pode ser definida como sendo a força carregada de desejo, consciente ou inconsciente, que tem caráter de coerção, de penetração, de destruição. É qualquer situação na qual uma pessoa é submetida a uma coerção e a um desprazer absolutamente desnecessários ao crescimento, desenvolvimento e manutenção do seu bem-estar, enquanto ser psíquico.

A vitimização sexual pode ocorrer de diferentes formas, incluindo telefonemas obscenos, exposição das partes genitais ou seios, atos libidinosos, relações ou tentativas de relações sexuais e exploração da criança e do adolescente. (CRUZ, 2003)

Os principais indicadores de violência sexual na criança e no adolescente que devem ser observados são: a dificuldade de caminhar, gravidez precoce, aborto, dor, inchaço ou sangramento nas áreas genital ou anal, infecções urinárias, secreções vaginais ou penianas, enfermidades psicossomáticas, queixas de violência sexual, presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), limpeza compulsiva, entre outros. (CRUZ, 2003)

Nos casos de violência sexual, ocorre o atrelamento, em grande parte, com outros tipos de violências, já que causam lesões físicas e genitais, além de influenciar no psíquico da vítima. Somando-se a isso, as crianças e adolescentes se tornam propícios aos distúrbios sexuais, ao uso de drogas, à prostituição, à depressão e ao suicídio. Podem ainda estar propícios a contrair DST's como a Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) e, devido ao estupro, ter uma gravidez não desejada. (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004)

Ainda segundo Cruz (2003), as vítimas costumam apresentar reações como agitação noturna, autoflagelação, regressão a estágios anteriores de desenvolvimento psicossocial e uso de drogas. Algumas vítimas adotam o chamado *muro do silêncio*, sendo este caracterizado como um estado de mutismo que pode ser provocado pelo medo, vergonha ou culpa, já outras, podem não apresentar evidência alguma em relação ao abuso. Os abusos

seguidos de violência podem ser identificados por lesões físicas como hematomas, marcas de mordida, ruptura do hímen, entre outros. Como consequências da violência sofrida podem ocorrer dificuldades nas áreas afetivas, social, sexual e até tentativas de suicídio.

Existem alguns tipos de violência sexual, como: estupro, posse sexual mediante fraude e atentado violento ao pudor.

De acordo com o art. 213 do código penal, o conceito de estupro é: constranger a criança ou adolescente à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça. (HÉRCULES, 2005)

Por definição, apenas o homem pratica esse delito (sujeito ativo), e apenas a mulher pode ser vítima, não importando aqui se ela é virgem ou não, jovem, adulta, solteira, casada, viúva, honesta ou prostituta. Conjunção Carnal é a cópula vaginal, ou seja, a relação sexual com introdução parcial ou total do pênis ereto na vagina, com ou sem ejaculação. (CROCE, 2006)

Os sinais de conjunção carnal são a presença de esperma na cavidade vaginal, ruptura himenal e presença de gravidez, sinais estes que podem estar associados à dor local, hiperemia, escoriações, equimoses, contaminação venérea e hemorragias. (FRANÇA, 1998)

A posse sexual mediante fraude difere do estupro pelo meio empregado, pelo relacionamento existente entre a vítima e o agente e a qualidade desta, ser uma mulher honesta, ou seja, aquela que conserva sua dignidade perante a sociedade. (FRANÇA, 2001)

O atentado violento ao pudor, de acordo com o art. nº 214 do código penal, é referente ao constrangimento a alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal.

Ato libidinoso é definido como sendo toda prática diversa da conjunção carnal utilizada para satisfação sexual. Pode ser caracterizada por coito ectópico, heteromasturbação, palpação de mamas, nádegas e genitálias, toques, carícias e sucção, de forma constrangedora. Acomete indistintamente pessoas

de todas as idades, independe do sexo das vítimas. O constrangimento ocorre com quem pratica, sofre ou presencia, de maneira não espontânea, a ação do ato libidinoso. (FRANÇA, 2001)

4.3.7 Negligência

A negligência ocorre quando os pais ou responsáveis falham em atender as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. (AZEVEDO; GUERRA apud CRUZ, 2003)

A negligência e/ou a omissão inclui a ausência, a negação ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados, quando isso é essencial ao seu desenvolvimento sadio. Essa negligência pode ser de dois tipos: física e emocional. A física se caracteriza pelo risco oriundo da inadequação de nutrição, vestimenta, higiene e atenção ou cuidado. Já a emocional se refere à falha no provimento de suporte emocional adequado ou por se relacionar à permissão de que a criança presencie violência doméstica. (WEBER et al., 2002)

Conforme pesquisas realizadas no Brasil, esse tipo de violência é o segundo no *ranking* de ocorrências, estando atrás apenas da violência física. Para Deslandes (1994, p. 183):

A relevância da porcentagem para a negligência, ao que tudo indica, está associada a situações limítrofes entre pobreza e maus-tratos. Ou seja, uma vez que a negligência se define pela omissão no trato dos cuidados e necessidades da criança, a reconhecida ausência de condições econômicas dessas famílias muitas vezes dificulta um julgamento mais preciso entre prática abusiva e impossibilidade de prover a atenção.

O art. 5º do ECA, dispõe que nenhuma criança ou adolescente será tida como objeto de qualquer forma de negligência, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (BRASIL, 1990)

O abandono é considerado um tipo de negligência, sendo, portanto, definido na sequência.

Segundo Deslandes (1994), o abandono, é considerado uma forma extrema de negligência. Pode ser parcial, quando resulta da privação de afeto, de proteção contra perigos e atendimento das necessidades da criança; ou total, quando se refere à ausência total ou por longos períodos dos pais ou responsáveis pela criança e/ou adolescente, no que se refere ao sustento, moradia e autopreservação.

Acentuando que foi o progresso do espírito democrático que deu origem ao conceito moderno de violência, dentro de sua conotação negativa, marcando a emergência da consciência da pessoa como cidadã e o reconhecimento de seu direito à liberdade e à felicidade pela sociedade. Isso trouxe a visibilidade de que o emprego ilegítimo da força física, moral, política ou econômica contra a vontade do outro se constitui nas violências que, ao longo da vida sobre a terra, têm se manifestado. (MINAYO, 2003)

Uma vez explorada a revisão da bibliografia sobre as questões históricas da violência doméstica, a legislação e a epidemiologia dos tipos de violência à criança e ao adolescente, serão explanadas no capítulo seguinte, questões voltadas para o contexto histórico em relação ao processo de ensino-aprendizagem sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes, bem como aos discentes da EMESCAM e também a abordagem da violência no contexto enfermagem.

5 A ÓTICA DO ENSINO-APRENDIZAGEM DOS DISCENTES DA EMESCAM COM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Esta segunda parte estruturou-se a partir da exploração da literatura que fundamenta a dinâmica do ensino-aprendizagem no contexto da formação discente. Frente ao objeto do estudo fez-se necessário voltar a atenção para a formação discente em relação aos conteúdos teóricos e práticos sobre a violência doméstica contra a criança e o adolescente que são abordados pelos docentes das disciplinas Saúde da Criança e Urgência e Emergência do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM. Para tanto, foram utilizadas como fontes a literatura que versa sobre este histórico, a dinâmica do ensinar e aprender e conteúdos programáticos destas disciplinas, bem como as entrevistas dos docentes que ministram estas disciplinas.

5.1 OS DESAFIOS DO ENSINO E DA APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DISCENTE.

Comunidades como as tribais pré-históricas buscavam estabelecer a relação entre os saberes de seus ancestrais e a sua continuidade nas novas gerações fazendo uso das formas universais e diversas de ensino e aprendizagem, onde todos ensinavam tudo a todos. O viver comunitário era transmitido através do respeito aos mais velhos e dos seus saberes e na representação da cultura. A aprendizagem acontecia sem a figura oficial do docente e existência da escola. (CORTELLA, 2006)

Com a revolução agrícola e pastoreira, ocorreu uma maior complexidade dos agrupamentos humanos produzindo diversas e profundas transformações que redefiniram as maneiras de estruturação e reordenação da sociedade civil, demandando a busca de novas formas de administrar este viver coletivo dos governantes e de suas funções político-religiosas. A partir desses eventos inicia-

se um novo formato de educação e também um ensino organizado e sistematizado, o que deu origem às escolas. (CLASTRES, 1978)

A criação da escola surgiu para atender às novas necessidades, sendo preciso qualificar as pessoas que fossem compor os cargos administrativos, bem como formar sacerdotes, sendo, portanto, estes os primeiros formandos de nossas primeiras escolas de administradores. (LUCKESI, 1994)

De acordo com Brandão (1993, p. 27), “a escola surge da necessidade de iniciar a divisão das tarefas, separando de forma hierárquica os saberes, ou seja, a necessidade de sistematizar as diferentes formas de trabalho”.

Desta forma, a educação foi desenvolvida para constituir uma nova sociedade, com a finalidade de capacitar de forma integral, eficiente, consciente e eficaz, com o propósito de permitir que fossem formados valores e conteúdos adquiridos, relacionando-os diretamente com seu cotidiano, para atuar a partir do processo educativo assimilado.

Conforme Santos (2005), a educação é vista como um ato político, que deve provocar e criar condições para que sejam desenvolvidas atitudes de reflexão crítica, comprometida e empenhada com a sociedade e sua cultura.

O processo de desenvolvimento da escola entra na pauta como um dos mais importantes aspectos a serem discutidos neste processo, pois é nela que são promovidas as mais importantes formulações teóricas sobre o desenvolvimento cultural, político e socioeconômico. (GADOTTI, 2000)

Corroborando com o autor citado acima D'Ambrosio (1996, p.18), diz:

Ao longo da história se reconhecem esforços de indivíduos e de todas as sociedades para encontrar explicações, formas de lidar e conviver com a realidade natural e sociocultural. Isso deu origem aos modos de comunicação e as línguas, as religiões e as artes, assim como as ciências e as matemáticas, enfim a tudo o que chamamos conhecimento, muitas vezes também chamado saber. E indivíduos e a espécie como um todo se destacam entre seus pares e atingem seu potencial de criatividade porque conhecem.

O conhecimento pode ser definido como sendo a compreensão da procedência da informação, da sua dinâmica própria, e das consequências que dela advém, exigindo para isso certo grau de racionalidade. A apropriação do conhecimento é realizada através da construção de conceitos, que vêm possibilitar uma leitura crítica da informação. (CASTRO, 2004)

Buscando atender as necessidades sociais que a educação e a escola devem concretizar dentro desse processo, é fundamental destacar o papel importante que o docente desempenha nesse espaço escolar, já que este educa através da instrução.

A relação entre docente e discente não pode ser ignorada e tampouco as relações decorrentes deste convívio. A sala de aula não deverá ser apenas um local de transmissão de conteúdos teóricos, mas também de aquisição de valores e de comportamentos, portanto, esta relação torna-se um determinante decisivo no processo pedagógico. (FERNANDES, 2001)

Apesar de desempenhar também um papel político e social, o docente tem seu foco no processo de ensino-aprendizagem, e para lidar com a diversidade de indivíduos, o docente deve possuir não apenas o domínio do conhecimento específico da área, mas também os das áreas pedagógicas e o desenvolvimento das habilidades essenciais para o exercício, portanto o docente do ensino superior é acima de tudo um profissional da educação. (FERNANDEZ, 2001)

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) Lei nº 994/96 art. 61, a formação de profissionais da educação, de modo a atender aos objetivos dos diferentes níveis e modalidades de ensino e às características de cada fase do desenvolvimento do discente, terá como fundamentos primeiro a associação entre teorias e práticas, inclusive mediante a capacitação em serviço; segundo o aproveitamento da formação e experiências anteriores em Instituições de ensino e outras atividades. (BRASIL, 1996)

A formação em saúde vem estabelecer uma reflexão sobre a condição técnica e sistemática da ação profissional, de forma que seja inclusa uma prática humanizadora e solidária. Nesta lógica, é preciso conduzir atuações que

englobam o agir com a eticidade⁴, pois lida-se com a vida. Pensar nesse viés é refletir sobre como está se dando a formação teórico-prática dos profissionais da saúde. Desta maneira, o saber pedagógico se revela enquanto uma ação a ser questionada e analisada. (CAMPOS; MACIEL, 2009)

É preciso que o sujeito assuma a produção do saber, e Freire (1996, p. 22) afirma que:

[...] se convença de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Utilizando a dinâmica de grupo no processo de ensino-aprendizagem é oportunizar esse sujeito a assimilar e acomodar o conhecimento de acordo com suas necessidades.

Assim, para o docente comprometido em promover a aprendizagem de seu discente, há o imperativo de adentrar e interferir em sua atividade psíquica, notadamente seu pensamento. Essa necessidade antecede a tudo e, por isso mesmo, dirige a escolha da abordagem dos métodos a serem ensinados, e verifica sua eficácia no processo de aprender. (VYGOTSKY, 1991)

Desta forma o termo ensino e aprendizagem segundo Dembo (1994), pode ser definido como técnicas ou métodos que os discentes usam para adquirir a informação. Como aponta Nisbett, Schucksmith e Dansereau 1987, apud Pozo, 1996, as estratégias de ensino e aprendizagem vêm sendo definidas como sequências de procedimentos ou atividades que são escolhidas com o propósito de facilitar o alcance, o armazenamento e/ou a utilização da informação.

Conforme Lima et al. (2002), quando o docente se percebe como um indivíduo em contínuo processo de aprendizagem, ele muda a relação que tem com o saber. Mas não é só isso que ocorre: ele precisa voltar a ser discente para aprender a ensinar com outra perspectiva. Quando o docente detém o conhecimento e a experiência de se inter-relacionar com as mais variadas formas de linguagem, ele transforma o ensinar.

⁴ Eticidade é a qualidade ou caráter do que é condizente com a moral. (FERREIRA, 2010)

Para Fernandes (2002), o maior desafio da qualidade para o docente, é ser capaz de motivar, estimular e acreditar em perspectivas cada vez mais elevadas em relação ao ser humano, e de considerar as transições dos impasses e dilemas cotidianos.

Desta maneira, a prática pedagógica dos modelos educacionais no momento atual, bem como a condução do processo de ensino e aprendizagem na sociedade, precisa ter como princípios a necessidade de uma reformulação pedagógica que dê prioridade a uma prática formadora, onde a escola deixe de ser vista como uma obrigação a ser cumprida pelo discente e se torne um local onde ocorre a fusão de seu conhecimento, que irá levar a participação do processo de desenvolvimento social, não como mero receptor de informações, mas como idealizador de práticas que favoreçam esse processo futuro. (GADOTTI, 2000)

Para que haja prática pedagógica é importante mencionar sucintamente sobre os tipos de abordagens pedagógicas, sendo estas: abordagem tradicional, abordagem comportamentalista, abordagem humanista, abordagem cognitivista e abordagem sociocultural.

Para Libâneo (1984 p.12), “a abordagem humanista é identificada à pedagogia liberal em sua versão renovada não diretiva. Discorrendo sobre isso diz que em termos pedagógicos, a escola renovada propõe a auto-educação⁵”.

Com relação à abordagem cognitivista, a utilização do termo cognitivista visa identificar os psicólogos que pesquisam os chamados processos centrais do indivíduo, tais como organização do conhecimento, processamento de informações, estilos de pensamentos, estilos de comportamento, entre outros.

Por fim, a abordagem sociocultural é interacionista entre o sujeito e o objeto de conhecimento, embora com enfoque no sujeito como elaborador e criador deste. (SANTOS, 2005)

⁵ A autoeducação se refere ao aluno como sujeito do conhecimento, de onde se extrai a ideia do processo educativo. (FERREIRA, 2010)

Os novos tempos exigem um padrão educacional que esteja voltado para o desenvolvimento de um conjunto de competências e de habilidades essenciais, a fim de que os discentes possam impreterivelmente compreender e refletir sobre a realidade, compartilhando e agindo no contexto de uma sociedade comprometida com o futuro. (CASTRO, 2004)

Cada docente traz consigo suas vivências na formação acadêmica e constrói sua identidade vocacional e profissional por meio da interação com os discentes e com uma prática reflexiva na experiência cotidiana.

Assim, faz-se necessária a busca de uma nova reflexão no processo educativo, onde o docente vivencie essas transformações de forma a se beneficiar com ações, podendo buscar novas formas didáticas e metodológicas de promoção do processo de ensino-aprendizagem com seu discente, sem com isso ser colocado como mero expectador dos avanços estruturais de nossa sociedade, mas sim, como um instrumento de enfoque motivador desse processo.

5.2 A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM

O docente no processo de ensino-aprendizado torna-se responsável por introduzir o contexto da violência doméstica, colocando em evidência questões voltadas para a responsabilidade social e trabalhando as habilidades teóricas e práticas dos discentes e a reflexão deste universo.

5.2.1 O Processo de Ensino-Aprendizagem na Enfermagem

Antes da colonização do Brasil, as práticas de saúde eram realizadas pelas pessoas que possuíam maiores conhecimentos. Sendo assim, essas práticas eram suficientes para o restabelecimento da saúde da população daquelas comunidades.

Com o advento da colonização, conforme relatam Germano (1993) e Pires (1989), surgiram condições favoráveis à proliferação de doenças devido à introdução de microrganismos aos quais os povos nativos não tinham resistência.

Nesse contexto, os jesuítas foram os grandes responsáveis pela saúde da população durante os primeiros anos de colonização, assim:

No Brasil colônia a Enfermagem não aparece como profissão. O cuidado aos doentes era feito por escravos treinados ou pelas mães que prestavam os cuidados no próprio domicílio das famílias oligárquicas da época, ou ainda pelo físico e pelo cirurgião-barbeiro. Os jesuítas realizavam ações que hoje são designadas como sendo de enfermagem, no espaço institucional das enfermarias dos Colégios e das Santas Casas de Misericórdia. (MURAKAMI, 1996, p. 21)

A assistência aos pacientes era prestada pelos religiosos em enfermarias situadas nos colégios e conventos. Em seguida, a enfermagem passou a ser desenvolvida nas Santas Casas de Misericórdia, fundadas a partir de 1543, nas principais capitâneas do país. A primeira dessas foi a de Santos/SP, seguindo-se a do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus.

Segundo os autores Medeiros, Tipple e Munar (1999), a criação da Escola Profissional de Enfermagem do Hospital de Alienados, no Rio de Janeiro, em 1890, foi a primeira iniciativa oficial no que se refere ao ensino profissional de Enfermagem no Brasil. Essa escola foi criada em função do rompimento das relações entre a Igreja e o Estado. Por esse motivo, as irmãs de caridade, que eram responsáveis pela gerência do hospital, abandonaram o serviço e os médicos assumiram o poder.

Em virtude da falta de mão de obra para assumir os trabalhos, foi apontada a possibilidade de resolução desse problema com a criação de uma escola para formar enfermeiros.

O ensino de Enfermagem foi oficialmente instituído no Brasil, pelo Marechal Deodoro da Fonseca, através Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, que criou a Escola Profissional de Enfermagem do Hospital de

Alienados, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO). (KLETEMBERG; SIQUEIRA, 2003)

A escola Ana Néri, aparece em um momento em que o Estado Brasileiro define as primeiras políticas na área da saúde baseadas em diretrizes definidas e ordenadas por órgãos de saúde especificamente constituídos para o fim de instituir, coordenar e executar ações de saúde de cunho coletivo. (PIRES, 1989)

O ensino da Graduação de Enfermagem é conduzido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, que propiciam uma formação moderna, contextualizada e dinâmica, pautada na indissociabilidade de ensino, pesquisa e extensão, construindo um enfermeiro mais generalista, crítico e apto a atuar em todas as dimensões do cuidado, criando ações de promoção e prevenção em saúde da família e da comunidade.

A educação em Enfermagem tem necessitado de mudanças, visto que o discente da atualidade participa como sujeito na construção de conhecimentos e não mais como mero espectador. (SILVA; SILVA; RAVALIA, 2009)

Nessa perspectiva, Cunningham (2003), apud Silva, Silva e Ravalía (2009, p.28), afirmam que:

As mudanças no ensino de Enfermagem irão tornar-se visíveis se os Enfermeiros educadores reformularem sua visão com relação ao processo de ensino e de aprendizagem, dando ênfase ao desenvolvimento efetivo do espírito crítico, isto é, que permitam ao aluno, desenvolver sua capacidade de questionar, investigar, divergir, argumentar, analisar, experimentar e avaliar [...]

Nesse contexto Teixeira e Vale (2006, p. 129):

[...] trazem a reflexão dos docentes quanto à importância do resgate de uma educação responsável, ética e competente em que os papéis destes como educadores estão em conformidade com as demandas sociais-políticas-éticas e cidadãs [...]

Espera-se que o docente forme profissionais competentes e comprometidos socialmente. Desse modo, Faria e Casagrande (2004, p. 4), afirmam que:

[...] deve haver condições de capacitação, qualificação e desenvolvimento do corpo docente, para que o processo de ensino aprendizagem seja mais efetivo, no que diz respeito à área pedagógica, à perspectiva político-social e à pesquisa.

De acordo com Batista (2005), a docência em saúde é colocada em segundo plano, muitas vezes, deixando de reconhecer a existência de uma relação entre ensino, aprendizagem e assistência, bem como de serem discutidas as especificidades dos cenários do processo ensino-aprendizagem e seus atores: docente, discente, pacientes e demais profissionais de saúde, bem como a comunidade.

A formação do docente em Enfermagem deve ser consolidada com base no domínio de conhecimentos técnico-científicos e na atuação investigativa no processo de ensino-aprendizado, favorecendo situações de aprendizagem por meio de investigação do conhecimento de forma coletiva.

Neste sentido, Magalhães e Ide (2001, p. 87), ressaltam que:

O docente de enfermagem não pode apenas transmitir o saber, mas preocupar-se em, incentivar a criação do saber, pois o papel do professor deve deixar de ser apenas o transmissor e tornar-se o e estimulador do desenvolvimento do conhecimento.

Conforme Pimenta e Anastasiou (2005), a sua tarefa é garantir que os discentes se apropriem do instrumento científico, técnico, tecnológico, de pensamento, político, social e econômico, de desenvolvimento cultural, para que sejam capazes de pensar e gerar soluções.

O Conselho Nacional de Educação (CNE) (2001), salienta que na formação do enfermeiro, além de conteúdos teórico-práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de promoção e prevenção de saúde nas comunidades, nos dois últimos semestres do Curso de Graduação de Enfermagem, sendo que o processo de acompanhamento dos discentes no estágio deve ser realizado por docentes enfermeiros.

O estágio irá proporcionar experiências de âmbito técnico-científico, e também irá preparar o futuro profissional para o exercício de suas funções com responsabilidade, ética, liderança, capacidade de comunicação e tomada de decisões.

No estágio, o discente estará aplicando o conhecimento e praticando as mais variadas técnicas, além de aproximar-se do cliente e de sua família. Para que este ensino seja construído de forma competente e possível, deverá ocorrer uma reorganização dos ambientes de formação, de modo que estes formem um profissional com olhar holístico, para que esses espaços se aproximem das políticas de formação geral e específica da área, fazendo com que este futuro profissional desenvolva um olhar de forma ampliada. (SANTOS, 2006)

Dentre as inúmeras atividades desenvolvidas, podemos citar algumas que fazem parte do cotidiano do discente no estágio: reconhecimento da planta física de um estabelecimento de saúde; conhecimento da organização e planejamento da equipe de saúde; relacionamento interprofissional; realizar abordagem a clientes hospitalizados, em regime ambulatorial e domiciliar; desenvolver técnicas específicas da enfermagem; proporcionar estudos voltados para área de pesquisa em saúde utilizando o campo de estágio como laboratório (sem colocar o cliente em risco, conforme o CEP), e ainda, cuidar, do ambiente, do seu grupo e de seu cliente. (SILVA; SILVA; RAVALIA, 2009)

O período de estágio é considerado para os futuros profissionais de saúde como um momento crítico, visto que é um momento de modificações intensas no modo de pensar-agir dos discentes, uma vez que estes se deparam a partir dessa fase com sentimentos diferenciados e, na maioria das vezes, nunca experimentados, como medo, ansiedade, piedade, necessidade de paciência e empatia.

Essas modificações fazem parte do processo educativo e da prática pedagógica moderna em que o aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conhecer e aprender a conviver são a base para a formação de profissionais competentes e decisivos no mercado de trabalho. (SILVA; SILVA; RAVALIA, 2009)

Apesar dos inúmeros desafios a serem superados, o estágio pode ser contemplado como um processo didático que oportuniza situar, observar e aplicar criteriosamente e reflexivamente, princípios e referenciais teórico-práticos assimilados através do curso, sendo imprescindível o inter-relacionamento multidisciplinar entre teoria e prática, sem perder de vista a realidade na qual está inserido. (COSTA et al., 2007)

O momento atual requer enfermeiros com vasto conhecimento. Objetivando assim o atendimento dessa demanda, o Curso de Enfermagem da EMESCAM estruturou seu projeto pedagógico de modo que os enfermeiros por ela formados tenham os compromissos técnico-científicos (saber e saber fazer) e os filosóficos (saber ser e saber conviver) embasando a sua atuação profissional.

Nesse sentido, é significativa a contribuição de Silva e Melo (2001, p. 107-108), em seu livro *Ciência, tecnologia e inovação: desafio para a sociedade brasileira*, que assim se manifestam:

[...] a velocidade dos avanços científicos e técnicos exige instrumentos dinâmicos, técnica e politicamente competentes de monitoração dos conhecimentos sobre o processo saúde-doença produzido pelas ciências biológicas, pelas diversas especialidades médicas, pela epidemiologia, pelas Ciências Sociais; monitoração dos conhecimentos multidisciplinares voltados ao aumento da eficiência e eficácia do planejamento, gestão e qualidade dos serviços; combate à violência e segurança pública e articulações e organização dos interesses dos diversos atores envolvidos no setor; conhecimentos orientados para a complexidade dos desafios éticos dos avanços em CT&I⁶; e avaliação dos riscos e benefícios da incorporação dos novos conhecimentos na atenção à saúde.

5.2.2 O Ensino acerca da Violência Doméstica à Criança e ao Adolescente na EMESCAM

A EMESCAM busca desenvolver seu projeto de graduação do Curso de Enfermagem baseado em uma estrutura curricular que se propõe a basear seu

⁶ CT&I: Ciência, Tecnologia e Inovação.

eixo metodológico em metodologias que privilegiem o processo de investigação-reflexão-ação e a preocupação com a integração, especialmente na área pré-profissionalizante e profissionalizante. Desse modo, os itens que estão descritos nesse projeto e o fundamentam constituem-se como parâmetros também para as mudanças atuais. (DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM, 2012)

Neste novo cenário as diretrizes curriculares e projetos pedagógicos possibilitam condução de processos de formação que, quando problematizados e bem preparados, contemplam não só as necessidades do mercado de trabalho, mas também provocam o exercício de reflexões das ações do enfermeiro, proporcionando empenho e dedicação na busca de novas soluções para situações cotidianas acerca da saúde. (DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM, 2012)

O projeto do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM, autorizado pela Portaria nº 1697, de 7 de junho de 2002, foi elaborado respeitando os princípios pedagógicos da identidade, da diversidade, da autonomia, da interdisciplinaridade, da contextualização e da flexibilidade enumeradas como pilares de orientação do currículo expresso na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 93941/96 e na Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que institui as diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação de Enfermagem.

O projeto original apresentado ao programa sofreu algumas alterações. A primeira delas foi aprovada pelo Departamento de Enfermagem em 11 de maio de 2005, pelo Colegiado do Curso em 19 de julho de 2005 e pelo Conselho Deliberativo em 23 de julho de 2005, tendo sido encaminhada ao Ministério da Educação e da Cultura (MEC) em abril de 2006, no momento do preenchimento do manual de avaliação.

Diversos e graves problemas que envolvem o ambiente humano e o impacto das novas tecnologias, um novo modelo explicativo do processo saúde/doença e um novo Código Bioético estão sendo gestados e eles apontam para um desenvolvimento da sociedade humana que leve em consideração e integre os

aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais às questões da Saúde, no contexto ético e estético. Para tal, unir ciência, tecnologia e inovação é condição necessária ao desenvolvimento do bem-estar, justiça social e exercício da cidadania.

Neste contexto torna-se relevante reportar a questão da bioética. O alemão Jahr (1927) caracterizou a bioética como sendo o reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos.

No final da década de 1980, Potter enfatizou a característica interdisciplinar e abrangente da bioética, denominando-a de global. O seu objetivo era restabelecer o foco original da bioética, incluindo, mas não restringindo, as discussões e reflexões nas questões da medicina e da saúde, ampliando as mesmas aos novos desafios ambientais. (POTTER, 1998)

De acordo com Potter (1998), a bioética pode ser definida como sendo uma nova ciência ética, que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural, que potencializa o senso de humanidade.

Desta forma o Projeto Político Pedagógico de Curso (PPPC) vem sendo estruturado fazendo menção em todas essas reflexões pautadas na ética e bioética, trabalhando de forma contínua na busca por melhorias na formação do discente através dos temas abordados, durante a graduação.

Conforme o PPPC, a educação proporcionada pelo Ensino Superior visa contemplar o valor profissional das pessoas que é cada vez mais determinado pelas habilidades em lidar com dados variados e informações múltiplas. Uma visão abrangente do mundo e a consciência crítica das forças socioeconômicas, ambientais e políticas modeladoras da realidade são componentes indispensáveis na formação do Ensino Superior. A flexibilidade e a criatividade no contexto do trabalho representam habilidades fundamentais no universo competitivo e mutável do setor produtivo. (DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM, 2012)

Cabe ressaltar ainda que a necessidade do domínio de conhecimentos científicos gerais para apresentar uma participação crítica na sociedade é reconhecida e valorizada, assim como o é também, a adequação pedagógica às características requeridas de um futuro profissional enfermeiro, cidadão que pensa e que sabe o valor social e formativo dos conceitos e dos procedimentos da área, bem como das atitudes e comportamentos necessários para atenção integral à saúde, em seus diferentes níveis.

A EMESCAM reafirma sua posição filosófica baseada na pedagogia crítico-social dos conteúdos objetivando uma formação profissional generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Nesse sentido, busca promover a intermediação da construção do conhecimento por meio da aprendizagem significativa, trabalhando mecanismos, estratégias e estabelecendo critérios que possibilitem relações entre o que se deve conhecer e as possibilidades de observação, reflexão e os conhecimentos que o estudante já possui.

A formação profissional deve proporcionar o comprometimento do discente com projetos que visem seu desenvolvimento pessoal e coletivo, na perspectiva de preservar o desejo de conhecer-saber sobre suas possibilidades e sobre o processo saúde/doença e seus determinantes para propor as intervenções necessárias.

Através da globalização percebe-se que a disseminação do saber tem sido rápido, o que favorece a socialização do conhecimento e das tecnologias, propiciando a integralização de diferentes realidades sociais e promovendo o intercâmbio cultural.

No que tange às inovações didático-pedagógicas, observa-se que a EMESCAM, no conjunto dos seus docentes, preocupa-se com políticas de estímulos e de interdisciplinaridade, onde é cada vez mais realizada e de forma gradual e progressiva, a capacitação quanto à apropriação de novas tecnologias para o ensino. Isso se apresenta por meio de semanas destinadas ao aprimoramento e ampla discussão do planejamento didático-pedagógico com os diversos docentes a partir da matriz integradora de cada curso. Como também a aprovação das Normas dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC)

que permite a orientação coparticipante entre os docentes da EMESCAM; o workshop anual de sistematização da assistência de enfermagem; a difusão na página da EMESCAM dos recursos e dos arquivos acadêmicos; os projetos de extensão; as atividades de monitoria e o Congresso de Ciências da Saúde.

De acordo com os objetivos do curso e com o perfil do futuro profissional, os princípios metodológicos adotados na Graduação de Enfermagem são:

- a) O processo ensinar-aprender incide na ação do discente e tem o ensino-aprendizagem como dimensões indissociáveis nesse processo. Prioriza a construção do conhecimento do estudante por meio de situações observadas no seu contexto de trabalho cotidiano, da sua inserção quanto ser social, e da compreensão do processo de trabalho da Enfermagem;
- b) Aprender a aprender, aprender a fazer (estética), aprender a ser (ética) e aprender a conviver (política) requerem, além da apreensão de conceitos, de leis e de princípios das ciências da saúde, as habilidades e as atitudes compatíveis com a formação acadêmica fundamentada nos princípios democráticos. É importante saber que os indivíduos constroem seus conhecimentos em interação com a realidade objetiva, através do convívio com outros indivíduos e colocando em ação seus talentos pessoais;
- c) Oferta de condições básicas relacionadas às dimensões espaço-tempo-atividades, para que o discente desenvolva as competências que a profissão requer, especialmente, a utilização adequada do conhecimento em diferentes situações vivenciadas no ambiente de trabalho. Para tanto, é necessária a sensibilidade da prática pedagógica (política, estética e ética) para que haja qualidade do ensino-aprendizagem.

O docente atua como um estimulador, selecionando conteúdos atuais, geradores de significativas aprendizagens, utilizando diversos recursos didáticos para facilitar a manutenção da atenção, direcionando as atividades na sala de aula, reconhecendo que o aluno possui conhecimentos, incitando o

querer saber mais, provocando reflexões de atitudes e das práticas vigentes nos serviços de saúde.

Diante disso, é importante que seja compreendido que a prática docente é determinante para a formação profissional, e para Demo (2004, p. 40) a profissão de docente é a mais alvissareira⁷, dentre as profissões porque a demanda de aprendizagem da sociedade vai aumentar, e o “[...] grande desafio são bons docentes que saibam transformar informação em formação”.

A disciplina de Saúde da Criança busca, conforme sua ementa, conhecer as ações relacionadas à criança e ao adolescente, em condições normais e patogênicas, em unidades sanitárias e no domicílio, enfatizando todos os níveis de assistência que o profissional pode prestar. Esse conhecimento é obtido pelos discentes a partir de aulas expositivas, pesquisa em artigos, seminários e a vivência no campo prático.

No atual panorama das políticas de saúde no Brasil é imprescindível formar o Enfermeiro visando o seu posicionamento profissional diante do contexto histórico e a evolução da assistência à saúde da criança e do adolescente, valorizando as questões éticas nos relacionamentos humanos, com o paciente, familiares, comunidade e equipe de trabalho. (DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM, 2012, p. 1)

Desta forma, é importante que se compreenda a ementa das disciplinas de Saúde da Criança e Urgência e Emergência para entender como funciona a abordagem e a transmissão do ensino-aprendizado dentro do conteúdo relacionado à violência.

5.2.3 A Visão do Docente em Relação ao Discente Frente à Temática Violência Doméstica

As interações entre docentes e discentes devem aprofundar-se no campo da ação pedagógica. Desta forma, o docente assume um papel muito importante

⁷ Alvissareira: que anuncia a boa nova. (FERREIRA, 2010)

neste processo, pois constrói e conduz o fazer pedagógico de maneira que atenda as necessidades dos discentes. No fazer docente, acreditamos que deve prevalecer a visão humanística, onde a relação docente-discente seja a base para o desenvolvimento cognitivo e psíquico em sala de aula.

O aprender se torna mais interessante quando o discente se sente competente pelas atitudes e métodos de motivação em sala de aula. O prazer pelo aprender não é uma atividade que surge espontaneamente nos discentes, pois, não é uma tarefa que cumprem com satisfação, sendo em alguns casos encarada como obrigação. Para que isso possa ser mais bem desenvolvido, o docente deve despertar a curiosidade dos discentes, acompanhando suas ações no desenrolar das atividades em sala de aula. (MIRANDA, 2008)

No que se refere ao assunto violência doméstica e como este é transmitido em sala de aula, a docente relata que:

No que diz respeito ao assunto violência dentro da saúde da criança e do adolescente, ele não existe como conteúdo e por isso não consta na grade curricular como disciplina, mas é trabalhado nos seminários, o tema violência doméstica com os discentes... (R.M.N.M)

Percebe-se que a violência doméstica ocorre, na maioria das vezes, no ambiente doméstico, nas relações entre pessoas da família, envolvendo homens, mulheres, pais, mães e filhos, jovens, idosos e portadores de deficiência. A violência doméstica pode ser praticada por empregados, agregados, pessoas que conhecem as vítimas e que convivam diariamente ou esporadicamente no domicílio. (BRASIL, 2002)

É trabalhada também com os discentes, a temática a respeito das adolescentes que se tornam mães muito cedo, e essa gravidez precoce, muitas vezes advém da violência, conforme relata a docente:

... no período passado, a gente trabalhou as adolescentes mães que vivem num abrigo num bairro de periferia e foi observado que a violência levou à gravidez precoce e isso afastou essas adolescentes de casa. Como eu havia falado, nos seminários a gente aborda essa temática e também trabalhamos com os artigos e acaba nas interfaces que vai trabalhar a saúde da criança, as perspectivas da

criança e do adolescente. Desta forma, trabalhamos com muitos artigos e por isso acabamos abordando a violência doméstica... (R.M.N.M)

De acordo com os estudos de Hillard (1985) e Stewart e Cecutti (1993), as gestantes vitimizadas iniciam o pré-natal mais tardiamente, dificultando assim a identificação de comportamentos de risco, como tabagismo, uso de medicamentos proscritos ou drogas ilícitas durante a gestação, e patologias pregressas ou correlatas à gravidez. Algumas saem de casa por medo ou vergonha da família, acarretando dessa maneira um possível aumento de complicações maternas e fetais.

De acordo com o tema abordado, foi elaborada uma aula sobre bullying, assunto este que está sendo bastante veiculado na mídia e que é considerado um tipo de violência, e acerca deste assunto a docente relata que:

... a respeito do bullying, tivemos uma aula sobre o assunto, e uma ex-aluna que realizou um Trabalho de Conclusão de Curso veio explicar um pouco sobre o assunto para a turma. Então, as discussões ficam assim nos temas transversais, não diretamente da grade, mas que geram reflexões com a turma... (R.M.N.M)

O fenômeno chamado bullying ou intimidação por colegas ou grupos é comumente encarado como um subtipo de violência, sendo definido como uma forma de agressão em que um ou mais indivíduos ameaçam outros física, psicológica e/ou sexualmente de maneira repetida por um período determinado de tempo. (BATSCHE; KNOFF, 1994)

Diferentemente da disciplina de Saúde da Criança em que não consta em sua grade curricular a temática violência como conteúdo, na disciplina de Urgência e Emergência, a violência faz parte da grade curricular e é ministrada enquanto conteúdo na Graduação de Enfermagem. Dessa maneira, um docente também realizou a entrevista a fim de contribuir para a transmissão da temática.

Diante da abordagem, a docente relata quanto à disciplina que:

Quando a disciplina foi pensada na parte de urgência e emergência, a parte que se refere à violência foi colocada na grade por causa de um

número excessivo de acidente de carro, de acidente por arma de fogo, arma branca, agressão contra crianças, adolescentes e mulheres. Com esse intuito ela foi criada para que o discente tivesse uma visão mais apurada e mais rápida na hora de tomar decisão dentro do pronto socorro, da enfermaria, na U.S, ou até mesmo no domicílio... (K.M.P)

Corroborando com a fala da docente, a ementa da disciplina destaca a importância do relato acima, sendo importante para o discente assistir o indivíduo nos aspectos bio-psico-socio-cultural nas situações de urgência e emergência, de violência e suas implicações, utilizando a metodologia de estudo por imagem dos diferentes órgãos, estruturas e sistemas. Atuar com postura humanística, ética e com resolutividade, comprometendo-se com a qualidade no atendimento.

Com relação às políticas a docente explicitou:

... todas as Políticas são passadas: a Política do Idoso, da Criança e do Adolescente, da Urgência e Emergência, SAMU 192... ...tudo foi pensado pra uma qualidade da assistência melhor, porque quando o enfermeiro tem uma noção do que é violência ele consegue, com certeza, fazer uma intervenção mais rápida, por isso que foi pensado nessa disciplina... (K.M.P)

É de suma importância destacar, o que a docente relata a respeito do ECA:

... na questão do ECA, todas as possíveis causas de violência estão identificadas dentro desta Política. Dessa forma, quando observamos aquela criança muito quietinha, aquela criança que chora muito, aquela criança que está sempre querendo a mãe, que não fica sozinha, então essa criança tem que ter uma atenção maior, porque, com certeza, essa criança sofre algum tipo de violência dentro de casa ou mesmo de quem toma conta dela, e ela não é capaz ainda de expressar o que ela sente. É passado sim esse olhar diferente que o discente deve possuir acerca das políticas para saber como intervir e notificar nesses casos. (K.M.P)

Conforme disposto no art. 3º e 4º, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e

facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade; é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

Com as necessidades de mudanças na formação dos discentes do Curso de Graduação de Enfermagem e também aprofundar a atual situação de nosso estado e município acerca da temática da violência, foi entrevistado o responsável pela Referência Técnica da Vigilância das Causas Externas da Secretaria Estadual de Saúde/ES e uma das atuais docentes da disciplina de Urgência e Emergência na EMESCAM.

A ideia de trazer o contexto violência para a disciplina Urgência e Emergência, segundo a docente, foi devido a:

... necessidade de uma abordagem mais próxima do que se tratava na questão da violência, não somente a criança e adolescente, mas a violência contra os grupos vulneráveis, que aí entram crianças, adolescentes, mulheres, idosos e alguns outros grupos. (K.M.P)

Nesse sentido, como poderoso instrumento de inclusão social, que constituem medidas especiais e temporárias que buscam remediar um passado discriminatório e objetivam acelerar o processo com o alcance da igualdade substantiva por parte de grupos vulneráveis, como as minorias étnicas e raciais, as crianças e adolescentes, as mulheres, entre outros grupos. (PIOVESAN, 2005)

A respeito das abordagens da violência dentro da disciplina de Urgência e Emergência, a docente manifesta-se da seguinte forma acerca da construção da temática:

Como foi o primeiro semestre que trabalhei com essa disciplina, posso dizer que hoje tenho uma ideia melhor e fui construindo na medida em que fui trabalhando, então, no primeiro momento da disciplina, eu abordei toda questão teórica, inclusive do conceito de

violência porque os alunos têm muito a questão da violência voltada para a questão do tiro, da facada, ou seja, do que gera lesão, agora, a nossa abordagem é muito mais que isso, porque nós abordamos todo tipo de violência praticada, seja ela física, a emocional a psicológica, a negligência, enfim, todos os tipos de violência. Sendo assim, trabalhei num primeiro momento a questão teórica, de conceito, de como isso veio a ser preocupação do setor de saúde que até então não era, a saúde teve um bom tempo de costas para essa temática... .. terminei o meu mestrado em 2006 e desde essa época eu estou lá na vigilância como referência, tentando organizá-la, e aí eu trouxe isso tudo para dentro da disciplina, que no primeiro momento eu trabalhei toda essa parte teórica, e depois agrupávamos tudo isso com a exibição de filmes que tratam desta questão. Nós passamos filmes relacionando à questão da homofobia, à questão da violência contra criança e adolescente e à mulher. Eu trazia muito essa questão dessas peças que foram construídas. O ministério tem muito material. Eu fiz um curso da Fiocruz “A violência faz mal à saúde”. Tenho muito material, e através destes ocorreu a fusão da teoria consolidada com esses filmes e que ficou muito bacana... (M.C.C)

A violência que aflige crianças e adolescentes na realidade brasileira atual é de tal forma importante que mobiliza todos os setores da sociedade, já sendo reconhecida como relevante problema de saúde pública. As Instituições do setor Saúde estão entre aquelas mais intensamente requisitadas para atuarem frente à questão. O MS, bem como Instituições Internacionais que atuam no país, tal qual a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), têm buscado se posicionar frente ao tema, em conjunto com distintas Organizações Governamentais e Não Governamentais da área da saúde. (BRASIL, 1997)

No que tange à assistência, cuidado e suporte para essa criança ou adolescente, a docente afirma que:

... na verdade, a disciplina tem um conteúdo muito forte de sensibilização, porque se os discentes não se sensibilizam para esta causa, eles acabam não comprando essa ideia de que quando eles saírem daqui eles precisam ter um olhar diferenciado, uma escuta diferenciada, e aí eu chamava muita atenção que normalmente, e isso se tratando de criança também, quando uma criança que está num ciclo de violência e chega numa unidade de saúde, nem sempre está explicitado. Então o profissional precisa ter um olhar para isso. Normalmente na criança a gente sabe quais são a manifestação, é uma criança que não sorri, uma criança muito quieta, normalmente o agressor sempre está junto dessa criança, então isso tudo nós trabalhamos. A questão da mulher normalmente o que a gente vê são mulheres que, de uma certa forma, procuram um serviço de saúde repetitivamente e não tem nenhuma queixa voltada para violência, mas que na verdade quando você olha pra ela... e, outra coisa, um olho roxo quer dizer muita coisa e que nem sempre os profissionais

olham para isso, pois aquele ditado popular ainda é muito forte em briga de marido e mulher ninguém mete a colher... (M.C.C)

Conforme a explicação acima fornecida pela entrevistada, Goldiman et al. (2003) afirma que as funções-chave na área da saúde com relação ao sistema de proteção à criança e ao adolescente são: identificar e notificar casos suspeitos; interagir com agências de proteção; atender às demandas judiciais; fornecer informações aos pais sobre necessidades, cuidados, assistência e tratamento de seus filhos; identificar e prover suporte para famílias de risco para maus-tratos; desenvolver e conduzir programas de prevenção primária. A capacidade do profissional de identificar ou suspeitar de violência é o primeiro passo para a efetivação de um bom atendimento.

Outro aspecto importante apontado pela docente foi o seguinte:

... uma outra história que eu tenho ouvido muito dos profissionais enquanto referencia técnica, e que eu tenho andado esse estado todo é que “eu não vou fazer isso porque eu trabalho numa área de risco e corro risco de morte”, e aí, a minha devolutiva para esses profissionais é dizer assim: nesse tempo todo eu não conheço nenhum profissional que tenha sido morto por conta de ter feito a notificação e de ter feito um atendimento para essas vítimas de violência. Então tudo isso eu trabalhei na disciplina... (M.C.C)

Os profissionais de saúde, comprometidos com a promoção da saúde da população e preocupados com a garantia dos direitos da criança e adolescente, muitas vezes, têm dúvidas e medo quanto à maneira correta de agir. O estabelecimento de normas técnicas e de rotinas de procedimento para orientação desses profissionais torna-se, portanto, um instrumento necessário para apoiá-los no diagnóstico, registro e notificação dos casos de violência, e para implantação de medidas de proteção às vítimas e de apoio às suas famílias.

Com relação à proposta de trabalho em formato de seminários, a entrevistada relata que:

... depois nós organizamos seminários com temas, cada um grupo trabalhou, violência contra mulher um grupo, violência contra criança

e adolescente outro grupo, contra idoso, violência no trânsito, a homofobia. E aí foi fantástica a reposta que a turma deu com relação a esse seminário, e por último eu trabalhei com eles a notificação da violência que a partir de janeiro de 2011, o ministério colocou na lista das notificações compulsórias a violência doméstica, familiar, esse grupo vulnerável. Então eu trouxe para sala de aula a ficha de notificação, o instrutivo para preenchimento dessa ficha, e nós trabalhamos fazendo estudos de casos. Eu trouxe alguns casos de violência e eles foram trabalhando, preenchendo essa ficha e aí a gente foi discutindo caso por caso, cada ponto da ficha, até eles entenderem a importância disso... Assim, uma coisa que eu tenho presenciado muito é que não é por falta de legislação que as coisas não são feitas, na verdade as políticas de atendimento, elas existem, elas estão colocadas no papel, mas na prática eu posso dizer que o ES ainda está muito atrasado. Nós temos a Delegacia de Proteção a Criança e Adolescente, na verdade os casos que chegam para a delegacia são casos que, de uma certa forma, alguém denunciou, mas a gente sabe que o amparo a essas crianças, a forma como ela é tratada, tudo isso tem trazido muita preocupação, sabe, porque a rede ela não existe, os pontos de atenção eles são fragmentados. E nós estamos trabalhando assim. Quando a gente fala da necessidade de notificar os casos, a gente num para só aí, porque na verdade, não dá pra dizer que você tem que preencher o papel para notificar. É preciso que o município estruture a rede de atendimento a essas pessoas, porque notificar tudo bem, é o início, só que essas crianças precisam ter pra onde ir... (M.C.C)

O ECA tem uma formulação muito clara sobre o papel do setor de saúde e do setor educacional, tratando-os como esferas públicas privilegiadas de proteção que recebem incumbências específicas: a de identificar e notificar a situação de maus-tratos e violência e buscar formas para proteger a vítima, além de dar apoio à família. Nele, os artigos do Capítulo 1º, que tratam dos direitos fundamentais garantidos às crianças e aos adolescentes, abordam a proteção à vida e à saúde, desde a sua concepção, determinando as ações que devem garantir o atendimento à gestante e o acesso irrestrito das crianças e adolescentes aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde através do SUS, art. nº 11. (BRASIL, 1990)

Acerca do assunto violência sexual a entrevistada relata que:

... eu fico muito preocupada quando trata de violência sexual, que é uma violência que quando a mulher, a criança e o adolescente é vítima, ela tem um tempo para chegar ao serviço de saúde. A literatura coloca 72 horas, mas eu já ouvi de um profissional estudioso da área, que 48 horas é o máximo que a gente pode esperar. E na verdade, quando as crianças chegam ao atendimento,

elas ainda têm como referência os profissionais, a polícia, quer dizer é caso de polícia, mas nem sempre este profissional está preparado e tem o conhecimento que é preciso que essas pessoas cheguem ao serviço de saúde para fazer a profilaxia de todas as DST's incluindo a AIDS e também de fazer, no caso de adolescente, de mulher adolescente tomar medicação para evitar uma gravidez indesejada. Então, até onde a gente sabe a maioria dos casos de violência sexual não chegam ao serviços de saúde e a gente tem batalhado muito pra isso. (M.C.C)

Nas vitimizações sexuais, além das lesões físicas e genitais sofridas, as pessoas tornam-se mais vulneráveis a outros tipos de violência, aos distúrbios sexuais, ao uso de drogas, à prostituição, à depressão e ao suicídio. As vítimas enfrentam ainda, a possibilidade de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o risco de uma gravidez indesejada decorrente do estupro. Diante dessa magnitude de eventos, a violência sexual adquiriu caráter endêmico, convertendo-se num complexo problema de saúde pública cujo enfrentamento torna-se um grande desafio para a sociedade.

É preciso que as unidades estejam estruturadas e tenha lá na parede um cartaz dizendo assim ó: se você sofreu violência... alguma coisa que indique mesmo, isso tem que chegar à população como um serviço que existe... É nesse sentido que eu trabalhei muito com os alunos, assim como a dengue, hoje a gente sabe, se você tem esses sintomas procure tal, tal... mesma fala o serviço de saúde tem estruturar para isso. Sensibilizar de que a rede realmente existe que hoje no estado nós não temos essa rede estruturada essa criança vítima de violência, não só receber, mas dar continuidade, porque não é só notificar. E uma coisa também que a gente precisa ter claro, é que essas redes são municipais. As crianças vítimas de violência, elas só tem que chegar ao hospital que é de referência de estado quando ela tem uma lesão grave que precisa ser cuidada, precisa de sutura, precisa de uma intervenção cirúrgica, agora normalmente as violências que são praticadas, elas são do nível de atendimento da atenção primária da saúde, então precisa se organizar redes dentro dos municípios com todos os atores, saúde, ação social, polícia, o Ministério Público. (M.C.C)

Obter informações e cuidar de uma criança doente requer do profissional, além do cuidado técnico, imprescindível, o cuidado subjetivo, que envolve a particularidade e a individualidade de cada criança e a forma como esta expressa seus sentimentos e emoções. Mais ainda, coletar a história e cuidar

de uma criança vítima de violência sexual envolve, além do cuidado com o físico, tão doloroso, as necessidades de cuidado com o seu sofrimento emocional. (AZEVEDO, 1993)

Os profissionais devem estabelecer primeiro um clima de afinidade, harmonia e confiança com a criança, evitando qualquer insinuação de julgamento ou crítica, sejam no tom de voz ou na expressão facial. Porém, é importante também que os profissionais avaliem, antes de tudo, a sua própria postura e disponibilidade emocional para prestar assistência e discutir assuntos relacionados à violência sexual.

A equipe de enfermagem, assim como os docentes e discentes precisam ter consciência de suas atribuições, suas competências legais no que tange à Lei do Exercício Profissional, que rege a profissão da Enfermagem e, além de conhecer e se conscientizar, devem assumir as suas responsabilidades diante destes preceitos legais. O cuidado de enfermagem deve ser prescrito por enfermeiro e realizado por toda a equipe de enfermagem. A realização do cuidado de enfermagem com qualidade, de forma individual, que atenda às suas reais expectativas e necessidades, podem levar a uma melhor assistência e com qualidade.

No que se refere à violência doméstica à criança e ao adolescente observa-se que este conteúdo não faz parte da grade curricular do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM, mas os docentes entendem a importância do mesmo e abordam a questão em suas disciplinas.

No capítulo seguinte vamos buscar entender como os discentes absorveram este conteúdo para então discutir se estão preparados para o enfrentamento dessa prática no cotidiano profissional.

6 PERCEPÇÃO DOS DISCENTES SOBRE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE E FAMÍLIA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Para a construção deste capítulo utilizamos a análise das concepções teóricas e práticas dos discentes do Curso de Graduação de Enfermagem da Escola de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia (HSCMV) sobre a violência contra a criança e o adolescente. As fontes que fundamentaram esse capítulo foram os recortes das entrevistas dos discentes do 6º período e os portfólios dos discentes do 7º período sobre o objeto de estudo. Portanto, enfoca principalmente, a abordagem sobre as Políticas Públicas de Proteção à Criança e ao Adolescente no contexto da violência doméstica, descrevendo as definições de violência, violência doméstica, políticas públicas, criança e adolescente segundo a concepção dos discentes.

A violência possui particularidades dos programas de Políticas Públicas de Saúde e nesse tópico será descrito a definição de violência quanto às suas características (conceito, tipos de violência e bioética), violência doméstica (conceito, vivência no âmbito familiar, bioética e a comunicação), políticas públicas (ECA, conselho tutelar, órgãos superiores, políticas de promoção e prevenção à saúde), criança e adolescente (conceito, faixa etária e crescimento e desenvolvimento), atendimento de enfermagem – práticas assistenciais (histórico de enfermagem, exame físico, consulta de enfermagem, cuidados de enfermagem e equipe de enfermagem), atendimento de enfermagem – práticas educativas (conceito de educação e conhecimento, estratégias e técnicas identificadas fantoches, insuficiência de conteúdo recebido na formação).

No que se refere à definição de violência, 06 (seis) discentes mencionaram esse aspecto:

... é tudo aquilo que fere a integridade pessoal de cada pessoa, sendo ela física, moral intelectual, psicológica...(D3)

... é todo ato que a pessoa sofre podendo ser através de palavras ou de agressão, mesmo por uma pessoa... (E5)

... é quando você invade o território do outro sem o consentimento em termos gerais... falta com o respeito, pula o seu direito sem respeitar o outro... (C3)

... violência para mim é uma falta de respeito... (A1)

... é uma violação de direitos... Violação e agravo do direito que você sofre dentro de casa... violência é violação de direitos... (A2)

... não é só um atentado ou pressão física e emocional da pessoa, mas eu acho que tem um pouco de que toda a vez que somos obrigados a fazer algo de maneira bruta... (C4)

Para os discentes o termo violência está diretamente ligado à falta respeito, à violação de direitos, a prejuízo físico e emocional, indo ao encontro ao conceito de Minayo (1998), quando diz que a violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes e nações podendo ocasionar ou até mesmo levar à morte de outros seres humanos ou ainda interferir em sua integridade física, moral, mental ou espiritual.

Entretanto, somente em 02 (dois) dos registros acima (D3 e E5), a questão da violência fica claramente explicitada.

Quanto aos tipos de violência referenciadas nesta pesquisa, emergiam das entrevistas algumas relacionadas à violência física, psicológica, sexual, o estupro, a negligência, o bullying, o abandono, entre outras. Fica evidente nas 03 (três) entrevistas que trazem relatos sobre os tipos de violência:

... é algo que não pode ser aceito de forma nenhuma, tanto violência física e psicológica são agentes responsáveis que causam sequelas por toda a vida do indivíduo... (A5)

... é tudo que você faz que agride o outro tanto verbal como fisicamente... (E6)

... é todo ato que gera agressão física, psicológica, sexual, englobando também assim todo tipo de violência, como, negligência, estupro, abandono, bullying, entre outras. Além disso, há também a questão da agressão verbal, que envolve muitas vezes xingamentos de todos os tipos... (A6)

A compreensão dos discentes sobre os tipos de violência está mais relacionada às violências físicas e suas definições se aproximam da definição destacado por BRASIL (2002, p. 34), que considera:

[...] atos de agressão praticados pelos pais e/ ou responsáveis que podem ir de uma palmada até ao espancamento ou outros atos cruéis que podem ou não deixar marcas físicas evidentes, mas as marcas psíquicas e afetivas existirão. Tais agressões podem provocar: fraturas, hematomas, queimaduras, esganaduras, hemorragias internas etc. e, inclusive, causar até a morte [...]

Outras questões citadas pelos discentes durante as entrevistas, ora vão ao encontro à legislação sobre o tema violência, ora sobre alguns conceitos de estudiosos da área.

Em relação à violência psicológica, Brito (2005) diz que é o conjunto de atitudes, palavras e ações dirigidas para envergonhar, censurar e pressionar a criança de forma permanente, como ameaças, humilhações, gritos, injúrias, privação de amor, rejeição, entre outros.

Em relação ao abandono, Neumann (2000) diz que se caracteriza pela ausência do responsável pela criança ou adolescente. Considera-se abandono parcial a ausência temporária dos pais expondo-a a situações de risco. Entende-se por abandono total o afastamento do grupo familiar, ficando sem habitação, desamparadas, expostas a várias formas de perigo.

No grupo, houve um momento em que uma das discentes entrevistadas não se conteve e começou a chorar:

... ficou em silêncio... diz ter sido abandonada pela família... Começou a chorar... (D4)

No momento em que iniciou o choro, todo o restante do grupo ficou sensibilizado mantendo o silêncio. Tentei trazer o grupo novamente para dar continuidade à entrevista, mas não obtive sucesso. Com o ocorrido dei por esgotado o tema e a entrevista foi finalizada.

Já no que se refere ao estupro, a legislação Norte Americana chama a atenção para a necessidade do consentimento da vítima em uma relação sexual que envolve duas pessoas e define como sendo o ato sexual, sem o consentimento da mesma, sob coação, força, medo, drogas ou quando deficiente mental,

sendo mentalmente incapaz de exercer julgamento racional, ou quando em idade inferior a estabelecida por lei. A criança ou adolescente com idade abaixo de 18 anos não tem capacidade legal para consentir. (SADIGURSKY, 1999)

Conforme o Código Penal Brasileiro, o estupro é definido de acordo com o art. nº 213, como sendo uma situação em que ocorre penetração vaginal, com uso de violência ou grave ameaça com ou sem ruptura do hímen, com ou sem emissão de sêmen ou presença de gravidez. Pena de reclusão de 4 a 10 anos para o agressor. (DELMANTO, 1991)

O ECA, Lei nº 8.060 datada de 13 de julho de 1990, determina as garantias a criança e ao adolescente contra toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1990)

O abuso sexual contra a criança e o adolescente, conforme consta nos artigos nº 4, 5, 13, 98, 130 e 245 do ECA, determinam que cabe ao profissional de saúde a responsabilidade pela notificação obrigatória de casos de abuso sexual, havendo apuração de responsabilidade para aqueles que se omitirem, estando os mesmos, sujeitos às penalidades legais.

Já no que tange ao bullying, Ferreira (2010) diz que é um termo diferente, que abrange a educação em todos os seus aspectos, tanto no ensino-aprendizagem, quanto na disseminação da dignidade humana como processo de formação de um cidadão coeso com os princípios de respeito e direitos humanos, afirmando que o fenômeno bullying é uma forma de violência que acontece principalmente no ambiente escolar e contra crianças e adolescentes, de maneira a confrontar contra o princípio fundamental da dignidade do ser humano.

No que tange à leitura dos portfólios, foram encontradas as seguintes anotações dos discentes relacionadas ao tema. Observem:

... já sofreu agressão física de companheiro... ... apanhou quando criança. Já sofreu ameaça verbal. Já sofreu agressão física de companheiro... ... adolescente, tem fortes indícios de agressão pelo companheiro... (M.C.N)

... as queixas que a adolescente fez são: o pai é alcoólatra, xinga todo mundo, não cuida da esposa, gasta o salário dele com bebida e não mantém a casa...(C.S)

... sofreu estupro pelo marido que a fez buscar atendimento na rede, mas não obteve resposta. Ela foi espancada há 2 semanas pelo marido, após ficou apática, alucinada descuidando das crianças que o mais novo ainda mama e possui menos de 2 anos. Ele fica apática no sofá na frente da TV, tentou suicídio, mas a corda arrebentou. Ele quer se mudar dali levando apenas os seus 4 filhos e deixar os outros... (J.S)

... a cabeça da menina estava um ninho de piolho, até caindo pela roupa estava, dei o pente fino para ela e expliquei o que ela tem que fazer, mas a mesma disse que os irmãos também estão e que pegam da escolinha e ela só dorme com eles, ou seja, vão ficar os piolhos lá até a criança nascer, e é capaz do bebê ainda ir a óbito de tanto piolho... (F.M)

... um caso em especial me chamou atenção pelo fato da criança ter sido abusada sexualmente... (F.M)

... ficou na tutela da avó que morava com o namorado e aí veio a suspeita de abuso sexual por parte do namorado... (T.M)

... uma menina de 13 anos de idade com retardo mental até a classificação e depois até a consulta médica, pois ela não estava com nenhum responsável, pois eles se recusaram a acompanhá-la... (T.M)

... uma mãe que é viciada em várias drogas cuja criança nem nome tem ainda, eu tinha noção do que me esperava por isso o choque foi menor, chegamos no meio da tarde e as crianças um pouco mais velhas estavam tentando dar um jeito na casa, uma casa com muita umidade, fogão sem painelas e com sujeira, chão não muito limpo. Fico pensando na realidade daqueles pequeninos, esta mulher já teve 8 filhos e já deu algumas crianças tem olhar triste, são acuadas... (C.C)

... dentre os casos que mais me chamou atenção foi de uma criança que acompanhada pela mãe e com queixa de micose em virilha, com prurido. Ao final, perguntei se havia outras queixas e a mãe confessou que o filho estava sofrendo com o bullying na escola há alguns anos. A criança disse que os colegas de classe colocam apelidos nele, o chamando de gordo, baleia e etc. Disse também que já tentou agredir fisicamente um desses colegas... (Y.B.M)

... paciente de 16 anos veio a US junto com seu RN de 29 dias de nascido, a mãe relata que não esta se alimentando direito e não tem paciência em dar o peito... (C.A)

... observei uma negligência dos enfermeiros da US pois não realizada a visita domiciliar do RN... (C.A)

Como podemos observar os registros dos portfólios trazem muitas informações sobre os diferentes tipos de violência contra a criança e o adolescente. Esta questão confirma os dados sobre as violências, sendo que estas representam a 3ª causa de morte da população geral no Brasil.

No estágio dos discentes durante o período de fevereiro a junho de 2011 permanecendo 20 (vinte) horas semanais no campo de estágio, pode-se observar que, de acordo com os registros dos portfólios dos discentes, houve 30 (trinta) relatos de ocorrência de alguma forma de violência.

De acordo com estudo realizado por Brasil (2008), com relação à violência contra crianças, foram registrados 1.146 atendimentos de meninas, representando 59,1% do total de registros entre 0 (zero) e 9 (nove) anos de idade nas unidades de referência para violência doméstica e sexual. O estudo também revela que, na maioria das vezes, o agressor é um familiar, parente ou pessoa conhecida da vítima. Quanto à violência doméstica e sexual, boa parte das vítimas relatou ter sido agredida anteriormente, dentro de casa sendo 897 adolescentes (37,8%) e 601 crianças (31%).

Com relação ao atendimento das vítimas, dos 1.939 registros de violência contra crianças, 845 foram por agressões sexuais, o que representa 43,6% dos atendimentos. Em seguida, estão as agressões psicológicas (37,9%) e, em terceiro lugar, a negligência ou abandono (33%). Por fim, aparecem as agressões físicas (28,5%). Ressalte-se que parte dessas vítimas sofre mais de um tipo de violência. (BRASIL, 2008)

Assim como na infância, a agressão sexual foi a principal causa de atendimento, pelos serviços de referência, em relação à violência cometida contra adolescentes (10 aos 19 anos de idade), conforme os relatos registrados. Dos 2.370 registros de violências contra adolescentes, 1.335 foram por agressões sexuais, o que representou 56,3% dos atendimentos. Depois da violência sexual, estão as agressões psicológicas (49,9%) e físicas (48,3%), seguidas de negligências ou abandono (12,6%). Cabe ressaltar ainda que, também na adolescência, as vítimas sofrem mais de um tipo de violência. (BRASIL, 2008)

Chama a atenção que 02 (dois) discentes destacam sobre o direito moral, tratado dentro da referência bibliográfica utilizada na pesquisa. Esta questão pode ser entendida como bioética, não chegando a caracterizar claramente a questão da violência:

... é qualquer atentado contra a integridade física e moral da pessoa... (C5)

... é quando você ultrapassa o direito do outro, podendo se verbal, fisicamente, gestos... (E4)

Na definição apontada por Lepargneur (1996), a bioética é referida como sendo a expressão crítica do nosso interesse em usar convenientemente os poderes da medicina para conseguir um atendimento eficaz dos problemas da vida, saúde e morte do ser humano, ou seja, a bioética é a resposta da ética aos novos casos e situações originadas da ciência no campo da saúde.

Em relação à definição de violência doméstica foram extraídos 05 (cinco) fragmentos das entrevistas:

... é quando está relacionado a uma agressão dentro da família... (E2)

... é todo o tipo de agressão voltado para a família... (E3)

... é quando uma pessoa é agredida dentro de casa... (A4)

... é a agressão dentro da família... (A5)

... é todo ato cometido por pais, parentes ou pessoas próximas àquela criança ou adolescente... (A6)

A compreensão dos discentes sobre a violência doméstica assim compreendida pode ser compartilhada por um dos aspectos apontados por Rocha, Ferriani e Souza (2001, p. 96) quando aborda o tema:

[...] um processo de vitimização que se expressa em atos com intenção de prejudicar, subtrair, subestimar e subjugar, envolvendo sempre um conteúdo de poder, quer seja intelectual quer seja físico, econômico, político ou social. Atingem de forma mais a hostil os seres mais indefesos da sociedade, como as crianças e adolescentes, e também as mulheres sem, contudo, poupar os demais [...]

Já em outros fragmentos da entrevista é possível identificar a ideia de violência em relação à vivência no âmbito familiar:

... é toda a violência que pode ocorrer dentro da mesma família na mesma casa, onde envolve filhos, irmãos, tios, pais, madrastas e padrastos... (E5)

... é toda aquela que ocorre dentro do âmbito familiar... (E6)

... quando os pais não aceitam o espaço dos filhos... (E1)

... é quando uma criança apanha de seus pais, às vezes até por motivos mínimos... (A3)

É importante registrar que a exposição à violência em casa, como vítima ou testemunha, está associada ao fato de a pessoa ser uma vítima ou um perpetrador⁸ de violência na adolescência ou na fase adulta. É o chamado ciclo da violência, cuja manutenção pode ser evitada com a contribuição das práticas sociais para a prevenção da violência intrafamiliar. (ZUMA, 2004)

Com relação à bioética relacionada à violência, dois fragmentos das entrevistas referem-se a:

... é toda aquela agressão que sofre dentro de um lar, enquanto deveria ser cuidado pelas pessoas que tem respeito e daí fere a integridade física e moral de cada um... (C1)

... é uma falta de respeito que a criança sofre dentro de casa... (B6)

Ou seja, as condutas associadas à violência nessas referências, na realidade estão associadas a uma conduta eticamente condensável.

De acordo com Silva, Lisboa e Koller (2006), a bioética pode ser vista como estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais.

A violência é abordada a todo instante nos noticiários e nos meios de comunicação em geral e, um dos discentes faz menção a este fato:

... concorda com o C3, e diz que muito do que vemos hoje nos noticiários, acontece nos serviços em que fazemos estágios, infelizmente... (C5)

⁸ Perpetrador: agressor. (FERREIRA, 2010)

Mas pelas citações, pode-se observar que a fala do discente não é totalmente clara, pois ele não fala especificamente sobre questões de violência que aparecem na mídia.

Quando abordamos crianças, não podemos ter pressa ao transmitir informações. Trabalhar com as questões gradualmente, conforme a curiosidade, a disponibilidade e a disposição de compreensão de cada grupo, durante o tempo que for necessário, lendo e relendo, sempre que possível, os pontos mais difíceis, promovendo a discussão sobre cada tema e sua necessária assimilação. A mensagem deve ser clara e construtiva. (MELLO, 1994)

Um dos discentes tem essa compreensão:

... utilizando do lúdico, para despertar a atenção das crianças. Ex: teatro de fantoches... (C3)

O ECA, sem dúvida, é um dos instrumentos mais importantes para os profissionais que atuam na assistência à criança e ao adolescente, mas somente 03 (três) discentes mencionam ter algum conhecimento com relação ao ECA:

... eu tenho pouco conhecimento, só tenho conhecimento do ECA... (E6)

... o conhecimento científico que eu tenho a respeito de políticas públicas foi pouco pincelado na faculdade, principalmente sobre o ECA e não possuo muito conhecimento nesta área mais ao meu ver deve ser feito diversos a ações pois já que e um numero crescente de casos na sociedade de violências contra a criança e adolescentes e a população em geral... (E1)

... o conhecimento que tenho sobre políticas públicas é muito deficiente, pois durante o curso foi falado sobre ECA, conselho tutelar, proteção à criança e ao adolescente... (A6)

Apesar dessas observações dos discentes, em 1990, entrou em vigor o ECA, Lei 8.069. O surgimento desse estatuto representou um marco para as relações entre pais e filhos, inclusive os adotados, e, principalmente, na

proteção dos próprios filhos, uma vez que seus direitos passam a ser vastamente protegidos e respeitados, inclusive acima de qualquer interesse que aqueles que os criam eventualmente possam ter. (BRASIL, 1990) Passados todos estes anos a sociedade ainda não se apropriou adequadamente destas declarações de direitos.

Já em relação ao Conselho Tutelar, um número significativo de discentes entrevistados referencia ao mesmo, conforme os relatos abaixo:

... eu tenho pouco conhecimento, só mesmo a base do Conselho Tutelar que eu pude vivenciar um pouco durante a vida, tirando a parte por experiência acadêmica que é muito defasado... (E5)

... conversar com o suspeito e comunicar ao Conselho Tutelar sobre suspeita de violência doméstica... (C1)

... observação com relação a entrevista com a técnica de comunicação com crianças, através de denúncias e Conselho Tutelar (estabelecer parcerias) e outras... (C5)

... em caso de suspeita encaminhar para um psicólogo ou até mesmo ao Conselho Tutelar... (B6)

... acionar o Conselho Tutelar, observar as ações e expressões das crianças e adolescentes para identificar sinais de violência... (D4)

... observar a criança para ver os tipos de machucados, feridas, queimaduras no corpo desta criança, comunicar ao Conselho Tutelar caso o fato seja confirmado... (A3)

... se caso isso acontece, eu aviso aos órgãos competentes (Conselho Tutelar) e se mesmo assim ela não me falar, mas eu ver marcas de agressão eu recorro ao Conselho Tutelar... (D1)

... eu conversaria com ela e depois comunicaria a minha “chefe” professora para comunicar ao Conselho Tutelar... (A3)

... acionamento do Conselho Tutelar... (D7)

... o conhecimento que tenho na área de políticas são as coisas que vemos no nosso dia a dia do Estatuto do Conselho Tutelar... (E3)

O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, constituído para zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente conforme disposto no art. nº 131 do ECA. É nesse sentido que o Conselho Tutelar pressupõe a não vinculação a partidos ou outros órgãos políticos ou subordinação de qualquer que seja o poder local ou a outros órgãos jurisdicionais. Vincula-se ainda à prefeitura, mas a ela não se subordina. Sua fonte de autoridade pública é o próprio Estatuto. A atuação dos

conselheiros tutelares, sempre que solicitados, é na operacionalização de política de atendimento e no auxílio a profissionais e Instituições que trabalham com a infância e adolescência. (CARVALHO, 2011)

Diante dessas entrevistas pode-se observar que a questão do Conselho Tutelar está mais próxima da percepção dos sujeitos da pesquisa.

Dessa maneira, acredita-se que o enfermeiro precisa ter conhecimento científico sobre a problemática da violência, para cumprir com sua responsabilidade em relação à assistência profissional. Além disso, deve haver compromisso legal e moral, enquanto cidadão/profissional, comunicando oficialmente aos órgãos pertinentes - como o Conselho Tutelar e o Ministério Público - os casos suspeitos de violência contra as crianças ou adolescentes. (ALGERI; SOUZA, 2006)

Outro aspecto mencionado pelos discentes entrevistados foi a respeito das Políticas Públicas e com relação à recorrência aos Órgãos Superiores:

... quando deparado com essa situação reportar aos órgãos competentes de proteção a criança... (A5)

... eu procuro observar o que acontece e também procuro informações sobre o que está acontecendo, e se tiver algo errado, que não esteja ao meu alcance, procuro as medidas e os órgãos cabíveis... (B5)

... acionaria autoridades competentes apesar de não ter enfrentado isso na prática... (D7)

... recorrer a órgãos superiores caso constate que ela está sendo vítima de violência e tentar ajudá-la... (C4)

A intervenção dos Órgãos Superiores, principalmente a Vara da Infância e da Adolescência, mediante uma situação de violência contra crianças e adolescentes é decisiva, já que reúne condições para determinar a cessação do abuso por meio de medidas como: destituição do pátrio poder, determinação de tratamento para a família abusiva, interdição de permanência e de contato com a criança vítima ou, até mesmo, através da prisão do (a) agressor (a). (ROQUE; FERRIANI, 2002)

Entretanto, Assis (2003) e Gomes (1993) apontam fatores esmagadores no Poder Judiciário, tais como a quantidade excessiva de processos e atuação dos funcionários (número insuficiente de servidores, acúmulo de tarefas, falta de qualificação, falta de recursos, entre outros), dificultando ou muitas vezes impossibilitando, a tramitação e andamento dos processos, além da má qualidade do registro das denúncias e da necessidade de considerar a criança como prioridade absoluta.

Vale destacar que, independente do agravo, a prevenção e promoção da saúde são práticas inerentes à formação do enfermeiro. Com relação às práticas de promoção e prevenção à saúde, 05 (cinco) dos discentes lembram que:

... atendimento de enfermagem e prevenção e promoção da saúde do paciente... (B2)

... deveriam ser criadas políticas de apoio e prevenção da violência, pois é um problema que deve ser resolvido o mais rápido possível... (A1)

... promover ações para melhorar a saúde da população como um todo... (A1)

... abordagem da criança, observação dos possíveis acusados, elaboração de uma estratégia que possa minimizar e/ou eliminar este risco... (B1)

... é importante ainda, realizar palestras e divulgar mais sobre o assunto violência... (A6)

Frente às ações de promoção e prevenção à saúde, estas se concretizam no cuidar. Percebe-se a necessidade de romper, no sentido de extrapolar, o modelo biomédico e reconhecer a exigência da inclusão da representação da integralidade no cuidado. Esse movimento é importante e esperado, pois o avanço deve impulsionar os novos saberes, e estes, conseqüentemente, conduzir a novos fazeres em um ciclo interminável. Os entrevistados parecem conseguir fazer uma associação entre a atenção primária à saúde com a promoção e prevenção à violência propriamente dita.

O enfermeiro demonstra habilidades e competências para unir as ações assistenciais, educacional e gerencial nas ações de cuidado e articular em

suas atividades o conhecimento teórico-conceitual às situações vivenciadas no cotidiano.

No cenário de saúde coletiva, o enfermeiro assume responsabilidades que vão além da condução da equipe de enfermagem. Assume a gerência de unidade de saúde, de programas de saúde, do processo de trabalho interdisciplinar, para alcance de objetivos coletivos. (PETERLINI, 2004)

Acerca da definição sobre criança e adolescente, 04 (quatro) discentes entrevistados relataram:

... criança é a melhor fase da vida, é uma fase com um turbilhão de revoltas sendo que algumas ações podem refletir para o resto da vida... é uma fase frágil e de muitas mudanças... é uma fase de rebeldia, de contentamento com a vida... (B3)

... representa vigor e fragilidade... (A2)

... criança é uma mistura de pureza e fragilidade e adolescente é a formação de um indivíduo que futuramente será um adulto... (A5)

... criança é aquele ser que precisa de cuidados, principalmente daquelas pessoas mais próximas. Já adolescente é uma fase que a pessoa deixa de ser criança, para vivenciar uma nova realidade de responsabilidades e conflitos. É importante que a família participe dessas fases, para dar apoio suficiente para que estes não se tornem pessoas revoltadas... (A6)

Tais visões apresentam um aspecto meio idealizado destas fases, uma vez que os aspectos que marcam uma fase e outra não ficam muito claros nas expressões dos entrevistados e as emoções, cuidados, entre outras, aparecem em qualquer idade do ser humano. Somente 01 (um) depoimento (A6) se aproxima mais das caracterizações solicitadas.

Vários conceitos são atribuídos ao período conhecido como adolescência. Para Brasil (1996), adolescência é o período caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento e se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais e compreende a faixa etária acima de 10 e inferior a 20 anos.

A OMS (1997) descreve adolescência como sendo um período que inclui várias fases para o indivíduo, como: o surgimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual, os processos psicológicos e as formas

de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta e a transição do estado de dependência econômica total para relativa independência. Entretanto, a OMS entende que não é possível colocar limites específicos à adolescência, e que este termo indica uma classificação social que varia tanto em sua composição como nas implicações.

Quanto à caracterização da faixa etária e características da fase, 03 (três) discentes mencionaram que:

... é a fase de 10 a 19 anos onde acontece muita coisa boa, formação da personalidade de cada pessoa... (B2)

... a criança é uma fase de rebeldia, de descontentamento com a vida... (A1)

... são fases da vida de uma pessoa que necessitam de muita atenção e é uma fase de muita dependência... (A4)

Observa-se que apenas uma pessoa (B2) caracteriza mais adequadamente a faixa etária. As outras fazem alusão apenas às características psicológicas (A1 e A4).

Conforme Brasil (1996), a faixa etária da adolescência é considerada entre 10 e 19 anos e é o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

A adolescência inicial coincide com as primeiras modificações físicas, psicológicas, emocionais e socioeconômicas da puberdade e a adolescência final não estabelece critérios específicos. Essa transição está relacionada a uma maior autonomia e independência nas diversas situações da vida. (BRASIL, 1993)

As transformações físicas, durante o processo pubertário, levarão os adolescentes à função biológica de reprodução, destacando-se a ocorrência do estirão do crescimento – aceleração e desaceleração do crescimento, as alterações na quantidade e na distribuição de gordura no corpo, o

desenvolvimento do sistema respiratório, circulatório, reprodutor e das gônadas, o surgimento de pelos e alterações na voz. (GOMES, 1993)

A família, tanto pode ser de amparo ao crescimento e desenvolvimento saudável desse adolescente e do restante da família, como também pode apresentar limitações e aspectos negativos, como imposição de regras, que impedem e atrapalham a compreensão dos valores básicos gerando intensos conflitos na formação dos adolescentes. (PATRÍCIO, 1990)

A prática do enfermeiro em qualquer espaço de atuação é fundamentada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O histórico de enfermagem é uma das principais etapas da SAE e, que quando executada auxilia muito a atuação do enfermeiro frente aos casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente. Sobre essa questão, 03 (três) dos discentes entrevistados citam que:

... é necessário ter conhecimento referente aos tipos de lesões que podem ser encontradas, se apegar a detalhes de histórias dos acompanhantes, recorrência dos fatos, características das lesões apresentadas e a origem pela qual ocorreu. A atenção ao comportamento da criança em relação ao acompanhante... (A5)

... nunca lidei mas penso que seria complicado. Deve-se abordar a criança de maneira que entenda que você é confiável, muitas vezes ela está sendo ameaçada. Pesquisar o histórico de vida daquela criança e recorrer a órgãos superiores caso constate que ela está sendo vítima de violência e tentar ajudá-la... (C4)

... acredito que ao atender uma criança ou um adolescente vítima de violência, primeiramente devemos ter cautela e procurar ganhar confiança destes... (A6)

O histórico de enfermagem se divide em entrevista e exame físico. Durante a entrevista, o objetivo é o levantamento dos dados das relações da criança com a família/responsável que o acompanha. (WOISKI; ROCHA, 2010)

Neste momento é possível identificar os tipos de violência que não são aparentes, tais como: abandono, violência emocional, dentre outras.

Já durante o exame físico é possível identificar as violências físicas, principalmente. Dessa forma, 08 (oito) discentes destacam a importância do exame:

... após atender uma criança/adolescente com suspeita de violência doméstica, deve-se realizar um exame físico na criança, além de fazer uma entrevista com os mesmos, em local privado e longe do suspeito... (C1)

... nunca tive o contato, nas acredito que devemos fazer uma abordagem, para ver se esta criança está com algum hematoma em alguma parte do corpo e que possa estar levando a violência, e também observar as ações que esta criança tem, mas nunca tive a experiência e não sei com seria... (E5)

... a conversa com a criança e adolescente, a observação, verificando a presença de sinais de violência... eu particularmente reprimo a violência, esta é uma questão complexa, muito difícil de lidar, de presenciar... (A1)

... tentar proporcionar à pessoa um conforto físico e emocional com carinho... Fazer entrevista diretamente com a criança, sem a presença dos pais, conversar abertamente, dando incentivo para a criança falar. Observar a linguagem verbal, hematomas, escoriações, sinais de dor... Tentar proporcionar à criança liberdade para falar, contar os casos ocorridos com ela e procurar uma maneira ou solucionar tal problema, proporcionar apoio e atenção a essa criança... (A4)

... observar o comportamento e aparência física da criança. Saber usar a linguagem verbal e não verbal. Saber conversar com a criança que sofreu a violência. Demonstrar atenção e ficar em silêncio, quando necessário... (B6)

... eu nunca tive nenhuma experiência com criança e adolescente vítima de violência. Eu não sei como agiria. Durante o exame físico iria procurar sinais de agressão. Eu acho que apurar esta deficiência é muito importante, pois a violência está cada vez mais crescente em nossa população... (E6)

... a estratégia utilizada por nós estudantes para lidar e identificar a criança e o adolescente com risco para a violência doméstica é saber abordar a criança com essa suspeita a fim de que ela crie confiança na gente e fale sobre o assunto. Temos também que saber o perfil de uma criança que possivelmente sofre violência (uma criança mais fechada, com possíveis marcas no corpo, triste, etc..) (D1)

... é importante sempre fazer um bom exame físico para detecção de lesões físicas visíveis e maus-tratos daquela criança ou adolescente... (A6)

O reconhecimento dos sinais das várias formas de violência contra crianças deve, portanto, fazer parte da rotina dos profissionais da saúde, sendo estes percebidos através do exame físico, assim como a abordagem dessas situações, que, às vezes, é de extrema complexidade. É preciso estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de maus-tratos e isso requer habilidade, sensibilidade e compromisso com essa causa. (WOISKI; ROCHA, 2010)

Com relação aos aspectos e caracteres físicos verificados, podem ser as mais comumente encontradas, como, as doenças psicossomáticas, que podem apresentar uma série de problemas de saúde sem causa clínica aparente, tais como: dor de cabeça, dor de barriga, pernas, braços, genitais, erupções na pele, vômitos e outras dificuldades digestivas, que têm, na realidade, fundo psicológico e emocional. (AZEVEDO; GUERRA, 1993)

O interessante desses relatos é que os discentes demonstram saber identificar os sinais de violência, mas não conseguem transportar esses sinais para a definição conceitual, conforme se observa nas páginas 76 e 77 no começo deste capítulo.

Seguindo a linha de pensamento de Azevedo e Guerra (1993), podem ser encontradas algumas outras características, tais como: dor, inchaço, lesão ou sangramento nas áreas da vagina ou ânus a ponto de causar, inclusive, dificuldade para caminhar, sentar e até urinar; canal da vagina alargado, hímen rompido e pênis ou reto edemaciados ou hiperemiados; baixo controle dos esfíncteres, constipação ou incontinência fecal; sêmen na região bucal, nos genitais ou em roupas que podem estar sujas de sangue; gravidez precoce ou aborto; ganho ou perda de peso, o que pode afetar a atratividade do agressor e traumatismo físico ou lesões corporais, por uso da violência física.

Ainda com referência a SAE, as falas sobre a consulta de enfermagem foram proferidas por 15 (quinze) discentes:

... mas eu não saberia colocar em prática durante uma consulta com suspeita de agressão... (E6)

... tenho calma para passar segurança e confiança ao usuário, procuro me informar bem sobre a situação... (D4)

... atendimento de enfermagem, aquele que considera o ser humano com um todo, mesmo com todas as suas diferenças... (B4)

... procuro estar o mais livre de pré-julgamentos possível, mas é necessário estar atento para identificar mentiras ou omissão da verdade. Saber ouvir é muito importante. Também é necessário ter um posicionamento firme e profissional... (C5)

... atendimento enfermagem é aplicação do cuidado e da filosofia da enfermagem... (A5)

... identificar sinais, tentar conversar com a criança, na ausência do responsável... (C3)

... a primeira ação do estudante deve ser a observação cuidadosa e sistemática da criança e os sinais que esta criança transmite como silêncio, medo e distanciamento... (A2)

... na prática, quando nos deparamos com casos de violência, devemos abordar o paciente com cautela, procurando saber os antecedentes de tal violência, devemos conversar com a família e buscar soluções, como prática educativa relacionada à violência... Nunca participei de nenhuma prática educativa com a temática violência... (D2)

... é conhecer a realidade onde ele se encontra, a orientação que ele tem, além de estabelecer um vínculo de confiança, através da conversa com essa criança/adolescente... Nunca passei pela experiência de atender ou conviver com uma criança/adolescente vítima de violência. Acho que antes de qualquer coisa, passamos por um sentimento de revolta, que obviamente não podemos expressar frente à criança agredida. Porém, é um assunto que deve ser pesquisado, além de orientar a criança... (D3)

... atendimento de enfermagem é tentar proporcionar a pessoa um conforto físico e emocional com carinho... (A4)

... as maneiras de identificar uma criança que sofre violência são através das marcas no corpo, comportamento social delas, atitudes, expressão facial, muitas vezes demonstrando medo. E lidar com estas crianças, acredito que tenha que ser de maneira sutil, abordar com cuidado, observá-la, e fazê-la entender que pode confiar em você... (C4)

... passar confiança para que a vítima consiga se abrir para se conseguir o máximo de informações possível para que ajudá-la seja mais fácil. Conversar o máximo para acalmar a vítima, e confirmada pela vítima a violência, deve-se comunicar ao Conselho Tutelar para que seja tomada as providências... (D5)

... nunca passei por uma situação de violência nem presenciei, mas acho que se visse uma cena de violência infantil ou desconfiasse, eu abordaria a criança de modo que ela tenha confiança em mim e me conte... (D1)

... atendimento de enfermagem é o amor... Acho que será observar o comportamento da criança e da família, buscando sempre informações sobre a família. Além disso, observar os aspectos físicos da criança... (B5)

... falta muitas vezes atenção por parte da equipe de enfermagem e de outros profissionais para com esse assunto... (A6)

Nos relatos acima os discentes apontam os fatores que possivelmente estão relacionados às dificuldades de articularem os saberes teóricos aos práticos. Os 08 (oito) primeiros relatos descrevem sobre o dever ser da profissão. Com relação ao conhecimento e aproximação com o emocional e a ética D3 e A4 trazem essa descrição. No que diz respeito à identificação dos sintomas de violência, C4 deixa claro. Por fim, B5 fala sobre a questão do afeto. Percebe-se

então, que existem vários seguimentos da etapa da SAE, mas em nenhum momento fica totalmente explícito.

Os profissionais devem estabelecer no primeiro momento um clima de afinidade, harmonia e confiança com a criança, evitando qualquer insinuação de julgamento, seja no tom de voz ou na expressão facial. Além disso, é importante ainda que os profissionais avaliem, antes de tudo, a sua própria postura e disponibilidade emocional para atender e discutir assuntos relacionados à violência. (AZEVEDO, 1993)

Os discentes se referiram em suas falas ao modelo de assistência prestado frente aos casos de violência.

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, 03 (três) discentes entrevistados relataram que:

... atendimento de enfermagem é a análise do indivíduo como um todo, não só ao atendimento ao que está sentindo, mas também o cuidado humanizado... (B3)

... atendimento de enfermagem é o cuidado dado ao paciente no primeiro momento... (B1)

... atendimento de enfermagem: acolhimento e cuidado... (A2)

Dentre os profissionais envolvidos no cuidado à criança e ao adolescente, estão o enfermeiro e a equipe de enfermagem. Na essência da enfermagem, o cuidado tem como enfoque principal, o bem-estar e o conforto do cliente, que exige um esforço constante dos profissionais no entendimento da complexidade e fragilidade do ser humano sob sua responsabilidade. (SILVA, 2003)

Todos os relatos ressaltam o cuidado associado à análise do indivíduo através de uma visão holística.

Na continuidade da entrevista, 02 (dois) discentes evidenciam a importância do trabalho da equipe de enfermagem:

... atendimento de enfermagem é orientação e educação em saúde... Obter a confiança destas crianças, para que ela tente relatar o fato ocorrido, conversar com ela; caso eu me depare com alguma criança que tenha sofrido violência, sob qualquer forma, primeiramente eu tentaria ganhar sua confiança para tentar obter o máximo de informações por parte dela, e, caso a violência fosse confirmada, eu conversaria com ela e depois comunicaria a minha “chefe” professora para comunicar ao Conselho Tutelar... (A3)

... para mim é fundamental que sempre haja o sentimento de proteção, liberdade de escolha para falar ou não sobre a violência (no caso de quem sofre a violência), abordar o tema constantemente, o assunto com o máximo de pessoas possível, pois é uma triste realidade, presente em todos os lugares e níveis sociais... (A2)

Os discentes que falaram desse assunto se referiram tanto à forma de abordar a criança (A3), quanto à questão de afetividade (A2), conforme sugere a literatura técnica.

A equipe de enfermagem deve conquistar a criança, criando um vínculo de confiança, e expressar no cuidado, atitudes sinceras e verdadeiras. Também deve familiarizar a criança ao ambiente e às pessoas que estarão envolvidas no seu cuidado, procurando explicar sobre as rotinas e os procedimentos que serão realizados, o porquê de cada um, a possibilidade de dor ou demora, sempre transmitindo confiança e afeto. (AZEVEDO, 1993)

O enfermeiro e a equipe de enfermagem têm um importante papel neste momento, pois através do cuidado podem apoiar a criança, transmitir o amor e a segurança de que ela precisa para enfrentar essa situação. Pelas falas, percebe-se que esse envolvimento da equipe com a criança e familiares é desgastante, gera muitos conflitos e questionamentos. Dessa forma, salienta-se a importância de um preparo emocional da equipe de enfermagem diante desse contexto de cuidado. (WOISKI; ROCHA, 2010)

Com relação à definição de conhecimento sobre o debate teórico da questão da violência doméstica, 01 (um) discente entrevistado menciona que:

[...] é o conhecimento muito vago e acho que é muito importante termos estas informações, pois até no atendimento nós não saberíamos como orientar o familiar... (E2)

Nesse sentido, o discente que se refere especificamente ao conteúdo teórico sobre o assunto (E2) reconhece sua importância. Para que uma aprendizagem se dê adequadamente há que se reconhecer que o sujeito (aquele que conhece) e o objeto (que é conhecido). O sujeito é percebido no mundo do objeto, e o objeto só tem significado a partir do sujeito, ou seja, o sujeito e o objeto estão em constante interação e construção de sentidos. (BARBOSA, 2009)

A partir das experiências vivenciadas em situação de estágio, o discente pode remeter à necessidade de ampliação e aprofundamento do conhecimento.

Acerca das estratégias e técnicas identificadas e utilizadas, 11 (onze) discentes expressaram-se da seguinte forma:

... outra estratégia é realizar a entrevista diretamente com a criança, de preferência, se possível sem a presença dos pais. Deve-se atentar para os sinais físicos de violência no corpo dessa criança... (A2)

... o estudante pode identificar uma criança ou adolescente com risco através de técnicas simples, como entrevista, colocando com foco o assunto de violência e deixando claro para o entrevistado a confidencialidade do que for falado ali. Muitas vezes, apenas a observação ativa pode ser válida para esta identificação... (B4)

... as ações utilizadas por nós, estudantes, para identificar criança com risco para violência doméstica e a observação do comportamento, se é reprimido ou não, se a criança é ativa ou alegre. E ao notar que essa criança pode estar sofrendo violência doméstica é orientar a falar sobre o assunto, dar palestras educativas e orientar os pais... (D2)

... utilizando do lúdico, para despertar a atenção das crianças como, teatro de fantoches... (C3)

... educação para a saúde em projeto de extensão, com teatro de fantoches, brincadeiras, dentre outras atividades lúdicas... (C5)

... utilização de teatro com fantoches, filmes, músicas e discussão em grupo... (D4)

... através de observações e perguntas é possível perceber a violência, uma forma de lidar com isso é praticando a educação em saúde através da conversa com a criança... Conversas em grupos, utilização do lúdico, como teatro... (C2)

... trabalhos escolares e durante a faculdade... (C1)

... utilizando do lúdico, para despertar a atenção das crianças como, teatro de fantoches... (C3)

... ainda não tive participações a respeito da temática violência, porém, se houver/houvesse oportunidade estarei aberta para realizá-las através de teatro, palestras, entre outros... (A3)

... já passei pela experiência de ir a uma escola participar de uma palestra junto com uma enfermeira e assistente social da UBS, cujo o tema era sexualidade. Quando encerramos, uma das alunas (12 anos) abordou-nos comentando que sofria abuso sexual do seu padrasto... (D7)

... os trabalhos na escola que tratam da violência, de forma que fique bem claro e simples para a criança/adolescente contribui muito para a formação de um conceito individual... (D3)

... já participei de um projeto na pastoral da criança na qual faríamos um trabalho educativo com os pais sobre vários temas e um deles foi sobre a violência relacionada ao tema acidentes na infância. Além de estes temas terem sido em disciplinas do ensino básico... (B3)

Tais ideias indicam que houve aprendizagem da técnica de abordagem da criança e do adolescente com sinais de violência doméstica. Destes, 06 (seis) deram destaque ao modelo lúdico.

O modelo lúdico, segundo Ferland (2006), tem como características principais, a proposição sistemática da utilização do brincar na prática terapêutica, assim entendido como o quadro conceitual delineador da concepção específica do brincar a ser realizado e de um modelo de prática, ou seja, um conjunto de meios concretos capazes de favorecer a aplicação do brincar no âmbito clínico.

Dessa forma, são desenvolvidas as habilidades, interesses e atitudes da criança sendo o meio mais eficaz o da atuação e identificação do modelo lúdico na busca em proporcionar melhorias na qualidade de vida do paciente em seu cotidiano e no meio em que vive.

O brincar encontra-se inserido no processo onde o interesse manifestado pela criança, ajuda a favorecer a dinâmica das atividades por ela apresentada, frente ao agir, à ação do corpo e também à ação mental. Esta forma de agir, muitas vezes, não é suficiente como um qualificador do estado de sequelas que a criança pode apresentar em decorrência da violência que sofreu, sendo preciso ter como cerne da observação, o ser da criança avaliando os seus limites.

A sua utilização como recurso terapêutico deve permitir ao profissional, bem como à equipe de saúde, em geral, uma flexibilidade das ações voltadas para o

favorecimento e estímulo das habilidades da criança, visando à reconquista de sua autoestima.

Com relação à insuficiência de conteúdo recebido durante a formação, 14 (quatorze) discentes afirmaram que:

... como estudantes de enfermagem temos uma deficiência nesta área, em estar abordando as vítimas de violência, pois não fomos orientados durante o curso como deve ser feito este atendimento, e não temos experiência, e no dia em que for realizar o atendimento não sei como devo abordar o paciente. E isso faz falta na formação, pois devemos saber fazer esta abordagem, pois hoje existem muitas vítimas de violência... (E3)

... e na formação que temos na graduação não recebemos as instruções para este atendimento... (E5)

... a gente não teve a respeito do ECA. Se foi abordado, foi de forma muito breve que agente não se lembra e deveria ter uma parte que volta-se mais para o aluno se identificar com isso e poder estar orientando a família sobre qual atitude pode estar tomando... (E5)

... o conhecimento científico que eu tenho a respeito de políticas públicas foi pouco pincelado na faculdade, principalmente sobre o ECA... (E1)

... não me lembro de ter estudado isso na graduação... (E4)

... mas nunca vi na faculdade algo que aborda-se realmente este estatuto no nosso aprendizado e estar estudando especificamente ele, para poder instruir a população atendida e as orientações a serem dadas... (E3)

... para uma identificação de violência doméstica é preciso que o aluno tenha um conhecimento teórico, saber identificar se o caso é de violência ou não, saber encaminhar o caso... (B2)

... eu acho que esta é uma disciplina que deveria ser mais abordada durante a faculdade para que pudéssemos ter um aprendizado melhor... (E6)

... o conhecimento que tenho sobre políticas públicas é muito deficiente, pois durante o curso pouco foi falado sobre o ECA, Conselho Tutelar, proteção à criança e ao adolescente... (A6)

... eu não sei o que eu poderia estar abordando, não tenho noção nenhuma. (E2)

... na prática o enfrentamento da violência é complicado e difícil de lidar, pois há poucas inclusões sobre o tema no nosso meio... (B1)

... em particular me sinto sufocada pela violência, mas lido do jeito mais simples e pleno, enfocando atenção e carinho, e podendo expressar a felicidade para que ocorra a paz... (D6)

... para identificar uma criança e adolescente com risco para violência doméstica é necessário um embasamento teórico acerca desta situação, leitura de artigos, participação em projetos em pediatria... No projeto de extensão em pediatria do qual participo, lidamos com a violência na prática através de relatos oferecidos por estas, mas é muito complicado o enfrentamento e a maneira como lidar com este problema... (B3)

... ainda não tive contato com nenhum caso de violência, mas acredito que a dificuldade de ver e lidar com a vítima da violência será muito. Também será muito complicado agir em relação a que praticou a violência... (D5)

Das entrevistas acima, 05 (cinco) discentes acharam importante terem mais estudos relacionados a conteúdos teórico-científicos acerca da temática “violência doméstica”. Com relação ao estudo sobre o ECA, 03 (três) entrevistados se posicionaram da mesma forma citada acima. Ainda sobre esses entrevistados, 04 (quatro) dizem não ter tido contato nenhum com o assunto, o que contraria as falas anteriores, sendo que 01 (um) explicita que não teve oportunidade de atender a nenhum caso de violência em seu período de estudo. Somente 02 (dois) possuem opinião própria sobre o assunto estudado.

Embora os conteúdos estudados na Graduação sejam condizentes com as Diretrizes Curriculares Nacionais, os resultados evidenciam que os discentes não se sentem suficientemente preparados para atuarem em situações de violência contra crianças e adolescentes, pois, segundo eles, os conteúdos são insuficientes. Parece haver uma desarticulação entre teoria e prática, ou merecem ser mais aprofundados em relação à questão específica da violência e do ECA.

A violência, nos campos de prática, pode ser entendida nas suas diversas modalidades, no entanto, poucos foram os alunos que referiram tê-la vivenciado. Isso nos incita a questionar se realmente os acadêmicos não entraram em contato com tais situações, ou, se não as reconheceram.

Na observação do portfólio deste discente, podemos reconhecer a seguinte colocação:

... ao realizar um atendimento percebi que a criança tinha sido vítima de violência, mas tive dificuldade em realizar o atendimento, pois faltou no decorrer da minha graduação não me recordo de ter estudado sobre assuntos específicos relacionados à violência, nem com relação às políticas públicas... (M.C.N)

A relação e o convívio entre docente e discente devem ser valorizados, não podendo ser ignorados. A sala de aula deve ser mais que um local de transmissão de conteúdos teóricos, sendo assim, espaço para aquisição de valores e de comportamentos. Portanto, essa relação torna-se um fator determinante no processo pedagógico. Entretanto, há de se considerar se essa questão é de natureza meramente conceitual ou se, em face do problema, o discente teve dificuldade de ordem comportamental e de valorização dele mesmo.

O docente desempenha um papel político e social, tendo o seu foco no processo de ensino-aprendizagem e para lidar com os diferentes tipos de indivíduos, este não poderá possuir apenas o domínio dos conhecimentos específicos da área, mas também os das áreas pedagógicas.

Desta forma, é de suma importância a compreensão das ementas das disciplinas abordadas para que se entenda o processo de ensino-aprendizagem dentro do conteúdo relacionado à violência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa enfatizou a importância das discussões e reflexões sobre as Políticas Públicas de Saúde com relação à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica, além de considerações relevantes acerca das estratégias de ensino no processo de aprendizagem da formação discente em relação aos conteúdos teóricos e práticos sobre a violência doméstica contra a criança e o adolescente.

Na revisão bibliográfica destacamos como marco político o Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como as mudanças que ocorreram na legislação de 1996, com a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação de Enfermagem em 2002.

Foi importante investigar a concepção dos docentes que ministram aulas sobre o tema para compreender o que eles pensam a respeito da formação discente e, como eles veem a sua participação. Sobre esta questão, percebe-se que a violência doméstica contra a criança e o adolescente, mesmo não sendo parte do conteúdo no Plano de Ensino da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente I e II, é ministrada pelos docentes, sendo abordada em seminários e estudos de artigos. Já em relação à disciplina de Urgência e Emergência, percebe-se que o tema faz parte do seu Plano de Ensino.

No que se refere à concepção discente sobre o objeto, vale ressaltar que, mesmo relatando não estarem preparados para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente, eles têm compreensão da relevância do papel da equipe de enfermagem no contexto do agravo.

Portanto, acredito ter alcançado os objetivos propostos neste estudo.

A metodologia utilizada no estudo foi suficiente para responder os objetivos. A revisão bibliográfica proporcionou o aprofundamento sobre o tema e também aproximou o pesquisador de estudiosos das diferentes áreas do conhecimento que dedicam seus estudos à violência doméstica contra a criança e o adolescente.

O método, entrevista oral, utilizado para conhecer a concepção dos docentes sobre a formação discente proporciona a elucidação de fatores que envolvem o processo de formação do discente, bem como as situações que favorecem a contribuição do docente para realização da mesma.

No que tange ao método entrevista não diretiva, utilizado para atender ao objetivo sobre a concepção do discente, entendo ter sido apropriado, além de proporcionar um momento ímpar na troca de saberes, pois, pelas próprias características do método, provocou a aproximação entre o pesquisador e seus sujeitos de pesquisa envolvidos com o objeto naquele momento.

Os estudos sobre a violência doméstica contra a criança e o adolescente são mais evidenciados no âmbito da atenção primária, uma vez que a violência pode ser melhor identificada neste nível de atenção, pois, é nesse momento, que o profissional tem a oportunidade de estar em contato com essas vítimas, e conseqüentemente, realizar o atendimento. Para que isso ocorra, fica evidente a necessidade de preparo da equipe que irá prestar a assistência a essas vítimas.

Os resultados apontaram que, quando indagados a respeito da existência de algum recurso de proteção para crianças e adolescentes, os entrevistados afirmaram conhecer o Conselho Tutelar, Estatuto da Criança e do Adolescente e Juizado da Infância e da Juventude. Assim, é notória a importância da abordagem da violência em relação à criança e ao adolescente no Curso de Graduação de Enfermagem. Alternativas de atuação são discutidas e algumas operacionalizadas, no entanto, acredita-se que esteja faltando direcionar um processo de reflexão que incite os discentes a assumirem seu dever social, ético e humanista em relação às crianças e adolescentes.

Observou-se também que a historicidade das Políticas de Proteção à Criança e ao Adolescente vem evoluindo, direcionando e influenciando o ensino na área da enfermagem, fato que contribui para subsidiar novas perspectivas e pesquisas.

É premente a necessidade de novas pesquisas sobre o tema, uma vez que a existência da legislação e a evolução do ensino da enfermagem não são suficientes para reduzir os alarmantes indicadores de violência doméstica contra a criança e o adolescente.

Não é redundante afirmar que a violência contra a criança e o adolescente está diretamente ligada ao direcionamento da política econômica do Brasil, bem como às questões relacionadas à desigualdade social, onde pode ser observado que o desemprego estrutural e o reduzido acesso à educação e aos bens mínimos de consumo são consequências da injusta distribuição de renda, que fatalmente implica na desestruturação familiar e em seu desdobramento na violência doméstica contra a criança e o adolescente.

8 REFERÊNCIAS

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista latino americana de enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 625-631, 2006.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.163-89, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA. **Maus tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção: guia de orientação para profissionais de saúde**. Petrópolis: [s.n.], 1992.

AZAMBUJA, M. R. F. **Violência sexual intrafamiliar: É possível proteger a criança ?**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

AZEVEDO, M. A. et al. **Infância e violência intrafamiliar: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 1993.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. **A violência doméstica na infância e na adolescência**. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

_____. **A violência doméstica na infância e na adolescência**. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

_____. **Com licença, vamos à luta: guia de bolso/Teledacri**. São Paulo: Iglu, 1998.

_____. **Infância e violência doméstica: guia prático para compreender o fenômeno**. São Paulo: Laboratório de Estudos da Criança (LACRI), 2005.

BARBOSA, W. **Sociedade, ética e política: história das Sociedades Agrárias**. Goiás: Ananguera Educacional S.A, 2009.

BATSCHE, G. M.; KNOFF, H. M. Bullies and their victims: understanding a pervasive problem in the schools. **Schools Psychology Review**, [S.l.], v. 23, n. 2, p.165-174.1994.

BATISTA, N. A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trabalho, Educação e Saúde**, São Paulo, 2005. v. 3, n. 2, p. 283-294.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de diretrizes bases da Educação**, sob o n. 9394/96. Publicada sem vetos no Diário Oficial da União em 23 de dez. 1996.

_____. _____. **Proteger para educar:** a escola articulada com as redes de proteção de crianças e adolescentes. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2007.

_____. _____. **Programa de ética e cidadania:** construindo valores na escola e na sociedade. Brasília: Ministério da Educação, 2007.

BRASIL. Ministério da Justiça. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** 1988. Brasília: Senado, 1988.

_____. _____. **Estatuto da Criança e do Adolescente,** n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Belo Horizonte: FCC, 1990.

_____. _____. **Estatuto da Criança e do Adolescente:** comentários jurídicos e sociais. [S.I.]. 1992.

_____. _____. Ministério da Justiça. **Programa Nacional de Direitos Humanos,** n. 1.904, de 13 de maio de 1996. Brasília, 1996.

_____. _____. **Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem,** Brasília: Ministério da Justiça, 2001.

_____. _____. Ministério da Justiça. **Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar:** informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde. Secretaria do Estado dos Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente.** Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, v. 1, n. 2, p. 3. 1993.

_____. _____. Organização Mundial de Saúde. Brasília, 1997.

_____. _____. **Violência contra a criança e o adolescente:** proposta preliminar de prevenção e assistência á violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. _____. **Violência Intrafamiliar:** orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

_____. _____. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. **Prevenção de violências e cultura de paz.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Instituto brasileiro de geografia e estatística. **Censos Demográficos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. 28. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

BRITO, A. M. M. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, São Paulo, 2005. v. 10, n. 1 p. 143-149.

CASTRO, A. H. O professor e o mundo contemporâneo. **Jornal o Diário Barretos**, São Paulo: Opinião Aberta, 2004.

CAMPOS, J. C. de S. **Lesões corporais em crianças e adolescentes vítimas de violência familiar na Região da Grande Vitória**. 2006. 129 f. Dissertação (Mestre em Odontologia Legal e Deontologia) – Programa de Pós-graduação Odontologia Legal e Deontologia, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 2006.

CAMPOS, I. M. S.; MACIEL, A. M. S. B. A dinâmica de grupo aplicada na didática pedagógica. Pernambuco: Veredas FAVIP, 2009. **Revista Eletrônica de Ciências**. v. 2, n. 1-2, p. 60-68.

CARDOSO, A. C. A. et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). **Revista de Pediatria**. v. 39, n. 9, p. 354-63, 2003.

CARVALHO, M. do C. B. et al. **A família contemporânea em debate**. 3. ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.

CARVALHO, P. R. **Violência contra crianças e adolescentes**: a experiência do II Conselho Tutelar de Niterói. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro [s.n.]. 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CHRISTOFFEL, M. M.; CUNHA, J. M.; PERES, P. L. P. Direitos Humanos e cidadania: interfaces no cuidar de enfermeiras neonatologistas. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

CORTELLA, M. S. **A escola e o conhecimento**: fundamentos epistemológicos e políticos. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 2006.

COSTA, J. F. **Violência e psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

COSTA, A. C. G. da. **O estatuto da criança e do adolescente e o conselho tutelar**. Rio de Janeiro: Litteris, 1998.

COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e

manifestações de violência. **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: UERJ, 2007. v. 12, n. 5, p. 129-141.

CUNHA, J. M.; ASSIS, S. G.; PACHECO, S. T. A. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2005. v. 58, n. 4, p. 462-465.

CLASTRES, P. A. **Sociedade contra o estado**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

CORTELA, M. S. **A escola e o conhecimento**: fundamentos epistemológicos e políticos. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CROCE, D.; JUNIOR, D. C. **Manual de medicina legal**. 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2006.

CRUZ, L. Protegendo vidas ou apropriações indevidas: discutindo o abrigo em situações de negligência. [S.l.]: Barbarói, 2003.

VIANA, M. R. A. **Saúde da família**: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.

DAY, V. et al. **Violência doméstica e suas diferentes manifestações**, [S.l.]. [s.n.]. 2003.

D'AMBROSIO, U. **Educação matemática**: uma visão da arte. Campinas: Pro-Posições, 1993.

DELMANTO, C. **Código penal comentado**. São Paulo: Renovar, 1991.

DEMO, P. **Desafios modernos da educação**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Dembo, M. H. *Applying educational psychology*. 5. ed. New York: Longman, 1994.

DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM. **Projeto político pedagógico de curso**. Vitória: EMESCAM, 2002.

DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM. **Projeto político pedagógico de curso**. Vitória: EMESCAM, 2012.

DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM. **Projeto político pedagógico de curso**. Vitória: EMESCAM, 2012.

DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência**: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 177-187, 1994.

_____. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço, 1994. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 183.

ELSEN, I. et al. (Org.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

ENGELS, F. **Teoria da violência**. São Paulo: Ática, 1981.

ESCOLA DE DIREITO GUALTAR. **Curso de Formação Especializada em Direito das Crianças e dos Jovens**. Disponível em: <<http://www.direito.uminho.pt/Default.aspx?tabid=8&pageid=66&lang=pt-PT>>. Acesso em: 20 jul 2012.

FARIA, J. I. L.; CASAGRANDE, L. D. R. A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem, 2004. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 4.

FERLAND, F. **O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2006. p. 1717.

FERNANDEZ, E. D. **El maltrato infantil en la historia de la humanidad**. In: De los malos tratos en la niñez y otras crueldades. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen, 2001.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. São Paulo, 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

FERREIRA, L. G. F. **Bullying: uma questão de direitos humanos**. Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.pjpp.sp.gov.br/2004/artigos/51.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2011.

FRANÇA, G. V. de. **Direito médico**. 6. ed. São Paulo: Fundp Editorial BYK, 1998.

FRANÇA, G. V. **Medicina legal**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

FREIRE, P. **Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADOTTI, M. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GALZERANI, M. C. B. **Por uma cultura da infância: metodologia de pesquisa com crianças**. São Paulo: Autores Associados, 2002.

- GARBARINO, J.; GUTTMANN, E.; SEELEY, J. W. **The psychologically battered child**. San Francisco: Jossey- Bass, 1986.
- GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- GUERRA, V. N. **A violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas**. São Paulo: Cortez, 1998.
- GOLDMAM, J. et al. **A coordinated response to child abuse and neglect: the foundation for practice**. Child abuse and neglect user manual series. Washington: Department of Health and Human Services, 2003.
- GOMES, R. Da denúncia a impunidade: um estudo sobre morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 301-311.
- GONÇALVES, H. S. **Infância e violência no Brasil**. Rio de Janeiro: FAPERJ/NAU, 2003.
- GUSMAN, A. B. et al. **Portifólio: Conceito e Construção**. Universidade de Uberaba. Disponível em: <http://www.uniube.br/biblioteca/arquivos/portfolio_biblioteca_uniube.pdf>. Acesso em 20 de abr. 2011.
- HERNÁNDEZ, F. **Cultura visual, mudança educativa e projeto de trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- HERCULES, H. C. **Medicina legal**. São Paulo: Atheneu, 2005.
- ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.emescam.br/institucional.aspx?codigo=01>>. Acesso em: 20 de mai 2012.
- HILLARDY, P. J. A. Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 1985 . p. 185-190.
- JAHN, F. **Bioethik eine umschau über die ethischen beziehung des menchen zu tier und pflanze**. Buenos Aires: Kosmos, 1927. p. 2-4.
- KAMINSKI, A. K. **O conselho tutelar como instrumento de transformação social: entre a lei e a realidade**. Porto Alegre: Unidade Editorial da Secretaria Municipal da Cultura, 2003. n. 17, p. 237-238.
- KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. T. A. D. A criação do ensino de enfermagem no Brasil, 2003. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 61-67.
- KRUG, E.G. et al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**, Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2002.

LEEPARGNEUR, H. **Força e fraqueza dos princípios da bioética**. Brasília: Bioética, 1996.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública: pedagogia crítico-social dos conteúdos**. São Paulo: Loyola, 1984.

LIMA, R. C. D. et al. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho, 2002. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 63-67.

LOEBER, R.; HAY, D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. **Annual Review of Psychology**, v. 48, p. 371-410, 1997.

LOPES NETO, A. A. **Bullying: comportamento agressivo entre estudantes**. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 164-172. ISSN 0021-7557, 2005, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa06.pdf>>. Acesso em: 2 fev. de 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

MAGALHÃES, L. M. T.; IDE, C. A. C. **O ensino superior de enfermagem e o desafio da mudança: os referenciais de um novo processo de formação**. São Paulo: Atheneu, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed, São Paulo: Atlas, 2002.

MARCÍLIO, M. L. **A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil. 1726-1950**. São Paulo: Cortez, 1997.

MEDEIROS, M.; TIPPLE, A. C. V.; MUNARI, D. B. **A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX**. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 de out. de 2006.

MELLO, A. C. C. **Kit respeitar: enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes**. São Paulo: Fundação Orsa, 1994.

MCKITRICK, C. **Abuso do menor: reconhecimento e comunicação pelos profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.

MIRANDA, E. D. S. **A influência da relação professor-aluno para o processo de ensino-aprendizagem no contexto afetividade**. Paraná: FAFIUV, 2008.

MINAYO, M. S. C. **O significado social e para a saúde da violência contra criança e adolescente**: violência e criança. São Paulo: Edusp, 2002.

_____. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. S. C.; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1997.

MONTEIRO, F. O. **Plantão social**: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. São Paulo, [s.n.], 2010.

MURAKAMI, M. **Ação educadora da enfermeira**: contribuição no processo de ação reflexão - ação dos trabalhadores de enfermagem. 866 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1996.

NEUMMAN, M. M. **O que é violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Bahia: CEDECA, 2000.

NIEHOFF, D. **The biology of violence**. Nova York: Free Press, 1999.

OLWEUS, D. **Bullying at school**: what we know and what we can do. A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. Educational Research, v. 35, n. 1, p. 3-25, 1993.

ORPINAS, P.; HORNE, A. M. **Bullying prevention**: creating a positive school climate and developing social competence. Washington: American Psychological Association, 2006.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/ cuidado à família da adolescente grávida/solteira e seu recém nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sociocultural**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1990.

PERINI, M. I. (Org.). **Violência com criança e adolescentes**: ocorrências registradas na delegacia de proteção à criança e ao adolescente – DPCA, Vitória: Instituto Jones dos Santos Neves, 2007.

PETERLINI, O. L. G. **Cuidado gerencial e gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2005.

PIOVESAN, F. Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos, 2005. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 124, p. 43-55.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil 1500 a 1930. São Carlos: Cortez, 1989.

POTTER, V. R. **Global bioethics: building on the Leopold legacy**. East Lansing: Michigan State University Press, 1998.

POZO, J. J. **Estratégias de Aprendizagem. Desenvolvimento psicológico e educação**: Psicologia da educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

RAMOS, M. L. C. O; SILVA, A. L. **Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde no município de São Paulo – Brasil**. São Paulo: Saúde e Sociedade, 2011.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares, 2004. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464.

ROCHA, C. R. M. da; FERRIANI, M. G. C.; SOUZA, M. S. S. **Acompanhamento do adolescente na escola**. Adolescer: compreender, atuar, acolher. Brasília: Aben, 2001.

ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa**. 4. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

ROMARO, R. A.; CAPITÃO, C. G. A violência doméstica contra crianças e adolescentes. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2007000100002&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 30 de mai. 2011.

ROQUE, E. M. S. T.; FERRIANI, M. G. C. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis-SP, 2002. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 334-44.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente aos maus tratos na infância e na adolescência**: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde. Rio de Janeiro: SBP/CLAVES, 2001.

SADIGURSKY, C. A. A vitimização sexual em criança e adolescentes: os profissionais de saúde e os aspectos legais, 1999. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.1, n. 10.

SANTOS, R. V. **Abordagens do processo de ensino e aprendizagem**. Rio Grande do Sul: Revista Integração, 2005.

SANTOS, S. S. C. **O ensino da enfermagem gerontogeriatrica e a complexidade**. São Paulo: USP, 2006.

SILVA, A. B. B. **Mentes perigosas**. Rio de Janeiro: Fontanar, 2008.

SILVA, R. M.; SILVA, I. C. M.; RAVALIA, R. A. Ensino de enfermagem: Reflexões sobre o estágio curricular supervisionado, 2009. **Revista Práxis**, ano. 1, v.1, p.28.

_____. Ensino de enfermagem: Reflexões sobre o estágio curricular supervisionado, 2009. **Revista Práxis**, ano. 1, v.1, p.38.

SILVA, M. B. G. M.; TONELLI, A. L. N.; LACERDA, M. R. Instrumentos do cuidado humanizado de enfermagem: uma reflexão teórica, 2003. **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 8, n. 1, p. 59-64.

SILVA JÚNIOR. et al. A enfermagem psiquiátrica e a enfermagem moderna no Rio de Janeiro: uma lição da história, 2001. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 229-236.

SILVA, C. G.; MELO, L. C. P. (Org.). **Ciência, tecnologia e inovação**: desafio para a sociedade brasileira. Brasília: MTB/ABC, 2001. p.107-108.

SILVA, L. N.; LISBOA, C.; KOLLER, S. H. **Bioética na pesquisa com crianças e adolescentes em situação de risco**: dilemas sobre o consentimento e a confidencialidade. [S.l.] [s.n], 2005.

STEWART, D. E.; CECUTTI, A. **Physical abuse in pregnancy**. Canadian: Medical Association Journal, 1993.

TEIXEIRA, E.; VALE, E. G. **Tendências e perspectivas do ensino de graduação em enfermagem**. O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

VILAS, B. M. de F. **Portifólio, avaliação e trabalhos pedagógicos**. Campinas, 2004.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

ZUMA, C. E. **A violência no âmbito das famílias**: identificando práticas e prevenções. Rio de Janeiro: [s.n.], 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WHALEY, L.; WONG, D. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

WEBER, L. N. D. et al. **Famílias que maltratam**: uma tentativa de socialização pela violência. Itatiba: Psico. USF, 2002.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Revista de Enfermagem Anna Nery**. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 14, n. 14, 2010.

WONG, D. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WONG, D. **Enfermagem Pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A**FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA****I - Dados de Identificação**

- Pseudônimo: _____
- Idade: ___ anos
- Se tem irmãos?: () sim () não quantos: _____
- Naturalidade: _____
- Local de Residência: _____
- Sexo: () Feminino () Masculino
- Renda Familiar (salários): ()
- Estado Civil: () casado () solteiro () outros.
- Se casado, tem filhos?: () quantos _____
- Período que está cursando(a): _____

II -Dados relacionados à atividade educacional com a temática violência:**a) Treinamento em serviço:**

() sim () não

Em caso positivo: () ouvinte () palestrante

b) Eventos científicos em pediatria:

() sim () não.

Em caso positivo.

Quais? _____

c) Cursos de atualização:

() sim () não.

Em caso positivo.

Quais? _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME: _____
 Ci. Nº: _____ SEXO: Masc. Fem. DATA DE NASC.: ____/____/____
 Endereço: _____ Nº ____ Compl. _____
 BAIRRO: _____ CIDADE _____
 CEP: _____ TELEFONE: DDD (_) _____ ; _____

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

Título do Projeto: A Concepção do Ensino-Aprendizado na EMESCAM a cerca da Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes.

Pesquisador Responsável: Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho

Equipe Executora: Francine Alves Grativál Raposo.

Avaliação do Risco da Pesquisa: Não apresenta riscos.

Duração da Pesquisa: 18 meses.

REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

Justificativa e objetivos da pesquisa:

Eu, Francine Alves Grativál Raposo, aluna do Curso de Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES (EMESCAM), estou desenvolvendo esta pesquisa "A Concepção do Ensino-Aprendizado na EMESCAM a cerca da Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes", sob a orientação da Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho, integrante do mestrado. Como os objetivos de Refletir sobre as Políticas Pública de Proteção à Criança e ao Adolescente no contexto da violência doméstica a partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Identificar a dinâmica do ensino-aprendizagem no contexto da formação discente em relação aos conteúdos teóricos e práticos sobre violência doméstica contra criança e adolescente, que são abordados pelos docentes das disciplinas Saúde da Criança e Urgência e Emergência do Curso de Graduação de Enfermagem da EMESCAM; Analisar as concepções teóricas e práticas dos discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da EMESCAM a cerca da violência doméstica contra criança e adolescente.

Desconfortos e riscos esperados:

O risco será mínimo durante a entrevista e caso o discente entrevistado venha a manifestar o desejo de se ausentar ou apresente algum sentimento de emoção ou mesmo queira deixar de participar, poderá desistir no momento da entrevista. E se fizer necessário será encaminhado a núcleo de apoio psicológico ao estudante da EMESCAM - NAE.

Benefícios que poderão ser obtidos:

Quanto aos benefícios, o estudo poderá contribuir no campo das políticas públicas e desenvolvimento local, educação e da saúde para uma melhor definição dos fatores causais da falta de habilidades, pois é crescente a atual necessidade de novas habilidades por parte dos profissionais, atendendo inclusive as carências geradas pelos problemas sociais da modernidade.

ESCLARECIMENTO DOS DADOS PELOS PESQUISADORES SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

- a) Acesso, em qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para responder eventuais dúvidas.
- b) Liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
- c) Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
- d) Não a qualquer restrição ao direito do sujeito da pesquisa quanto ao ressarcimento e reparo de eventuais danos que venham a ocorrer durante as entrevistas a serem feitas.

INFORMAÇÕES PARA CONTATO:

Equipe Executora: Francine Alves Grativál Raposo, francine.grativall@emescam.br Pesquisador Responsável: Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho, (27) 3334-3500 e-mail: Maria.coelho@emescam.br

Comitê de Ética em Pesquisa-EMESCAM : Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória, 29045-402, ES. Horário de Atendimento: 07:00 às 12:00 e 13:00 às 17:00. Telefone: 3334-3586, e-mail: comite.etica@emescam.br. Coordenador: Elisardo Corral Vasquez. Secretária: Carla Motta.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sendo assim, eu _____, depois de esclarecido pelos pesquisadores, declaro ter entendido o que foi me explicado e concordo em participar da pesquisa acima descrita.

Vitória, _____ de _____ de 2011.

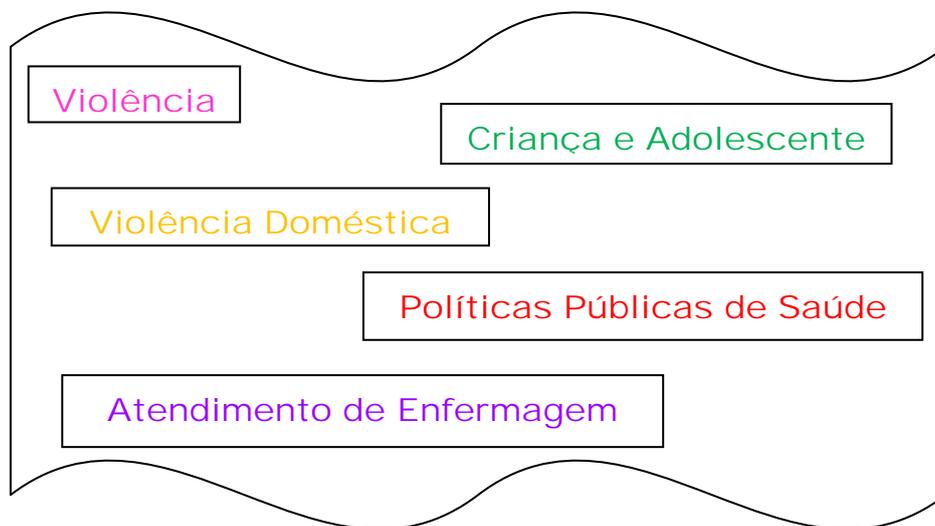
Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura dos pesquisadores

Eu _____ autorizo o uso das informações coletadas através do registro, para fins exclusivos do desenvolvimento do estudo acima referido.

Vitória, _____ de _____ de 2011

APÊNDICE C
SLIDE DE APRESENTAÇÃO



APÊNDICE D

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Após preenchimento do formulário de identificação e assinatura do TCLE será iniciada a reunião do grupo sendo aplicado a entrevista não diretiva em grupo. A pesquisadora explicará os objetivos da pesquisa detalhadamente, e serão apresentados os temas relacionados aos objetivos da pesquisa que foram elaborados com base nas literaturas, para livre manifestação dos discentes, a saber:

- Violência;
- Violência doméstica;
- Políticas Públicas de Saúde;
- Criança e Adolescente;
- Atendimento de Enfermagem.

ANEXOS

ANEXO A**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Vitória, ____ de _____ de 2011.

Ilmo. Sr. Dr. Claudio Medina da Fonseca

Diretor da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória ES - EMESCAM.

Prezado Diretor;

Trabalho de Dissertação do Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local com o tema: "O enfermeiro para o atendimento da criança e o adolescente vítima de violência doméstica", desenvolvido sob a orientação do Dr^a.Raquel de Matos Lopes Gentili, pela mestrandia Francine Alves Grativa Raposo solicitamos autorização para coletar os dados necessários para o desenvolvimento deste trabalho, nessa instituição.

Os dados serão todos confidenciais, não havendo nenhum comprometimento para os discentes.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Dr^a. Raquel Matos Lopes Gentili
(Orientador)

Francine Alves Grativa Raposo
(Mestranda)

Dr^o. Cláudio Medina da Fonseca
(Diretor)

ANEXO B**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****DECLARAÇÃO**

O projeto de pesquisa “**O Enfermeiro para o Atendimento da Criança e o Adolescente Vítima de Violência Doméstica**”, cadastrado com o No **074/2011**, do pesquisador responsável “**Francine Alves Gravitap Raposo**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 30/08/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **30/08/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 31 de agosto de 2011

Dr. Elisardo Corral Vasquez
Coordenador Adjunto
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM