



**VIOLENCIA INFANTO-JUVENIL SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM**  
**CHILD AND YOUTH VIOLENCE UNDER THE PERSPECTIVE OF NURSING**  
**VIOLENCIA INFANTO-JUVENIL SOBRE LA ÓPTICA DE LA ENFERMERÍA**

Nayala Anatália de Lourdes Galindo<sup>1</sup>, Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves<sup>2</sup>, Nelson Miguel Galindo Neto<sup>3</sup>,  
 Silvana Cavalcanti dos Santos<sup>4</sup>, Cláudia Sorelle Cavalcanti de Santana<sup>5</sup>, Ana Carla Silva Alexandre<sup>6</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos tipos de violência infanto-juvenil, identificando a conduta, as dificuldades e as possíveis ações de prevenção e promoção à saúde que são desenvolvidas nas Estratégias Saúde da Família. **Método:** estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido com 18 enfermeiros, por meio de entrevistas semiestruturadas. O tratamento dos dados foi realizado por meio da técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** os enfermeiros não se sentem capacitados para lidar com a violência e relatam a existência de inúmeras dificuldades diante do seu enfrentamento. Nota-se ainda uma grande resistência desses profissionais para realizar a notificação, principalmente por terem medo de sofrer represálias. **Conclusão:** a atuação dos enfermeiros é repleta de desafios. Portanto, é necessário que os municípios invistam em capacitações e na segurança dos seus profissionais. **Descritores:** Maus-Tratos Infantis; Enfermagem; Criança; Adolescente.

**ABSTRACT**

**Objective:** to analyze the nurses' knowledge about the types of child and youth violence, identifying the conduct, the difficulties and possible actions of prevention and health promotion that have been developed in the Family Health Strategies. **Method:** descriptive and exploratory study, of a qualitative approach, developed with 18 nurses through semi-structured interviews. The treatment of the data was performed through the Content Analysis technique. **Results:** nurses do not feel able to deal with violence, report the existence of numerous difficulties in confronting it and there is still a great resistance from these professionals to make the notification, mainly because they are afraid of suffering reprisals. **Conclusion:** nurses' performance is full of challenges. So, it is necessary for municipalities to invest in training and in the safety of their professionals. **Descriptors:** Child Abuse; Nursing; Children; Adolescent.

**RESUMEN**

**Objetivo:** analizar el conocimiento de los enfermeros acerca de los tipos de violencia infanto-juvenil, identificando la conducta, las dificultades y las posibles acciones de prevención y promoción a la salud que son desarrolladas en las Estrategias Salud de la Familia. **Método:** estudio descriptivo y exploratorio, de enfoque cualitativo, desarrollado con 18 enfermeros, por medio de entrevistas semi-estructuradas. El tratamiento de los datos fue realizado por medio de la técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** los enfermeros no se sienten capacitados para lidiar con la violencia y relatan la existencia de inúmeras dificultades frente a enfrentamiento. Se nota también una grande resistencia de esos profesionales para realizar la notificación, principalmente por tener miedo de sufrir represalias. **Conclusión:** la actuación de los enfermeros es repleta de desafíos. Por lo tanto, es necesario que los municipios invierten en capacitaciones y en la seguridad de sus profesionales. **Descritores:** Maltrato a los Niños; Enfermería; Niño; Adolescente.

<sup>1</sup>Enfermeira, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco/IFPE. Pesqueira (PE), Brasil. E-mail: [nayalagalindo@gmail.com](mailto:nayalagalindo@gmail.com); <sup>2</sup>Enfermeira, Mestre em Hebiatria, Docente de Graduação em Enfermagem, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco/IFPE. Pesqueira (PE), Brasil. E-mail: [cfabianegg@hotmail.com](mailto:cfabianegg@hotmail.com); <sup>3</sup>Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem, Docente de Graduação em Enfermagem, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco/IFPE. Pesqueira (PE), Brasil. E-mail: [nelsongalindont@hotmail.com](mailto:nelsongalindont@hotmail.com); <sup>4</sup>Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Docente de Graduação em Enfermagem, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco/IFPE. Pesqueira (PE), Brasil. E-mail: [annacavalcanty@gmail.com](mailto:annacavalcanty@gmail.com); <sup>5</sup>Fisioterapeuta, Especialista em Saúde Pública, Discente de Graduação em Enfermagem, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco/IFPE. Pesqueira (PE), Brasil. E-mail: [claudiascavalcanti@hotmail.com](mailto:claudiascavalcanti@hotmail.com); <sup>6</sup>Enfermeira, Mestranda em Ciências Biomédicas, Residente em Urgência e Emergência, Docente de Graduação em Enfermagem, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco/IFPE. Pesqueira (PE), Brasil. E-mail: [anacarlalexandre@hotmail.com](mailto:anacarlalexandre@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

A violência é um problema de dimensão mundial, sendo que crianças, adolescentes e jovens estão entre os grupos humanos mais vulneráveis aos eventos violentos. Apesar de o lar ser considerado um espaço de proteção, a maior parte dos casos de violência se concentra no ambiente familiar.<sup>1</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define criança como a pessoa com até 9 anos, 11 meses e 29 dias, e o indivíduo com faixa etária entre os 10 e os 19 anos é considerado como adolescente. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a criança é a pessoa com até 11 anos 11 meses e 29 dias de idade, e o adolescente aquele entre os 12 e os 18 anos completos.<sup>2</sup>

Em sintonia com o ECA, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio do qual os registros das notificações são obrigatórios pelos Municípios, Estados e Distrito Federal<sup>3</sup>. A notificação tem como objetivo a interrupção de atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor, inibindo a sua reincidência.<sup>4</sup>

Foram registrados, no país, em 2014, inúmeros casos de violência contra crianças e adolescentes, totalizando 62.645 casos notificados, desses: 5.648 contra menores de 1 ano; 8.546 contra crianças de 1 a 4 anos; 8.212 contra crianças de 5 a 9 anos; 15.963 contra indivíduos de 10 a 14 anos; e 24.276 contra jovens de 15 a 19 anos. No estado de Pernambuco, ocorreram 3.824 casos.<sup>5</sup>

Entre os anos de 1981 e 2010, no Brasil, foram registradas 608.462 ocorrências de causas externas que vitimaram crianças e adolescentes. No ano de 2010, ocorreram 8.686 homicídios de pessoas incluídas nessas faixas etárias, dentre os quais 594 assassinatos ocorreram no Estado de Pernambuco.<sup>6</sup>

Nos serviços de saúde, geralmente é a enfermagem que recebe as vítimas da violência, sendo que os profissionais dessa área são de fundamental importância para a superação dos problemas relacionados com a questão. O atendimento prestado pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF), inclusive pelo enfermeiro, deve ser pautado nos princípios da bioética, reduzindo as consequências dos agravos e atuando para a defesa e proteção do cliente, cabendo a eles trabalhar essa temática com ações de promoção da saúde e prevenção da violência, bem como identificar sinais de alerta e fatores predisponentes, reconhecer até mesmo as formas mais sutis de violência

contra crianças e adolescentes e realizar a notificação.<sup>7-8</sup>

É necessário que o enfermeiro seja capacitado, principalmente durante sua formação, para lidar com as situações de violência.<sup>9</sup> Ao desenvolver as atividades de cuidado, educação e pesquisa, esse profissional deve ter consciência de que é um agente essencial na transformação desse problema, devendo estar habilitado para desenvolver grupos de autoajuda e oficinas envolvendo as famílias, a fim de incentivar e fortalecer vínculos familiares saudáveis.<sup>10</sup>

Diante disso, este estudo teve por objetivo analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos tipos de violência infanto-juvenil, identificando a conduta, as dificuldades e as possíveis ações de prevenção e promoção à saúde que são desenvolvidas nas Estratégias Saúde da Família.

## MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido com enfermeiros que atuam nas ESF de Alagoinha e Pesqueira, municípios do Agreste pernambucano. Esses municípios contam respectivamente com seis e dezesseis equipes de Saúde da Família, totalizando vinte e duas ESF, sendo doze localizadas em áreas urbanas e dez em áreas rurais. Participaram do estudo todos os enfermeiros das ESF dos municípios de Alagoinha e Pesqueira que concordaram em responder o instrumento de coleta de dados e que se disponibilizaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), totalizando dezoito enfermeiros. Foram excluídos dois enfermeiros que estavam em gozo de férias, licença médica ou prêmio no período da coleta de dados e outros dois enfermeiros foram retirados da amostra, pois participaram do teste piloto que serviu para verificar a qualidade do instrumento de coleta. Cada um dos sujeitos foi identificado com a letra E. Em seguida, eles foram numerados de 1 a 18 (E1, E2, E3, etc.), com vistas a preservar o seu anonimato.

A coleta de dados ocorreu entre julho e outubro de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas, após a prévia autorização das Secretarias Municipais de Saúde, de forma individual, com auxílio de um gravador, a fim de garantir a fidedignidade. As entrevistas foram transcritas o mais breve possível para que outras impressões presentes na interação fossem preservadas, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP/IMIP), sob o CAAE nº 44951015.3.0000.5201 e o Parecer nº 1.102.202, e após o esclarecimento sobre a

pesquisa, a leitura e a assinatura do TCLE pelos entrevistados, respeitando-se os princípios éticos e legais previstos nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, atendendo a Resolução CNS nº 466/12, vigente no período de realização da pesquisa.

Os dados sociodemográficos do estudo foram tabulados no Excel 2007 e dispostos em figuras e tabelas. Considerando o desenho metodológico de natureza qualitativa adotado neste estudo, buscou-se um suporte para uma melhor compreensão através da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, que interpreta os dados por meio de três etapas: Pré-análise,

Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 18 enfermeiros atuantes nas ESF de dois municípios do interior de Pernambuco. Conforme a Tabela 1 mostra, 94,4% eram do sexo feminino e 55,6% encontravam-se na faixa com mais de 35 anos. Quanto à formação profissional, 72,2% da amostra têm entre 5 e 10 anos de formação e 55,6% atuam há menos de 2 anos na ESF. Dentre todos os participantes, 88,8% afirmam que possuem alguma especialização voltada para a Atenção Básica (Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros das ESF de Alagoinha e Pesqueira, municípios do Agreste de Pernambuco. Pesqueira (PE), Brasil, 2015.

Sexo	n=18	%
Feminino	17	94,4
Masculino	1	5,6
Idade	n	%
20 a 25 anos	2	11,1
26 a 30 anos	4	22,2
31 a 35 anos	2	11,1
> 35 anos	10	55,6
Atuação nessa unidade	n	%
< 2 anos	10	55,6
2 a 5 anos	1	5,6
6 a 10 anos	5	27,7
> 10 anos	2	11,1
Ano de formação	n	%
< 2005	4	22,2
2005 a 2010	13	72,2
2011 a 2014	1	5,6
Especialização	n	%
Atenção Básica (SC*, SP** ou SF***)	16	88,8
Obstetrícia	1	5,6
Enfermagem do Trabalho	1	5,6

\*Saúde Coletiva; \*\*Saúde Pública; \*\*\*Saúde da Família.

Conforme a Tabela 2, 44,4% da amostra relataram ter identificado e notificado algum caso de violência durante sua atuação profissional. Dentre os casos, 75,0% foram identificados como violência sexual, 12,5% como violência física e 12,5% como negligência. Quanto à identidade de quem identificou a violência, o ACS (Agente Comunitário de Saúde) foi o responsável pela identificação de 50,0% dos casos. Quanto à identidade dos agressores, 12,5% correspondem aos pais, 25,0% ao padrasto da vítima, 25,0% a desconhecidos e 37,5% a outros sujeitos.

Tabela 2. Características dos casos de violência contra crianças e adolescentes acompanhados pelos enfermeiros das ESF de Alagoinha e Pesqueira, municípios do Agreste de Pernambuco. Pesqueira (PE), Brasil, 2015.

Identificação ou suspeita de casos	n=18	%
Sim	8	44,4
Não	10	55,6
Notificação de pelo menos um caso	n=18	%
Sim	8	44,4
Não	10	55,6
Tipo de violência identificada	n=8	%
Sexual	6	75,0
Física	1	12,5
Negligência	1	12,5
Psicológica	—	0,0
Identidade de quem identificou	n=8	%
ACS	4	50,0
Pais	2	25,0
O próprio	2	25,0
Identidade do agressor	n=8	%
Pais	1	12,5
Padrasto	2	25,0
Desconhecido	2	25,0
Outros (vizinhos e amigos)	3	37,5

De acordo com a Tabela 3, a notificação da violência após a confirmação do caso é realizada por 61,1% da amostra. Desta forma, apenas 38,9% dos profissionais notificam a partir de uma suspeita. Quanto à capacitação

diante dos eventos violentos, 77,8% não se sentem capacitados. No entanto, 55,6% realizam algum tipo de ação educativa que vise prevenir a ocorrência da violência.

Tabela 3. Atuação do enfermeiro da ESF diante da violência infanto-juvenil de Alagoinha e Pesqueira, municípios do Agreste de Pernambuco. Pesqueira (PE), Brasil, 2015.

Situação na qual é realizada a notificação de violência	n=18	%
Somente após a confirmação do caso	11	61,1
Mediante a suspeita de um caso	7	38,9
Sente-se capacitado para prestar assistência a vítimas da violência	n	%
Sim	4	22,2
Não	14	77,8
Realiza ações de prevenção da violência e incentivo à cultura de paz	n	%
Sim	10	55,6
Não	8	44,4

## DISCUSSÃO

A violência é um problema de dimensão mundial que é definido pela OMS como:

*O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade.*<sup>11:5</sup>

Trata-se de um fenômeno social que pode ser desencadeado por vários fatores. Dentre os principais tipos de violência sofridos pelas crianças e adolescentes, destacam-se: violência física, violência sexual, violência psicológica, negligência e/ou privação.<sup>11</sup>

Os enfermeiros participantes do estudo conceituaram violência de acordo com as suas concepções. As formas de violência que foram

elencadas restringiram-se à violência física, psicológica ou privação, conforme se verificou nos discursos a seguir:

*Violência para mim é tudo que é feito de uma forma que não é permitida, a partir do momento que não tem o consentimento [...]*

*Violência é uma mãe que não leva a criança para tomar vacina no posto, pois ela está violando o direito da criança. (E2)*

*Todo tipo de agressão, toda negação de um direito. (E9)*

*Violência é qualquer tipo de agressão física ou psicológica que alguém sofre por familiares ou pessoas da sociedade. (E18)*

É fundamental que os profissionais da saúde conheçam todas as formas de violência para promover a identificação precoce, a assistência individualizada e também ações de prevenção e desestímulo à violência. Para atuar diante dos eventos violentos, o enfermeiro necessita se aprofundar sobre a

temática, conhecendo suas peculiaridades e agindo com propriedade para intervir nesse cenário.

As crianças/adolescentes submetidas a situações de violência enfrentam sérias consequências, onde a principal delas é o sofrimento psicológico, o que pode impedir um bom desenvolvimento físico, mental, emocional e cognitivo.<sup>12</sup> Assim, os profissionais devem estar atentos também a sinais que pouco são associados à violência, como as alterações de peso e atraso no desenvolvimento.<sup>1</sup>

Tanto a violência física quanto a psicológica causam alterações comportamentais e danos à saúde mental da criança/adolescente, porém a primeira pode causar mais danos no desenvolvimento infantil. Dentre esses prejuízos, destacam-se os seguintes: a incapacidade de aprender, a inabilidade de construir e de manter uma relação interpessoal satisfatória, o humor deprimido, a agressividade, a tendência de desenvolver sintomas psicossomáticos, o isolamento e o medo.<sup>12</sup>

Um estudo realizado com noruegueses afirma que a exposição à violência na infância possui associação significativa com a presença de ansiedade e depressão nos adultos, sendo que essa presença é mais comum nos indivíduos submetidos à negligência e violência psicológica do que naqueles expostos a abuso sexual.<sup>13</sup> Além disso, crianças abusadas e negligenciadas estão mais propensas a se envolver em relações sexuais e comportamentos criminosos mais cedo do que aquelas não expostas a estas situações.<sup>14</sup>

O enfermeiro deve estar apto a identificar os sinais sugestivos de atos violentos, mantendo-se atento para agir diante de uma situação de suspeita. As falas destacadas a seguir evidenciam os sinais identificados pelos enfermeiros nas crianças e adolescentes que são vítimas da violência:

*Primeiro, o estado geral da criança, se ela está interagindo ou não, pode estar com vergonha [...] verificar se possui hematomas, arranhões. (E1)*

*Se a queixa é corrimento ou sangramento vaginal ou retal, a gente já pode suspeitar de uma violência sexual [...] Eu também observo a questão psicológica, pois, quando a criança sofre algum tipo de violência, ela está irritada, chorando, ou ela pode ficar calada. (E7)*

*Geralmente, é o modo da criança, a criança introspectiva ou que sempre está chorando, com falta de apetite, não quer interagir com o grupo, até na escolinha mesmo se exclui. Em casa, é agressiva. (E16)*

Os enfermeiros destacaram que a criança vítima da violência apresenta um

comportamento diferente do habitual. A tendência é que a vítima se apresente irritada ou se isole, o que reafirma que os efeitos decorrentes da violência são principalmente comportamentais e psicológicos.

A violência tem uma origem multicausal, que resulta da interação entre fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais.<sup>11</sup> Corroborando com outros estudos,<sup>12,15-6</sup> muitos enfermeiros destacaram em seu discurso que os principais fatores de vulnerabilidade são os problemas individuais e sociais, como o uso de álcool e drogas, a desestrutura familiar, os transtornos mentais, baixas condições socioeconômicas e a influência da mídia.

*Eu acho que a desestrutura familiar, a miséria, o vício dos pais alcoólatras, a falta de cuidado com o filho, os pais que não trazem as crianças para unidade, que não conhecem o conceito de família. (E4)*

*O próprio ambiente, o grau de escolaridade dos envolvidos. (E12)*

*Eu acredito que depois que foi extinto da grade curricular os direitos e deveres do cidadão, aumentou muito a violência [...] e também tem a mídia que traz muito a falta de respeito entre pais e filhos. Então, eles absorvem e reproduzem o que veem. (E14)*

*Eu acho que uma pessoa que tem uma base familiar boa, uma boa convivência familiar, tem uma menor tendência à violência, tanto familiar como violências externas. (E18)*

A violência pode ser influenciada por inúmeras situações, no entanto, relações familiares desequilibradas são consideradas como um importante fator no surgimento dos atos violentos. Isso reforça a importância de um bom convívio familiar.

O primeiro passo do cuidado ao cliente deve ser o acolhimento, no qual o profissional deve realizar uma escuta qualificada. O segundo momento deve englobar a anamnese, o exame físico, o planejamento, a realização da conduta terapêutica e o acompanhamento. Os passos seguintes são a notificação e o seguimento dos casos na rede. Nesse contexto, a equipe da ESF deve agir em conjunto, enfatizando ações específicas, incentivando uma cultura de paz, garantindo a privacidade e a confidencialidade da consulta.<sup>1</sup>

Ademais, a equipe da ESF deve ser multidisciplinar. Entre seus membros, deve conter um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família.<sup>16</sup> É importante que o enfermeiro possua uma especialização voltada para a saúde da família, pois, dessa forma, é possível que ele tenha uma visão mais abrangente sobre as questões peculiares existentes na

comunidade, de modo que possa prestar uma assistência de qualidade.

A assistência de enfermagem deve englobar a realização da anamnese e do exame físico, os reparos de lesões, a profilaxia contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a anticoncepção de emergência e a realização de testes IST/HIV e a notificação por meio da Ficha de Notificação/Investigação Individual (FNI) de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. A enfermagem deve ainda oferecer atendimento psicológico e promover medidas de fortalecimento às vítimas da violência, ajudando-as a enfrentar os problemas decorrentes da situação vivenciada. Além disso, durante essa assistência, devem ser fornecidas as orientações necessárias, bem como providenciado o comunicado ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância.<sup>17</sup>

Existem muitas ações que o enfermeiro deve realizar ao se deparar com um caso de violência infanto-juvenil, no entanto, os profissionais de enfermagem tendem a suprimir suas ações quando levam em consideração a idade do cliente. Esse fato pode estar associado ao medo de se expor, como também à alta incidência de casos em que o autor da violência é um membro da família da vítima.

Na maioria das vezes, a conduta adotada pelos enfermeiros consiste na notificação e no encaminhamento do caso para os órgãos de proteção à criança e ao adolescente.<sup>9</sup> É possível observar essas características nos discursos a seguir:

*A gente notifica e aciona os demais setores que estão ligados à criança e ao adolescente para tomar as providências cabíveis e solucionar o problema. (E5)*

*Primeiramente, conversaria com o responsável. Depois, abordaria a criança e faria uma consulta, entraria com uma atenção mais especializada e procuraria o psicólogo do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), para ver se isso estaria realmente acontecendo. E depois, o Conselho Tutelar. (E6)*

*A gente só pode investigar, fazer o relatório e encaminhar, o resto é com a Justiça. A gente não tem o poder para chegar e intervir. (E16)*

O Ministério da Saúde incluiu, no ano de 2009, a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na listagem de doenças e agravos de notificação compulsória.<sup>6,18</sup> Desta forma, toda e qualquer suspeita ou confirmação de violência, tanto no serviço de atenção primária quanto no hospitalar, deve ser registrada na FNI.<sup>18</sup>

Os profissionais de saúde devem realizar a notificação a partir do momento que há uma

suspeita de violência. A notificação é um instrumento de suma importância na intervenção dos comportamentos violentos. No entanto, mesmo com a obrigatoriedade da notificação, os enfermeiros ainda têm dúvidas quanto à sua realização.

*Eu nunca fiz. Numa suspeita, eu vou acionar o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e o Conselho Tutelar. (E1)*

*No caso da violência, a gente tem que notificar se ela for constatada. É diferente de alguns tipos de doenças que a gente notifica somente com a suspeita. (E8)*

*Tem que ser feita a notificação de agravos, só na confirmação, na suspeita não, porque tem que ter a certeza para depois não meter os pés pelas mãos. (E14)*

Apesar da experiência dos participantes do estudo, a dúvida quanto à notificação e à conduta dos casos é uma situação recorrente. Em suma, consideram imprudente o ato de notificar sem possuir uma confirmação da ocorrência da violência. Esse pensamento é resultado da falta de capacitação profissional desses indivíduos.

A falta de conhecimento quanto ao que deve ser notificado ou o pouco valor dado à negligência e à violência psicológica são situações recorrentes entre os enfermeiros.<sup>19-</sup>

<sup>20</sup> Dentre os entrevistados, apenas uma pequena parcela (38,9%) afirmou que o enfermeiro deve notificar a partir de uma suspeita.

*Para isso que existe a notificação descartada e a confirmada. Então, se a gente desconfia de um caso, vamos buscar. Se a gente perceber que é só uma questão de falta de entendimento dos pais, a gente descarta. E se descobrir que isso realmente aconteceu, termina-se a notificação. (E6)*

*A gente passou por uma capacitação e existe um modelo de notificação de violência. Qualquer suspeita que a gente tiver, podemos fazer essa notificação. (E7)*

A educação é uma função primordial do enfermeiro, a qual deve ser exercida sempre que possível.<sup>20</sup> Em qualquer oportunidade, devem-se realizar atividades que favoreçam a reflexão coletiva, como, por exemplo, palestras com recém-casados e pais, principalmente para os grupos de risco (dependentes químicos), a partir da adoção de ações que visem reduzir sequelas e evitar reincidências nos indivíduos que já sofreram algum abuso, divulgando os direitos da criança e do adolescente, bem como estimulando a proteção a eles.<sup>15</sup>

As ações de prevenção e combate à violência devem ser implementadas nas unidades de saúde, promovendo mudanças de comportamento e favorecendo a reflexão dos

indivíduos, com o intuito de desestimular a violência.

*Não temos uma ação voltada para a prevenção da violência, mas acho que devia ser realizado em conjunto com o NASF [...] palestras educativas [...] incluindo direitos e deveres do cidadão e, principalmente, das crianças. (E1)*

*Como tem o PSE (Programa Saúde na Escola), a gente sempre procura fazer palestras na escola. (E4)*

*Aqui, a gente trabalha muito a questão sexual, mas agora a gente está abordando a violência doméstica [...] a gente faz principalmente nas escolas junto com o NASF. (E7)*

As ações de prevenção da violência devem ser trabalhadas sempre que possível, pois esse é um problema que afeta toda a sociedade. Assim, o combate a comportamentos violentos deve ser estimulado dentro das comunidades.

Contudo, existem inúmeros entraves que o enfermeiro enfrenta para abordar e intervir na situação de violência.<sup>21</sup> Na maioria dos casos, o ACS é o responsável por identificar situações que sugerem a ocorrência da violência.<sup>8,19</sup> Muitas vezes, a equipe da ESF é informada por meio das pessoas da comunidade, como, por exemplo, vizinhos e professores. Isso se deve ao fato de que a família é responsável pelas agressões ou por querer manter o fato apenas dentro do meio familiar, como pode ser percebido nos depoimentos abaixo:

*Algumas vezes é o professor da escola que percebe alguma coisa estranha ou o ACS no decorrer das visitas. (E4)*

*Em outra situação, os vizinhos avisaram ao agente de saúde, e ele entrou em contato com a gente. (E7)*

*Normalmente, quando a violência existe na própria família, eles tentam abafar. Então, é preciso que haja muita confiança na equipe para chegar alguém e dizer. (E9)*

A violência é um problema de grandes proporções. Para a sua identificação, é essencial que os profissionais notifiquem mediante qualquer suspeita, porém, a notificação, muitas vezes, não é realizada, gerando uma assistência sem resolubilidade.

A realização da notificação é essencial para o enfrentamento da violência, como também para garantir a proteção dos direitos das crianças e adolescentes. Essa atitude favorece a interrupção do abuso e o desencadeamento da assistência às vítimas e seus familiares.<sup>22</sup>

A decisão do profissional em relação à realização ou não da notificação de um caso de violência pode ser fortemente influenciada pelos aspectos culturais. Muitas vezes, as famílias negam informações que fundamentem as suspeitas, pois se sentem ameaçadas diante da notificação.<sup>23</sup>

Dentre os motivos que resultam na subnotificação, destacam-se: o medo dos profissionais em relação a se expor e sofrer represálias por parte dos agressores, a crença de que o que acontece no ambiente familiar deve se restringir a esse ambiente (e não ao meio social), o descaso por parte das autoridades públicas, como também o fato de que os profissionais não recebem retorno das medidas adotadas, o que faz com que acreditem que não vale a pena notificar, contribuindo para o sentimento de fracasso de sua parte perante essas situações.<sup>21,24,25</sup>

*Muita gente vê a violência e tem medo de notificar [...] É difícil notificar uma violência numa zona rural e ficar lá sem nenhuma proteção. (E2)*

*Dependendo da família, pode haver uma reação ruim contra o profissional [...] A criança tem vergonha, tem medo de apanhar do pai se disser. (E7)*

*A gente tenta fazer o máximo que pode, mas temos que ter cuidado [...], às vezes, é preciso dar a entender que não saiu daqui, para não ter a conotação que foi a enfermeira que detectou e denunciou. (E3)*

Os enfermeiros que recebem uma boa formação acadêmica e vivenciam programas de capacitação são os profissionais ideais para prestar assistência aos indivíduos vitimados pela violência, como também para promover ações educativas em que sejam levantadas questões sobre o tema, com o intuito de desencorajar essa prática.<sup>26</sup> Todavia, os enfermeiros não se sentem capacitados para lidar com as situações de violência, e são carentes de capacitações que abordem mais profundamente essa temática. Nota-se que há uma grande lacuna na formação desses profissionais quanto às questões relacionadas às agressões, ocorridas principalmente na infância e na adolescência.

*Eu não me acho capacitada para fazer esse serviço. É tanto que, quando eu identifico, eu encaminho logo para um profissional como o psicólogo ou assistente social. Acho que falta investir nos profissionais que trabalham em saúde pública, deveria ter cursos mais direcionados pra quem trabalha em PSF. (E4; E14; E17)*

O enfermeiro enfrenta muitas dificuldades ao lidar com a violência: a identificação que requer um olhar diferencial, a família que não quer expor a criança e nem se expor, a falta de capacitação dos enfermeiros e a sobrecarga de atribuições. Tudo isso pode colaborar para que os casos fiquem mascarados.

*O que dificulta é que, muitas vezes, o profissional não tem o apoio adequado para lidar com a situação. (E8)*

*Os órgãos competentes demoram muito para chegar e fazer a coisa acontecer. (E16)*

*São muitas coisas que temos que lidar, são muitas atribuições. (E1)*

*Às vezes, é a própria família que dificulta. (E11)*

*O que dificulta é a falta de capacitação para todos que trabalham na saúde. (E4)*

*Infelizmente, ainda é o medo das pessoas de denunciarem. (E7)*

*A dificuldade é a gente identificar. (E13)*

Para abordar as questões referentes à violência infanto-juvenil e superar os desafios encontrados, é necessário apoiar as ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e agravos, organizar discussões sobre a questão, articular as linhas de cuidado integral que qualifiquem os serviços de saúde, fazer com que as ações dialoguem com as políticas públicas e buscar a integração das ações com outros setores, colaborando assim para assegurar a proteção e o cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes.<sup>3</sup>

Conforme já exposto, a atuação dos enfermeiros é cercada por inúmeras dificuldades, portanto, é necessário que medidas sejam implementadas para modificar esse cenário, contribuindo para a qualidade de vida e a melhoria na assistência.

## CONCLUSÃO

A violência infanto-juvenil afeta toda a sociedade desde a Antiguidade. No entanto, ainda é um problema bastante negligenciado, muitas vezes devido ao medo que as pessoas têm de denunciar e às notificações que deixam de ser realizadas por parte dos profissionais da saúde. Nesse contexto, é importante ressaltar que o enfermeiro, além de ser integrante da equipe multidisciplinar e responsável pela consulta de enfermagem, possui ainda uma série de limitações quando se trata da abordagem na situação de violência. A conduta adotada pelos enfermeiros presentes no estudo é baseada predominantemente no acionamento dos órgãos de proteção à criança e ao adolescente. Quanto à atuação no apoio ao enfrentamento e à consulta de identificação para a situação de violência, esses profissionais ficam bastante aquém do que se planeja e preconiza.

Nota-se a necessidade de abordar a violência nos grupos existentes nas unidades, em rodas de conversa, nas visitas domiciliares, assim como em toda e qualquer situação que possibilite esse diálogo, para que a comunidade reflita e se torne consciente da dimensão desse problema.

Por conseguinte, existem diversas lacunas que devem ser preenchidas para que a prevenção e o combate à violência na infância e na adolescência sejam eficazes e

resolutivos. Para isso, é preciso que os municípios invistam em cursos e capacitações para enfermeiros e demais profissionais da saúde que atuam na ESF, os quais devem unir forças com outros setores a fim de garantir a resolução do problema. Ademais, é essencial que as instituições deem maior ênfase ao combate e à prevenção da violência durante a formação dos enfermeiros, possibilitando assim a melhoria da assistência prestada ao cliente e aumentando o incentivo à cultura de paz.

## REFERÊNCIAS

1. Toledo LM, organizador. Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2013.
2. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990 (BR). Dispõe sobre a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2008 [cited 2015 Feb 22]. Available from: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70318/64.pdf?sequence=3>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2015 Feb 23]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/li nha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/li nha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf)
4. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: uma experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2012 Mar [cited 2015 Feb 23];15(1):166-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/15.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR), Datasus. Informações de Saúde. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências - Brasil. Frequência por faixa etária segundo UF notificação, período 2014 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>
6. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Latino-Americano; 2015.
7. Bezerra KP, Monteiro AI. Violência intrafamiliar contra a criança: Intervenção de

enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev Rene* [Internet]. 2012 Mar/Apr [cited 2015 Feb 22];13(2):354-64. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/219/pdf>

8. Lima MCCS, Nascimento OC, Alves TDB, Bigras M, Costa MCO, Silva MR. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *R BSP* [Internet]. 2011 Jan/June [cited 2015 Feb 13];35(Supl.1):118-37. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2303.pdf>

9. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscollo TS, Souza SL, Gomes R. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 Jan/Feb [cited 2015 Feb 28];21(Spec):[07 telas]. Available from: [http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6691/2/pt\\_22.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6691/2/pt_22.pdf)

10. Lima TC, Paixão FRC, Cândido EC, Campos CJG, Ceolim MF. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Jan/Feb [cited 2014 Dec 01];67(1): 133-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0133.pdf>

11. World Health Organization. *World Report on violence and Health*. Geneva: WHO; 2002.

12. Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 May [cited 2015 Feb 23];27(5):843-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/03.pdf>

13. Thoresen S, Myhre M, Wentzel-Larsen T, Aakvaag HF, Hjemdal OK. Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2015 Jan [cited 2016 Apr 21];13(6):26259. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC25591729/>

14. Horan JM, Widom CS. Does age of onset of risk behaviors mediate the relationship between child abuse and neglect and outcomes in middle adulthood? *J Youth Adolesc* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 May 01];44(3):670-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320986/pdf/nihms619915.pdf>

15. Jaques AE. Significado da sexualidade e assuntos correlatos no contexto escolar por professores do ensino fundamental na educação sexual: experiência de uma pesquisa-ação [tese] [Internet]. São Paulo:

EERP-USP; 2012 [cited 2015 Feb 23]. Available from:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/22131/tde-23102013-083606/pt-br.php>

16. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2015 Feb 23]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica* [Internet]. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 Mar 12]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)

18. Belentani L, Sartorelli ACM, Meschial WC, Lima MF, Oliveira MLF. *Violência Contra Crianças, Adolescentes e Mulheres: Desfecho de casos atendidos em um Hospital Ensino*. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2012 Jan/Apr [cited 2015 Mar 11];2(1):10-9. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3944>

19. Oliveira SM, Fatha LCP, Rosa VL, Ferreira CD, Gomes GC, Xavier DM. *Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de unidades básicas*. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2013 Dec [cited 2015 Mar 10];21(Spec.1):594-9. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a06.pdf>

20. Souza RG, Santos DV. *Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros*. *Physis* [Internet]. 2013 July/Sept [cited 2015 Feb 24];23(2):783-800. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/07.pdf>

21. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. *Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 Sept [cited 2015 Feb 28];28(9):1749-58. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n9/v28n9a13.pdf>

22. Silva PA, Lunardi VL, Lunardi GL, Arejano CB, Oliveira AMN, Vasques TCS. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: análise reflexiva sobre as dificuldades e a atuação da enfermagem. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 July [cited 2016 May 15]; 8(Supl.1):2498-506. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6323/9851>
23. Cross TP, Mathews B, Tonmyr L, Scott D, Ouimet C. Child welfare policy and practice on childrens exposure to domestic violence. Child Abuse Negl [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 May 10];36(1):210-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22425164>
24. Almeida AA, Miranda OB, Lourenço LM. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: uma revisão bibliométrica. Rev Inter Psicol[Internet]. 2013 July/Dec [cited 2015 Feb 26];6(2):298-311. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a11.pdf>
25. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. Saúde soc [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2015 Feb 21];20(1):136-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/16.pdf>
26. Lise F, Motta MGC. Violência doméstica infantil: abordagem da enfermagem. Acta Sci Health Sci [Internet]. 2012 Jan/June [cited 2015 Feb 25]; 34(1):53-8. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/9268/pdf>

Submissão: 12/05/2016

Aceito: 08/02/2017

Publicado: 15/03/2017

#### Correspondência

Nayala Anátalia de Lourdes Galindo  
Rua Manoel Canuto Torres Galindo, 95  
Bairro Centro  
CEP: 55260-000 – Alagoinha (PE), Brasil