



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**



LENNA ELOISA MADUREIRA PEREIRA

**A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUANTO AO ENFRENTAMENTO DO
ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CAPITAL
PARAENSE**

Belém/PA
2016

LENNA ELOISA MADUREIRA PEREIRA

**A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUANTO AO ENFRENTAMENTO DO
ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CAPITAL
PARAENSE**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Educação, Formação e Gestão no Contexto Amazônico.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Bragança Lopes

Belém/PA
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação

LENNA ELOISA MADUREIRA PEREIRA

**A PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS QUANTO AO ENFRENTAMENTO DO
ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CAPITAL
PARAENSE.**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Educação, Formação e Gestão no Contexto Amazônico.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Bragança Lopes

Apresentado em ___/10/ 2016

Conceito_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Maria Bragança Lopes
Orientadora
Universidade Federal do Pará

Profa. Dra. Sandra Helena Isse Polaro
Membro interno
Universidade Federal do Pará

Profa. Dra. Mônica Custódia Abreu Pamplona
Membro externo
Universidade do Estado do Pará

Dedicatória

Dedico este trabalho de dissertação aos meus
Pais, Maria Luiza e Ernesto;
Aos familiares, amigos, companheiro, colegas de profissão
e às pessoas que lutam por dias melhores na saúde de
crianças e adolescentes,
Sobretudo àquelas que veem face a face a
tragédia da violência.

AGRADECIMENTOS

Para esta prolongada caminhada além de vinte e quatro meses, a muitos colaboradores eu tenho a agradecer.

Um mestrado acadêmico, acima de tudo, é um trabalho em conjunto, a começar pelos planos de entrar nele. Nesse planejamento de aprimoramento de carreira, é bom contar com a base família, sem dúvida os apoiadores desta causa, pois é com a família que provém toda uma força, paciência, reflexão e ajuda no cotidiano acadêmico. A pessoa primordial de minha família é a dona Madu – como é carinhosamente conhecida – que ainda trabalha, vem acompanhando os piores e os melhores momentos desta minha vida de pesquisa. Meus sinceros agradecimentos mãe por sua disposição em acreditar sempre que posso ir mais além. Por acreditar que faremos a mudança desse país, num momento tão delicado e oportuno. Também preciso agradecer aos meus primos Keila e Arley, à minha tia Maria, a qual é muito próxima a mim e de mamãe, por nos acolher gentilmente aos domingos nos cafés da tarde, por serem nossos familiares em Belém e se preocuparem pelo bem-estar de minha família.

Aos meus colegas mestrandos, aos quais tive grande convivência, muitos aprendizados e amadurecimentos profissional; pelas presenças nas bancas, o trocar de saberes, em especial à Nadia Pinheiro e Valdirene Miranda, pessoas que me acolhem até hoje em seus lares familiares, por construir essa amizade além da pesquisa, por apoiar e valorizar nossos esforços, por muitas vezes opinarem na construção de ideias. Esse trabalho não seria o mesmo sem vocês. Obrigada meninas!

Às crianças Alice, Luiza, Maria Cecília, João, Thomas, Rafael, o pequeno Matheus, além de minha afilhada Victoria, minhas fontes de inspiração por escrever acirradamente, me fazer vestir a camisa de luta por melhores dias às crianças violentadas, por estimular através do afeto o lado tia e também o maternal como madrinha, de proteção e especial reflexão diante da expressiva crise de violência que agridem as demais crianças e adolescentes, em diversos locais e extratos sociais deste país.

Meus sinceros agradecimentos à pessoa que participa de minha vida antes mesmo de entrar neste Mestrado acadêmico, que passou por bons e difíceis momentos comigo, que a seu tempo necessitou repensar múltiplos pontos sobre a vida e que me surpreendeu ao mostrar-se forte e vulnerável nos momentos de distância e de perdas, meu bem Tiago Veloso.

Aos professores da Pós-graduação em Enfermagem da UFPA, em especial atenção à professora Sandra Polaro, que acreditou em meus ideais nos momentos críticos que permeou este trabalho, oferecendo apoio incondicional e moral. Meu agradecimento sincero a você, pois esse trabalho deveu-se, sobretudo, ao seu apoio por mudanças, por acreditar sabiamente na minha força de superação. Aqui está, compartilho com você o mérito deste trabalho.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Márcia Bragança. Uma vez quando tive a oportunidade de agradecer a você por todas as sugestões dadas, enquanto você ainda era componente de banca da qualificação, àquele agradecimento foi, além de uma libertação, o meu convencimento de que você deveria ser inicialmente a orientadora deste trabalho, pelo simples fato de você ser uma pessoa que vê além do horizonte científico. No momento mais crítico onde me situei, apostei todas as minhas fichas e pedi socorro; e você prontamente ofereceu-me ajuda. Como uma pedra bruta vi minha pesquisa, precisando urgentemente ser lapidada, e você esteve lá, presente, entre reuniões, aulas, vida de coordenação, ajudando-me a lapidar esta pesquisa, e aí ela está: uma dissertação limpa, objetiva e posta a quem quiser ler e se aprofundar em conhecimento. Meu eterno agradecimento por sua orientação, paciência e colaboração.

Antes de encerrar os agradecimentos, tenho que narrar a trajetória deste trabalho, pois não é do conhecimento de muitos. Sua composição se situa em três partes: início com metas, meio com turbulências e um possível fim com gosto de superação.

O início se situa quando me encontro aprovada para o mestrado de Enfermagem da UFPA, impressionada e ao mesmo tempo receosa do que estaria por vir. Eu não tinha a mínima ideia do que viria, mas sempre quis estar no mestrado, ser uma discente desta IES, dar o melhor de mim, e assim o fiz.

O segundo momento é meio: um conglomerado de infortúnios, graças, milagres, desânimos, dúvidas e esperanças que brotam do mesmo íterim: da mente pensante de pesquisadora. Sim meus caros, ser pesquisadora no Brasil é

tarefa árdua, mas os produtos finais são compensadores; E, para quem pensava em trabalhar com Doenças Crônicas não transmissíveis vir se deparar com a Violência sexual, precisamente o abuso sexual em crianças e adolescentes, já tinha ciência de que a pesquisa seria o desafio, e de fato foi. Desafio este que fez de mim, Enfermeira, mulher, jovem na pesquisa, crescer moralmente, amadurecer academicamente e ser forte para ajudar na batalha do Enfrentamento.

O diálogo entre instituições é algo efêmero, o que foi garantido ontem pode não valer mais hoje; e este estudo foi um exemplo disso; e, se não houver força de vontade, humildade e paciência não há como ter ânimo de ir adiante. Paciência e resiliência, essas palavrinhas foram dosadas diante de intensas negativas de acesso as instituições. A estas pessoas, que fizeram a seu contento uma turbulência de aflição neste trabalho, meus agradecimentos pelas tempestades que foram colocadas no caminho. Vendo-me num mar de expectativas, vi meu barquinho do saber ascender velas e saber navegar bravamente em águas fervorosas. A tempestade passou, a assim pude prosseguir no mar dos saberes.

No início de 2016 tive a oportunidade de ver o filme “O quarto de Jack” (2015) que fala do aprisionamento e abusos à uma adolescente americana; e o lidar com o fruto dos abusos, seu filho, após fim de cárcere; e “Spotlight” (2015), o qual fala dos crimes de abuso sexual cometidos por padres na cidade de Boston. Em dois momentos cruciais deste filme os comentários a seguir me fizeram refletir onde estou, o que estou fazendo e no que posso contribuir:

“Enquanto há uma comunidade inteira disposta a cuidar e zelar por suas crianças, há também uma comunidade de agressores”.

“É preciso ser de fora, ser uma pessoa distante e com disposição para atrever a investigar esse assunto”.

O terceiro momento, a colheita dos dados, o trabalha nos dados, o surgir de dados e o mais interessante, a revelação do que eles querem dizer, escrever nestas linhas apelos incessantes de pessoas que estão à frente na batalha, o emergir de sugestões que podem ser levados adiante, em novas pesquisas, em novos olhares, em novos saberes. Este trabalho é um grão de areia, no infinito. No entanto, em sua essência é uma iniciativa, que, diante de outros olhares, diante de seus leitores, podem despertar atenção para o atual problema de saúde pública no contexto paraense: o abuso sexual em crianças e adolescentes.

Por fim, tenho que agradecer às Enfermeiras, as atuantes na linha de frente, que ajudaram a compor esse trabalho de dissertação. Procurei num todo focar suas experiências como enfermeiras, por ser pouco falada, restrita, limitada, ainda mais na temática do abuso sexual, por serem os profissionais que muitas vezes estão ali na ponta na hora do acolher a vítima; e nem sempre terem a voz para argumentações. Vocês, mulheres de força, com seus depoimentos emocionantes, objetivos, com a experiência de grande valor científico me fizeram vislumbrar em seus cotidianos o lado mais bonito de nossa profissão: o zelar pelo ser humano, por uma criança, por um adolescente, vendo sempre sua essência, sua situação e levando consigo o compromisso de cuidar sempre.

O propósito deste trabalho não é de ser apenas um meio para se atingir um título, mas sim de provocar e estimular uma discussão há muito esquecida no meio acadêmico, no meio profissional e na intercomunicação entre esses três patamares: ensino-pesquisa-assistência. Que ele seja uma semente para novos saberes, para novos questionamentos, que seja um meio de ajuda às vítimas de abuso sexual.

“Sempre permaneça aventureiro.
Por nenhum momento se esqueça de que
a vida pertence aos que investigam.
Ela não pertence ao estático;
Ela pertence ao que flui.
Nunca se torne um reservatório,
sempre permaneça um rio.”
Osho

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi desvelar a percepção de Enfermeiros quanto ao enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes. Na composição do suporte teórico-filosófico foram utilizadas as concepções de Jean Watson no que concerne à Teoria Transpessoal do cuidado. A trajetória metodológica esteve baseada nos estudos de caso de Yin e análise via Teoria Fundamentada dos Dados de Strauss e Corbin, não chegando à uma teorização. Os sujeitos do estudo foram quatro enfermeiras com experiência na atenção às vítimas de abuso sexual. Como técnicas de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, com apoio da gravação das conversas. O estudo dos dados culminou em quatro categorias de análise, as quais foram: o processo de trabalho; dificuldades no processo de formação; envolvimento pessoal e espiritualidade e avanços e desafios no combate ao abuso sexual. Os resultados confirmaram lacunas pertinentes ao despreparo imediato dos profissionais ao adentrar na realidade do abuso sexual; assim como lacunas no processo de formação acadêmica e consequentes atualizações profissionais. A inserção da humanização no atendimento é visualizada, assim como o envolvimento diante dos conflitos, pois são consequências diretas do processo de cuidar, no entanto é plausível que estas profissionais pudessem ter acesso ao acompanhamento psicológico. Neste ínterim surge a inserção da espiritualidade como via subjetiva de acolher o próximo, assim como enfrentar as situações estressantes. Por fim há apontamento para avanços e desafios no combate ao abuso sexual, o que se torna um convite ao leitor a participar, por diversos meios, inclusive a educação emancipatória, nesta luta. Conclui-se, portanto, a necessidade demais empenho das instituições, dos profissionais e dos usuários em dialogar sobre as violências cometidas a crianças e adolescentes. Na parte do cuidado, a Teoria Transpessoal contempla as expectativas encontradas na humanização prestada pelas enfermeiras; mostra a importância das profissionais estarem associadas à um processo de cuidado e ciência, levando em consideração o valor ético e de proteção à criança e adolescente. Foi possível, desta forma, desvelar como as profissionais de enfermagem percebem o Enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes: o enfrentamento começa a partir do momento em que a vítima pede ajuda, quando denuncia; ganha vivência nos atendimentos de saúde, sendo todo o percurso da atenção em saúde vista como um elo entre vítimas em situação de vulnerabilidade e pessoas aptas a prestar cuidados.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis, Defesa da Crianças e do Adolescente, Violência Sexual, Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

This is a case study of qualitative approach aimed to reveal the perception of nurses as the face of sexual abuse against children and adolescents. In the composition of theoretical and philosophical support were used the Jean Watson's views regarding the Transpersonal Theory of care. The methodology was based on case studies of Yin and analysis via Grounded Theory of Strauss and Corbin data, not coming to a theorization. The study subjects were four nurses with experience in the care of victims of sexual abuse. Data collection techniques was the semi-structured interview, with the support of the recording of conversations. The study of data analysis resulted in four categories, which were the work process; difficulties in the training process; personal and spiritual involvement and progress and challenges in combating sexual abuse. The results confirmed relevant gaps in immediate unpreparedness of professionals to enter the reality of sexual abuse; as well as gaps in the process of academic training and subsequent professional updates. The insertion of the humanization of care is viewed, as well as the involvement before the conflict, because they are direct consequences of the care process, however it is plausible that these professionals could have access to psychological counseling. In the meantime, there is the spirituality of inclusion as a means of subjective host the next, as well as face stressful situations. Finally, there pointing to progress and challenges in combating sexual abuse, which becomes an invitation to the reader to participate in various ways, including emancipatory education in this fight. The conclusion, therefore, need other commitment of institutions, professionals and users in a dialogue about violence committed on children and adolescents. In the care, the Transpersonal Theory includes the expectations found in the humanization provided by nurses; It shows the importance of professionals to be associated with a process of care and science, taking into account the ethical value and protection to children and adolescents. It was possible, therefore, to reveal the nursing professionals perceive Confronting sexual abuse against children and adolescents: the confrontation starts from the moment that the victim asks for help when denounces; gains experience in health care, with all the health care of course seen as a link between victims and vulnerable persons able to provide care.

Keywords: Child abuse, Defense of Children and Adolescents, Sexual Violence, Public Health Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
	1.1 Problema da pesquisa	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
	2.1 Contextualizando o abuso sexual em crianças e adolescentes	21
	2.2 O Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes no Brasil: Aspectos Sócio históricos	25
	2.3 A participação do Enfermeiro na atenção ao abuso sexual	29
	2.4 O Plano Estadual de Enfrentamento	33
3	REFERENCIAL TEÓRICO	35
	3.1 Breve biografia de Jean Watson	36
	3.2 Definições norteadoras para a teoria Transpessoal	37
	3.3 A Teoria de Jean Watson	37
4	BASES METODOLÓGICAS	41
	4.1. Conhecendo a natureza da pesquisa	41
	4.2 Explorando o caso no contexto da investigação	43
	4.3 Técnica de coleta e registro de dados	43
	4.4 Análise de Dados	44
	4.4.1 Codificação dos dados	45
	4.4.2 Codificação Axial	46
	4.5 Considerações Éticas	47
	4.6 Rigor da Pesquisa	48
	4.7 Riscos e benefícios	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1	O processo de trabalho	49
	5.1.1 Inserção do profissional na área de atuação: contextos afins	49
	5.1.2 Caráter objetivo e subjetivo do cotidiano de trabalho	52
	5.1.3 Dificuldades e deficiências na estrutura do trabalho	58
	5.1.4 A Humanização no atendimento: o agir como base primordial para o cuidado	60
	5.1.5 A Humanização no atendimento: a sensibilidade no pensar humanizado	63
5.2	Dificuldades no processo de formação	65
	5.2.1 Deficiência no processo de formação acadêmica	65
	5.2.2 Dificuldades de capacitação profissional	67
5.3	Envolvimento pessoal e espiritualidade	70
	5.3.1 Interferência da vivência do trabalho na vida pessoal	70
	5.3.2 Importância da espiritualidade no cuidado	74
5.4	Avanços e Desafios no combate ao abuso sexual	76
	5.4.1 Avanços no combate ao abuso sexual	77
	5.4.2 Desafios no combate ao abuso sexual	78
6	CONCLUSÃO	80
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	89
	APÊNDICE B – TCLE.....	90
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	91

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema da pesquisa

A Enfermagem contemporânea busca avançar nos estudos do bem-estar do ser humano, em suas diversas distinções, desde o biológico até o componente psicossocial. Para tanto, interage no campo das ciências sociais ao analisar fenômenos, como a saúde, a doença e a violência. Minayo (2006) analisa sobre o fenômeno da violência, e conclui que ela não é, em si mesma, uma questão de saúde pública. No entanto, ao deparar-se com os resultados obtidos da violência sexual para com seres indefesos – como é o caso das crianças – e ver que sua saúde está sendo paulatinamente comprometida, causando sérios danos biopsicossociais, os quais mais tarde podem afetar a saúde coletiva, conclui que a violência é vista como uma problemática de merecida atenção por parte do setor de saúde e, conseqüentemente, da enfermagem.

Em um primeiro momento, ao reportando-se a um capítulo da história da saúde nos anos de 1980, observa-se que o Brasil passou por dificuldades com casos de mortalidade particularmente causadas por desnutrição infantil. Inúmeros investimentos por parte de ONG e Fundações foram feitos, com o objetivo de garantir o direito de cada criança à sobrevivência e ao seu crescimento e desenvolvimento. Tal investimento constituiu a maior e melhor maneira para reduzir as iniquidades, enfrentar a pobreza e construir uma sociedade com condições sociais sustentáveis. (WASKMAN, 2011). O resultado deste empenho foi a redução da mortalidade nacional em desnutrição.

No entanto, apesar do sucesso inicial da redução da taxa de mortalidade infantil no contexto nacional, houve uma “explosão” nos índices de mortalidade por causas externas em todas as classes sociais, não se restringindo mais a questão à população de menor poder aquisitivo, em que a mortalidade por lesões é mascarada por problemas oriundos da exclusão social. (WASKMAN e HIRSCHHEIMER, 2011, p.13). Um dos fatores decisivos denominado de causas externas é a situação da violência acometida contra crianças e adolescentes.

Segundo a Sociedade de Pediatria de São Paulo (2011), as causas externas - acidentes e violências - podem ser compreendidas como qualquer ação ou omissão

que provoque danos, lesões ou transtornos ao desenvolvimento da criança e do adolescente, com caráter de intencionalidade ou não.

Analisando os dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2011, evidencia-se que a violência contra crianças e adolescentes continua a ocorrer de forma preponderante na residência da vítima, tendo como principais agressores os pais (39,1%). Quanto ao tipo de violência, prevaleceu a notificação da violência física (40,5%), seguida da violência sexual (20%) (WAISELFISZ, 2012, p.67).

Dentre as formas de violência praticada contra crianças e adolescentes, a sexual é a mais difícil de ser conceituada e diagnosticada, pois muitas vezes resulta do despreparo dos pais para a educação de seus filhos, valendo-se de ameaças, humilhações ou desrespeito como formas culturalmente aprendidas de educar. No caso do abuso sexual, ele pode ser praticado dentro ou fora da família. Geralmente acontece quando o corpo de uma criança ou adolescente é usado para a satisfação sexual de um adulto, com ou sem o uso da violência física.

Aproximadamente 20% das mulheres e de 5 a 10% dos homens manifestaram ter sofrido abusos sexuais na infância, enquanto 23% das pessoas de ambos sexos relatam casos de maus tratos físicos quando eram pequenos (OMS, 2014, p.1).

Quando uma suspeita de abuso sexual ou qualquer outro tipo de violência é observada, se faz importante procurar as instituições que atuam no diagnóstico, investigação, enfrentamento e atendimento à vítima, como é o caso dos Conselhos Tutelares, Delegacia de Proteção, Unidade de Referência em Pronto-Atendimento à criança e adolescente, Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude, Vara da Infância e da Juventude, ou até mesmo ligar para o disque 100 e fazer a denúncia.

As violências se apresentam de formas diferentes de acordo com a idade e sexo da criança ou do adolescente e a região/estado onde reside. Segundo o Mapa da Violência 2012 – fonte de dados da violência ultimamente publicada – aponta as regiões Sudeste, Sul e Nordeste como as três preponderantes em atendimentos nos casos de violência registrados pelo Sistema de Agravos de Notificação (SINAN). (WAISELFISZ, 2012).

Segundo a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, a violência sexual é a quarta violação mais recorrente contra crianças e adolescentes denunciada no Disque Direitos Humanos (disque 100). Nos três primeiros meses de

2015, foram denunciados 4.480 casos de violência sexual, o que representa 21% das mais de 20 mil demandas relacionadas a violações de direitos da população infanto-juvenil. Nas denúncias realizadas, houve relatos de mais de uma violação. Dessa forma, os casos de abuso de sexual estão presentes em 85% do total de denúncias de violência sexual denunciadas no primeiro trimestre. Este crime ocorre quando o agressor, por meio da força física, ameaça ou seduz, usa crianças ou adolescentes para a própria satisfação sexual. (SDH, 2015)

Para os profissionais da área da saúde, identificar, perceber sinais característicos de abuso sexual num atendimento primário faz todo diferencial, pois quando sinalizam aos demais órgãos competentes à comprovação biológica do crime cometido, estes profissionais ajudam na implementação das medidas de promoção, proteção e intervenção, nos casos de crianças e adolescentes vitimizadas. A notificação neste caso é essencial, tanto como denúncia, como para a atualização do sistema de informações, o qual pode controlar a taxas de mortalidade, de novos casos, e reincidência, entre outras ocorrências.

As consequências das violências e acidentes, para o sistema de saúde e a sociedade, apontam a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas externas, com vistas a subsidiar políticas públicas para a prevenção do problema, atenção integral às vítimas e promoção da saúde e cultura de paz. (WASKMAN e HIRSCHHEIMER, 2011, p. 14).

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), afirma a carência de estudos longitudinais e de controle no campo da prevenção de violência, e as pesquisas, geralmente, não avaliam a efetividade das práticas empregadas, dificultando a implantação de intervenções por parte dos profissionais que trabalham nessa área.

A realidade brasileira, na prevenção de violência sexual contra crianças e adolescentes, não foge à regra. Muitas iniciativas foram propostas, como exemplo tem o Plano Nacional de Enfrentamento, elaborado em 2002 e readaptado em 2013, o qual incentiva a responsabilização de todas as esferas de governo a combater à violência sexual contra crianças e adolescentes. No entanto, passados mais de dez anos o que se pôde analisar são casos aparecendo e poucas iniciativas sobre o trabalho de conscientização na área de políticas públicas.

O reconhecimento do problema da violência pela área da saúde no Brasil ainda vem se fazendo de forma fragmentada, lenta, intermitente, mas progressiva.

“O aporte de estudiosos na área da saúde nos últimos 25 anos, cresceu 90% em relação ao que se tem registrado em qualquer período histórico anterior”. (MINAYO, 2006, p. 53).

Sendo o dia 18 de maio o “dia nacional de mobilização contra a violência sexual em crianças e adolescentes”, no mês de maio essa temática é amplamente comentada. No entanto, essa situação não deveria ser apenas lembrada e questionada nesse período, e sim cotidianamente analisada e discutida por todos os setores da sociedade.

O fenômeno da violência contra crianças ainda se encontra profundamente enraizado na cultura familiar brasileira. A chamada violência familiar ou violência doméstica que se expressa nas formas de agressão física, abuso sexual, negligência, abuso psicológico etc. (BRASIL, 2005).

Cerca de 120 milhões de meninas com idade inferior a 20 anos em todo o mundo (cerca de 1 em cada 10) foram sujeitas a relações sexuais forçadas ou outro tipo de atos sexuais forçados, e 1 em cada 3 adolescentes dos 15 aos 19 anos casadas foram vítimas de violência emocional, física ou sexual por parte dos seus maridos ou parceiros (UNICEF, 2014).

Para coibir atos violentos, como o abuso sexual, contra crianças e adolescentes, em 1989 foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (Portal Brasil, 2014). Anos mais tarde, em conjunto com o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), o Brasil deu um avanço aos debates sobre o reconhecimento e Enfrentamento da violência sexual, com a estruturação de serviços para o enfrentamento, culminando na criação do Plano Nacional de Enfrentamento (PNE).

De acordo com esse Plano é dever de todos os cidadãos, assim como as esferas de governo, o compromisso de manter a proteção da vida, tanto na educação, na segurança, assim como a saúde para crianças e adolescentes. No setor saúde, há um compromisso de garantir o atendimento especializado em rede, às crianças e adolescentes em situação de abuso sexual, além de suas famílias. Antes disso, é dever dos profissionais saber sobre como e quando fazer as ações de Enfrentamento, assim como conhecer as expressões do abuso em crianças e adolescentes por meio de diagnósticos, da assistência de Enfermagem, do levantamento de dados e principalmente, por meio de pesquisas.

A proteção contra qualquer tipo de violência é um direito fundamental da criança, garantido pelos direitos humanos e tratados internacionais. No entanto, a violência continua a ser o componente presente na vida das crianças em todo o mundo – independentemente da sua condição econômica, social, de sua cultura, religião ou etnia – com consequências imediatas e de longo prazo.

O abuso sexual contra crianças e adolescente na Região Metropolitana de Belém deve ser encarado como uma questão de saúde pública, visto a singularidade de uma realidade cruel para centenas de vítimas agredidas nas áreas onde residem, das quais são marginalizadas das ações de políticas públicas.

Segundo dados do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (2014), uma em seis crianças é sexualmente abusada, mas somente um em cada dez casos é denunciado. Somente 10% dos casos envolvendo abuso sexual contra crianças chegam ao Judiciário. Esse tipo de violência não ocorre uma única vez, mas persiste, ocorrendo de forma sistemática ao longo dos anos.

No município de Belém, há uma Fundação, de nível estadual especializada, cujas práticas de assistência junto às crianças e adolescentes vitimizadas pelo abuso sexual são desenvolvidas, e já foram premiadas e reconhecidas como referência para o Ministério da Saúde. Pesquisar como seus profissionais interagem e tem participação frente à essa situação complexa de violência pode oferecer respostas motivadoras para um fortalecimento da rede de Atenção e Enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes no estado do Pará.

Muitos profissionais da área da saúde, incluindo enfermeiros, ainda não conseguem sincronizar o sentido da ação assistencial com a real percepção do que é o Enfrentamento ao abuso sexual contra crianças e adolescentes dentro do sistema de atenção à saúde, por diversos motivos que os levam indiretamente ao ato de ignorar à problemática do abuso sexual, e conseqüentemente à carência de informações precisas, gerando falhas nas políticas pública de saúde. Esta realidade precisa ser revista, interpretada, dialogada e exposta.

O trabalho em equipe, nos casos de atenção às vítimas de violência sexual, é uma modalidade de atuação profissional bastante adotada nos Centros de Referência, pois há a composição de representantes de várias disciplinas, os quais por meio da cooperação mútua de saberes e técnicas podem ajudar estas pessoas.

Considerando a violência sexual na infância e na adolescência, os profissionais envolvidos no atendimento vêm criando estratégias de intervenção para

que, no caso do abuso sexual, o trauma não seja aprofundado. Muitos recorrem à psicoterapia e a própria educação em saúde. Neste sentido, qualquer profissional que se defronte com um caso de violência contra crianças e adolescentes deve estar ciente que está diante de uma situação complexa, que exige intervenção interdisciplinar. (FERRARI, 2008)

Diante desta realidade que engloba profissionais Enfermeiros, toda a política de assistência dada às vítimas do abuso sexual, os dados sobre violência contra a criança e adolescente atualizados, é chegada a hora de pesquisar como este profissional de saúde se localiza, se entende, se vê diante de tais questões delicadas e, de certa forma, comprometedoras no Estado do Pará.

Por isto, como justificativa plausível, este estudo procura focar a participação dos enfermeiros em um contexto de enfrentamento à violência sexual que é, sem dúvida, um problema de saúde pública. Os perfis demográficos e censos demonstram o quão nossas crianças e adolescentes estão em situação de vulnerabilidade, precisando de intensa mobilização da sociedade em geral ajudar combater esse problema. Muitas destas vítimas pertencem a classe sociais de baixa renda e infelizmente a literatura mostra que elas convivem num ciclo de reprodução de violências.

O combate a esse tipo de violência pode ser mobilizado via as práticas de Enfrentamento, o que conduz a educação. Pesquisar sobre como um profissional de saúde pode ajudar, e desvelar sua importância nesta luta cotidiana à violência sexual contra crianças e adolescentes suscita à uma aspiração de contribuir pela defesa da criança e adolescente. Nada mais prudente que expressar o apoio por meio desta dissertação.

Vale considerar também que, a área da saúde, além de ser um dos setores que mais convive com essa realidade do combate à violência contra crianças e adolescentes, está a serviço do Plano de Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no estado do Pará. Há alguns exemplos de iniciativas ao combate, por meio da educação em saúde no setor primário em saúde, assim como a preocupação de uma parcela de Enfermeiros no saber educar, às vítimas e aos abusadores, além do cuidar humanizado, o qual ainda é visualizado com ênfase à prática assistencial individualizada no restante do país.

É enriquecedor contextualizar o envolvimento dos profissionais Enfermeiros perante ao Enfrentamento do abuso sexual em crianças e adolescentes, pois ainda

é uma área de abrangência da enfermagem que é pouco desbravada no contexto amazônico. Perceber como os enfermeiros interagem frente a esse problema de saúde pública, de forma a contribuir com informações para a sociedade, para a classe profissional, além de contribuir para a valorização das pessoas vitimadas.

Muitos estudos sobre violência procuram compreender o lado da vítima, da família, do fenômeno violência, do sistema de amparo às vítimas, mas não procuram ver o lado dos profissionais que atuam e fazem o diagnóstico dos abusos sexuais, quais as percepções e as dificuldades e necessidades de aprimoramento do serviço do qual eles fazem parte.

Diante de tais argumentos, surgiu a seguinte questão de pesquisa: **Como os Enfermeiros percebem o Enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes?** Buscando responder esta pergunta, o objetivo deste trabalho foi de *desvelar a percepção de Enfermeiros quanto ao enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes.*

Esta dissertação encontra-se estruturada em seis capítulos, assim distribuídos:

O primeiro capítulo, trata-se desta introdução, nela é contextualizada a questão problematizadora acerca da Violência Sexual, sob forma de abuso sexual, perpetrada em crianças e adolescentes, além dos dados inquietantes que motivaram a composição deste estudo.

A Revisão da literatura é o ponto focal do segundo capítulo, enfatizando as temáticas: Contextualização da violência e o abuso sexual em crianças e adolescentes; O Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes no Brasil: Aspectos Sócio históricos; A participação do Enfermeiro na equipe de saúde na atenção ao abuso sexual; O Plano Estadual de Enfrentamento;

No terceiro capítulo, apresenta-se o suporte teórico, fundamentado na Teoria do Cuidado Transpessoal, conceituadas pela Enfermeira Dra. Jean Watson.

O quarto capítulo descreve-se todo o percurso metodológico seguido, que foi embasado em Robert K. Yin (2015) e Strauss e Corbin (2008), respectivamente, nos métodos de Estudo de Caso e Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), esta, somente para fins de análise dos dados, não chegando a uma teorização.

No quinto capítulo apresenta-se os resultados e discussões, o qual foi composto por quatro categorias: **O processo de trabalho**, composto por cinco subcategorias: Inserção do profissional na área de atuação - contextos afins; Caráter

objetivo e subjetivo do cotidiano de trabalho; Dificuldades e deficiências na estrutura do trabalho; A humanização no atendimento: o agir como base primordial para o cuidado e a sensibilidade no pensar humanizado. **Dificuldades no processo de formação**, composta por três subcategorias: Deficiência no processo de formação acadêmica; Dificuldades de capacitação profissional. **Envolvimento pessoal e espiritualidade**, com duas subcategorias: Interferência da vivência do trabalho na vida pessoal; Importância da espiritualidade no cuidado. **Avanços e desafios no combate ao abuso sexual**, com duas subcategorias: avanços no combate ao abuso sexual e desafios no combate ao abuso sexual.

No sexto e último capítulo temos a conclusão do estudo, que responde à pergunta de pesquisa; e atende aos objetivos propostos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualizando a violência e o abuso sexual em crianças e adolescentes

A definição concreta sobre o que é violência é uma tarefa complicada para vários estudiosos e especialistas neste assunto. A violência é um fenômeno abrangente que sempre teve participação junto as experiências ancestrais humanas. Os impactos da violência trazem sofrimentos e danos de variados tipos, o qual pode aqui incluir prejuízos na saúde dos indivíduos e do coletivo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o significado da violência a partir do contexto da saúde, 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002, p.27).

A violência é um processo complexo centralizado na irracionalidade humana, desde os tempos primitivos; conforme enfatiza Medrado (2008) numa linha alternativa, ao compreendemos que quaisquer acontecimentos violentos podem ser caracterizar modos afirmativos de o ser humano viver, ainda que suas consequências sejam indesejáveis.

No seu sentido material o termo violência parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas

pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens (BRASIL, 2005).

Para Minayo (2008, p. 29) a tipologia da violência é variada, pode ser expressa como: Violência Criminal, Estrutural, Institucional, Interpessoal, Intrafamiliar, Auto infligida: Cultural, racial etc. Sua natureza pode ser reconhecida em quatro modalidades ou termos de expressão abuso ou maus-tratos, os quais podem ser de ordem física, psicológica, sexual e envolvendo negligência, abandono e privação de cuidados.

Segundo a definição feita pela Organização Mundial da Saúde, OMS (2014), o fenômeno da violência em crianças e adolescentes é definido como abusos e a desatenção de que são objetos os menores de 18 anos, o que inclui todos os tipos de maus tratos físicos, o psicológico, o abuso sexual, a desatenção, a negligência ou outro tipo que cause danos à saúde, desenvolvimento e dignidade da criança, pondo em perigo sua sobrevivência, num contexto da relação de responsabilidade, confiança e poder.

Como diretriz conceitual, o III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes adotou o conceito de violência sexual como macro conceito dos termos abuso sexual e exploração sexual, com o intuito de assumir essas duas características e que essa diferença precisa ser revista nas políticas de proteção.

Dessa forma, a definição de violência sexual, pode se expressar por meio de duas formas: o abuso sexual e a exploração sexual, ambas são atentatórias ao direito humano e ao desenvolvimento sexual da criança e do adolescente, praticados por um indivíduo em situação de poder e desenvolvimento sexual distinto em relação às vítimas. (BRASIL, 2013, p. 22)

A violência contra crianças e adolescentes se manifesta em todos os lugares. Pode ser na comunidade onde moram, na escola, nas instituições socioeducativas e na família. Para dar uma resposta positiva ao problema, há que se considerar uma faceta cruel dessas agressões: a invisibilidade. (UNICEF, 2014, p.01).

A violência sexual contra crianças e adolescentes manifesta uma relação de poder que se exerce pelas mãos de adultos e até de não adultos, mas daquele que têm mais força física ou psicológica, sobre a vítima, em um processo de apropriação e dominação sobre a vítima. (MINAYO, 2006, p.57). A violência sexual, focada no abuso sexual é a violência mais complexa e traumatizante a vítima, pois deixa, além

das marcas físicas, problemas emocionais e psíquicos que podem se perpetuar ao longo dos anos.

O Relatório Mundial sobre violência e saúde enfatiza que o abuso sexual é o ato cometido pela pessoa responsável contra a criança que causam real dano físico para obter gratificação sexual.

O abuso sexual é caracterizado como “o ato ou o jogo que ocorre nas relações hetero ou homossexuais, o qual visa estimular a vítima a obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas impostas por meio do aliciamento”, este que pode ser realizado mediante violência física e ameaças. (ASSIS, 2009 p. 219).

Conforme estabelece o relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pedofilia de 2010 conduzida pelo Poder Legislativo Brasileiro, os variados tipos de violência expressos na pornografia, a rica tipologia dos abusos sexuais, o incesto e a pedofilia incluem-se no rol de crimes. Não obstante, a ocorrência de tais práticas desde tempos imemoriais, prevaleceu sob a cultura da negação, o que favoreceu sua disseminação, em um terreno fértil de sombras e silêncio.

O fenômeno da violência não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área, porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. (BRASIL, 2005, p. 10). Este fenômeno e os acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas configuram, na atualidade, um novo perfil no quadro dos problemas de saúde no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2005, p. 10 *Ibidem*, p.14).

Quando há a ocorrência de violação contra criança e adolescente, o conselho tutelar tem o dever de fazer o acompanhamento desta vítima, promover a execução das medidas de proteção, além de fazer a notificação e encaminhamento aos demais setores da esfera pública, os quais podem ajudar de maneira articulada na proteção desta vítima. Esta articulação compõe a rede de enfrentamento.

Ao realizar o encaminhamento da criança ou do adolescente, o conselheiro deve descrever ao profissional de outras instituições e serviços o relato da vítima acerca da violação sofrida, evitando desta forma o constrangimento de repetições. A relação estabelecida entre os conselheiros tutelares e as diversas instituições compõem o Sistema de Garantia de Direitos (SDG).

Um dos principais parceiros desta rede de proteção e enfrentamento é o setor saúde. O conselho tutelar pode requisitar serviços nessa área, devendo ter o

atendimento prioritário em situações de emergência. (ASSIS, 2009 p. 191). Assim os profissionais de saúde podem acionar o conselho tutelar em casos de intervenções, quando é identificada algum tipo de violência contra a criança e adolescente (agressões físicas, negligências e abuso sexual, por exemplo).

Casos de qualquer tipo de violência contra criança ou adolescente geralmente sensibilizam os profissionais da área da saúde, ainda mais pela constituição da natureza da área - a qual é priorizar a vida humana - resultando em providências que visam à proteção da criança ou do adolescente.

Deste modo, a comunicação entre instituições parceiras e o trabalho intersetorial integrado podem fazer diferença em regiões que proliferam a violência sexual. Entretanto, as dificuldades decorrentes da ausência deste tipo de integração afetam o dia-a-dia dos conselhos tutelares e dos direitos das vítimas.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, menos da metade do total de municípios do país declararam oferecer o Serviço de Apoio e Orientação aos Indivíduos e famílias Vítimas de Violência (45,6%) e o Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes e suas Famílias (39,0%), que foram investigados separadamente, mas atualmente integram o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI.

O perfil sócio demográfico de mulheres e meninas violentadas sexualmente aponta para a exclusão social desse grupo, segundo o relatório oficial da Unicef em 2014: onde a maioria vem de classes pobres, com baixa escolaridade, negras, habitantes de espaços urbanos periféricos ou em municípios de baixo desenvolvimento socioeconômico. Muitas dessas adolescentes já sofreram inclusive algum tipo de violência (intrafamiliar ou extrafamiliar). Dada a complexidade que envolve a questão do abuso sexual, ela deve ser compreendida nos seus aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos e jurídicos.

O trabalho intersetorial constitui, portanto, um desafio para os conselheiros de todo o país, os quais convivem com a precariedade das instituições voltadas para este tipo de atenção, além da falta de articulação entres as instituições de atendimento para crianças, adolescentes e suas famílias. (ASSIS, 2009 p. 225).

Face a esse quadro de violência em crianças e adolescentes, em 2002 é divulgado o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil,

onde são apontadas as ações necessárias para a promoção da defesa, responsabilização, atendimento e a prevenção.

Em seus preâmbulos, o Plano foi construído para avançar no reconhecimento e enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Ele serve de referência metodológica para a estruturação de serviços e programas para o Enfrentamento à violência sexual nos três âmbitos de governo: federal, estadual e municipal.

A estruturação de serviços preconizados pelo Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil perpassa por seis etapas: 1) Análise de situação, o qual procura conhecer o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes por meio de levantamentos e pesquisas; 2) Mobilização e articulação, procurando estabelecer vínculos entre as três esferas de governo já citados, constituindo a rede de Enfrentamento; 3) Defesa e Responsabilização, na qual a área de legislação brasileira disponibiliza serviços de notificação, assim como leis sobre os crimes sexuais; 4) Atendimento, o plano garante o atendimento especializado de profissionais capacitados em rede às crianças e adolescentes vitimizados pela violência sexual; 5) Prevenção, organizando ações preventivas de educação, sensibilização e autodefesa contra violência sexual; 6) Protagonismo Infanto-juvenil, visando a inserção ativa de crianças e adolescentes na defesa e cobrança de seus direitos, além do acompanhamento da execução das políticas de proteção.

No entanto, o Plano Nacional de Enfrentamento precisou passar por atualização em 2013, inserindo normativas Internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU), pertinentes à proteção de crianças e adolescentes, estabelecidas no Plano Decenal de Direitos Humanos, onde, se pôde perceber a permanência das etapas já citadas, porém com a inserção de Eixos: Prevenção, Atenção, Defesa e Responsabilização, Participação e Protagonismo, Comunicação e Mobilização Social, Estudos e Pesquisas.

2.2O Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes no Brasil: Aspectos Sócio históricos

A história da infância e da adolescência no Brasil e no mundo mostra que as ações de proteção à criança e ao adolescente começaram muito antes e que o

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi um fruto de momento histórico brasileiro. (ASSIS, 2009 p.53).

De acordo com os aspectos históricos brasileiros, cenários de total desrespeito no tratamento dado às crianças órfãs foram registrados antes mesmo do descobrimento das terras brasileiras. Muitas destas vindas da Europa, sofriam todo tipo de abuso nas embarcações, e ao aportarem em terras tupiniquins, foram dispostas à disciplina, castigos físicos e privação alimentar. (AZAMBUJA, 2011 p. 65).

No que concerne à atuação da saúde, a dificuldade de lidar com o quadro excessivo de abandono de crianças ou “infante exposto” levou à participação efetiva das Santas Casas de Misericórdia a partir de 1837, nas quais, por meio do sistema de rodas dos expostos, acolhiam estes seres indefesos, em sua maioria de classe pobre. Vislumbra-se, deste ponto de vista, a atuação caritativa da saúde para com as crianças. As ações caritativas destas instituições fundamentavam-se numa concepção mística da criança, levando o acolhimento como um ato de caridade e boa vontade individual (ASSIS, 2009 p. 24).

No início do século XIX, as crianças órfãs eram vistas como um instrumento exclusivo de trabalho. Eram exploradas em fábricas quanto em grandes propriedades rurais. Já nos primeiros anos do século XX, a proteção à criança começou a ser discutida, culminando na criação do Primeiro Código de Menores, de 1927 e Legislação da Família, de 1941. Ações marcadas pelo conteúdo filantrópico e assistencial asseguraram proteção aos abandonados e delinquentes, assim como possibilitou o tratamento médico aos portadores de deficiência mental.

No período de 1850 a 1970 o Brasil montou um complexo estatal a fim de garantir o bem-estar da criança e do adolescente. O Poder Executivo passou a operar em dois órgãos diferenciados: O Departamento da Criança, vinculado ao Ministério da Saúde, e o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), subordinado ao Ministério da Justiça, o qual seria em 1964, devido à ausência de políticas voltadas ao amparo social e forte aclamação pública, a criação da Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM). (AZAMBUJA, 2011 p. 72).

No âmbito da proteção à infância, profissionais comprometidos com a saúde e com desenvolvimento integral da criança e adolescente participaram ativamente de um forte movimento em prol da cidadania desse grupo, o que culminou na criação do ECA promulgado em 1990. Um documento importantíssimo da Secretaria de

Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça com caráter intersetorial e, portanto, contando com a contribuição do Ministério da Saúde (MS) e dos profissionais da área resulta no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual infanto-juvenil, de 2002. (MINAYO, 2006, p. 54).

De acordo com o art. 13 do ECA, o profissional de saúde tem o dever legal de comunicar ao conselho tutelar as situações de suspeita ou de confirmação de maus-tratos e violência contra crianças e adolescentes. O médico, o enfermeiro ou atendente que deixar de comunicar a suspeita ou a confirmação de maus-tratos estará cometendo crime de omissão, podendo receber penalidades previstas no art. 245 do ECA. (ASSIS, 2009 p. 191).

Hoje, no Brasil, uma unidade municipal ou estadual que melhor notifique, registre e trate suas informações não pode se confundir crendo que o espaço social onde atua é mais violento comparativamente a outros lugares onde as estatísticas não são confiáveis, e, sim, seu esforço tem de ser visto como o primeiro passo para uma política séria de enfrentamento da questão.

Sobre a comunicação e mobilização dos conselhos tutelares com instituições parceiras, redes de serviços e sociedade civil denota-se extremas dificuldades decorrentes de ausência deste tipo de integração. No caso da saúde, a complexidade das questões começa pela “organização tradicional, na qual há o privilégio do trabalho setorizado, centralizado, verticalizado e independente” (ASSIS, 2009 p. 231). Esse modo de trabalhar desconsidera, na maioria das vezes, outros setores que atuam sobre a mesma população ou o mesmo problema, produzindo ações paralelas, desarticuladas, isoladas e desvinculadas.

De acordo com as recomendações propostas por Magno (2010, p. 1669) o Ministério da Saúde em todas as suas esferas competentes coube o compromisso de fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção à Violência (subscrito na PORTARIA Nº 936, DE 19 DE MAIO DE 2004), juntamente com os Núcleos de Prevenção a Violências e Promoção da Saúde, especialmente no que concerne à violência sexual contra crianças e adolescentes. Esta, em seu Art. 3º cita como seus objetivos:

- I – Promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais;
- II – Implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais;

III – Fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;

IV – Intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e

V – Acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão. (BRASIL, 2004, p.1).

O segundo ponto abordado no Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) de 2010 foi o estreitamento de laços dos profissionais da saúde com os conselhos tutelares municipais, a fim de com eles compartilhar, de modo eficiente, informações relativas a maus tratos e os variados tipos de violência contra crianças e adolescentes.

Outra recomendação importante se dirige à criação de programas de formação continuada de profissionais de saúde para o atendimento integral à saúde, física e mental, de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, em todas as suas formas.

Diante da insuficiência de informações sobre causas de notificação de violências externas no Brasil, foram criados por meio das portarias 1356/2006 e 1384/2007 a vigilância epidemiológica de violências e acidentes (VIVA).

Nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, a notificação é de caráter compulsório e contínuo, conforme determinado pelas Leis de no 8.069/1990 (ECA). O componente VIVA Contínuo foi implantado, inicialmente, em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros). Essa vigilância tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, além de articular e integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências.

Quanto à vigilância contínua, devido às suas especificidades, ao caráter compulsório das notificações de violências (aqui ressaltando as de contra crianças e adolescentes), identificou-se a necessidade desse componente passar a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), que é um sistema consolidado, tem sustentabilidade e possui abrangência nacional.

A despeito da relevância da violência familiar no País e da obrigatoriedade de notificação de casos confirmados ou suspeitos por parte de profissionais de saúde e de educação, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, 13/7/90), as formas de registro sistemático ainda são escassas.

Embora as causas complexas da violência precisem ser analisadas em seus componentes sociohistóricos, econômicos, culturais e subjetivos, é preciso lembrar que suas consequências afetam a saúde individual e coletiva e os serviços do setor. As unidades de serviços, antes muito mais orientadas para as enfermidades de origem biomédica, são hoje chamadas para dar respostas às vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais, devendo equipar-se para isso. (BRASIL, 2005).

Independentemente dos termos usados para nomeá-la, a violência contra crianças está representada em toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral. A infância é uma fase da vida extremamente delicada e importante, requerendo grandes investimentos afetivos e de suporte social. Os cuidados prestados à criança pela família, por outros grupos sociais e instituições influenciarão sobremaneira sua possibilidade de sobrevivência e de qualidade de vida. Servirão também como um espelho de valores no qual ela vai se mirando e formando suas ideias sobre si e sobre o mundo. (BRASIL, 2005).

2.3 A participação do Enfermeiro na equipe de saúde na atenção ao abuso sexual

A Enfermagem compreende uma estrutura própria de conhecimentos científicos e técnicos, construído e constantemente reproduzido por práticas sociais, éticas e políticas que se processam pelo ensino, pesquisa e a assistência. O profissional enfermeiro realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e diante de várias circunstâncias de vida (BRASIL, 2005). A Enfermagem, portanto, é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida das pessoas, da família e à coletividade.

Num atendimento especializado à criança e adolescentes vítima de abuso sexual, o enfermeiro se baseia nos dados de anamnese, exame físico e exames laboratoriais. Na maioria das vezes, o diagnóstico “é difícil, necessitando de experiência profissional e da devida atenção do médico e de toda a equipe de saúde”. (WASKMAN e HIRSCHHEIMER, 2011, p. 31). Os sinais físicos observados

ao exame físico em enfermagem são assim descritos: Lesões em geral, hematomas, lesões genitais, lesões anais, sinais evidentes de gestação, doenças sexualmente transmissíveis. Sinais psicológicos (observados pela equipe de saúde): Agressividade: a criança pode apresentar-se temerosa, arredia, agressiva e frequentemente adotar posições de defesa, isto é, encolher-se e proteger o rosto, região em que é agredida com frequência; Condutas sexuais inadequadas; Dificuldades escolares, mudanças de comportamento e de vocabulário; Distúrbios alimentares; Queixas de ordem psicossomáticas.

Nos casos de violência sexual com contato físico, isto é, exposição ao sêmen, sangue e demais fluidos há um risco grande da infecção por Hepatite B. É importante que, após a detecção sorológica se faça o procedimento de imunoprofilaxia para a Hepatite B com o uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHb). Pessoas imunizadas contra hepatite B, com a ciência de ter o esquema vacinal completo não necessitam de reforço. Pessoas vitimizadas que desconhecem seu status vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente.

Em casos de gravidezes decorrentes de violência sexual em adolescentes, o problema se agrava, pois, há toda uma complexidade psicológica, social e biológica para as vítimas, onde a gestação se caracteriza como uma segunda violência.

A conduta nestes casos é sempre esclarecer a adolescente e seus representantes legais quanto as alternativas legais sobre o destino da gestação e as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. A interrupção da gravidez é um direito, conforme a Lei nº 2848/1940, Art. 128, inciso II, do Código Penal. Assim como há a possibilidade de manter a gestação até sua conclusão, garantindo todos os cuidados pré-natais. (BRASIL, 2005).

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê, em seu artigo 13, em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos (o que inclui qualquer tipo de abuso ou violência), que estes devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar do respectivo local, sem prejuízo de outras providências legais.

Caso não haja Conselho Tutelar na localidade, a comunicação deverá ser feita à Promotoria de Defesa da Infância e da Juventude e à Vara da Infância e da Juventude. (CORDEIRO, 2006, p. 08).

A notificação tornou-se obrigatória para os profissionais de saúde, por meio da Lei Federal 1968/2001 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a notificação às

autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Tal lei orienta também que a notificação seja encaminhada para a vigilância epidemiológica, com a finalidade de auxiliar nos planejamentos de Políticas Públicas.

Alguns trabalhos falam essencialmente da notificação em casos de violência na área da saúde, da importância do compromisso dos usuários em denunciar todo e qualquer tipo de violência em crianças e adolescentes, mas também dos conflitos da Enfermagem neste contexto.

O reconhecimento da ocorrência de maus-tratos contra crianças e adolescentes trouxe como consequência direta a “necessidade de proteção, no qual pode ser expresso com a notificação da violência às autoridades competentes”. (LUNA, 2010 p. 149).

No estudo feito na cidade de Belém, foi possível observar que, num ambiente hospitalar que mantém um programa de atendimento integral às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, os índices de notificação foram decaindo em três anos. A Violência sexual, novamente constante nas notificações, foi associada a diferentes tipos de violência, a citar: violência física e psicológica. (VELOSO *et al.*, 2013).

Diante da diminuição de notificações de unidades de referências, a exemplo do trabalho paraense, o ato de notificar é visto como um elemento crucial na ação pontual contra a violência. Apesar disso, muitas controvérsias e questionamentos permeiam esta prática, sem perspectiva de solução imediata. (LUNA, 2010, p. 150).

Entretanto, alguns estudos advertem o receio de notificação por parte dos Enfermeiros, frente à omissão da equipe médica em notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes. Isidoro (2009, p.100) confirma ao descrever a preocupação dos Enfermeiros em relação à própria equipe médica, que, por serem vinculados a protocolos institucionais omitem confirmação de violência, pela crença de que a denúncia não leva a nada.

A identificação dos tipos de violências por parte dos profissionais de saúde é uma realidade possível. A criação de portarias do Ministério da Saúde, as quais tornam obrigatórias as notificações por todos os profissionais de saúde aos casos suspeitos e/ou confirmados de agressões e maus-tratos ainda são de baixo

conhecimento dos profissionais e gestores, o que acarreta no aumento de subnotificações.

Outra recomendação importante para o profissional de saúde, aqui enfatizando o enfermeiro, se dirige à criação de programas de formação continuada e complementar destes profissionais direcionados ao atendimento integral à saúde, física e mental, de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. O conhecimento técnico científico aliado à sensibilidade e ao enfrentamento são itens importantes na atenção às vítimas de violência. O decreto 7.958/2013 prevê no uso de suas atribuições, Art. 4:

§ 2º - Ao ministério da Saúde compete:

- I – Apoiar a estruturação e as ações para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual no âmbito da rede SUS;
- II – Capacitar os profissionais e gestores do SUS para o atendimento humanizado e;
- III – Realizar ações de educação permanente em saúde dirigidas a profissionais, gestores de saúde e população em geral sobre a prevenção da violência sexual, organização e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual. (BRASIL, 2013, p. 1)

A participação dos profissionais Enfermeiros se torna nítida em publicações que falam das medidas de prevenção à violência sexual, chamando sempre à responsabilidade o setor da saúde. Os ambientes dos estudos vão desde a Estrutura Saúde da Família até a unidade hospitalar, o que lembra a projeção de redes de enfrentamento contra a violência, associados à assistência humanizada.

Segundo Rocha (2011, p. 3293), do ponto de vista preventivo, o papel da Estrutura Saúde da Família (ESF) é incomensurável, pois as equipes de saúde são próximas das famílias. Se houvesse um preparo ou capacitação, estes profissionais poderiam identificar as famílias que possuem uma relação violenta e desta forma, criar protocolos de vigilância e monitoramento, assim como é realizado com hipertensos, diabéticos e outras situações que são diariamente trabalhadas na equipe.

Em outro estudo realizado em unidades de saúde no sul do Brasil, a nitidez da importância da promoção de debates e capacitações dos profissionais de saúde foi comprovada, uma vez que o Enfrentamento diz respeito também a ação de prestar um atendimento adequado à criança e ao adolescente em situação de violência.

Por mais que haja protocolo e a assistência de Enfermagem, se os próprios Enfermeiros não têm a aproximação da problemática que envolve o abuso sexual e o seu Enfretamento como prática cotidiana, baseados em realidade objetiva e não apenas atrelados aos sinais de alerta e a forma biomédica de tratamento, as vulnerabilidades não serão reconhecidas e o fenômeno não será desvelado de uma maneira que se possa intervir nele. (APOSTÓLICO, 2012, p. 326).

2.4 O Plano Estadual de Enfrentamento

Inspirado no Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil vigente desde 2013, o Plano Estadual é uma estratégia de planejamento elaborado pelo Comitê Estadual de Enfrentamento em conjunto com as principais organizações e instituições governamentais e não governamentais para o combate, mediante leis e sustentação de direitos da criança e do adolescente. Este Plano tem subsídio no artigo 227 da Constituição Federal, o qual aborda o enfrentamento da violência sexual.

O Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Pará é um documento oficial emitido pela Resolução nº 008/CEDCA/2014, da parceria de instituições Estaduais Paraenses (prioritariamente o Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Estadual de Assistência Social, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Estadual de Educação), que tem validade bienal de 2014 a 2016.

Como finalidade, o Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual visa combater a impunidade, restaurar direitos e dignidade das vítimas em situação de violência sexual e promover a inclusão social destas pessoas. Além disso, há um compromisso de parcerias intersetoriais nas instituições participantes, que produzam um desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes, e estes por sua vez, tragam retorno significativo à sociedade.

“as razões da proposta do presente planejamento podem ser subdivididas em, pelo menos, três campos específicos: o primeiro, de previsibilidade das ações, na medida em que são estabelecidas medidas que visam à atuação orientada pelos conteúdos estabelecidos, evitando, ou reduzindo ao máximo, a dependência aos fatos emergenciais ou inesperados que acabem pautando a gestão das instituições e políticas públicas pela lógica

do “apagar incêndios”; em segundo, está a distribuição dialogada dos locais de competências de cada órgão, proporcionando não apenas uma percepção intersetorial das ações de enfrentamento, mas também, e acima de tudo, um conhecimento das competências de cada instituição da rede para que saiba “o que fazer” e “com quem contar” na tarefa cotidiana de garantir a proteção e integração; por fim, a terceira questão sinaliza a preocupação com a alocação racional de recursos financeiros para o custeio das ações previstas no plano”. (PLANO ESTADUAL, p. 10)

Seu principal desafio constitui-se no cumprimento e efetivação das ações de combate e enfrentamento à violência num estado com dimensões continentais. A intersetorialidade para um efetivo Enfrentamento devem ser pautadas pelas instituições de referência em proteção social, educação, segurança e saúde.

2.4.1 Monitoramento da Violência Sexual pelas instituições

De acordo com o Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual em crianças e adolescentes, os órgãos responsáveis pela condução de ações estratégicas de combate à violência têm o compromisso de monitorar o grau de cumprimento das ações, sendo positivos ou negativos. Sob o suporte do Plano Nacional, os dados obtidos serão uma fonte de alimentação do sistema de gestão de dados, para posterior fiscalização.

O monitoramento dos dados de cada instituição compreende o estabelecimento de prazos para cada ação estratégica, assim como a facilitação em agrupar tais ações estratégicas por órgão responsável, afim de atribuir responsabilidades a cada setor envolvido.

2.4.2 Dos Eixos e Ações no Plano

Seguindo o mesmo suporte do Plano Nacional, o Plano Estadual adota eixos e ações estratégicas de parcerias entre instituições para o Enfrentamento à Violência Sexual. Como eixo tem-se: Prevenção, Atenção, Defesa e Responsabilização, Participação e Protagonismo, Comunicação e Mobilização Social, Estudos e Pesquisa. Para esta pesquisa adotaremos as ações estratégicas pertinentes à saúde na em todo o Estado e na Grande Belém.

Como meta de biênio, coube à responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SESPA), em parceria com a secretaria de Educação, Uremia e PROPAZ, seguir as seguintes estratégias, delineadas a seguir:

Eixo Prevenção:

1. Ampliar a ação preventiva mediante a realização de oficina temática nos municípios e articulação junto ao profissional de saúde e outros setores, integrando ações do Programa Saúde na Escola (PSE), o qual discute temas sobre sexualidade, direito sexual e reprodutivo e sobre a violência sexual.
2. Realizar oficinas para profissionais sobre a linha de cuidados para atenção integral à saúde da criança e suas famílias em situação de violências.

Eixo Atenção:

1. Socializar informação sistematizada com produção de um guia de serviços especializados.
2. Promover workshop sobre trabalho infantil, álcool e outras drogas e violência sexual de crianças e adolescentes.

Eixo Estudo e Pesquisa:

1. Consolidar a análise das informações de violências através do Sistema de Informação de Notificação e Agravos (SINAN), pela atuação da Diretoria de Vigilância em Saúde e Departamento de Epidemiologia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Como eixo referencial teórico para esta dissertação, o qual envolve a participação de Enfermeiros no Enfrentamento ao abuso sexual em crianças e adolescentes, adotou-se a Teoria do Cuidado Humano Transpessoal, proposto pela Enfermeira teórica Jean Watson. É uma alternativa de cuidado pertinente na situação de assistência às vítimas de violência sexual.

A Teoria do Cuidado Transpessoal, elaborado por Margareth Jean Watson foi baseado em trabalho intitulado “Nursing The philosophy and Science of caring” publicado em 1985. Neste trabalho há uma preocupação efetiva acerca das necessidades do ser humano em meio aos adventos tecnológicos e a priorização do saber científico.

Watson ressalta que, com a crescente tecnologia no campo da saúde houve um grande aprimoramento das instituições hospitalares, e conseqüentemente, de suas técnicas terapêuticas mais eficazes. E neste momento, ao invés de ser visto apenas como objeto em busca de cura, o ser humano necessita dos cuidados de enfermagem embasados não apenas na cientificidade e no curativismo, mas em uma filosofia humanista, de forma que a pessoa seja vista em vários sentidos e de acordo com sua experiência de mundo.

Esta teoria aborda os cuidados de Enfermagem, no qual o cuidar ao indivíduo doente perpassa pelas dimensões biológicas, materiais, sociais e vai mais além, quando se relata a dimensão espiritual, transpondo a interação de vida dos envolvidos. (FAVERO, 2013)

3.1 Breve biografia de Jean Watson

Margareth Jean Watson nasceu em Virgínia Ocidental, no ano de 1949. Formou-se em Enfermagem pelo Lewis Galé Hospital, em Roanoke. Conquistou o bacharelado em Enfermagem e PhD em psicologia educacional pela Universidade do Colorado, em Boulder. Obteve o título de mestre em Enfermagem Psiquiátrica e saúde mental pela Universidade do Colorado, em Denver. Em 1979, formulou a teoria do cuidado onde a interação enfermeiro/paciente é permeado de sentimentos, emoções e trocas afetivas.

É fundadora do *Center For Human* no Colorado e do Consórcio Internacional de Caritas. Tem várias publicações, capítulos e monografias voltados a Ciência do Cuidado. Até os dias atuais permanece atuante em publicações e participações como palestrante e conferencista em eventos científicos do mundo inteiro. (Silva, 2011 p.227)

3.2 Definições norteadoras para a teoria Transpessoal

Para compor a elaboração da teoria proposta por Watson, faz-se necessários apresentar alguns conceitos iniciais sobre a pessoa, o meio, a saúde e a enfermagem. Na visão de Watson, a pessoa é o foco de atenção da Enfermagem, e precisa ser respeitada e valorizada em sua essência. Portanto, os cuidados a ela prestados devem ser de forma integral, de forma que satisfaça suas necessidades.

O ambiente é o espaço físico em que habitam o homem e família, onde há influências de fatores internos e/ou externos que podem interferir no processo saúde-doença. A saúde é o “inter-relacionamento harmônico entre a mente, o corpo e o espírito (WATSON, 1985).

A Enfermagem, de acordo com pressupostos de Watson, enfoca os aspectos preventivos, curativos e restauradores da saúde, além da promoção da saúde.

3.3 A Teoria de Jean Watson

Amplamente utilizada por enfermeiros, docentes, acadêmicos e pesquisadores da área de Enfermagem em diversas partes do mundo, a Teoria do cuidado Transpessoal estabelece uma inter-relação entre o cuidar e a cientificidade da Enfermagem. A ciência do cuidado perpassa por sete pressupostos e dez fatores de cuidado, os quais poderão subsidiar o estilo de cuidado dos enfermeiros no contexto do atendimento de vítimas do abuso sexual. Os pressupostos trabalhados por Watson procuram ser delineados conforme a lógica de assistência de enfermagem atual.

O cuidado pessoal da pessoa que está em processo de reabilitação de alguma doença ou traumas, pode ser efetivo quando é posto em prática numa relação interpessoal, destaca-se aqui a importância da equipe de enfermagem, seu empenho em fazer com que o usuário seja estimulado ao seu auto crescimento.

Um fator real para o cuidado interpessoal surge da atenção do enfermeiro, um profissional com conhecimentos científico-tecnológico, com habilidades no relacionamento interpessoal e capacidade administrativa para lidar com pacientes e familiares. Além disso, há toda a responsabilidade ética para com a equipe multiprofissional em seu território de trabalho, além de aptidão para conciliar o saber o técnico ao emocional.

Satisfação das necessidades humanas: O cuidado existe quando há satisfação de determinadas necessidades humanas. Promoção da saúde: O cuidado promove a saúde, de forma que estimule o crescimento tanto individual quanto familiar. Aceitação das mudanças pessoais: As respostas provindas do cuidado respeitam a pessoa em seu momento atual e em sua evolução.

Interação com o ambiente para propiciar o desenvolvimento: O ambiente é um local que pode favorecer o desenvolvimento do potencial de melhora; quando o enfermeiro adentra num ambiente ambulatorial ou hospitalar com esta preocupação, ele pode deixar de perceber-se como coparticipante, e apenas realizar o cuidar com saber e fazer. Em muitos casos, isso ocorre principalmente quando o ser cuidado é a criança, porque, além do direcionamento dado a este ser, também há o enfoque no cuidador e familiares desta, o que gera no profissional um desgaste ainda maior na realização de um cuidar que satisfaça todas as demandas do ambiente (Gomes *et al*, 2013).

O cuidado nos caminhos da prevenção: A prática do cuidado integra os conhecimentos biofísicos e comportamentais que promovem saúde aos que estão doentes. O cuidar e a Enfermagem: A prática do cuidado é a essência da Enfermagem. Os fatores de cuidados que compõem a teoria são trabalhados a seguir:

A formação de um sistema de valores humanísticos-altruísta, o qual tem seu início cedo na vida, é o processo de formação moral do ser humano. Sua base é o relacionamento com os pais e seio familiar. Segundo Watson, a partir de experiências vivenciadas é possível afirmar e colaborar para a construção e promoção de seus próprios valores. Para a enfermagem a importância está no fato de respeitar o ponto de vista, crenças e culturas, promovendo um comportamento altruísta.

A estimulação da fé/esperança, fatores que interferem diretamente na cura da enfermidade ou no estado de privação de saúde. Para muitas pessoas a fé desempenha papel importante no bem-estar, a ponto de haver empenho na mudança de atitudes e comportamento em busca da saúde, no caso da pessoa enferma. Fé e esperança para Watson pertencem a um sistema de valores humanísticos-altruístas que ajudam a promover o cuidado profissional holístico.

O cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros, tem início quando há o reconhecimento dos sentimentos de si próprio e da aceitação, sejam positivas ou negativas. É saber lidar com suas dificuldades, a ponto de explorá-los, e a partir daí sensibilizar-se para com os outros. Para a enfermagem, a prática da sensibilidade tem a capacidade de fazer com que o outro se sinta compreendido e aceito. Sem esse fator, o cuidado de Enfermagem seria ineficaz.

O desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança, são características descritas por Watson baseado nos estudos de Carl Rogers, Carhuff e Gazda. Segundo estes autores, a congruência (capacidade de abertura autêntica), empatia (sintonia com os sentimentos de outra pessoa) e calor (condição interpessoal expressos por meio de gestos, postura) podem ter impactos positivos e são caracterizados como condições de ajuda-confiança.

Os princípios básicos de comunicação são usados pela Enfermagem, de forma que seja clara e de fácil compreensão. O estabelecimento de confiança durante a assistência de enfermagem ocorre quando, diante do intuito de ajuda, há a observação em todos os aspectos sejam eles físicos, psíquicos, espirituais e emocionais por parte da enfermeira e a percepção do cliente, que vê suas necessidades individuais compreendidas.

A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos, surtem efeitos diretos sobre o comportamento do ser humano, no qual a enfermeira, quando observa e compreende a situação e permite, contribui para o estabelecimento da relação de confiança.

O uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomar decisões, enquanto ciência é fundamental para que enfermeira elabore planos, programas, procedimentos para avaliar, corrigir e decidir sobre a assistência prestada. A utilização do cuidado científico ajuda na tomada de decisões.

A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal, muito utilizada em situações limites e estressantes para o paciente, a promoção visa uma sistematização acerca do ensino de saúde à pessoa, pois por meio da forma como a informação é transmitida situações de medo, repulsa, ansiedade, incerteza podem ser minimizados.

A provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e em alguns casos corretivo, podem interferir positivamente ou negativamente para o cliente, estas condições dependem das condições físicas, mentais, ambientais e sociais. Para Watson, o ambiente influencia o processo de cuidar, e desta forma há a necessidade de ser confortável. Se for um ambiente agradável e acolhedor, pode oferecer à pessoa que é cuidada uma proteção física, psicofísica, psicossocial, interpessoal.

O auxílio com a gratificação das necessidades humanas, refere-se as necessidades humanas superiores (sobrevivência, psicossociais) e inferiores (biofísicas, psicofísicas) as quais devem ser vistas de maneira globalizada e inter-relacionadas.

Aceitação das forças existencial-fenomenológicas, para este décimo fator a compreensão de que a fenomenologia é uma filosofia que busca compreender a pessoa a partir de suas facticidades. Lidar com outra pessoa com relação ao que ela gostaria ou poderia ser é uma questão de interesse fenomenológico para a ciência do cuidar, praticado pela enfermagem.

4 BASES METODOLÓGICAS

4.1 Conhecendo a Natureza de Pesquisa

Com o propósito de seguir um trajeto que conduzisse à construção do objeto estudado, o método de pesquisa utilizado foi o estudo de caso do tipo exploratório, segundo a concepção do teórico Robert K. Yin (2015), de abordagem qualitativa. A escolha por esta estratégia deu-se em virtude de como esteve subsidiado o objetivo do estudo, visto que pretende desvelar profundamente a interação de uma categoria profissional dentro de um fenômeno social complexo, referindo aqui ao abuso sexual.

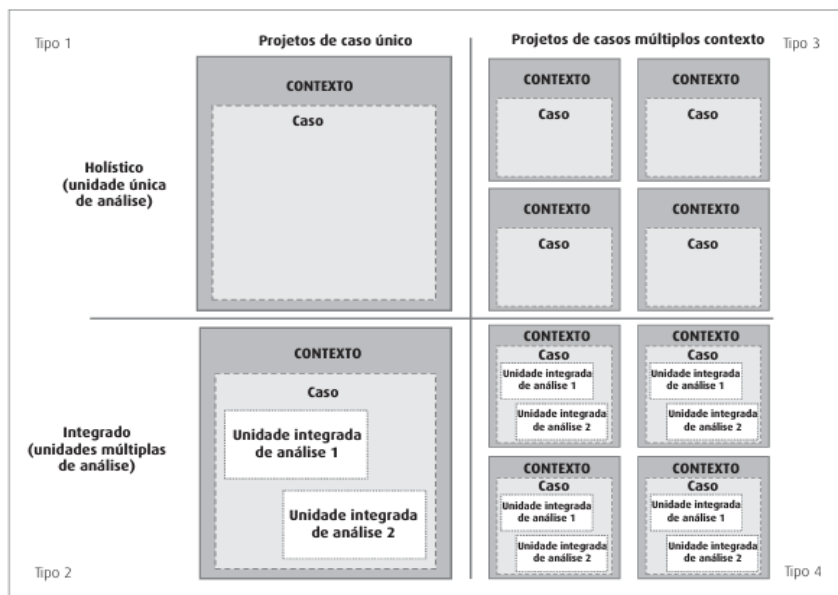
Para a construção de uma dissertação envolvendo o estudo de caso, foi interessante a composição da revisão de literatura para chegar aos objetivos e às formulações de questões. Assim afirma YIN (2015) ao propor que uma das maneiras para determinar as formulações de questões de pesquisa mais significativas é a profunda revisão de literatura sobre o tópico, na qual por meio desta pode-se desenvolver questões perspicazes e reveladoras sobre o tema.

Diante disso, fez-se uma boa utilização da questão de estudo. Yin (2015) considera que termos – “quem”, “o que”, “como” e “por que” – proporciona uma indicação importante relacionada ao método de pesquisa.

A unidade de análise, ou seja, “o caso” é a participação de um grupo profissional dentro da realidade do Enfrentamento a um tipo de violência sexual na assistência em saúde ao qual eles desempenham suas funções.

Uma dissertação, aliada à técnica do estudo de caso procura critérios de qualidade do estudo, tais como a validade do constructo, validade interna, validade externa e confiabilidade, para que na coleta de dados ou mesmo durante a análise, sejam devidamente utilizadas, de forma que o processo operacional da pesquisa seja consistente.

Segundo YIN (2015) para a construção do projeto de pesquisa, há de se levar em consideração dois tipos de projetos para estudos de caso, os quais poderão facilitar e tornar mais fortes a pesquisa. A seguir tem-se a figura amostral dos tipos de projeto de estudo de caso:



Fonte: (YIN, 2015)

Os dois tipos de estudo de caso são: projeto de caso único (subdivididos em holístico e integrado) e projeto de casos múltiplos (holísticos e integrados).

O estudo de caso único é indicado para várias circunstâncias, pois possui senso crítico, revelador, longitudinal, comum e peculiar, já que se lida com um único experimento, além de representar o teste decisivo de uma teoria ou proposições teóricas de interesse.

As cinco proposições utilizadas como justificativas no estudo de caso único são: 1) O estudo de caso único deve estar apropriado à uma teoria ou proposições teóricas de interesse; 2) Seu caráter peculiar, pelo qual os quais a descoberta pode

gerar *insights* sobre o assunto; 3) O caso comum, o qual pode captar circunstâncias de uma situação cotidiana; 4) Seu caráter revelador, no qual o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno anteriormente inacessível à investigação da ciência social; 5) longitudinal, sendo trabalhado em dois ou mais pontos diferentes no tempo.

O estudo de caso único holístico, onde há uma única unidade de análise, tem sua utilização vantajosa quando as subunidades lógicas não podem ser identificadas, ou quando a teoria for de natureza holística (YIN, 2015).

O estudo de caso único integrado é definido quando há mais de uma subunidade dentro de um caso, num determinado contexto. Em qualquer uma das situações, as unidades integradas podem ser selecionadas por meio de amostragens ou técnicas (YIN, 2015).

Projetos de estudo de casos múltiplos são utilizados em estudos em que há mais do que um único caso. Sua condução requer tempo e recursos extensos, pois há replicação da descoberta de uma análise nos variados subcasos que compõe toda a amostra.

De acordo com Yin (2015) algumas das replicações poderiam tentar duplicar as condições exatas do experimento original. As demais tentativas de replicação são usadas até a descoberta original ser considerada robusta. Os casos individuais num projeto de estudo de caso múltiplo podem ser holísticos e integrados. Seu diferencial depende do tipo de fenômeno a ser estudado e das questões de pesquisa.

Para este estudo, adotou-se o **caso único integrado**, pois trabalha-se no contexto da *profissão de enfermagem*, o **caso** – o Enfrentamento do abuso sexual em crianças e adolescentes – em quatro unidades integradas de análise, as quais têm a presença de Enfermeiros experientes na assistência às vítimas do abuso sexual.

4.2. Contextualizando os participantes e o local da investigação

Os participantes da pesquisa foram quatro Enfermeiras, especialistas em saúde da criança e/ou obstetrícia, com ampla experiência em Atendimento de Enfermagem às vítimas de abuso sexual infantil.

A pesquisa teve como “lócus” os espaços convenientemente escolhidos pelas entrevistadas das entrevistadas. Vale ressaltar que os lugares escolhidos para as

entrevistas ofereceram segurança tanto ao entrevistado como ao pesquisador, seguindo as normas éticas do CEP.

4.3 Técnica de coleta e registro dos dados

Segundo YIN (2015) a evidência do estudo de caso pode vir de várias fontes, como a documentação, o registro em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos.

Para um pesquisador qualitativo que considera a participação do sujeito de estudo como elemento essencial para o *savoir-faire* científico, faz-se imprescindível a utilização de técnicas e métodos que reúnam características sui-generis, as quais ressaltem a implicação do pesquisador e da pessoa que fornece as informações.

Com intuito de desvelar a participação dos Enfermeiros no enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes em uma unidade pública de referência em Belém, os procedimentos escolhidos para a coleta de dados foram respectivamente a entrevista, a qual é essencial para evidenciar o caso, principalmente quando se relaciona a questões comportamentais, além das opiniões, atitudes e significados (YIN, 2015).

Dentre os tipos de entrevista num estudo de caso (a citar: a entrevista prolongada e entrevista curta), a escolhida para compor este estudo foi a entrevista prolongada, pois seu estilo abrange uma fácil compreensão. Yin (2015) confirma que este tipo de entrevista é demorado, no entanto, ela consegue exprimir dos entrevistados suas opiniões e interpretações acerca do evento, pessoas e acontecimentos. É um *insight* natural vindo dos entrevistados, e, desta forma, quanto mais há colaboração, mais rica fica a informação.

Vale registrar a importância de cuidados para com o registro de dados dos informantes, como a privacidade do local (de modo que não haja qualquer manifestação de interferência por terceiros no momento de realização da coleta de dados) além da utilização, mediante autorização das participantes contida no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), da gravação em áudio.

A gravação em áudio é um dispositivo tecnológico utilizado como fonte de evidência. Para Yin (2015) pode ser classificado como um artefato físico, pois demonstra importância como recurso em operações técnicas, ampla disponibilidade para transcrição dos dados.

4.4 Análise de Dados

A técnica de análise de dados utilizada esteve de acordo com a estratégia analítica conduzidas pelas ideias de YIN (2015) e com suporte da Teoria Fundamentada dos Dados (TFD), de Strauss e Corbin (2008). Vale registrar que esta técnica foi utilizada somente para a análise dos dados, não chegando a elaboração de uma teoria.

Historicamente surgida das compreensões sociológicas de Glaser e Anselm L. Strauss na década de 1960, onde havia a predominância metodológica quantitativa, a Teoria Fundamentada dos Dados (TFD) veio com o desafio de propor um modelo metodológico onde a análise qualitativa tivesse sua própria lógica (CHARMAZ, 2009 p. 19), com a presença de envolvimento simultâneo na coleta e análise dos dados, a construção de categorias a partir dos dados, a utilização de comparações durante o percurso de análise independente.

Como o tempo, a teoria fundamentada foi sendo aperfeiçoada, de modo que Strauss e Corbin na década de 1980 favoreceram novos procedimentos técnicos, os quais são utilizados até os dias atuais por estudantes de graduação (CHARMAZ, 2009).

4.4.1 Codificação dos dados

A codificação qualitativa e o processo de definição sobre o conteúdo dos dados constituíram a primeira etapa analítica. Codificar significa classificar determinados elementos, de modo a categorizar o que representa cada parte dos dados obtidos (CHARMAZ, 2009 p. 69).

A codificação faz parte de um elo entre a coleta de dados e todo o desenvolvimento para auxiliar na explicação destes dados. Pode-se pensar que os códigos capturam uma realidade empírica, e devem ser trabalhados via compreensão. “Compreender as opiniões dos participantes a partir de suas perspectivas” (CHARMAZ, 2009).

Para uma devida atenção à esta etapa inicial, é importante que sejam estudados com afincos os dados emergentes. Há dois tipos principais de codificação na teoria fundamentada, são: a codificação inicial (aberta) e codificação focalizada.

A codificação aberta é um processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos dados. (STRAUSS, 2008 p.103)

Os conceitos constituem os pilares de construção da teoria, sua descoberta perpassa pelo processo de abertura de ideias, ou seja, a codificação aberta. Neste processo inicial, os dados são separados em partes distintas e são rigorosamente examinados, na busca de similaridades ou diferenciação.

As ações/interações, objetos, acontecimentos conceitualmente similares ou com alguma relação são, geralmente, agrupados sob categorias (STRAUSS, 2008).

A codificação aberta deixa claro ao pesquisador sua permanência numa mente aberta à exploração de quaisquer possibilidades teóricas que sejam encontradas nos dados. Portanto, os códigos iniciais são provisórios, uma vez que o pesquisador deixa em aberto outras possibilidades analíticas e elabora códigos que melhor se ajustem aos dados expostos.

O processo de codificação envolve o conceito de conceituação – atribuir representação aos atos, eventos, ideias contidas no dado – e, de acordo com o tratamento dos dados, há o processo de comparação ou análise comparativa, onde pode-se posicionar os dados no mesmo código (STRAUSS, 2008).

Durante a codificação surgem formas de fazer a codificação aberta, como por exemplo, as codificações linha a linha, segmento por segmento, incidente por incidente, as quais significam denominar cada uma das linhas, segmento ou incidente dos dados coletados minuciosamente, de forma a ver os dados de uma nova maneira e conceituá-los.

Por mais cansativas que sejam esses tipos de práticas, a codificação linha a linha tem a sutil vantagem de detalhar possíveis ideias que não tenham sido vistas no processo de análise, além de manter o pesquisador com a mente aberta aos dados.

O passo seguinte é agrupar os conceitos em categorias, as quais simbolizam os dados, estes que representam a ideia importante emergente (conhecido como fenômeno). Uma vez que os conceitos comecem a se acumular, o analista deve começar o processo de agrupá-los ou categorizá-los sob termos explicativos mais abstratos, ou seja, categorias (STRAUSS, 2008 p.115).

Os dados, devidamente reagrupados em quadros, foi detalhado em cores, afim de que houvesse a codificação linha a linha e posterior categorização, vindo a surgir as ideias centrais de cada resposta proferida pelos participantes.

Portanto, para a análise dos dados, utilizou-se o processo de codificação, conceituação, elaboração de categorias e posteriormente subcategorias, as quais serão minuciosamente trabalhadas na codificação axial.

4.4.2 A codificação Axial

A codificação axial, elaborada por Strauss e Corbin (2008), permite a criação de subcategorias, relacionando-as e conseguindo reagrupar os dados fragmentados durante a codificação aberta para dar coerência à análise emergente (CHARMAZ, 2009).

Subcategorias são criadas para especificar melhor uma categoria ao denotar do tipo quando, onde, por que e como um fenômeno tende a emergir.

A codificação axial é uma estratégia que melhor se adequa a responder questões como “quando, onde, porque, quem, *como*”. Responder essas questões ajuda a contextualizar o fenômeno, posicionando-o dentro de uma estrutura condicional (STRAUSS, 2008). O pesquisador pode, desta forma, descrever o produto de pesquisa de um modo mais completo, pois eles vão ocasionar uma inter-relação de ideias entre estrutura e o processo que envolvem o fenômeno.

O objetivo da codificação axial é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta (STRAUSS, 2008 p. 124).

Para haver a conexão entre as categorias e subcategorias, Strauss e Corbin (2008) aplicam um conjunto de termos de organização: 1) condições ou situações que determinam a organização da estrutura dos fenômenos; 2) identificar interações/ações dos participantes e suas respostas aos questionamentos, eventos no fenômeno; 3) consequências, ou efeitos das interações/ações do relacionamento entre categoria e subcategoria.

Com os dados codificados, divididos em categorias/subcategorias, reagrupados e comparados, desencadeou a interpretação, o que foi denominado de dedução. Deduzir implica em permitir ver o que está acontecendo com base nos dados, e, sobretudo na base de leitura dos dados, aliados aos dados da literatura

que existe nos referenciais teóricos e de toda bagagem científica que contempla o contexto de pesquisa.

4.5 Considerações Éticas do estudo

O projeto de dissertação foi encaminhado à análise do Comitê de Ética em pesquisa da UFPA/ICS, de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), a qual declara respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; Além da relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária. O projeto de dissertação foi aprovado sob o número CAAE 56852516.6.0000.0018.

4.6 Rigor da Pesquisa

Com o intuito de preservar o rigor de pesquisa, o estudo seguiu as precauções devidas em relação ao passo a passo do estudo de caso proposto, sendo embasado em Yin (2015). Nesse sentido, foram utilizados pré-requisitos fundamentais na realização de um estudo confiável, a utilização do TCLE, o qual trouxe linguagem clara sobre os objetivos da pesquisa, assim como contém informações pertinentes sobre a importância deste estudo. Houve orientação quanto à desautorização a qualquer momento do uso dos dados, com comunicação prévia à pesquisadora e ao CEP da instituição de ensino superior.

Após a coleta de dados, nos trâmites da transcrição e análise dos dados, foram respeitados fundamentos éticos, como a veracidade, consistência e validade dos dados, seguindo um rigor metodológico com alcance contemplativo dos resultados.

Também houve especial atenção quanto à preservação do material coletado, em vista do potencial risco de danos. De acordo com a resolução CNS 466/12, é de responsabilidade do pesquisador “manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa”. Os conteúdos, expressos em fichas individuais, além

dos documentos enunciados pelo Comitê de Ética em Pesquisa, assim como gravações, estão à disposição da pesquisadora.

4.7 Riscos e Benefícios

Sobre os riscos e benefícios, contidos no capítulo V da resolução 466/2012, fez-se necessários as seguintes informações: A admissão de pesquisa foi concedida quando o risco se justificou pelo benefício esperado; quando a pesquisa trouxe benefícios exclusivamente indiretos a seus participantes, considerando as interações físicas, psíquicas, morais, intelectuais, sociais e culturais.

Para este estudo, nenhum material biológico humano foi coletado e manuseado, não ofertando riscos ou danos físicos aos participantes. No entanto, toda pesquisa apresenta algum tipo de risco; neste caso seria a quebra do anonimato dos participantes entrevistados, ocasionando um prejuízo moral e intelectual. A autora do trabalho prestou os devidos cuidados para que não houvesse identificação direta. Diante disso, a pesquisadora utilizou codinomes que preservaram a identidade dos participantes, e principalmente preservasse a ética profissional dos mesmos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após minucioso trabalho de análise dos depoimentos das participantes deste estudo, chegou-se à imersão de quatro categorias principais, a saber: **O processo de trabalho**, composto por cinco subcategorias: Inserção do profissional na área de atuação - contextos afins; Caráter objetivo e subjetivo do cotidiano de trabalho; Dificuldades e deficiências na estrutura do trabalho; A humanização no atendimento: o agir como base primordial para o cuidado; a sensibilidade no pensar humanizado. **Dificuldades no processo de formação**, composta por três subcategorias: Deficiência no processo de formação acadêmica; Dificuldades de capacitação profissional. **Envolvimento pessoal e espiritualidade**, com duas subcategorias: Interferência da vivência do trabalho na vida pessoal; Importância da espiritualidade no cuidado. **Avanços e desafios no combate ao abuso sexual**, com duas subcategorias: avanços no combate ao abuso sexual e desafios no combate ao abuso sexual.

5.1 O PROCESSO DE TRABALHO

5.1.1 INSERÇÃO DO PROFISSIONAL NA ÁREA DE ATUAÇÃO: CONTEXTOS AFINS

A categoria inicial submergida nos convida a olhar como foi a trajetória de inserção desses profissionais Enfermeiros na área da violência sexual. É interessante notar o impacto em cada depoimento de chegada, dos sustos e do desconhecimento da área de atuação, o que demonstra, infelizmente, a falta de manejo na inserção de Enfermeiros ou profissionais da saúde na complexidade da violência brasileira.

Percebe-se, diante das experiências vivenciadas, que o profissional apresenta um saber técnico-científico, o qual é focado na assistência, no entanto não há uma necessidade ou intensificação de acompanhamento psicológico junto a esse profissional inicialmente, quando há a entrada/contato inicial no serviço, o que pode ser trabalhado pelas instituições como melhor aporte, amenizando ou até mesmo evitando episódios de forte impacto emocional ao adentrar neste cotidiano:

“(...) eu cheguei de paraquedas, não era minha área de atuação. (...)eu fiquei assustada. Até perguntei e me falaram: tem gente saindo (...) porque não consegue se adaptar por conta do público que é atendido”. (AMETISTA)

“(...) Não sabia que existia nem o que era o serviço”. (AMETISTA)

“No meu caso fui designada para o serviço, que até então não conhecia. [...] conheci quando cheguei ao local [...] E, naquele momento, todas nós fomos pegadas de surpresa [...] nós não tivemos essa vivência, então foi tudo novo”. (ESMERALDA)

O desconhecimento do programa, o susto por estar à frente de casos de violência e a constante observação de casos fazem parte da história profissional destas enfermeiras. O entrar neste mundo, que outrora é interpretado como tabu - fato rejeitado por toda a sociedade por ser polêmico - inevitavelmente choca o ser humano. As pessoas não estão preparadas para lidar com casos de abuso, ainda mais com um público tão vulnerável: crianças e adolescentes.

O choque com a realidade, nitidamente expresso nos depoimentos, se confronta com os propósitos adquiridos na formação tecnicista e biomédica; tem uma participação importante da humanização do atendimento provinda dos enfermeiros, mas não é amplamente trabalhada pela instituição para com os profissionais, de forma a aprimorar o atendimento.

É o que confirma Merhy (2004) ao afirmar que apesar de toda a experiência profissional antecedente, os profissionais de saúde não recebem preparação sobre como lidar com múltiplas vivências e relações humanas diretamente interligadas ao trabalho em execução. Este despreparo para lidar com a dor, com o medo, é um reflexo do modelo assistencial que ainda é empregado: o modelo médico newtoniano-cartesiano.

Uma contribuição significativa, diante da significativa falta de manejo dos profissionais para com o abuso sexual, pode ser lembrada via Teoria Transpessoal, na qual Watson (1985) situa o cuidado como um *ideal moral*. Procura-se desta maneira, focar o outro, afim de que o ser humano compreenda a situação que se encontra. Não procura necessariamente a cura, mas sim outras influências para entender o desequilíbrio de saúde, que neste contexto entende-se o abuso sexual.

Neste momento, é possível ser trabalhado, como alternativa, a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal. Watson (1985) enfatiza a inserção deste fator a situações limites e de estresse para o paciente (o que caracteriza todo o contexto da atenção ao abuso sexual), onde a equipe de saúde é passível também de acometimento. Para todos é um momento de aprendizagem, principalmente para a enfermeira, essa que se depara instantaneamente com os casos de abuso.

O que se pode fazer com relação à essa constatação? Uma alternativa plausível é encontrada em Filho (2013, p. 33), o qual sinaliza que, além do preparo para se trabalhar em campo utilizando a observação do outro e oferecer meios de enfrentamento para o outro para vivenciar as questões de vida, é primordial um acompanhamento por profissionais de saúde mental e/ou psicológico aos profissionais de assistência.

“Começamos [...] na enfermaria de pediatria. Eu trabalhava lá e a gente passou a receber várias crianças com histórico de *queda cavaleiro*. E com o continuar dos

atendimentos íamos percebendo que não se tratava de queda, mas sim de abuso sexual, praticado geralmente por alguém da família ou bem próximo à vítima”. (SAFIRA)

“A enfermaria era dividida por divisórias de vidro e a criança passava e todo mundo já sabia “ah, aquela ali foi abusada. (...) E, como a demanda foi aumentando, porque isso [casos de abuso] aumenta a cada dia, quanto mais a gente mexe mais casos acontecem, foi criado um espaço próprio”. (SAFIRA)

“No decorrer do tempo a gente começou a perceber que essa criança sofria várias vezes o mesmo tipo de agressão”. (SAFIRA)

“(…) pedi para vir, pois eu já tinha consciência que eram casos de abuso e tal, porque no específico eu trabalho com casos de abuso sexual de crianças e adolescentes até 17 anos completos”. (RUBI)

É possível observar que com a convivência hospitalar e a forma como o programa de referência teve sua criação, alguns dos profissionais foram criando familiaridade na área, a ponto de escolher trabalhar com os casos provindos da violência sexual. Silva e Braga (2011) salientam em suas escritas o primeiro dos fatores de cuidado promovidos por Watson, – humanístico altruísta – o que torna possível a vivência do profissional enfermeiro no contexto da violência sexual, de forma que a construir seus próprios valores.

Neste sentido, a interação interpessoal provinda da Teoria do Cuidado Transpessoal é visualizada nestes depoimentos como experiências já incorporadas pelas enfermeiras diante das vivências intra-hospitalares com crianças caracterizando a situação do abuso sexual. Tais experiências colaboraram para a construção de valores profissionais, de tal forma que é expressa na *consciência* destas profissionais a opção por trabalhar assistindo à essas vítimas. Essa opção é, portanto, solidificada.

Os profissionais enfermeiros, nestes depoimentos acima, têm muito a nos dizer. São pessoas que escolheram esta área da saúde por questões pessoais, levam seus princípios de prestadores de cuidado, com um olhar profundo e crítico ao seu cotidiano. Nota-se a inserção efetiva de compromisso do enfermeiro, como profissional, agindo conforme os princípios de cuidado; assim como o olhar apurado diante da observação e constatação dos sinais de abuso.

O conhecimento biológico e a experiência assistencial, de acordo com o observado, são transmitidos diante de uma realidade vivida; nota-se o crescimento

considerável de casos, a nítida preocupação entre as falas; o que nos coloca a pensar se de fato estamos preparados para enfrentar o fenômeno violência.

5.1.2 CARÁTER OBJETIVO E SUBJETIVO DO COTIDIANO DE TRABALHO

Observa-se, nessa subcategoria, uma dualidade interpretativa para o cotidiano de trabalho. Para contextualizar o ambiente de trabalho levando em consideração seus anos de experiência, as enfermeiras adotam visão focal na prática assistencial, simbolizada na perícia - seu lado mais objetivo e impessoal - ao mesmo tempo expõe toda uma subjetividade do que almejam realizar no atendimento, o que é denominado de lado subjetivo do cotidiano de trabalho.

A Teoria do cuidado Transpessoal mantém como conceitos básicos a pessoa atendida (vítima), o ambiente (o trabalho em perícia) influente no processo de cuidado, a saúde, e a enfermagem, a qual manifesta tem inter-relação com todos os elementos citados. Para que aconteça o cuidado Transpessoal é imprescindível que haja *o momento do cuidado*, no qual todos os envolvidos tenham participação e sobretudo, sincronismo.

Para melhor compreensão, foi feita primeiramente a análise do caráter objetivo, a seguir:

“[...] como minha função de verdade [...] eu tenho o contato com a vítima que é no momento da perícia, no momento que vou e faço o cadastro (...) Meu papel é cadastrar, preencher a ficha de Enfermagem e notificar”. (AMETISTA)

“A gente já acolhe, já conversa, já mostra o fluxo [...]”. (RUBI)

“a gente preenche, pega os dados da criança, auxilia a perícia, ajuda a perita a coletar o material, verificar alguma coisa, coletamos [o material], identificamos as lâminas e fechamos o histórico de enfermagem daquela criança naquele momento [...] e já conhecemos do quê que se trata e o que vai ser feito diante de lesão corporal ou violência sexológica.” (ESMERALDA)

“a perícia ela tem que ser feita por duas pessoas, até pelo resguardo [ético] e para o documento [ficha de notificação]. Então a perícia ou normalmente é o técnico de enfermagem que acompanha o material ou é o Enfermeiro (...)”. (RUBI)

“O trabalho do enfermeiro se resume a isso, junto com o técnico de enfermagem que faz a coleta – quando necessário – se o perito solicitar a coleta de sangue, urina, teste de gravidez quando é adolescente”. (ESMERALDA)

“A gente notifica e encaminha o documento impresso e lá eles alimentam o sistema on-line do SINAN (...) Então eu li sobre a função do enfermeiro (...) e, contemplava tudo o que hoje eu faço, como essa questão do acolhimento, auxílio

a perícia, a assistência de enfermagem, relatar e fazer a nossa consulta de enfermagem, e ao final, as notificações”. (ESMERALDA)

Num primeiro aspecto, depara-se com uma descrição operacional de como é prestado esse atendimento, especificado na perícia, assim descrito como o *momento do cuidado*. Percebe-se a exatidão nos detalhes de como o atendimento é oferecido pelas profissionais, com rigor aos preceitos éticos.

Conforme estabelecido pelo MS (2002) e aos protocolos de atendimento, os centros de referência têm o dever de oferecer tais condições para atendimento em saúde, assim como seus trabalhadores devem estar aptos a prestar seus serviços, o que claramente é observado nas profissionais.

Nota-se a ciência pelos profissionais enfermeiros dos protocolos de notificações, assim como seu funcionamento no sistema de redes, cuja notificação é amparada pela lei nº 8.069/1990 do ECA. Nos casos de vigilância, observa-se a inserção e conhecimento acerca do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), de abrangência nacional, o qual devido às suas especificidades, tem um caráter compulsório das notificações de violências (aqui ressaltando as de contra crianças e adolescentes).

A notificação tornou-se obrigatória para os profissionais de saúde, por meio da Lei Federal 1968/2001 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

É interessante notar que a notificação é um dever de qualquer profissional, no entanto, neste caso é atribuído ao profissional Enfermeiro, por questão de padronização, pois ele é quem trabalha próximo à vítima e seus familiares e mantém contato direto com os peritos:

“E a violência também não deixa de ser um item de notificação de violência (...) nós padronizamos que quem seria o responsável por preencher essa ficha seria o Enfermeiro”. (RUBI)

“(...) tem um trabalho que é feito com o grupo das mães, com o grupo das crianças e com o grupo dos adolescentes (...) não é obrigado o profissional participar, participa se ele quiser (...) forma um grupinho, e a gente organiza palestras (...)”. (SAFIRA)

Moreira et al. (2013) destacam que dentre as categorias profissionais, a Enfermagem é a que mais notifica os casos, denotando a aproximação e a sensibilidade destes profissionais para com as demandas do sistema de saúde.

A riqueza de detalhes para com a perícia expõe o lado tecnicista e biológico da profissão. Minayo (2005) reforça ao dizer que a visão do setor saúde sobre o tema da violência tem duas vertentes: uma explicativa, partindo de uma reflexão filosófica e teórica; outra operacional que se fundamenta na constatação nos transtornos biológicos, emocionais e físicos que sua dinâmica provoca no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas.

Sendo assim, o atendimento de perícia nas vítimas de abuso sexual é visto sob duas óticas: objetiva, o dever de execução do exame, para fins de ajuda nas investigações; e subjetiva, o que se espera oferecer como profissional de saúde no atendimento:

“A Enfermeira no momento em que as crianças e o adolescente chegam, ela [enfermeira] tem o papel de acolher naquele primeiro momento, acolher a criança, verificar algum sinal físico ou algum problema, fazer aquela inspeção de enfermagem e encaminhar para a perícia”. (ESMERALDA)

“[...] A gente explica como vai ser o procedimento, a gente procura deixar claro que não vai haver dor, fazer o possível para que não haja dor, que o pai ou a mãe vão estar ali do lado [...] colocar uma criança ou um adolescente pra ficar naquela posição não é fácil.” (ESMERALDA)

“A criança já chega, esse pai, esse tio, esse avô que traz a criança desde quando ele chega, ele já chega coagido, com medo, com dúvidas do que é esse serviço onde estamos [...] Ele já entra aqui com uma certa discriminação”. (RUBI)

“a gente explica; tenta orientar esse pai, tenta orientar esse responsável da necessidade de se fazer a perícia [...] uma criança que já foi várias vezes abusada é complicado você colocar numa posição ginecológica uma criança de cinco e seis anos pra coletar material [...] então, é muito complicado, você tem que ter um jeito de conversar”. (RUBI)

“[...] a mãe fica do lado segurando a mãozinha da criança, para que isso [a perícia] não seja mais uma violência cometida nessa criança. Podem haver violências psicológicas, essas aí são eternas”. (RUBI)

“A hora do exame eu participo da perícia, é um momento muito constrangedor, pois a criança vai se despir diante de pessoas que ela não conhece... vai bater vergonha, vai bater medo”. (SAFIRA)

“A gente sempre procura orientar com relação ao que realmente é para ser (...) dentro do biológico, dentro da saúde, o quê que a gente pode fazer”. (RUBI)

A ótica subjetiva – ou caráter subjetivo – emerge nas falas de preocupação, do simbolismo que a perícia representa às vítimas, considerada *uma segunda agressão*, visto toda a complexidade de detalhes na coleta, do conflito com relação à posição de coleta (referência à posição litotômica), da associação ao imaginário feminino, da dor causada e do resgate de memórias cruéis à criança e/ou adolescente.

A importância da participação do acompanhante junto às vítimas na hora da coleta de materiais, o cuidado ético envolvido para não gerar mais conflitos, o reforço do enfrentamento, afim de que ajudem as vítimas a denunciar seus agressores, no caso da utilização dos bonecos sexuados, pinturas, objetos lúdicos, etc. São detalhes profundos de significados, todos focando à assistência integral de seus usuários.

O caráter descritivo do trabalho realizados por estas enfermeiras tem fácil associação com o desenvolvimento da relação de ajuda-confiança descrito por Jean Watson (1985), pois é de fácil entendimento a participação da empatia, da congruência como fatores positivos na prática da perícia. Há a presença forte da comunicação para com os acompanhantes, tanto para os usuários atendidos no local, a qual é de forma clara e de fácil compreensão, além da percepção pelo profissional dos aspectos físicos, emocionais expressos pelas vítimas, o que vislumbra o atendimento das necessidades individuais compreendidas.

“(…) é muito importante em todo serviço que trata dessa temática [violência sexual] deve ter esse espaço para elas, se sentirem crianças, antes de tudo”. (ESMERALDA)

“A maioria dos funcionários que trabalham aqui são do sexo feminino [...] Os peritos são do sexo feminino, por conta que a maioria das vítimas são meninas [...]. A gente procura ter esse cuidado dentro do local de trabalho justamente para tirar aquele estigma de violência, amenizar os traumas da violência”. (RUBI)

“Porque a criança não consegue verbalizar algo que não fazia parte da vivência dela. [...] com o desenho, mas com o bonequinho ela consegue dizer o que aconteceu. [...] porque o agressor está aqui do lado.” (AMETISTA)

Sales, Paixão e Castro (2011) em seu trabalho sustentam que o ambiente influencia o processo de cuidar; se for agradável, pode oferecer à pessoa que é cuidada uma proteção física, psicossocial, psicofísica e interpessoal. A preocupação em amenizar traumas, compor uma equipe de funcionários que ofereçam

atendimento de qualidade e as tecnologias utilizadas no trabalho de coleta de dados, a exemplo dos desenhos, demonstram uma boa utilização de um ambiente de cuidado.

“(...) depois de um certo tempo, fazendo parte da perícia, fazendo parte das notificações e os casos de abuso começar a se repetir, a gente consegue driblar e fazer o enfrentamento todo que a gente vê no dia a dia (...), hoje em dia está até mais calmo esse enfrentamento”. (RUBI)

Um ponto curioso a ser debatido é o fator de mecanismo de defesa por parte das profissionais emitidos nas falas. O olhar do enfermeiro que lida com o atender, o prestar serviços e o cuidar em saúde na situação de violência extrema torna-se uma espécie de rotina de atendimentos com o passar do tempo, sendo estes carregados de significados. Chega-se, portanto, à uma constante, no sentido quantitativo de casos corriqueiros. O início impactante de trabalho na área não é o mesmo após o tórrido processo de adaptação.

É o que discorre o estudo de Panunto e Guirardello (2013) ao relatar que o desafio atual dos estabelecimentos de saúde se constitui em identificar e analisar os aspectos que envolvem o ambiente da prática do enfermeiro, com o intuito de propor melhores condições de trabalho e promover mudanças no cenário de cada instituição.

Quando passado o processo de adaptação ao trabalho, ou seja, após conviver com inúmeros casos, todos os dias, com o mesmo perfil de vítimas, com um perfil de agressores, com as mesmas características, a profissional não se vê mais surpreendido pelos horrores dos casos. Ela cria para si uma *carapaça*, como se fosse um escudo ou barreira, com objetivo de encarar em seu cotidiano profissional as consequências das agressões perpetradas que chegam com a finalidade de serem atendidas.

Nestas nuances pode-se vislumbrar como essas profissionais são psicologicamente fortes, amadureceram à próprio custo, com o passar do tempo se identificaram no serviço e participam efetivamente do enfrentamento.

Vasconcelos (2005) indaga que a razão muitas vezes é insuficiente para lidar com toda a complexidade da dor provocada pela violência. É preciso que os profissionais de saúde desenvolvam em si dimensões racional, sensitiva, afetiva e

intuitiva para cuidar inteiramente de um ser humano. Caso contrário, as experiências acometidas pelas vítimas tornam-se opressivas para quem cuida do lado externo, a ponto de criarem uma autoproteção, como um mecanismo de defesa.

A seguir, algumas expressões das profissionais enfermeiras sobre a satisfação de trabalhar em um serviço que tem como objetivo oferecer atendimentos de saúde às vítimas de violência sexual, a forma de trabalho é vista como uma valorização; e a escolha por continuar no serviço, como um dever cumprido:

“Apesar de que às vezes a gente fica impactado, sou grata sim de estar aqui. (...) a gente tenta dar o nosso melhor no atendimento. E a sensação que a gente tem, quando eles saem, eles dão tchau e voltam para abraçar a gente é que deu certo”. (AMETISTA)

“Sempre trabalhei dessa forma e acho que até agora deu certo desse jeito, tanto com adolescente como com criança”. (SAFIRA)

“Apesar de ter sido cinco, dez, quinze minutos, durante uma perícia tem que fazer profilaxia, tomar medicamento [...] eles voltam, abraçam, dão beijo. Apesar dos pesares, vale a pena”. (AMETISTA)

De posse de conhecimento propiciados pela convivência no cotidiano de trabalho, essa modalidade de atenção ou cuidado remete à visão do fator *envolvimento*. Filho e Vachod (2013) indagam que esta temática ainda se faz excluída de muitos debates, a começar pelas escolas de formação, e adentra os espaços de saúde, nos quais “a pessoa que se envolve não é vista como profissional”. Entretanto, o fator envolvimento pode ajudar, no sentido de promover um cuidado humanizado, conforme será discutido nas demais categorias, assim como pode ser um elemento de interferência pessoal.

5.1.3 DIFICULDADES E DEFICIÊNCIAS NA ESTRUTURA DO TRABALHO

A subcategoria a seguir dialoga com dificuldades e deficiências na estrutura de trabalho na assistência, levando em consideração as experiências relatadas. De modo geral, encontrar deficiências na estrutura de trabalho é uma questão atual e está intimamente associada às questões maiores, como gestão, ausência de comunicação em redes de atenção etc.

As dificuldades em oferecer um atendimento de qualidade nestas condições ficam explícitos em meio as falas, junto a participação efetiva e crescente da

enfermagem no quesito *criatividade*, a ponto de compartilhar informações num lugar, se valer muitas vezes dos recursos de improvisação para criar condições propícias a propagação do cuidado; por mais que esteja longe do ideal, é um exemplo observado:

“Não temos mais essa estrutura física para fazer a roda de conversa. [...] não dá para fazer duas coisas ao mesmo tempo. Então, no momento da perícia nós aproveitamos para conversar [...]. (AMETISTA)

“Eu sou a única enfermeira, e com toda essa demanda a agenda vai ficando cada vez mais distante (...)”. (AMETISTA)

Conforme sinaliza Madeiro (2013) as condições das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde e dos Hospitais brasileiros são lastimáveis, pois os mesmos se encontram sem manutenção preventiva e/ou corretiva, funcionando muitas vezes em prédios improvisados e inadequados, com instalações elétricas, sanitárias e hidráulicas precárias, pondo inclusive o risco de morte àqueles que frequentam tais lugares.

O depoimento expõe descontentamento diante da sobrecarga de trabalho, o aumento da demanda; o que impede, muitas vezes, de o enfermeiro fazer uma atividade de capacitação com a equipe de saúde ou mesmo elaborar ações de educação em saúde dentro de sua unidade de trabalho.

A insatisfação vai além, interferindo numa questão de grandeza maior: o trabalho em rede, a qual deveria ser realizada em parceria entre os setores primário, secundário, terciário e quaternário de saúde. As deficiências são visualizadas na ausência de integração com a atenção primária na atenção à violência sexual em crianças e adolescentes, o que pode gerar a superlotação de atendimentos nos únicos setores de referência de todo o estado. Certamente não é uma particularidade apenas do estado do Pará, no entanto, como se trata de um trabalho referencial, merece respectiva atenção.

Tal situação não fere somente a dignidade dos usuários que ali procuram atendimento, visto que a falha da comunicação em redes de atenção contempla toda a sociedade, mas também fere a dignidade dos profissionais de saúde que são obrigados a conviverem diariamente com descasos de gestão em saúde em diferentes níveis e intensificação da carga de trabalho.

Relatos dados dos entrevistados mostram o desafio de se trabalhar na área de violência, que é estigmatizada, cercada por preconceitos, longe de ter resolução.

A exemplo do Sistema Único de Saúde, onde a curto, médio e longo prazo tem diversos desafios, sobretudo por precisar de mais recursos e da otimização do uso do dinheiro público (Almeida, 2013); as sugestões que podem ser discutidas se concentram na estrutura de redes de atenção, o qual contemplem melhorias de gestão administrativa e de recursos humanos, cooperação e articulação com as unidades básicas municipais. Tais sugestões encontram-se alinhadas nos Planos de Enfrentamento Nacional e Estadual, porém não condiz com a realidade exposta.

“Fazer um curso nisso [violência sexual], não (...) têm algumas coisas sobre vigilância. Falam sobre a notificação (...) e comunicam outros estabelecimentos que vão atender a parte da profilaxia”. (AMETISTA)

“Isso foi um ajuste que fizemos [...] quando precisava coletar o sangue e urina, era encaminhado ao laboratório [...]. Só que aí acaba expondo as vítimas [...] Bom aí nós decidimos coletar, a perícia faz tudo e entregamos no laboratório (...)”. (AMETISTA)

Com relação aos ajustes na estrutura de trabalho, nota-se o empenho dos profissionais em oferecer boas condições às vítimas ao modificar a estrutura de recepção e coleta de materiais biológicos em local apropriado, evitando assim o contato com seus agressores e nova exposição. São adaptações feitas por pessoas que trabalham no cotidiano da violência e, portanto, não visualizadas a contento pelos responsáveis do planejamento e organização do lugar. Nota-se um exemplo de deficiência de acessibilidade sócio-organizacional nesse contexto.

5.1.4 A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO: O AGIR COMO BASE PRIMORDIAL PARA O CUIDADO

Os diálogos emergidos nesta subcategoria convida-vos a refletir uma delicada situação – de como é a humanização no cotidiano do atendimento do abuso sexual -, assim como expressa o lado mais rico do profissional de enfermagem diante de tantos conflitos, julgamento de valores, dores e medos.

O termo cuidado implica numa relação interpessoal (Filho, 2013). Ele exige estar próximo, atribuir para si a responsabilidade com outro ser. Não é, portanto, uma mera tarefa robótica a ser desempenhada, tampouco negligenciada.

O pensamento de Boff (2001) diz essencialmente que a essência do ser humano reside no cuidado, ou seja, tudo e todos precisam de cuidados para continuar a existir e viver.

Assim sendo, o cuidado, o zelo, a responsabilidade de quem cuida sobre o indivíduo que necessita de ajuda faz parte da Humanização do Atendimento – tema este que vem ganhando relevância na atualidade – em virtude das discussões acerca dos valores morais, resgatando a noção do respeito pelo ser humano, de compreender a situação de outrem, conforme desvelam os relatos a seguir:

“Encaminhar, fortalecer a orientação de quem tem que ir para o tratamento com a psicologia. A gente tenta, no momento da perícia, fortalecer esse vínculo”. (AMETISTA)

“[...] é nesses momentos que a gente se sensibiliza e tenta conversar com aquela criança”. (AMETISTA)

“A gente tem que respeitar aquele período de dor. Tem criança que chora, mãe chora, a vítima chora, desabafa. Às vezes lá na enfermagem que eles vão contar coisas que eles não contaram antes, na hora da investigação [...] tem coisas que só àquela hora eles contam”. (AMETISTA)

“Essa temática é uma temática que mexe inclusive conosco, então você já tem que saber, estar ciente disso e [...] você tem que aplicar essa humanização, receber. É uma criança! Se for um adolescente com dez ou dozes anos, é uma criança.” (ESMERALDA)

“(...) ela [vítima] chega já é em situação de fragilidade, então todos nós já aplicamos e fazemos esse trabalho de acolher, receber com um sorriso, com carinho”. (ESMERALDA)

As palavras-chave *humanização, percepção, orientação e respeito* vêm fortalecidos nas falas das Enfermeiras, as quais associam suas funções ao compromisso de oferecer apoio e conforto, pois são momentos difíceis para as vítimas, como seus familiares.

O cuidar também é considerado algo da vida. Com diferentes arranjos ao longo do tempo e segundo os diferentes modos de vida, cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é tema exclusivo

da saúde. É tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conformam a vida. (MOREIRA, 2014)

De certa forma, as falas conseguem expressar o quanto estes profissionais conseguem observar o indivíduo vítima, o núcleo família, a situação de *fragilidade*. A Teoria Transpessoal, neste sentido ganha força ao sinalizar a busca e até a simples observação dos traços de violência no indivíduo numa filosofia humanista, de forma que a pessoa seja vista em vários sentidos e de acordo com sua experiência de mundo.

O cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros, tem início quando há o reconhecimento dos sentimentos de si próprio e da aceitação, sejam positivas ou negativas. É saber lidar com suas dificuldades, a ponto de explorá-los, e a partir de aí sensibilizar-se para com os outros. Para a enfermagem, a prática da sensibilidade tem a ver com a capacidade de fazer com que o outro se sinta compreendido e aceito. Sem esse fator, o cuidado de Enfermagem seria ineficaz.

“No momento em que estamos lá tentamos fazer o menos traumático possível [...] somos profissionais e evidentemente temos esse papel ali, realmente de aplicar a humanização. Somos humanos.” (ESMERALDA)

“O papel da Enfermagem nesse contexto é estar orientando, e estar confortando esta família [...] pra não deixar nenhum minuto essa mãe, essa criança, essa adolescente desamparada [...] procurar estar orientando, da melhor forma possível.” (RUBI)

“Eu sempre trabalhei com pediatria [...] eu sempre procurei atender àquelas pessoas que me procuravam como eu gostaria de ser tratada em qualquer outro local. Eu sempre tive isso na minha cabeça”. (SAFIRA)

A humanização, dentro do contexto da enfermagem, tem livre associação ao respeito pela condição de dor do ser humano. Desde os primórdios Nightingaleanos consta a atenção integral pelo ser humano em desequilíbrio de suas funções vitais. Com o tempo essa atenção foi-se aprimorando, distinguindo as dores físicas das emocionais, por exemplo.

Sendo assim, nos dias atuais, a prestação de assistência vai além dos cuidados biológicos, o que torna possível a visualização do quão estes profissionais, apesar de todos as deficiências do cotidiano, inserem e mantêm a atenção primaz da enfermagem para com a complexidade que envolve a vítima de abuso sexual, e tentam cotidianamente prestar suas assistências de melhor qualidade.

Numa perspectiva educacional em saúde, a humanização começa no momento em que estamos inseridos na realidade; e, conforme vamos nos conscientizando dos perigos, medos e rastros da violência incutidos no cotidiano das pessoas, percebemos que temos a consciência de transformar uma realidade. Paulo Freire (2016) consegue inserir a humanização neste contexto, de forma que os seres humanos são chamados a intervir numa realidade, levando em conta a trajetória de vida do ser envolvido.

Pode-se situar, neste sentido, a humanização enquanto denúncia e anúncio de uma dada realidade. Há aqui, o reconhecimento de estruturas desumanizantes – a começar pelos expressivos erros cometidos no acolhimento dessa vítima, seja criança ou adolescente, de abuso sexual na sociedade, nas subnotificações, no descaso e demora da averiguação de denúncias – são realidade que precisam de mudanças, a começar pela educação pela saúde.

A humanização tem a ver com um projeto de transformação histórico-social, esta que caminha para uma libertação, para o *ser mais*. É o que reflete Freire sob o ponto de vista da educação, sob o qual, por meio desta, o homem pode conseguir a consciência crítica e conseqüentemente sua libertação.

Mendonça (2008), segundo os pressupostos de Paulo Freire, considera que a humanização está na superação da percepção da realidade, transformando-a. Neste sentido, o profissional Enfermeiro pode e deve ser uma peça chave na atenção às vítimas de abuso, ajudando-as em seu empoderamento. Mas para isso, o enfermeiro precisa ser convidado à reflexão, estar inserido no contexto da violência, para poder assimilar e assim ser uma fonte de ajuda.

Conforme o desvelar da humanização no cotidiano do processo das enfermeiras às vítimas de abuso sexual, é compreensível remeter-nos a Política Nacional de Humanização – PNH –, a qual foi implantada no Sistema de Saúde brasileiro com a finalidade de promover articulação entre gestores, profissionais e usuários de saúde, conforme as novas formas de cuidar.

A PNH dialoga com os princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, tem como diretrizes o acolhimento, a gestão participativa,

ambiência, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, o *acolhimento* oferecido pelas profissionais de enfermagem é legítimo, vai de encontro com a ética profissional e estabelece uma cooperação entre os demais profissionais de atenção, proporcionando relação de confiança para com o público atendido.

Porém, sob outra perspectiva, a *valorização ao trabalhador*, esta que “prevê a visibilidade a experiência dos trabalhadores, apostando na capacidade de analisar, definir e qualificar no processo de trabalho” (BRASIL, 2013 p. 11) e perpassa pela capacitação e aprimoramento profissional, que torna possível o diálogo do trabalhador em saúde visto os problemas do cotidiano de trabalho é desvelado com ausência, conforme será dialogado na segunda categoria.

5.1.5 A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO: A SENSIBILIDADE NO PENSAR HUMANIZADO

“Às vezes eles [vítima com o acompanhante] só fazem a perícia e vão embora, e não voltam mais. E a criança? E a dor dela? E o sofrimento dela? Por mais que não voltem comigo, mas que ela [a vítima] tenha o acompanhamento com a psicologia”. (AMETISTA)

“A humanização envolve isso também: a gente se põe no lugar, se coloca a todo momento, sendo uma criança você se sensibiliza [...] porque é algo que acontece em todas as classes sociais [...] é algo que está mais próximo da gente do que a gente imagina. A gente fica preocupado[...] são muitos casos diariamente, vários casos, e nos colocamos no lugar sim. [...] tentamos atender da melhor forma possível, tentamos ser mais humanos possível”. (ESMERALDA)

“Quando a criança ou o adolescente, no caso, tem uma especialidade muito grande, eu procuro atender essa criança como se fosse meu filho, como eu gostaria que minhas filhas fossem tratadas, sempre”. (SAFIRA)

“[...] a família inteira que precisa estar inserida nesse acompanhamento [...] não é só a criança que foi machucada, tem todo um contexto, toda uma vida [...]”. (RUBI)

A subcategoria emergida nos convida a refletir sobre o sentido de humanização para essas enfermeiras, cuja recepção e assistência às vítimas de abuso são seu foco de trabalho. Muito além de ser a prática cotidiana, é importante

que haja a reflexão do que é, no que pode ser e como pode ser pensada, dialogada e propagada a humanização no cuidar.

Suas reflexões auxiliam na construção de valores humanísticos altruístas, o que vai de encontro com as aspirações da Teoria Transpessoal; além disso, suas proposições vão de encontro à perspectiva Freireana do educar e ser educando, sob a ótica da educação para a saúde.

Segundo Jean Watson (1985), a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal, muito utilizada em situações limites e estressantes para o paciente, visa uma sistematização acerca do ensino de saúde à pessoa, pois por meio da forma como a informação é transmitida as situações de medo, repulsa, ansiedade, incerteza podem ser minimizados.

A preocupação, expressa nas falas, de compreender a situação estressante da vítima, de forma a oferecer melhores condições de atendimento numa tentativa de apaziguar traumas físicos e principalmente emocionais criam expectativas às enfermeiras.

A sensibilidade no pensar humanístico destas profissionais confirmam que o cuidado pode ir além da simples assistência. É necessário que o enfermeiro esteja preparado para situações limites, identificar e respeitar a dor do outro, agir nos momentos oportunos. Saviato e Leão (2016) salientam que a empatia – característica desvelada nas profissionais – quando empregada de acordo com os pressupostos da Teoria Transpessoal, contribui para a autonomia tanto do profissional, quanto para quem recebe os cuidados.

Outra consideração importante está no fato das profissionais contemplarem as ações e pensamentos humanizados para além das vítimas: a família. Vai de encontro aos trabalhos sugestões de Silva (2009) ao se referir à necessidade de aproximação entre os profissionais de saúde e os familiares das vítimas, considerando todo o contexto do sofrimento causado pela violência.

Hoje, a família é vista como um elemento chave no cuidado e respectivo enfrentamento do abuso sexual. Estudos como o de Pierantoni e Cabral (2009, p.706) reforçam “quando a família é devidamente assistida, esta continua sendo a melhor referência para a criança”. A dinâmica para com a família, neste caso, é

essencial como uma possível intervenção no processo de violência e avanço no quesito cuidar.

5.2 DIFICULDADES NO PROCESSO DE FORMAÇÃO

A segunda categoria é composta por três subcategorias: deficiência no processo de formação acadêmica, dificuldades de capacitação profissional e importância do trabalho multidisciplinar.

5.2.1 DEFICIÊNCIA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA

“Na faculdade, eu não lembro e não sei como está o quadro nas faculdades das grades curriculares. No meu tempo que eu fiz não tinha. [...] quando a gente sai da faculdade não estamos preparados para tudo, mas não lembro de ter visto coisas sobre agressões, abusos, essas coisas [...]”. (AMETISTA)

“Nós não temos cursos de especialização na área. Na própria Universidade não temos uma disciplina específica voltada para área da Enfermagem; (...) encontramos pouca coisa em livros, até na própria internet. É preciso essa mobilização da parte acadêmica, dos pesquisadores, procurar divulgar mais”. (ESMERALDA)

“[...] falta a parte acadêmica, da faculdade, e com os profissionais, da gente atuar também [...] acho que a equipe precisa ir lá nas escolas também, alertar, conversar com esses meninos [...]”. (AMETISTA)

“[...] Eu estou com uma turma de residentes comigo, que nunca ouviu falar do serviço, que tão indo para o interior, que está acontecendo casos de abuso lá na sua unidade de saúde e não sabem o que fazer nem para onde encaminhar. Isso é preocupante. [...] vou percebendo que não conhecem o serviço, não sabem do fluxo”. (RUBI)

Percebe-se no discurso dos entrevistados a deficiência de se questionar, estudar e falar do abuso sexual na formação acadêmica em Enfermagem. Demonstra a temática vista como tabu, permanecendo na periferia do conhecimento.

Watson (1985) ressalta que para a promoção de cuidado é imprescindível que a enfermagem se utilize do cuidado científico e valores humanos; O uso do método científico ajuda a enfermeira na tomada de decisão em todas as situações de enfermagem. (Sales, Paixão e Castro, 2010, p. 232). Desta forma, a lacuna entre o

conhecimento acerca do abuso descaracteriza o ideal de cuidado sugerido pela Teoria Transpessoal, que pode ser ofertado pela Enfermagem enquanto ciência.

Ferrari (2008) relata que no Brasil, os números oficiais acerca do abuso sexual contra crianças e adolescentes não são mais confiáveis que o de outros países, já que até então o abuso sexual não era percebido como problema de saúde pública. A discussão ganha notoriedade quando o estigma sobre tal temática é feito, com raras exceções, nos ambientes acadêmicos, havendo insuficientes incentivos a pesquisas qualitativas e estudos qualitativos neste campo.

A inquietação emergida nesta subcategoria/ reside na ausência de aprofundamento de trabalho científico-acadêmico para com a temática violência em saúde pelas matrizes curriculares de graduação e pós-graduação em Enfermagem.

Segundo Moreira (2013) esse distanciamento se justifica pelo fato de a violência não ser um problema de saúde típico, extrapolando o modelo biomédico e, por isso, com carência de atenção por parte da formação brasileira.

A universidade constitui o pilar fundamental e primordial na formação de profissionais envolvidos no fenômeno contra a violência sexual (Ferreira, 2013, p. 18), uma vez que esse tipo de violência requer educação continuada, deverá as instituições superiores de ensino incluir em suas grades de ensino como demanda acadêmica.

O caráter de formação de profissionais, os quais vejam e dialoguem diante da problemática da violência, objetivando seu enfrentamento é uma demanda reconhecida pelas políticas públicas de enfrentamento do fenômeno no Brasil, inclusive está entre as metas do Plano Nacional de Enfrentamento; entretanto, está aquém da realidade vivida pelos Enfermeiros atualmente.

O processo de educação continuada, neste caso, é uma sugestão a ser contemplada, pois de forma dinâmica poder-se-á trabalhar o assunto violência envolvendo todas as suas dimensões, propiciando o desenvolvimento de profissionais com habilidades e competências, desde a graduação, para atuar nessa realidade tão comum nas comunidades.

5.2.2 DIFICULDADES DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

“Coisa específica mesmo, não. Os melhores cursos a gente não têm. Não sou capacitada para violência”. (AMETISTA)

“[...] eu sinto, porque na minha área quando a gente fazia a roda de conversa eu ia aprendendo um pouco mais com os próprios colegas, tinha acesso ao material [...] Mas uma coisa oficial mesmo eu não tenho”. (AMETISTA)

“A Enfermagem Forense precisa crescer e divulgar essa área de trabalho que poucos enfermeiros conhecem (...) essa área, precisa ser mais desenvolvida e mais falada, já que têm poucos profissionais atuando”. (ESMERALDA)

“Eu acho que falta mais capacitação para gente [enfermeiros] (...) Como a gente vai continuar a fazer nossas rodas de conversa? Cadê as salas? (AMETISTA)

“A capacitação, ela tem que ser constante. Eu sempre digo que cada situação é uma situação e sempre nós temos uma situação nova para ser discutida e ser conversada”. (RUBI)

“Essa situação no serviço, voltado para saúde, para enfermagem... houve bem poucas. Já teve uma palestra sobre cultura de paz, mas é algo assim: muito abrangente”. (ESMERALDA)

“[...] para o Enfermeiro, pra dizer qual o papel do enfermeiro, o que ele faz diante uma criança e de uma violência física nós ainda temos muita dificuldade, temos pouca coisa, poucos cursos [...]”. (ESMERALDA)

A segunda subcategoria emergiu um problema na capacitação profissional, onde a ausência de oficinas e cursos voltados para aprimoramento profissional são enfatizados, o que desvela a insatisfação dos enfermeiros a ponto de não se sentirem devidamente preparados para atuar no enfrentamento aos casos de abuso sexual em crianças e adolescentes.

É uma realidade constatada por Moreira (2014) considerando as fragilidades e o limitado preparo dos profissionais para lidar com situações de violência, o que inclui a própria concepção dos profissionais sobre a violência, as ações desenvolvidas (ou não) e a relação que se estabelece com a família e demais atores da rede intersetorial.

Corroborando com este pensamento, o decreto 7.958/2013 prevê no uso de suas atribuições, Art. 4 se dirige à criação de programas de formação continuada e complementar dos profissionais direcionados ao atendimento integral à saúde, física e mental, de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, trabalhando o conhecimento técnico científico aliado à sensibilidade e ao enfrentamento – estes que são itens importantes na atenção às vítimas de violência – além do apoio a

estruturação e as ações para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual no âmbito da rede SUS.

Entretanto, o fato de ter programas de assistência nem sempre implica na promoção de atualização de seus profissionais. Infelizmente, é factual esta fragilidade entre os profissionais de saúde na temática violência contra crianças e adolescentes.

A formação de profissionais que compreendam que a violência é um problema de saúde e requer atitudes comprometidas para seu enfrentamento é uma demanda amplamente reconhecida pelas políticas públicas de enfrentamento do fenômeno violência no Brasil, no entanto, ainda se constitui numa prática distante da realidade, visto a ausência de capacitação profissional.

A indagação de que o campo da Enfermagem é carente de conhecimentos acerca da violência sexual convida-nos a pensar em estratégias que podem ser inseridas na construção de saberes em graduação, nos programas de pós-graduação, assim como programas afins.

A Enfermagem, enquanto área primaz de assistência ao ser humano de forma integral, tem como dever uma atualização profissional constante; A Teoria Transpessoal aborda este tema quando fala no uso do método científico de forma sistematizada pelo enfermeiro, pois a atualização na área que se propõe a oferecer cuidados oferece ao profissional subsídio e autonomia para tomar decisões em momentos cruciais.

“Precisamos ter mais cursos na área chamando para assistir sobre o Enfrentamento, sobre a violência, sobre o Enfermeiro Forense diante de crianças, ou jovem vítima de violências em geral (...) infelizmente ainda temos poucas coisas sobre o assunto, como nos congressos de pediatria pouco se ouve falar das violências sexuais”. (ESMERALDA)

“Você quer estudar aquele assunto que você não entendeu, aquele atendimento, aquele caso. Você quer se aprofundar [...] estamos muito carentes sim, tanto em relação a cursos quanto a relação das especializações, palestras e em congressos que tratem do abuso sexual na infância [...]. É preciso ser mais discutido sim”. (ESMERALDA)

“Há sim necessidade, se bem que ultimamente a gente não tem participado muito [...] aqueles cursos que eu cheguei a fazer [...] esses aí não, nós nunca mais tivemos, da enfermagem participar, não”. (SAFIRA)

A ciência é fundamental para que enfermeira – que conheça a práxis da assistência às vítimas de violência - elabore planos de assistência, colabore com os programas, aprimore procedimentos de avaliação e decisão sobre o cuidar nas unidades de atenção à saúde. Nada mais apropriado a existência e estímulos de participação destas profissionais nos programas de aprimoramento, sejam eles realizados nas instituições provenientes do Ministério da Saúde, em congressos, ou em parcerias com outras áreas afins.

A utilização do estudo científico ajuda na tomada de decisões, assim como preparar o profissional para uma possível educação libertadora às pessoas que precisarem de empoderamento frente à violência, sejam elas vítimas, familiares ou comunidade em geral.

Segundo Freire (2016) o homem não capta o dado da realidade, o fenômeno, a situação problemática pura. Entretanto, quando trabalhada em grupo, a captação juntamente com o problema ganha forma e nexos casuais. A compreensão, portanto, torna-se objeto crítico, “e será tão mágica à medida que se faça com um mínimo de apreensão dessa causalidade”.

A compreensão leva ao desafio, o que gera ação. “Captado um desafio, compreendido, admitidas as hipóteses de resposta, o homem age” (Freire, 2016, p. 139). Estes profissionais compreendem a necessidade de aprimoramento com métodos ativos, a ponto de se colocarem frente à problemática da violência, pensar em estratégias pró-enfrentamento no seu setor, porém, se não tem espaço de autoconhecimento, não há mudanças.

As dificuldades em capacitação ao profissional de saúde ganham raízes desde a inserção do profissional na área, o que retoma a dificuldade de inserção na área debatido na primeira categoria desta análise. Cocco, Silva e Jahn (2010) confirmam essa tendência em seu trabalho, cuja observação realizada em situações de atendimento a crianças vítimas de violência, os sentimentos mais apontados pelos profissionais foram de revolta, indignação, impotência, entre outros – o que pode sugerir um despreparo dos profissionais em lidar com seus próprios sentimentos –, pois o atendimento perpassa pelos aspectos emocionais do indivíduo e podem estar atrelados a tabus, preconceitos e até mesmo a atitudes de fuga diante de situações estressantes.

5.3 ENVOLVIMENTO PESSOAL E ESPIRITUALIDADE

A terceira categoria é composta por duas subcategorias: Interferência da vivência de trabalho na vida pessoal e Importância da espiritualidade no cuidado.

5.3.1 INTERFERÊNCIA DA VIVÊNCIA DO TRABALHO NA VIDA PESSOAL

A análise da categoria a seguir convida-nos a observar as difíceis nuances no processo de ser/estar enfermeira, levando em consideração o impacto do ciclo de violência e as suas consequências. Antes de ser profissional de saúde, essas profissionais são mulheres, têm todo um histórico de vida, são mães e possuem sensibilidade ao trabalhar nesta área. Torna-se evidente a indissociabilidade do lado emocional diante de um cotidiano de fatos doloridos, sofridos, com traços; os elos são marcantes e existente.

“A gente acaba levando para casa, as orientações dos sobrinhos, dos amigos. Aí pensa duas vezes se vai ter filho (...) porque tem horas que a gente não acredita no que a gente vê. É duro ver lesão numa criança de abuso”. (AMETISTA)

“Eu ficava muito chocada, eu sofria, tenho filho, sou mãe e a gente se põe no lugar: e se fosse meu filho? É algo que, como ser humano, antes de ser profissional a gente realmente se envolve e não tem como fugir disso. Em vários momentos da perícia eu chorei, não foi fácil (...) e sempre causa uma estranheza, um medo, até porque é uma situação que não é algo normal”. (ESMERALDA)

“Eu, como mãe eu me envolvo muito com os meninos. Não sei se é porque eu tenho dois filhos homens, mas tem casos assim que as meninas não me tocam tanto quanto os meninos. Não sei se é a relação materna, mas que realmente eu tenho esse problema com meninos”. (RUBI)

É o que confirma Cocco et al. (2010) nos estudos de assistência hospitalar às crianças e adolescentes vítimas de violência. Foi observado nos profissionais de saúde diversos sentimentos mostrando, acima de tudo, que eles são seres humanos antes de ser profissionais. Há, desta forma, uma necessidade de autocontrole sobre as emoções diante de situações como a violência.

Alguns estudos argumentam que é um ponto de vista difícil de entendimento por parte dos enfermeiros, ao perceber como o núcleo familiar – genitores que deveriam acolher, amar, cuidar dessa criança ou adolescente – se calam diante de agressões sexuais para com as vítimas de abuso. (Woiski, 2010)

Constata-se uma fragilidade na maneira que trazem à tona questionamentos pessoais diante dos fatores ligados à violência presenciados no ambiente de trabalho. Mais uma vez é possível vislumbrar que desde o contato inicial na área de violência não houve um preparo psicológico e emocional para essas profissionais:

“(...) no começo, foi um pouco difícil porque enfim, o fato de ter filho e fato de já trabalhar na pediatria foi um pouco complicado, pela parte pessoal”. (RUBI)

“As histórias no início, elas me impressionavam bastante, eu lembro que eu chegava a voltar para casa triste, para baixo, desanimada com o trabalho [...] imagina você se deparar com crianças de três, quatro anos sendo abusada, com sinais físicos de penetração; é algo que realmente choca”. (ESMERALDA)

Woiski e Rocha (2010) complementam o raciocínio quando, em seus estudos, relatam que diante de um momento tão peculiar que é o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso, os profissionais devem estar preparados psicológico e emocionalmente. Aos profissionais que atuam em unidade de emergência devem receber, além de treinamento específico, o técnico quanto científico, além de uma educação continuada voltada para o autoconhecimento.

“Você vendo crianças sendo abusadas pelo próprio genitor, por um tio, alguém muito próximo; então isso mexe mesmo muito com a gente. Mas com o tempo a gente vai criando essa carapaça, uma autoproteção para aprender a lidar [com o abuso] (...). Alguém tem que fazer esse papel e fazer esse trabalho e já que nós fomos escolhidos e colocados nessa missão, nós tivemos que dar essa continuidade”. (ESMERALDA)

“Eu faço parte da perícia, faço parte das notificações, da profilaxia em caso de flagrante, e hoje já faz parte de uma rotina na minha vida, mas que não deixa de ser a cada dia uma história nova, é um pai que chora, uma mãe que chora, uma criança que é abusada de forma extrema e isso comove demais, machuca muito [...]”. (RUBI)

“Não vou dizer que todos os casos marcam, mas tem um caso ou outro que fica (...) É uma coisa fora do que a gente vê, e a gente acaba criando vínculo, tanto com a criança, como com a família, e até certo ponto não sei se é muito bom para gente (...) E eu tento me desvencilhar para ver se eu não sofro tanto. Porque histórias dessas, de segunda a sexta não é muito bom para sua cabeça”. (SAFIRA)

O impacto causado pelos casos de abuso faz com que essas profissionais criem um ciclo de insights canalizados para a vida pessoal. Os valores negativos despertados e a livre associação aos perigos de ter um caso de abuso sexual em

seu meio familiar surgem nos imaginários, culminando em angústia e vulnerabilidade ao próprio profissional.

A percepção da enfermeira de que ela está ali para ajudar, acima de tudo como missão, fica expresso no relato *“Alguém tem que fazer esse papel e fazer esse trabalho e já que nós fomos escolhidos e colocados nessa missão”*. É uma demonstração de responsabilidade do enfermeiro, o qual deve ter uma ação decisiva diante do acolhimento, atenção e prestação de cuidados. Apesar de todos os infortúnios que o tema pode provocar, estas profissionais estão ali procurando o bem-estar de seus usuários, sendo atores ativos no combate à violência.

Num estudo realizado por Woiski e Rocha (2010) sobre o cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar, observou-se que os sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem são de pena, dor e sofrimento, como expressos a seguir:

“A gente atende muitos casos, piores casos”. (AMETISTA)

“Você vai ver todos os dias, você vai acompanhar o caso clínico dessa criança [...] sempre tem um caso ou outro que tem um envolvimento do funcionário, não tem jeito”. (RUBI)

“Eu acho assim, passa mil e uma coisas na cabeça dessa mãe. Eu tenho até medo porque eu não sei como iria reagir numa situação dessa. Mas eu não sei, é complicado na minha cabeça ainda tudo isso (...) o conflito é muito grande ainda. O conflito existe”. (SAFIRA)

O conflito diante do que fazer, como fazer, saber se está no caminho correto, além do julgamento de valores colocam um fardo pesado no inconsciente de quem tem o dever de prestar saúde.

Filho e Vachod (2013) em seu trabalho acerca do trabalho em saúde com a morte e o processo de morrer indaga que trabalhadores da saúde têm, diante da tragédia da morte ou de sofrimento, a capacidade de reinventarem caminhos, respeitando sempre a autonomia do usuário doente. No caso do abuso sexual a capacidade dessas profissionais em driblar o temor, a angústia e o impacto produzidos pelos casos, prestando o serviço da melhor maneira possível, mostra uma verossimilhança.

Nota-se, portanto, a necessidade de se receber treinamento específico e até mesmo acompanhamento psicossocial, visto o acúmulo de sensações e consecutivo desgaste, o que culmina numa espécie de rotinização laboral.

“Sobre a Enfermagem: As minhas colegas do meu tempo têm muito medo. [...] têm colegas que tem muito medo, até por conta do envolvimento, acham que já vai servir de testemunha, já vai ter que falar de alguma coisa. [...] Atendo vários casos, trabalho com isso há vários anos e nunca fui prestar depoimento”. (SAFIRA)

“(...) a nossa classe tem medo, tem. É pânico, não é medo. (...) nem olham, porque realmente pode ter sido uma queda, pode estar ferido, mas elas não olham”. (SAFIRA)

O medo é relatado entre os profissionais, desvelando a cronicidade do descaso para com os casos de abuso sexual, a inserção da omissão nos atendimentos em hospitais e unidades de saúde e como a questão do abuso sexual é ainda tratado como tabu na área da saúde.

O temor está fortemente associado ao desconhecimento de como agir diante dos casos, além do envolvimento com a área jurídica, implicando muitas vezes na abstenção do atendimento em saúde. Relatos desta subcategoria desvelam o quanto a rede de atenção às vítimas de violência sexual permanece precárias, visto a situação de não compromisso de atuação de alguns setores da saúde, a idiossincrasia dos próprios profissionais e a saturação de casos na unidade de referência.

Lustosa (2016) sinaliza preocupação diante do medo emanado pelos profissionais de enfermagem; muitos deles criam este obstáculo na prática de atendimento em virtude do desconhecimento em como proceder diante de um caso de abuso, ou por opção própria em não se envolver no caso.

5.3.2 IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO

A Teoria Transpessoal encontra seu clímax nesta subcategoria. A inserção da fé e esperança, de forma autêntica, no processo de cuidado contempla os aspectos centrais abordados por Jean Watson:

“Eu sempre pedia pra Deus forças pra fazer e continuar trabalhando, e tentar ajudar da minha forma como enfermeira, tentar dar uma palavra de apoio àquela mãe, àquele adolescente vítima de violência”. (ESMERALDA)

“a questão espiritual nos ajuda como profissionais a entender algo que é difícil de entender, com a fé, com a oração a gente pede a Deus forças pra conseguir receber aquelas vítimas (...)”. (ESMERALDA)

“E a gente pede sempre que ele [Deus] nos guie, que ele me dê a melhor forma de como atender aqui, a gente pede muita paciência (...)”. (SAFIRA)

“(...) a gente sempre procura orientar da melhor forma possível, porque as vezes não está escrito na cara o que ela é, se ela é católica, se ela é espírita(...)” (RUBI)

As falas reforçam a inserção da espiritualidade como forma de zelo, cuidado, atenção. A espiritualidade foi, por muito tempo, um tema com notoriedade periférica na área da saúde, porém os estudos neste tema ganham forças na área da enfermagem. Antes, essa temática subjetiva permanecia na informalidade das experiências comentadas pelos profissionais, não obtendo significativa notoriedade nas discussões acadêmicas ou científicas.

Watson (1985) com a Teoria do Cuidado Transpessoal, contempla meticulosamente esse aspecto espiritual. No processo caritas de cuidado há o existencialismo aberto ao desconhecido, ao espiritual: permitir acreditar no mistério e no milagre. Tais depoimentos reforçam a ligação das profissionais à força interior, ao transcender, permitindo assim o cuidado de si e do próximo.

Como competência ontológica, ela se faz presente no quesito cuidados em enfermagem; ela ajuda, portanto, ao profissional a entender de modo psicológico toda a complexidade dos fatos que geram as consequências do abuso sexual – quando descoberto e denunciado – além da melhor forma de atender essa vítima e família. Essa compreensão se faz nítida quando a fala “*a questão espiritual nos ajuda como profissionais a entender algo que é difícil de entender*” diz sobre a importância da espiritualidade no processo.

Ainda levando em consideração Woiski (2010, p. 149):

“A fé foi relatada como fonte de força, refúgio e alento, pois a equipe de enfermagem acredita que Deus, um ser superior, pode mudar esta situação, trazer justiça, dar forças para a criança e para a equipe que cuida e até trazer arrependimento ao malfeitor”.

Considerando a experiência das profissionais de saúde, é possível afirmar a boa utilização da espiritualidade como fonte de força para quem presta o atendimento, assim como é um suporte psicobiológico a quem está na situação de vulnerabilidade.

Para muitas pessoas a fé desempenha papel importante no bem-estar, a ponto de haver empenho na mudança de atitudes e comportamento em busca da saúde, no caso da pessoa enferma. Fé e esperança, para Jean Watson (1985), pertencem a um sistema de valores humanísticos-altruístas que ajudam a promover o cuidado profissional holístico, além disso, ter um empenho na mudança de atitudes.

Para Sales, Paixão e Castro (2011) a enfermeira deve ser um profissional capaz de valorizar o papel da espiritualidade no processo cuidativo, procurando respeitar a crença dos sujeitos. No trecho *“a gente sempre procura orientar da melhor forma possível, porque as vezes não está escrito na cara o que ela é, se ela é católica, se ela é espírita(...)”* é possível ver o quanto a profissional transcende as restrições científicas e vai além, respeitando e até mesmo valorizando o conhecimento subjetivo das pessoas que ali são atendidas.

“(...) Deus é uma coisa muito boa, Ele só quer o bem da gente. A gente tá aqui nesse mundo, às vezes a gente sofre, acontece. (AMETISTA)

“Eu tento trazer a religião dentro de mim, e a crença...crença de que tudo tem uma forma. Eu digo sempre Deus não quer o mal de ninguém (...) Ele vai te dar coragem para que você consiga superar aquilo ali”. (SAFIRA)

“Tanto na pediatria quanto aqui a gente procura sempre orar pra poder não ver tanta violência”. (RUBI)

Dezorzi e Crossetti (2008) discorrem que a história da enfermagem converge essencialmente sua existência para o cuidado do outro, de tal forma que a abdicar ou renunciar ao cuidado de si, o que gera uma justificativa plausível. No entanto, atualmente o conceito de cuidado remonta a discussão de que para cuidar do outro,

é preciso ter consciência de que é primordial cuidar de si. É quando a fala *“Eu tento trazer a religião dentro de mim, e a crença... crença de que tudo tem uma forma”* confirma esta nova realidade, da qual o profissional já desperta para si o compromisso de sintonia para cuidar do outro.

“(...) eu converso muito com a médica, a gente discute muito isso. Ela sempre diz “Deus dá a força, isso eu te digo” aí a gente se coloca sempre no lugar da vítima e mais ainda no lugar daquela mãe (...)”. (SAFIRA)

É importante salientar que na enfermagem o fato de respeitar o ponto de vista, crenças e culturas provém de uma reflexão de conhecimentos intrínsecos às práticas profissionais do dia-a-dia, além disso, está o modo de ser e estar do Enfermeiro, associado a um pensamento ético de solicitude para com o outro.

Bertachini e Pessini (2011) concluem que o sentido de espiritualidade tem a ver com a busca transcendente de um sentido maior no aparente absurdo de passarmos por experiências de dor, sofrimento, perda, angústia.

De fato, os seres humanos não estão preparados para o sofrimento, mas ao passar pela experiência ou vivenciar o seu processo, há a habilidade de retirar do sofrimento a força de amadurecimento, para assim apoiar, (re) educar, enfrentar.

Estudos de Caldeira (2011 p. 150) propõe que a espiritualidade é uma dimensão do cuidar e o enfermeiro deve reconhecer que os doentes expressam as necessidades espirituais de forma sutil e, por vezes, a doença afigura-se num contexto vivencial desencadeador de sofrimento. Neste sentido, o sofrimento deve ser um foco de atenção da intervenção do enfermeiro.

Aqui reforça-se o preparo para a atuação do profissional frente às condições de violência sexual em crianças e adolescentes, pois conforme afirmam Bertachini e Pessini (2011) O sofrimento é um conceito mais abrangente e complexo, atinge o todo do ser humano. Casos de violência são estritamente delicadas e precisam ter equipes com habilidades suficientes de controle e acolhimento.

5.4 AVANÇOS E DESAFIOS NO COMBATE AO ABUSO SEXUAL

As subcategorias a seguir surgem diante da análise, onde tais informações encontraram-se periféricas frente às outras categorias, ou seja, ficaram distantes do objetivo principal; porém são dignas de atenção, visto que são pontos críticos e reflexivos pertinentes ao tema violência, além de ser uma constante nos depoimentos das profissionais.

5.4.1 AVANÇOS NO COMBATE AO ABUSO SEXUAL

A subcategoria a seguir expõe alguns pontos positivos diante do combate ao abuso sexual, seus avanços nas denúncias dos usuários que presenciam ou desconfiam de abusos; além da percepção de avanços que podem auxiliar os atendimentos, provindos de outros usuários:

“Então essa parte da mídia já vem melhorando, já estão falando sobre a denúncia anônima, e têm muitos casos de denúncias anônimas que são confirmadas”.
(AMETISTA)

“Tem algumas coisas que as pessoas acham que não é violência contra a criança, e é. Eles só tomam conhecimento quando veem que estão falando o que é violência [...]. Isso é uma coisa que melhorou. Os vizinhos olham e já denunciam”.
(AMETISTA)

A exemplo do depoimento de Ametista, é perceptível a inserção da denúncia como um fator de crescimento no combate ao abuso sexual em crianças e adolescentes. Nota-se que para denunciar, é imprescindível que o usuário conheça o que é o abuso, suas características; a educação e comunicação, neste sentido, são importantes mecanismos de ligação entre profissionais e sociedade, e esta quando orientada e estimulada podem evitar a propagação do ciclo de violência.

É o que confirma Saraiva (2012, p. 24) quando se refere ao enfermeiro como o profissional mais indicado para atuar como educador, proporcionando suporte emocional a vítima e a família. Além disso, este profissional como educador pode estar nos estabelecimentos de ensino oferecendo a educação em saúde.

O importante é que se faça a propagação do conhecimento sobre o que é a violência, como identificar casos de agressão e prevenção. Tendo essa conscientização e um alerta sobre possíveis agressões as pessoas poderão agir, provocando mudança em suas realidades; fato este já abordado por Freire (1985) na educação como prática de liberdade.

“(...) temos algumas agendas programadas para o enfrentamento: o carnaval, temos a campanha de panfletagem (...) palestras tanto na comunidade e nas escolas”. (RUBI)

A inserção da escola como ambiente de inserção dos profissionais de saúde é uma realidade já trabalhada pelos enfermeiros, mostrando como um profissional de outro setor pode e deve olhar e acompanhar os casos de violência, pois é uma questão de saúde pública que reque cuidados.

Brasil (2009, p. 240) reforça a ideia de que a escola ainda é o local primaz na missão de proteção; para isso, é necessária a articulação entre vários usuários, profissionais e instituições para promover o “acompanhamento direto dos casos de violência, promoção de qualidade de vida e a prevenção da violação dos direitos humanos”.

5.4.2 DESAFIOS NO COMBATE AO ABUSO SEXUAL

“isso [os casos de abuso] vem aumentando a cada dia. Todo dia tem assédio, três, quatro, cinco casos somados turnos manhã e tarde”. (SAFIRA)

“É um ninho; quanto mais você mexe mais vai aparecendo casos. Claro, tem casos que a gente gostaria que houvesse punição. A gente vê casos que o abuso está comprovado, mas a pessoa [agressor] não sofre nada”. (SAFIRA)

“A violência não tem hora nem lugar; (...) deveria ter uma campanha mais intensa nesses meses onde a estatística mostra mais incidência”. (RUBI)

“Nesses períodos deveriam ter mais multiplicadores de informação”. (RUBI)

Por fim, os depoimentos convidam à reflexão de que a violência sexual perpetrada contra crianças e adolescentes é uma realidade cruel, e pode estar em qualquer ambiente, independente da classe social, situação econômica ou faixa etária. As enfermeiras alertam que todos nós temos o compromisso de dialogar sobre a violência em nossos lares, nas famílias, entre os amigos, nas escolas, afim de promover a conscientização.

“A gente vai atrás, tem casos que a criança está legal, recebeu alta, está bem. Mas tem o outro lado: os pais não se interessam. Veem na criança a culpa [...] ela vem cheia de culpa”. (AMETISTA)

“Ela [vítima] acha que o fato dele [agressor] ser preso é culpa dela. Se ela não tivesse falado ele não ia ser preso e a parte financeira da família, a comida, o *bem-estar da família* ia continuar”. (AMETISTA)

Relatos proferidos acima são comuns nos centros de referência à violência. A questão da culpa predomina no pensamento da vítima, assim como das pessoas envolvidas nas agressões. Infelizmente esta forma de manipulação provém do seu (s) agressor (es); fazendo com que a denúncia seja evitada, atribuindo a culpa na vítima, fortalecendo desta forma o ciclo de violência como vínculo.

A denúncia, segundo Dalka (2008) representa a proteção da criança e do adolescente vitimados, pois sem este instrumento, podem estar envolvidos numa constância de agressões, levando-os muitas vezes a desfechos mortais. Não são raros os casos onde família tentam acobertar as ações de abuso sexual e outras formas de violência, tampouco nem sempre se consegue provar quem são os legítimos culpados das agressões.

Uma situação difícil observada pelos enfermeiros é quando a vítima atribui a culpa para si acerca dos assédios sofridos. Por conta destas barreiras impostas às vítimas muitas denúncias não chegam às autoridades, e posteriormente às pessoas que possam ajudar.

A criança deve receber cuidados e proteção, sendo dependente de seus tutores para crescimento e desenvolvimento. Em hipótese alguma deveria estar a mercê da inferioridade de seus agressores – estes também que são doentes psicossociais – porém, se em sua família há agressões de variados tipos, além da condição de submissão o ciclo de violência tende a ganhar raízes dentro do lar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propiciou um mergulho nas experiências de profissionais que se deparam cotidianamente com casos de abuso sexual em crianças e adolescentes – tema este que merece total atenção pela parte acadêmica, visto o crescimento de casos na área, por ser um problema pertinente à saúde pública brasileira, e por ser, o profissional enfermeiro, apto às diversas forma de atendimento às vítimas. Então, nada melhor que dar legítima escuta à essas prestadoras de cuidado.

As experiências, por si só, proporcionam reflexões para além da pesquisa. São casos que levam a refletir como nossos profissionais não estão em sua totalidade preparados para assumir o peso do Enfrentamento do abuso sexual em crianças e adolescentes; uma problemática que derivada das fragilidades provindas de uma formação generalista, a qual foca de maneira geral o ser humano e não consegue vislumbrar os reais problemas emergentes do cotidiano – e exemplo da violência – tema que gera um desconforto, é imersa num tabu cultural e preconceituoso. Tal problemática provém de tempos antigos, não apenas nossos recém formandos se veem num embate de desespero ou ausência de manejo (ou como lidar) na hora de atender uma vítima de abuso sexual. Nossa sociedade, cujo comportamento e raízes culturais é predominantemente patriarcal, ainda sustenta o silêncio frente aos casos – estes que só se multiplicam com o tempo – alimentando o chamado ciclo de violências. O profissional é uma personagem que está presente ali na assistência, toma auto percepção de ser humano, consegue se situar em tempo e espaço, levar seus pressupostos de cuidar de forma sensata e ética.

Foi possível observar entrelinhas o desconforto das profissionais em seus relatos sobre a ausência, negligência, falta de atenção à temática do abuso sexual em outros setores, até mesmo na forma do medo, expresso por demais colegas. Diante de tantos embaraços, é admirável o trabalho oferecido por estas enfermeiras

e demais profissionais brasileiros, visto que esse problema não reside apenas em contexto paraense. É preciso foco para preenchimento dessas lacunas, pois para combater tal chaga que é a violência sexual o fortalecimento da intersectorialidade, além do fortalecimento do sistema de redes de atenção. Assim está na carta por um mundo sem violência: “A educação serve para a paz, que promove não-violência e enfatiza a qualidade humana inata da compaixão, deve ser parte essencial do currículo das instituições educacionais de todos os níveis”.

Os relatos mostram também a dimensão de quão fortalecedores são os atendimentos prestados, visto que sobrepõe o ponto de vista biológico e buscar o lado mais transcendente do mistério, para entender o porquê da agressão, da dor, do sofrimento. Percebe-se o lado humano/maternal/familiar/espiritual de cada enfermeira e como elas se portam diante dos variados casos. São pessoas que investiram na missão de prestar o cuidado num momento crucial para as vítimas e famílias.

Nestas páginas foi compreensível observar traços de cada aspecto da Teoria do Cuidado Transpessoal: a capacidade de superar limites, saber ver o outro e aprender com a experiência, usar a ciência a seu favor, estimular a evolução moral e espiritual daquele que foi maltratado, machucado, agredido. Apesar das inúmeras marcas que o abuso sexual pode acarretar numa criança e/ou adolescente, é possível amenizar as cicatrizes, reverter um quadro que até então encontrava-se perdido. E, apesar de todos os problemas e deficiências que cercam o ambiente onde as profissionais enfermeiras prestam seus serviços, elas conseguem mesclar ciência e cuidado, fraternidade e ação, combater e defender.

A formação e capacitação do profissional de enfermagem diante da violência sexual precisa ser um ponto chave para discussão na academia, nos congressos etc. Precisa chamar atenção, conquistar um espaço há muito considerado morto, ter ênfase de cuidado, ter foco da ciência. É preciso ter em mente a emergência em falar deste tipo de violência.

Num último momento, há um balanceamento de pontos contra e a favor do combate à violência; aponta-se um reforço positivo da denúncia como item de combate ao abuso sexual em crianças e adolescentes; as pessoas já veem, ouvem e conseguem falar a respeito do assunto, o que ajuda indiretamente os profissionais

de saúde além das próprias vítimas; a prevenção começa por esses atos, o que requer cada vez mais educação e empenho de todos. Nisto reside o desafio do combate, fazer com que a violência sexual não se perpetue dentro dos lares, das escolas, na sociedade em geral. Os casos infelizmente crescem e nossos profissionais chamam atenção para esses dados. Até quando teremos essa chaga social que é o abuso sexual contra nossos pequenos? É preciso que, além dos profissionais de acolhimento e cuidados, nós cidadãos tenhamos esse olhar humanizado para o outro. Como declara a cultura da paz, em seu sétimo artigo, apontando como responsabilidade de todos a prevenção da violência contra crianças e jovens, pois eles são nosso futuro comum. Afinal, um ciclo de violências não tem meios para se perpetuar nos lugares onde há educação e propagação da paz.

Refletir sobre a Teoria de Jean Watson nestes contextos da violência sexual fez compreender o quanto é importante estar associado à um processo de cuidado e ciência; para cuidar das pessoas é preciso, a priori, conhecer a natureza do cuidado, compreender a si e a situação de outrem, para assim planejar uma sistematização de assistência e pô-la em prática.

Além disso, a Teoria Transpessoal, encontrada nos modos de cuidado destas profissionais mostra o quanto a assistência de enfermagem deve sempre estar em processo de evolução e planejamento, de forma que contribua para o aprimoramento pessoal e profissional.

Felizmente, por meio dos depoimentos foi possível desvelar como as profissionais de enfermagem percebem o Enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes: o enfrentamento começa a partir do momento em que a vítima pede ajuda, quando denuncia; ganha vivência nos atendimentos de saúde, sendo suas participações como profissionais de saúde um elo entre vítimas em situação de vulnerabilidade e pessoas aptas a prestar cuidados.

O enfrentamento também é percebido por estas profissionais quando há a interiorização de sentimentos, de se identificar na situação de outro, do transcender de forças para ajudar seu próximo, o que muitas vezes leva ao esgotamento emocional expresso.

A luta por melhores condições de trabalho, é um reflexo do enfrentamento. É preciso mais apoio e empenho das instituições aos profissionais. Denota-se que, por mais que haja compromisso desses profissionais em estabelecer comunicação, prestar seus serviços, eles sentem a necessidade de aprimoramento profissional diante da temática violência; pois não são casos com a mesma resolutividade, cada caso é diferente, e é preciso que os enfermeiros estejam preparados para lidar com essa lamentável realidade.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Simone Gonçalves. de (Org.). **Teoria e prática dos conselhos tutelares e conselhos dos direitos da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. 292 p. (Coleção Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca).

AZAMBUJA, Maria Regina Fay de. **Inquirição da criança vítima de violência sexual: proteção ou violação de direitos?** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011. 238 p.

BAPTISTA, Rosilene Santos; FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de; COSTA, Caroline Moneta Pontes da Costa; BRITO, Virgínia Rossana de Sousa. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paulista Enfermagem**, n. 21, v. 4, p. 602-8. Jul. 2008.

BARREIROS, Edleide Xavier. **Historia oral de homens que praticaram violência sexual infanto-juvenil**. 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Revista BioEthikos**. Centro Universitário São Camilo;4(3):315-323. 2010

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante; 2001. 74p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 936, de 19 de maio de 2004**.

Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html.

Brasília: 2004. 52 p. Acesso em 26 de Nov. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 2ª ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva**: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**: Humaniza SUS. 1ª edição – 1ª reimpressão; 2.000 exemplares – OS 2013/0463. Brasília, DF: 2013.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Conanda – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente / Seminário de Revisão do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil – Brasília: 2013.

BRASIL. **DECRETO Nº 7.958, DE 13 DE MARÇO DE 2013**. Imprensa Nacional. ISSN 1677-7042. Brasília, DF. 2013.

CALDEIRA, Sílvia; CASTELO BRANCO, Zita; VIEIRA, Margarida. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Rev Enferm Referência**. III Série - n.º 5 - Dez. 2011. pp.145-152

CAMPOS, Bruna. **Pro Paz Integrado fortalece o combate à violência contra crianças e adolescentes**. AGÊNCIA PARÁ, 2014. Disponível em: http://www.agenciapara.com.br/noticia.asp?id_ver=101456

CEQUEIRA-SANTOS, Elder Araújo; DESOUSA, Diogo Araújo; MELO NETO, Othon Cardoso de; ROCHA, Alexandro Conceição. Sexualidade do Trabalhador da Construção Civil: Percepções sobre a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, n. 25, v.3, p. 578-587, jun. 2013.

CHARMAZ, Kathy. **A Construção da Teoria Fundamentada** - Guia Prático para Análise Qualitativa. Artmed, 2009. 272 p.

CIUFFO, Lia Leão; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará; TOCANTINS, Florence Romijn. Interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse. **Invest Educ Enferm**, n. 32, v.1, 2014.

COCCO M, SILVA EB, Jahn AC. **Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):491-7.

CORDEIRO, Flávia de Araújo. **Aprendendo a prevenir**: orientações para o combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes. Brasília: Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, 2006. 16 p.

COSTA, Daniela A. et al. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare Enferm.** 2013 Abr/Jun; 18(2):302-9.

DEZORZI, Luciana Winterkorn. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de Enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, março-abril; 16(2). 2008

FAVERO, Luciana. Pagliuca, Lorita Marlena. Lacerda, Maria Ribeiro. **Utilização De Um Modelo Conceitual Para A Análise Do Cuidado Transpessoal Em Enfermagem.** Anais do 17º Senpe -Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. 2013

FERRARI, Dalka C. A; VECINA, Tereza CCab. C. **O fim do silêncio na violência familiar:** teoria e prática. 4 ed. São Paulo: Ágora, 2002. 330 p.

FERREIRA, Ana Carolina. PINTO, Ana RC. DUTRA, Denecir A. Santos, Adilson L. Abib, Suelen. O enfermeiro frente à problemática da criança e a adolescente vítima de violência sexual. **Revista Uniandrade**, v. 13; n.1: 2013.

FILHO, Almiro; DOMICINIANO, Cruz; VACHOD, Luiza. **Assistência domiciliar pediátrica:** trabalho interdisciplinar, conceitos e desafios em dependência tecnológicas. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. 340 p.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta Paulista Enfermagem**, n.25, v. 6, p. 895-901, jun. 2012.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise do Conteúdo.** 2 ed. Série Pesquisa. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 79 p.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** 39 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016. 193 p.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. **Programas que pertencem à fundação: ProPaz.** 2012. Disponível em: <http://www.santacasa.pa.gov.br/index.php>

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; FONSECA, Adriana Dora da. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes, apreendidas do discurso de professoras e cuidadoras. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 14, p. 32-7, nov. 2005.

GOMES, Ingrid Meireles et al. Teoria do cuidado Transpessoal de Jean Watson no cuidado domiciliar de enfermagem à criança: Uma reflexão. **Esc. Anna Nery** (impr.); 17 (3):555 – 561, jul – set. 2013.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003. 312 p.

LIMA, Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al. **Violência faz mal à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUSTOSA, Amanda Peres; PEREIRA, Aline Sousa. MOREIRA, Débora Pedrosa. **Abuso Sexual contra crianças: evidências para o cuidado de enfermagem**. Cadernos ESP, Ceará 8(2): 50-63, jul./dez. 2014.

LUNA, Geisy Lanne Muniz; PARENTE, Eriza de Oliveira; MOREIRA, Deborah Pedrosa; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Notificação de maus-tratos contra crianças e Adolescentes: o discurso oficial e a práxis. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 18, v.1, p. 148-52, jan./mar. 2010.

MANZINI, José Eduardo. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada**. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.

MEDRADO, Benedito; MÉLLO, Ricardo Pimentel. Posicionamentos Críticos e Éticos sobre a Violência contra as Mulheres. **Psicologia & Sociedade**, n. 20, Edição Especial, p. 78-86, mar. 2008.

MENDONÇA, Nelino A. **Pedagogia da humanização: a pedagogia humanista de Paulo Freire**. São Paulo: Paulus, 2008. 170p.

MERHY, Emerson Elias. **O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Capítulo 1: Conceitos, teorias e tipologias de violência, 2008 apud LIMA, Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al. **Violência faz mal à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.

MORAES, Silvia Piedade de; VITALLE, Maria Sylvia de Souza. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev. Assoc. Médica Brasileira**, n. 58, v.1, p. 48-52, jan. 2012

MOREIRA, Gracyelle AR. VASCONCELOS, Aline A. MARQUES, Lívia A. VIEIRA, Luiza J ES. Training and knowledge of professionals of the health family team on reporting mistreatment of children and adolescents. **Rev Paul Pediatr**;31(2):223-30, 2013

MOREIRA, Tatiana NF. MARTINS, Cleide L. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.814-827, 2014.

ROCHA, Pedro Carlos Xavier da; MOARES, Claudia Leite. Violência familiar contra a criança na perspectiva de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, v. 7, p.3285-3296, out. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maltrato infantil**. Centro de Imprensa. Nota descritiva n. 150. Jan. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

PANUNTO, Raquel; GUIRARDELLO, Edinêis Brito; Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** maio-jun;21(3): 2013

PIERANTONI, Lucia M. CABRAL, Ivone E. Crianças em situação de violência de um ambulatório do rio de janeiro: conhecendo seu perfil. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 out-dez; 13 (4): 699-07

PORTAL BRASIL. **Conheça os Estatutos que protegem de crianças a idosos**. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11/conheca-os-estatutos-que-protegem-de-criancas-a-idosos>. 2014.

SALES, Ligia V. PAIXÃO, Mariângela G. CASTRO, Oyara de. **Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson**. In: Braga, CG. Teorias de Enfermagem. São Paulo: látria, 2011. 254 p.

SARAIVA, Renata Jabour et al. Qualificação do Enfermeiro no cuidado à vítima de violência infantil. **Rev. Ciência y Enfermería XVIII**, v.1, p. 17-27, out. 2012.

SILVA, José Vitor da. BRAGA, Cristiane Giffoni. **Teorias de Enfermagem**. 1 ed. São Paulo: látria, 2011. 254 p.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA (SEGUP). Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social. PROPAZ Projetos. Página on-line. Disponível em <<http://www.segup.pa.gov.br/?q=node/101>>. Acesso em 26 de Nov. de 2014.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS (SDH). Disque 100: Quatro mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes foram registradas no primeiro trimestre de 2015. Página on-line. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/noticias/2015/maio/disque-100-quatro-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-foram-registradas-no-primeiro-trimestre-de-2015>. Acesso em 21 de out de 2015.

STRAUSS, Anselm. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

UNICEF. Cachée sous nos yeux. **Une analyse statistique la violence envers les enfants**. Résumé, França: 2014. 13p.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

VELOSO, Milene Maria Xavier; MAGALHÃES, Celina Maria Colino; DELL'ALGIO, Débora Dalbosco; CABRAL, Isabel Rosa; GOMES, Maisa Moreira. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.18, v.5,p.1263-1272, jan. 2013.

VIANA, Isaque Pereira Gomes. **Sociologia do Crime & Violência**: O fenômeno social e sua magnitude. Fonte: PORTAL EDUCAÇÃO, 2013. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/40939/sociologia-do-crime-violencia-o-fenomeno-social-e-sua-magnitude#ixzz3HxMGMoBA>>. Acesso em 03 de Nov. 2014

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012**: crianças e adolescentes no Brasil. 1 ed. Rio de Janeiro, 2012. 84 p.

WASKMAN, Renata Dejtiar; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência** / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Brasília: CFM, 2011. 172 p.

WATSON, Jean. **Nursing The Philosophy and Science of Caring Associated University Press**. [S.l: sn]; 1985

WOISKI, Ruth OS. ROCHA, Daniele LB. Nursing care for sexually abused children in hospital emergency units. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2010 jan-mar; 14 (1): 143-50

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 207 p.

APÊNDICE A - Protocolo de Estudo de Caso



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Parte 1. Protocolo de Entrevista

Título do Projeto: A Percepção de Enfermeiros quanto ao Enfrentamento do Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes na capital Paraense.

Pesquisadora principal: Lenna Eloisa Madureira Pereira.

Pesquisadora Orientadora: Márcia Maria Bragança Lopes.

Dados Gerais do estudo

Questão de pesquisa:

-Como os Enfermeiros percebem o Enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes?

Objetivo do Estudo:

- Desvelar a percepção de Enfermeiros quanto ao enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes.

Suporte teórico:

- *Margareth Jean Watson e a Teoria do Cuidado Transpessoal.*

Parte 2. Identificação do entrevistado:

Codiname _____

Idade _____

Sexo _____

Religião _____

Tempo de formação em Enfermagem _____

Tem filhos? Se sim, quantos? _____

Qual unidade faz o atendimento? _____

Parte 3. Questões centrais da entrevista

- Percepções sobre sua participação como profissional de saúde sobre o Enfrentamento ao abuso sexual;
- Dimensão sobre a importância do cuidar Humanizado em Enfermagem para com as vítimas de abuso sexual;

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUANTO AO ENFRENTAMENTO DO ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CAPITAL PARAENSE.

Você foi convidado (a) para participar da pesquisa de Mestrado, sob a responsabilidade da pesquisadora Lenna Eloisa Madureira Pereira, a qual pretende desvelar a percepção de Enfermeiros quanto ao enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista. As repostas serão registradas manualmente pela pesquisadora e gravadas em áudio, item necessário nesta metodologia de pesquisa. Após o momento da entrevista e análise dos dados, a pesquisadora vai planejar e constituir um banco de dados, que será discutido com base nos referenciais teóricos, gerando o produto final: a dissertação.

Os resultados obtidos serão descritos de forma codificada, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar à sua identificação. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas científicas. Os benefícios do estudo são para o avançar de estudos na área da Enfermagem, aproximar a realidade de sua prática como contexto para com a pesquisa, além do desenvolvimento permanente de estudos sobre esse tipo de violência sexual na Saúde Pública.

Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Este trabalho será realizado com recursos próprios da pesquisadora. Não haverá nenhum pagamento por sua participação. Neste estudo será preservada a sua identidade e garantido o sigilo. De acordo com a resolução 466/12, toda pesquisa tem um risco mínimo, seja social, físico ou moral, por exemplo; você tem liberdade para não responder perguntas que lhe possam constranger e/ou não desejar, assim como desautorizar a utilização dos dados nesta pesquisa.

Caso você concorde em participar da pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador (a) responsável da pesquisa, além de rubricar as duas vias.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora, Enf. Lenna Eloisa Madureira Pereira, COREN-PA 377.170 no endereço: Avenida Perimetral da Ciência, 514 – Terra Firme, em Belém/PA. Fone: (91) 99326-0294, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ICS/UFPA, no Complexo de Sala de Aula/ICS – Sala 13 – Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110, Belém-PA. Telefone/Fax: 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Belém, ____ de _____ 2016.

Assinatura do participante

Pesquisador (a) responsável

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUANTO AO ENFRENTAMENTO DO ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CAPITAL PARAENSE

Pesquisador: LENNA MADUREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56852516.6.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.719.396

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação do tipo qualitativo descritivo, com o objetivo de desvelar a percepção de Enfermeiros quanto ao enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes. A trajetória metodológica está baseada nos estudos de caso de Yin (2015) e sua análise está nos pressupostos da Teoria Fundamentada dos Dados, de Strauss e Corbin (2008). A referência de estudo são Enfermeiros que têm experiência de assistência de Enfermagem às vítimas de abuso sexual, por meio de entrevista. As

entrevistas serão feitas no espaço da Biblioteca do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará. As normatizações presentes em todo o rigor ético, contidos na resolução N. 466/2012 serão devidamente utilizados. O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP/ICS/UFPA).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desvelar a percepção de Enfermeiros quanto a participação no Enfrentamento do abuso sexual contra

