



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE

RAYANNE RODRIGUES FERNANDES

ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS NA FORMAÇÃO DE
ENFERMEIROS BRASILEIROS: PERSPECTIVAS A PARTIR DOS CURRÍCULOS
DE GRADUAÇÃO

PALMAS/TO

2020

RAYANNE RODRIGUES FERNANDES

**ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS NA FORMAÇÃO DE
ENFERMEIROS BRASILEIROS: PERSPECTIVAS A PARTIR DOS CURRÍCULOS
DE GRADUAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde (PPGECS) da Universidade Federal do Tocantins – UFT, para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciência e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leidiene Ferreira Santos

PALMAS/TO

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- F363a FERNANDES, RAYANNE RODRIGUES.
ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS BRASILEIROS: PERSPECTIVAS A PARTIR DOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO. / RAYANNE RODRIGUES FERNANDES. – Palmas, TO, 2020.
77 f.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2020.
Orientador: LEIDIENE FERREIRA SANTOS
1. Criança. 2. Violência Infantil. 3. Currículo. 4. Cursos de Enfermagem. I.
Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

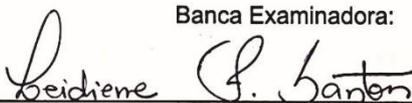
ATESTADO DE APROVAÇÃO

RAYANNE RODRIGUES FERNANDES

**ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS
BRASILEIROS: PERSPECTIVAS A PARTIR DOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO**

Esta dissertação foi julgada adequada para a
obtenção do título de
Mestre em Ensino em Ciências e Saúde
e aprovada pela Banca Examinadora.

Banca Examinadora:



Dr^a. Leidiene Ferreira Santos
Universidade Federal do Tocantins



Dr^a. Daniella Pires Nunes
Universidade Federal do Tocantins



Dr^a. Juliana Bastoni da Silva
Universidade Federal do Tocantins

Palmas-TO, 28 de fevereiro de 2020

AGRADECIMENTOS

São muitos os motivos para ser grata! Estar concluindo este trabalho mediante tantos desafios que enfrentei, é realmente uma dádiva do céu.

Por isso, o meu primeiro e maior agradecimento à **Deus**, autor e consumidor da minha fé, meu socorro bem presente, sustento e fortaleza. Obrigada Jesus, por me conceder vida, saúde e disposição para concluir cada etapa durante esta caminhada.

Ao meu noivo, **Estevão Ávila Oliveira**, pelo cuidado nos mínimos detalhes, por tomar minhas atribuições alheias ao mestrado e cumpri-las em meu lugar, pela paciência e amor com que me olhava nos olhos, acalmava e dizia “Eu estou com você! Nós vamos conseguir!”.

Você é a maior expressão do grandioso amor de Deus por mim. Este título é nosso! Aos meus pais, **Raimundo Rodrigues** e **Maria de Fátima Fernandes**, que mesmo diante de tantas limitações, sempre me incentivaram e acreditaram em mim, mostrando que há algo que ninguém tira de nós: o conhecimento. Esta conquista é para vocês!

Ao meu irmão, **Romário Rodrigues**, que, do seu jeito, me ama, entende e cuida.

Aos meus sogros, **Décio Antônio de Oliveira** e **Adélia Maria Ávila**, por serem meu apoio em Palmas, por me adotarem como filha e dispensarem cuidados essenciais durante todo esse tempo. Muito obrigada por tudo!

À minha querida orientadora, **Prof^a Dr^a Leidiene Ferreira Santos**, por me acolher como orientanda, pelo cuidado, paciência e compreensão, pois mesmo diante prazos apertados, sempre se preocupava com o meu bem-estar e saúde mental. Obrigada! Você é um exemplo de profissional: dedicada, humana, inteligente, transparente e cuidadosa! Eu não teria conseguido sem o seu apoio e ensinamentos.

Aos professores **Juliana Bastoni**, **Daniella Nunes** e **Fernando Quaresma**, por aceitarem participar da banca de avaliação nos exames de qualificação e defesa, contribuindo com ensinamentos valiosos e correções que nos ajudaram na execução e estruturação deste trabalho.

Aos **professores do PPG ECS**, pelos ensinamentos e oportunidade de aprender com vocês.

Aos **colegas da 2º turma (2017/2)**, pela troca de experiências, momentos de aprendizado e também de descontração. Vocês tornaram a caminhada mais leve!

À amiga, **Maitê Veiga**, pela parceria, confidências, orações e conselhos importantes para que conseguíssemos concluir com êxito os nossos trabalhos.

Às **Instituições de Ensino Superior (IES) Públicas Federais das capitais do Brasil** dos cursos de enfermagem, por disponibilizarem os documentos necessários para avaliação e condução deste trabalho.

A **todas as crianças**, que constitem um grupo importante na população, e demandam cuidados e atenção para que cresçam em um ambiente seguro e de paz, favorecendo o seu desenvolvimento.

À **aquelas, vítimas de violência**, que este estudo contribua para a reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem, possibilitando ensinamentos dentro das IES que levem a precoce identificação e manejo adequado de seus casos, evitando impactos significativos em suas vidas e as tirando de situações de perigo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Número de notificação de violência interpessoal/autoprovocada no VIVA (Vigilância e Violência e Acidentes)	22
Figura 2: Tipologia da violência	25
Figura 3: Mapa com as Instituições de Ensino Superior (IES) públicas federais localizadas nas capitais	38
Figura 4: Representação da estratégia de busca dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) dos cursos de Enfermagem das Universidades Públicas Federais localizadas nas capitais	39
Figura 5: Períodos em que são ofertadas as disciplinas obrigatórias que contemplam o tema violência	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Instituições de Ensino Superior públicas federais das capitais brasileiras que oferecem o curso de enfermagem	49
Tabela 2: Projetos Pedagógicos de Curso que abordam violência, disciplinas e carga horária	50
Tabela 3: Projetos Pedagógicos de Curso que abordam violência contra criança, disciplinas e carga horária	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECA - Estatuto da Criança e Adolescente

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

VCC - Violência Contra Criança

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

PNRMAV - Política Nacional para Redução da Morbimortalidades por Acidentes e Violências

CNE - Conselho Nacional de Educação

CES - Conselho de Educação Superior

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

DCN/ENF - Diretrizes Curriculares Nacionais do Cursos de Graduação em Enfermagem

SUS - Sistema Único de Saúde

PPC - Projetos Pedagógicos de Curso

IES - Instituições de Ensino Superior

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PSE - Programa Saúde na Escola

MEC - Ministério da Educação

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	9
1.1 Apresentação	9
1.2 Contextualização e delimitação do problema de pesquisa	10
1.3 Justificativa	16
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 Reflexão sobre conceitos de violência: um problema de saúde pública	21
3.2 Concepção sobre infância, sua relação com a violência e impactos	25
3.3 Papel do enfermeiro frente à violência contra criança: o que diz a DCN/ENF.....	31
4. METODOLOGIA	35
4.1 Tipo de estudo	35
4.2 Materiais: Seleção dos documentos	36
4.3 Procedimento de coleta de dados	38
4.4 Análise dos dados	40
4.5 Critérios de inclusão e exclusão	40
4.6 Aspectos éticos	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
5.1 Artigo	42
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Apresentação

A violência pode ser conceituada como o uso da força física ou do poder, sendo ele real ou em forma de ameaça, que é cometido contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de ocasionar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002; MINAYO, 2009).

No que diz respeito às crianças, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência que envolve essa faixa etária – compreendida como a idade do nascimento até os 9 anos, 11 meses e 29 dias de idade – como todas as formas de maus-tratos emocionais e/ou físicos, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, comercial ou outras formas de exploração, com possibilidade de resultar em danos potenciais ou reais à saúde das crianças (BRASIL, 1990; KRUG *et al.*, 2002).

Cumprе ressaltar que, diferentemente do Ministério da Saúde (MS), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define infância como a idade compreendida de 0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias. O MS adota a divisão das faixas etárias em ciclos de vida, visando o atendimento das especificidades nas fases de crescimento e desenvolvimento da criança e o início da puberdade, considerando os adolescentes como aqueles que apresentam entre 10 e 19 anos de idade (BRASIL, 1990, 2010).

Considerada hoje um grave problema de saúde pública pela OMS, a violência contra criança (VCC) vem revelando-se uma das principais causas de morbimortalidade nessa faixa etária (APOSTÓLICO *et al.*, 2012; BRASIL, 1990) e tem nos apontado estatísticas cada vez mais assustadoras.

Os principais tipos de violência cometidos contra crianças e adolescentes são negligência e abandono, como a omissão dos pais ou outros responsáveis (inclusive de instituições), quando deixam de promover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, emocional e social; o abuso psicológico, que envolve toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos; o abuso sexual que contempla todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, em que o agressor se encontra em um estágio de desenvolvimento psicosssexual mais avançado que a vítima, e tem a intenção de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual (GARBIN *et al.*, 2015).

1.2 Contextualização e delimitação do problema de pesquisa

No Brasil, são registrados em média 129/dia de casos de violência psicológica e física, incluindo a sexual, e negligência contra crianças e adolescentes; o que significa que, a cada hora, acontecem cinco casos de violência contra meninas e meninos. Este número pode ser ainda maior se considerarmos que muitos desses crimes nunca chegam a ser denunciados (UNICEF, 2014).

Durante a infância, uma em cada quatro crianças sofre maus-tratos físicos, ao passo que quase uma em cada cinco meninas e um em cada 13 meninos são vítimas de abuso sexual. Além disso, o homicídio é uma das cinco principais causas de morte de adolescentes.

Em estudo de Martins *et al.* (2013), realizado na população do Ceará, foi identificado que na maior parte dos casos de VCC, o agressor é membro da própria família, tendo a mãe como principal responsável, seguido do pai, o que também foi resultado de outros estudos (BRITO *et al.*, 2005; ZANOTI-JERONYMO *et al.*, 2009; SIQUEIRA; VIEIRA; SANTIAGO, 2013).

O domicílio deve ser o lugar de proteção e conforto, principalmente para as crianças e, por isso, não se justifica, pois trata-se de um ser totalmente dependente de cuidados para o seu desenvolvimento, sejam eles vindos, principalmente, dos pais e familiares (NUNES; SALES, 2016). Neste contexto, o que se percebe é que a cultura tem gerado uma mentalidade nos pais de que para educar e ensinar os filhos, precisa de haver algum tipo de “agressão física”, que pode começar no “tapinha” e depois, vai se intensificando e agravando em diferentes formas (CARMO; HARADA, 2006).

Esta informação e os dados estatísticos da prevalência da violência infantil no ambiente domiciliar corroboram também para a reflexão de que uma grande quantidade de pais considera a violência como uma forma de medida disciplinadora e educativa, visto que, na maioria das vezes, eles mesmos foram vítimas destes hábitos em sua infância e adolescência; e por não perceberem os danos gerados à saúde dos filhos, os pais acreditam que estão usando a melhor conduta, quando na verdade, podem estar suscitando e ensinando a prática da violência, que passa a se repetir de forma habitual (COSTA *et al.*, 2007).

Minayo (1994) relata que em estudo realizado por Agudelo em 1989, em um hospital de Cali, na Colômbia, 41 das mil crianças atendidas na instituição tinham diagnóstico de problemas de maus-tratos. Em 2009, de acordo com a Sociedade Internacional de Prevenção

ao Abuso e Negligência na Infância, cerca de 18 mil crianças foram vítimas de violência por dia, 750 por hora e 12 por minuto (Centro de Combate à violência Infantil “Cecovi”, 2009).

Em 2011, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), registrou 39.281 atendimentos na faixa etária de < 1 a 19 anos de idade, que representam 40% do total de 98.115 atendimentos computados pelo sistema nesse ano (WAISELFISZ, 2012). Destes, 17.900 casos ocorreram com crianças menores de 9 anos (RATES *et al.*, 2015).

Dados mais recentes, de acordo com pesquisas realizadas pelo Fundo das nações Unidas para a Infância no Brasil (2019), apontam que em 2016, foram registrados 61.200 casos de estupro ou tentativas de estupro, número que aumentou para 67.029 já em 2017. Ainda em 2016, 11.351 meninos e meninas de 10 a 19 anos foram vítimas de homicídios em todo o Brasil. Por mais que a população tenha evoluído e entendido sobre os direitos e deveres da criança dentro da sociedade, puderam-se registrar, de acordo com estudo realizado pela Unicef em 2018, 2,5 milhões de casos de crianças e adolescentes que vivem a realidade do trabalho infantil no Brasil.

A principal causa de óbitos entre crianças e adolescentes, antes apontada como as mortes naturais, causadas por doenças, reduziu em 77,1% entre 1980 e 2010, tomando lugar as mortes por “causas externas” (expressão utilizada para incluir mortalidade causada por homicídios, violências, acidentes, quedas, lesões e agravos), que vêm crescendo de maneira surpreendente. Em 1980 o número de mortes em crianças por causas externas correspondia a 6,7%; em 2010 passou para 26,5% e o cenário aponta que este percentual tende a progredir, pois de acordo com Índice de Homicídios na Adolescência (2014), meninos e meninas, entre crianças e adolescentes, podem não conseguir chegar à vida adulta no período entre 2015 e 2021, o que justifica a preocupação pelo fenômeno (WAISELFISZ, 2012) que pode gerar sofrimentos que se perpetuam até a fase adulta.

No Tocantins, nos anos de 2015, 2016 e 2017 foram registrados 730, 1182 e 1203 casos de violência contra crianças na faixa etária de 0 a 9 anos de idade, e 415, 576 e 552 casos em crianças de 10 a 14 anos, respectivamente, totalizando 1543 casos neste grupo e 3115 naquele, respectivamente, nos anos citados. Foram registrados também, 36 casos de óbitos por causas externas entre crianças de 1 a 9 anos, e 16 casos na faixa etária de 10 a 14 anos, no ano de 2017, no estado do Tocantins, que é o dado mais recente fornecido pelo Datasus (BRASIL, 2019).

Um dado ainda mais preocupante revela que o Brasil abriga um quinto de todos os assassinatos de crianças e adolescentes ocorridos no mundo, além de ser o segundo país com maior número de assassinatos, ficando atrás apenas da Nigéria (UNICEF, 2014).

Diante deste cenário, nas últimas décadas legislações foram criadas com o intuito de tratar sobre o tema, alertar os profissionais de saúde sobre a importância de perceber, atuar e notificar esses casos, e ajudá-los a lidar com uma situação que é delicada e muitas vezes passa despercebida entre as classes de profissionais.

Na década de 80, a preocupação com o tema violência infantil sob uma visão epidemiológica, a prevenção dos fatores de risco e a prestação de um atendimento especializado às vítimas, começaram a ser discutidos no Brasil com maior veemência, quando o tema passa a ser pauta da saúde pública (EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2018). Porém, foi em 1990 que a problemática alcançou relevância política e visibilidade social, com a promulgação do ECA, por meio da Lei 8.069, em 13 de julho de 1990, a partir da Constituição Federal de 1988 (PINTO JUNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015; NUNES; SALES, 2016).

O ECA tem por finalidade “garantir às crianças e ao adolescente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, tornando obrigatória a identificação e a denúncia de violência” (BRASIL, 1990). No que diz respeito à violência, seja na forma dos abusos propriamente ditos ou negligência, as crianças apresentam maior vulnerabilidade, visto que precisam de seres adultos para obterem segurança e proteção para terem um desenvolvimento ativo e saudável. Sendo assim, os pais e/ou responsáveis, a sociedade e os profissionais de saúde, assumem um papel de responsabilização sobre as crianças, buscando sempre garantir a integralidade da saúde em todo o seu período de crescimento e desenvolvimento (EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2018).

Dessa forma, a partir da publicação do ECA, as crianças passam a ser tratadas como sujeitos de direitos e como grupo de prioridade, procurando garantir a proteção contra todas as formas de violência e opressão às mesmas.

Em seu art. 5º, o ECA diz que “[...] nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990).

O ECA também criou obrigações legais dos profissionais de saúde quanto à notificação por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais; criou ainda o Conselho Tutelar, órgão responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem adotadas pelas redes específicas de atenção (EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2018), o que revela um importante desafio para a sociedade, visto que a dinâmica intrafamiliar em situações de vitimização estrutura-se por meio de dispositivos de ocultação que impedem a notificação (PINTO JUNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015).

Como exemplo de alguns sistemas adotados pelo Ministério da Saúde com o intuito de dar visibilidade à violência, revelando sua problemática, magnitude, tipologia, perfil das pessoas envolvidas, localização da ocorrência e outras características, surgiu em 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, o programa Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Em 2011, a vigilância e a prevenção de violências ganharam mais um reforço com a publicação da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, momento em que a notificação de violências passou a ser compulsória para todos os serviços de saúde, sendo eles públicos ou privados. E em 2014, com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014, os casos de violência sexual passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24h após o atendimento da vítima e dando o seguimento e acompanhamento adequado ao caso, bem como comunicação ao Conselho Tutelar, no caso de crianças e adolescentes (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2017).

Além do ECA, o Brasil vivenciou alguns outros movimentos que objetivaram discutir sobre o tema violência infantil, com a finalidade de conhecer a realidade das violações e aplicar programas e medidas que pudessem superá-las. Foi aprovada e implantada a Política Nacional para Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no país, tratando diferentes grupos da população, entre eles as crianças (BRASIL, 2001a). Em 2010, foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional nº 65, mais conhecida como PEC da juventude com o tema “Juventude, desenvolvimento e efetivação de direitos”; em maio de 2013 foi aprovado o novo Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (SOUTO *et al.*, 2018).

E mais recentemente, foi promulgada a Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, também conhecida como Lei do Menino Bernardo ou Lei da Palmada, que inclui dispositivos no ECA para garantir que as crianças e adolescentes sejam educados e recebam cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante no ambiente familiar, bem como, estabeleceu medidas a serem tomadas pelo Conselho Tutelar e Poder Público em caso de constatação de maus-tratos (BRASIL, 2014b).

A Lei recebeu o nome do menino Bernardo Uglione Boldrini, que foi morto em abril de 2014, no Rio Grande do Sul, tendo como principais suspeitos do crime seu pai e sua madrasta, o que causou forte comoção nacional.

Dada a importância deste assunto e o seu impacto na sociedade, movimentando o universo das políticas públicas e sensibilizando a população como um todo, no ano de 2000,

o dia 18 de maio foi instituído como o “Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes”, e todos os anos, essa data objetiva levantar reflexões e promover a avaliação das ações e políticas públicas voltadas para a proteção de crianças e adolescentes.

Além de se constituir uma realidade dolorosa, a VCC traz prejuízos a curto, médio e longo prazo, tanto de ordem física como psicossocial, que se refletem na vida adulta. Estudos na área mostram que as crianças que sofrem algum tipo de violência podem apresentar inúmeros agravos à saúde física e psicológica, tais como: distúrbio de humor, ansiedade, problemas de sono, dificuldades escolares, distúrbios neurológicos, depressão, perdas significativas na qualidade de vida adulta, além da possibilidade de se tornar também um agressor do tipo de violência sofrida (QUEIRÓS; CASEIRO, 2018).

Diante do exposto, considerando que a VCC é um grave problema de saúde pública, o trabalho em rede deve ser uma exigência, o qual deve ocorrer de forma articulada entre as organizações envolvidas, com o intuito de negociar e compartilhar recursos de acordo com os interesses e necessidades coletivos, levando-se em conta os princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade (ANDRADE *et al.*, 2011).

Este fluxo na rede é fundamental para o enfrentamento da VCC, desde que seja articulado entre os diferentes níveis de atenção à saúde, os setores da sociedade e os profissionais envolvidos no atendimento às vítimas. Devido o formato em que se está configurado a política de saúde atualmente, as equipes da atenção primária, por estarem geograficamente mais próximas das famílias, por ser a porta de entrada no serviço público de saúde e pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva, têm maior possibilidade de identificar as situações de VCC por meio do acolhimento, atendimento, notificação dos casos e encaminhamento para rede de cuidados e de proteção social (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; NUNES, SARTI; OHARA, 2009). E o enfermeiro como profissional integrante deste serviço, sendo na maioria das vezes um dos primeiros profissionais que se relaciona com os pacientes, desempenha um papel muito importante no tratamento de casos de VCC.

Destaca-se o valor dado a essa articulação entre os diferentes tipos de serviços, setores e profissionais, para que ações que visem a proteção integral das crianças sejam realizadas, sendo as instituições de saúde as maiores protagonistas, tanto na participação de redes, quanto estabelecendo a articulação das mesmas. Sendo assim, é preciso que desde sua formação, os profissionais de saúde já sejam estimulados e “ambientados” sobre o assunto, que tem sido tão comum, e se tornou um grave problema de saúde pública.

Em estudo realizado na cidade de Palmas - TO, que buscou apresentar as perspectivas dos conselheiros tutelares sobre sua atuação nos casos de violência contra a criança, identificando seu preparo para lidar com tal situação, concluiu-se a necessidade da parceria entre diversos setores, tais como saúde e educação. Esta parceria tem o intuito de fortalecer a importância do conselheiro tutelar para o enfrentamento da VCC e viabilizar seu vínculo com a população e outros profissionais, configurando um trabalho em rede de apoio, objetivando a proteção dos direitos da criança (SANTOS *et al.*, 2019).

Os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, têm a responsabilidade frente a situação de violência sob dois aspectos importantes: o jurídico e o de consciência moral, e devem se reconhecer como atores no enfrentamento à VCC, promovendo momentos de escuta e orientação às crianças em situação de violência, reconhecendo agravos e tendo a compreensão de que a assistência à violência vai além do aspecto biológico (PINTO JUNIOR *et al.*, 2012). Eles devem estar preparados e disponíveis para orientar, dar suporte e acolher as crianças e famílias, auxiliando-as na tomada de decisão (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).

No entanto, percebe-se que a suspeita e identificação dos casos de VCC ainda é um desafio para muitos profissionais de saúde, fazendo com que as patologias e agravos sejam tratados apenas com base em sinais orgânicos evidentes; além do mais muitas vezes as vítimas não possuem evidências físicas de maus-tratos, ou omitem qualquer sinal que possa levantar uma suspeita, dificultando o diagnóstico e intervenção por parte da equipe de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

Além disso, muitos profissionais relatam sentir medo da exposição frente a casos de VCC, não se sentem responsabilizados e não têm interesse em atuar neste tipo de problema, por considerarem um assunto muito delicado, privado, por não se julgarem preparados durante sua formação para atender este agravo, pela falta de políticas que propaguem rotinas de investigação da VCC, quando já inseridos nos serviços de saúde, e por não se sentirem familiarizados com os aspectos legais a serem adotados diante desses casos (MARTINS *et al.*, 2017).

Segundo a Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES), que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), o egresso de enfermagem deve estar capacitado a identificar e intervir nos problemas de saúde mais predominantes em sua região de atuação, e sua formação deve prover as necessidades sociais de saúde, voltadas principalmente para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001b).

No entanto, o que se percebe é que as universidades abordam a temática de violência de forma muito pontual, não diferenciando o tratamento dos casos para as diferentes faixas etárias e não aliando teoria à prática, o que possibilitaria o contato dos alunos com a comunidade, suas realidades e diversas situações envolvendo a violência, principalmente contra às crianças (QUADROS *et al.*, 2013).

A ausência ou essa abordagem insuficiente sobre o tema no curso de graduação em enfermagem permite a formação de enfermeiros que apresentam fragilidades e despreparo para a identificação e cuidado das vítimas, muitas vezes até comprometendo o tratamento e a situação da criança e favorecendo a subnotificação de casos e a má qualidade dos registros nos setores de investigação e referência (MARTINS *et al.*, 2017).

1.3 Justificativa

Desde o início da graduação, eu sempre tive muita afinidade com crianças, desenvolvendo projetos de extensão, pesquisas sobre o tratamento da dor no público infantil e prestando assistência de enfermagem durante os estágios. Logo após a formatura, tive o privilégio de trabalhar como enfermeira assistencial na Atenção Primária de Palmas, com uma comunidade bem carente e lidar com crianças em diferentes situações, dentre elas: maus tratos, violência, abandono, negligência dos pais, gravidez precoce, entre outras várias.

Sempre tive certeza da minha escolha profissional, e ter a oportunidade de exercer a enfermagem naquele momento, logo após minha tão esperada formatura, foi algo maravilhoso. Porém, situações com casos de violência contra crianças - em suas diversas formas - sempre me inquietaram demais. Considero que tive uma formação excelente e lembro de ouvir sobre violência contra crianças em algumas disciplinas durante a faculdade - como Psicologia Aplicada à Enfermagem e Pediatria - e vivenciar esse tipo de situação ao visitar um lar que acolhe crianças em situações de risco e ao participar de um projeto de extensão em um abrigo de crianças.

No entanto, ao me deparar com essa realidade no início da minha carreira profissional, veio-me o medo, a insegurança e a sensação do “não saber o que fazer” diante uma situação tão dolorosa para um ser tão pequeno e indefeso. Lembro-me com muita tristeza de uma situação em especial: uma criança entrou correndo nos corredores da unidade pedindo “socorro”; eu estava dentro do consultório e imediatamente saí da sala e me deparei com um garoto de nove anos, pés descalços, sem camiseta, olhar assustado, chorando e gritando,

apresentando queimadura de 2º grau em aproximadamente 30% de sua extensão corporal que, de acordo com ele, tinha sido causada por uma água quente que estava cozinhando um cuzcuz, e que sua mãe “drogada” havia jogado sobre ele, simplesmente por nada. Infelizmente, eu só queria chorar.

Naquele momento, em meio a dor e ao desespero, percebi que não estava preparada para lidar com aquele tipo de situação; que minha formação foi incrível, que eu sabia tratar as feridas na pele daquela criança e realizar todos os cuidados necessários para que, em poucos dias, ele estivesse bem, sorrindo e brincando, mas eu não havia sido ensinada a lidar com a forma como aquilo tudo tinha acontecido, eu não sabia lidar com a violência que a própria mãe causou no seu filho.

Atualmente, sou enfermeira assistencial em uma Unidade de Pediatria de um hospital público em Brasília-DF, e recebo constantemente casos de crianças vítimas de algum tipo de violência, em sua grande maioria, omissos pelas famílias ou por quem esteja acompanhando a criança.

Durante os três últimos anos, pós formatura, em momentos informais de trocas de experiências com algumas colegas, também recém-formadas, percebi que elas também apresentavam as mesmas dificuldades quando o assunto era a VCC. Segundo Marinho *et al.* (2016) mesmo que o enfermeiro exerça um papel importante frente a esse tipo de situação e a sua atuação mediante isso faça parte de suas atribuições, a maioria dos profissionais ainda não se encontram familiarizados com as rotinas legais que devem ser adotadas nestes casos, bem como seu seguimento.

As DCN/ENF definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos de formação de enfermeiros que devem ser seguidos para a construção dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), porém, ao estudar o documento, não consta nele nenhum trecho que contemple a VCC, apesar de destacar conteúdos convergentes aos relacionados à violência contra criança, como atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança.

Ao realizar buscas de dados em sites de algumas Instituições de Ensino Superior (IES) que tem o curso de graduação em Enfermagem, notou-se a disponibilidade incompleta e, em alguns casos, a indisponibilidade de documentos como o PPC de Enfermagem, Matriz Curricular e Ementa das Disciplinas. Porém, fazendo uma busca rápida, avaliando, na maioria das vezes apenas a Matriz Curricular - que é o documento mais disponível nos sites das instituições - ficou evidente que não há disciplinas específicas que tratem sobre o tema VCC.

De acordo com pesquisa também realizada em dados secundários (artigos científicos, dissertações, teses, entre outros), constata-se que realmente existe um déficit na

formação dos enfermeiros quando se fala em VCC e por isso os mesmos se sentem tão inseguros quando abordados sobre o tema, o que fundamenta e justifica a importância deste estudo (MARINHO *et al.*, 2016; TAPIA *et al.*, 2014; ZANATTA *et al.*, 2016).

Vale destacar também que tratar sobre violência é muito difícil, pois é um assunto polêmico, e isso envolve sentimentos e emoções diversas, seja porque o profissional já vivenciou a situação de maus-tratos em algum momento de sua vida, ou porque simplesmente trata-se de um assunto delicado, que envolve toda a família, podendo levar instabilidade emocional e insegurança (AGUIAR *et al.*, 2019).

As DCN/ENF apontam que os currículos de enfermagem devem estar formulados de modo a formar profissionais que tenham desenvolvimento crítico e reflexivo, com o intuito de solucionar os problemas que apresentem impactos e que sejam revelados como uma questão de saúde pública relevante, a fim de enfrentá-los de maneira mais efetiva. Além disso, trabalhar com aspectos relacionados à saúde da criança, favorecendo seu crescimento e desenvolvimento saudável, faz parte das atividades requeridas pelo exercício da profissão do enfermeiro, citados nas diretrizes (BRASIL, 2001b).

Logo, faz-se relevante avaliar se o tema VCC está inserido nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem e de que forma eles estão sendo apresentados aos alunos no decorrer de sua formação, para estimular que as instituições elaborem PPC que contemplem o assunto e facilite a aproximação dos futuros profissionais enfermeiros com o tema.

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tem-se maior número de registros de casos de VCC na região sudeste do país, sendo este índice proporcional ao tamanho de sua área populacional, obedecendo uma lógica diagnóstica organizada e que desperta a curiosidade de saber como é a abordagem do tema durante o período de formação dos profissionais enfermeiros nesta localização (BRASIL, 2019).

Devido a nossa instituição de ensino estar localizada na região norte, faz-se importante lançar esse olhar sobre essa localidade também, respeitando suas características culturais e geográficas e ao mesmo tempo, procurando conhecer a realidade do lugar em que este trabalho será construído e onde surgiu a inquietação para realização dessa pesquisa.

Convém ratificar ainda que pesquisas referentes à temática de violência são de grande relevância social, pois abordam um problema de saúde pública que pode causar sofrimentos e danos irreparáveis às vítimas e suas famílias, além de ser considerado um assunto prioritário para o desenvolvimento de estudos no Brasil (BRASIL, 2001a).

Além disso, este estudo é relevante, diferentemente das poucas pesquisas que têm sobre a abordagem da VCC nos currículos de enfermagem, porque ele avalia os documentos que compõem os PPCs dos cursos de graduação de maneira integral e também faz uma avaliação levando em consideração as IES de todas as regiões brasileiras.

Em momento oportuno, cujo a nova regulamentação das DCN/ENF encontra-se em processo de reformulação para aprovação, vale se discutir sobre a abordagem da violência contra criança de maneira mais evidente nos currículos dos cursos, visto que se não está posto em documentos, direcionando para a sua obrigatoriedade, cada IES e docente trata se e da forma que quiser.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apresentar como a temática Violência Contra Criança está inserida nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais das capitais do Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar se a temática Violência está contemplada nos Projetos Pedagógicos de Curso de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais das capitais do Brasil.
- Identificar se a temática Violência Contra Criança está contemplada nos Projetos Pedagógicos de Curso de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais das capitais do Brasil.
- Identificar, nas grades curriculares de Cursos de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais das capitais do Brasil, a carga horária, disciplinas e em quais períodos está contemplada a temática Violência.
- Identificar, nas grades curriculares de Cursos de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais das capitais do Brasil, a carga horária, disciplinas e em quais períodos está contemplada a temática Violência Contra Criança.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Reflexão sobre conceitos de violência: um problema de saúde pública

A violência é um fenômeno que apresenta uma representatividade histórica e social antiga, que acompanha a experiência da humanidade, e por isso, vem sofrendo diversas definições ao longo do tempo. Para tanto, é impossível falar sobre violência sem se fazer uma análise abrangente, definindo suas várias formas, de modo a facilitar o seu estudo e enfrentamento.

Para a OMS, a violência é definida como o uso da força física ou poder, quando por ameaça ou na prática, que é realizada contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade e que resulte ou possa resultar em sofrimento, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado, privação ou até mesmo a morte (KRUG *et al.*, 2002).

Segundo a PNRMAV (BRASIL, 2001a; MINAYO, 2009), a violência “[...] é um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa [...]”, sendo multicausal, atingindo todas as pessoas e as afetando emocionalmente, fugindo de qualquer conceituação mais precisa.

No mundo todo, são registrados mais de 1,3 milhão de mortes por ano em consequência da violência, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global. Além disso, vários são os impactos e prejuízos que os atos violentos trazem à saúde e qualidade de vida de milhares de pessoas diariamente (OMS, 2014).

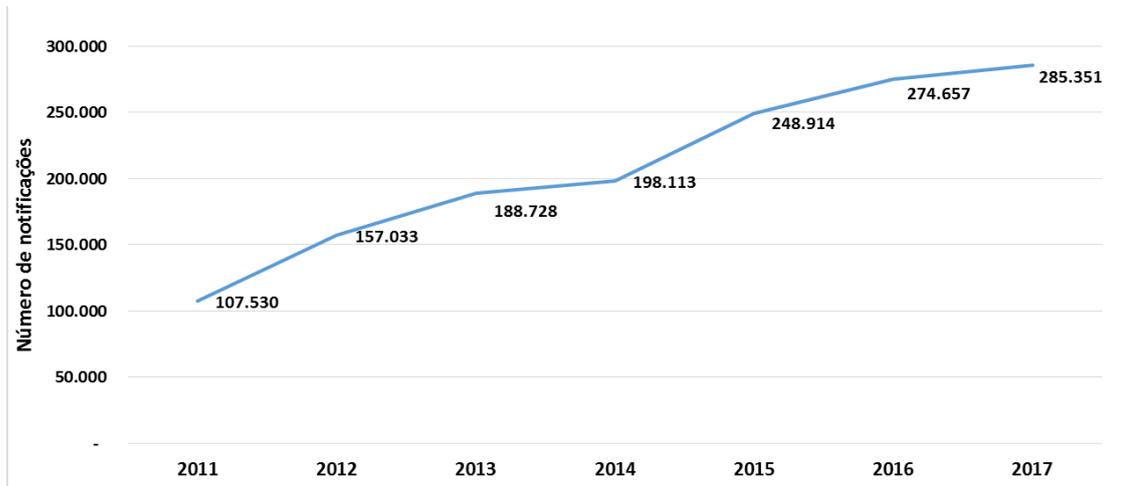
No Brasil, na década de 80, as causas externas tornaram-se um dos principais motivos de mortes, juntamente com as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias (MINAYO, 2007). Vale ressaltar que o termo “causas externas” não é um sinônimo de violência, mas refere-se a um recurso de estratificação dos vários tipos de violência que causam óbitos e adoecimento (BRASIL, 2014a).

Diante desse histórico, em 1996, a Quadragésima Nona Assembléia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25, afirmando a violência como um problema importante, e crescente, de saúde pública no mundo (KRUG *et al.*, 2002), cobrando a criação de políticas públicas que abordassem a violência e despertasse interesse de instituições para a grande problemática, sendo uma das medidas adotadas a partir de então, a confecção dos relatórios mundiais sobre violência.

Nota-se um esforço crescente das instituições e órgãos competentes, dentre eles o Ministério da Saúde (MS), no sentido de desenvolver estratégias e políticas que facilitem o

acesso a dados de violência, para que se possa lançar metas de alcance para controle da mesma dentro da sociedade, diminuindo assim os prejuízos na saúde da população devido a este fenômeno; é o que mostra o gráfico a seguir, onde percebe-se um aumento significativo anual de casos registrado e notificados de violência, após a implantação do Sistema VIVA, em 2006 (BRASIL, 2017).

Figura 1: Número de notificação de violência interpessoal/autoprovocada no VIVA



Fonte: MS/SVS/Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

*Dados preliminares atualizados em 16/03/2018

Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva>

A violência por ser manifesta de três formas, conforme as características de quem comete o ato de violência: violência auto-infligida (dirigida a si mesmo), violência interpessoal (infligida por outra pessoa; nas relações cotidianas) e a violência coletiva (infligida por grupos maiores; no ambiente social, no geral entre desconhecidos) (MINAYO, 2009; BRASIL, 2014b, 2015).

O Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde (KRUG *et al.*, 2002) da OMS, após a Assembléia Mundial de Saúde de 1996, trouxe a definição e categorização dessas três formas de violência da seguinte maneira:

- *Violência auto-infligida:* é subdivida em comportamento suicida, que inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios completados; e auto-abuso, que inclui atos como a automutilação.
- *Violência interpessoal:* é dividida em duas subcategorias que são a violência que ocorre entre membros da mesma família e parceiro íntimos (frequentemente, mas não somente

dentro de casa), como por exemplo: o abuso infantil, abuso contra idosos e violência praticada pelo próprio parceiro íntimo; e a violência comunitária que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco e que podem conhecer-se ou não (geralmente fora de casa), como exemplo temos os estupros ou ataques sexual cometidos por estranhos, bem como as violência em grupos de instituições como escolas, ambientes laborais, prisões e abrigos.

- *Violência coletiva*: é subdividida em violência social, política e econômica, que são os motivos possíveis para a violência cometida por grandes grupos de pessoas ou pelos Estados. Crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões são alguns exemplos de violência em sua forma coletiva.

A violência também pode ser categorizada de acordo com a natureza dos atos violentos praticados. Nesse contexto, para Minayo (2009), a Organização Mundial de Saúde (KRUG *et al.*, 2002) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; 2014c) definem a violências nas seguintes tipologias:

- *Violência Física*: significa o uso da força física ou poder utilizados para ferir as pessoas, provocar dor, incapacidade, morte ou para obrigá-las a fazer o que não desejam. Este tipo de violência se manifesta de formas distintas, tais como tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, lesões por armas ou objetos, entre outras.

Ela costuma ocorrer em todos os ambientes sociais e estima-se, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que cerca de 40,5% do total de atendimentos de crianças e adolescentes são decorrentes de agressão física (WAISELFISZ, 2012).

- *Violência Psicológica*: relaciona-se a ações intencionais, agressões verbais ou gestuais que tenham o objetivo de causar dano à autoestima e à identidade pessoal, além de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou isolar a pessoas do convívio social. A chantagem, a humilhação, o terror, a desvalorização, a ameaça, a manipulação afetiva, exploração, entre outros, são exemplos de violência psicológica praticados constantemente, inclusive no meio infantil.

De acordo com estudo de Moreira *et al.* (2017), realizado na cidade de Porto Velho (RO), a violência psicológica foi identificada como a terceira mais recorrente sofrida por crianças e adolescentes no período de 2011 a 2015, evidenciando ainda no mesmo estudo, que este tipo de violência aparece, geralmente, juntamente com outro tipo de violência, o que corrobora com estudos de Bezerra e Monteiro (2012) e Patias, Siqueira e Dias (2012).

- *Violência Sexual*: presente nas relações hétero ou homossexuais, que se dão por uma pessoa que, por meio de poder (força física, coerção, aliciamento, ameaças, intimidação psicológica) sobre outra, visa estimular a vítima ou a utiliza para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais.

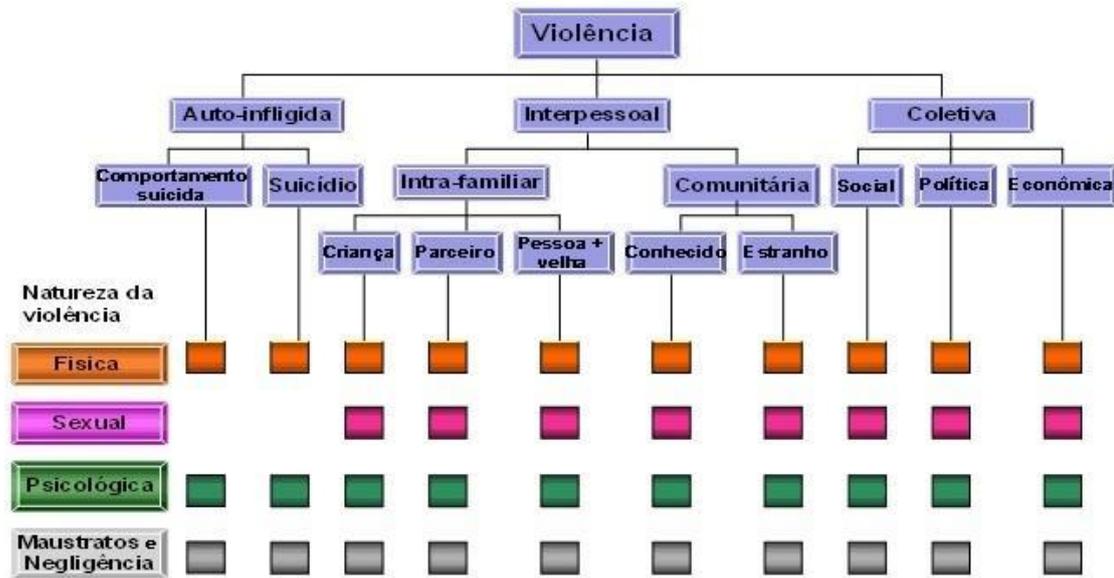
Dois estudos realizados por meio de meta-análises, identificaram a prevalência mundial da violência sexual entre crianças e adolescentes (BARTH *et al.*, 2013; STOLTENBORGH *et al.*, 2011). Em um deles, os autores analisaram 217 estudos realizados em países norte e sul americanos, europeus, asiáticos, africanos e australianos, publicados entre 1980 e 2008, resultando em 331 amostras independentes, totalizando 9.911.748 participantes. A prevalência mundial estimada da violência sexual contra crianças e adolescentes foi de 11.8%.

- *Negligências, abandonos e privações de cuidados*: caracteriza-se pela ausência, recusa ou a omissão de cuidados e atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados. No caso das crianças e adolescentes, geralmente exemplificam esse tipo de violência os maus-tratos, não prover alimentos e higiene de forma adequada, descuido com a saúde, deixar medicamentos armazenados de forma indevida e de fácil alcance, entre outros.

Minayo (2009), ainda descreve um outro tipo de natureza de violência que tem atingido principalmente os idosos, que é a violência por abuso econômico ou financeiro. Baseia-se na exploração imprópria ou ilegal (ou no uso não consentido por eles) de seus recursos financeiros e patrimoniais. Trata-se de um tipo de problema que se torna cada vez mais comum no Brasil, à medida que a população envelhece e a expectativa de vida aumenta e que ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, por filhos, em primeiro lugar, depois por noras, genros e netos.

Estas definições, embora não universalmente aceitas e em constante modificação, oferece uma estrutura útil para a compreensão dos tipos de violência praticada em todo o mundo, como mostra o esquema a seguir:

Figura 2: Tipologia da Violência



Fonte: MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde (2009)

Nessa perspectiva, diante da complexidade que se constrói a violência e suas definições, o que os estudos apontam é que diversos aspectos contribuem para uma situação propícia à violência, sendo eles familiares, comunitários, culturais, entre outros. No que diz respeito às crianças, ela ocorre mais prevalentemente naqueles contextos em que elas deveriam estar mais seguras e protegidas (família, casa, escola, instituições em que é cuidada) (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Carmo e Harada (2006) acrescenta que os atos violentos que apresentam maior gravidade são os que acontecem dentro de casa, podendo levar crianças ao óbito, o que, infelizmente, não acontece com raridade.

Nesse sentido, é importante que a violência seja analisada na perspectiva da sociedade que a produziu, pois se baseia em fatos políticos, econômicos e culturais que são traduzidos nas relações cotidianas e que, por serem nutridos por certa comunidade e sob determinadas ou um conjunto de circunstâncias, podem também por ela serem desconstruídos e superados (MINAYO; SOUZA, 1998).

3.2 Concepção sobre infância, sua relação com a violência e impactos

Há muito tempo e em muitas partes do mundo, existem registros de casos de violência contra crianças na literatura, artes e ciências, porém isso passou despercebido por

vários anos devido ao sentimento de infância estar permeado por um processo constante de modificação (KRUG *et al.*, 2002). Em seu estudo, Ariès (1981) apresenta as transformações das percepções e atitudes em relação à criança desde a Antiguidade até a Idade Moderna.

Vale destacar que qualquer forma de abordagem global à violência contra criança, deve considerar os diferentes padrões e expectativas em relação a variedade de culturas em todo o mundo. A cultura contribui para definir os princípios e valores padronizadamente aceitos dos modos de criação das crianças e os cuidados que se deve ter com as mesmas (KRUG *et al.*, 2002).

É evidente que, em determinadas comunidades, os maus-tratos infantis eram aceitos de forma declarada ou omissa, e utilizados como meio de punição para disciplinar crianças em todas as suas fases, chegando, em algumas situações, ao filicídio, elevando ainda mais as taxas de mortalidade infantil (CARMO; HARADA, 2006). Estes eventos estão relatados nos mais antigos livros e documentos que contam a história da humanidade. Como exemplos, podemos citar o Código de Hamurabi, a Bíblia, o Alcorão, e outros (DAY *et al.*, 2003; MARTINS; JORGE, 2010; GODINHO; RAMIRES, 2011).

O Código de Hamurabi, um dos mais importantes códigos jurídicos da Antiguidade, no Oriente Médio (1728 - 1686 a.C.), decretava castigos infantis, tais como o corte da língua do filho que duvidasse da paternidade dos seus pais adotivos, a retirada dos olhos do filho adotivo que demonstrasse a vontade de retornar para a casa dos pais biológicos e o decepamento da mão do filho que perpetrasse violência física contra seu pai. Todos esses tipos de agressões eram aplicados como exemplos para toda a sociedade, como forma de punição e tratamento (DAY *et al.*, 2003).

Ao contrário, em casos de violência sexual infantil praticada pelo próprio pai, previa-se apenas a expulsão do agressor da cidade na qual residia, o que sugere que as crianças eram vítimas em todas as situações e que estavam sujeitas à violência o tempo todo e que não tinham proteção jurídica, porque a lei vigente naquela época e naquele lugar, exigia delas deveres, e não lhes garantiam nenhum direito (DAY *et al.*, 2003).

Em outra região, na Grécia Antiga, as crianças que nasciam saudáveis eram oferecidas aos deuses como presentes, já as que nasciam com quaisquer deformidades eram mortas, bem como acontecia em Roma, onde o próprio pai deveria sacrificar o seu filho e também poderia vendê-lo quando quisesse, segundo a Lei das XII Tábuas (303-304 d.C.). Ainda em Roma, as crianças do sexo masculino eram retiradas de sua família e enviadas como “soldados” para o campo de formação militar, local onde eram submetidos a testes de resistência, e apenas os que se sobressaiam, tinham a possibilidade de seguir carreira no ensino

superior; as meninas deveriam casar-se até os 14 anos de idade e os filhos de plebeus e escravos eram tido como escravos também e ficavam responsáveis por trabalhos subalternos (DAY *et al.*, 2003; FALEIROS, 2008; MARTINS *et al.*, 2013).

A Bíblia também revela histórias de violências cometidas contra crianças, como o massacre comandado pelo Rei Herodes que determinou que seus soldados matassem todas as crianças menores de dois anos, pois o Messias estava a nascer, e a ordem do Faraó do Egito para matar todos os bebês hebreus do sexo masculino para controle da população escrava.

Marcada pelo feudalismo, a Idade Média - entre os séculos V e XV - conta a história de crianças e adolescentes que eram obrigados a trabalharem diariamente para servirem os senhores feudais (DAY *et al.*, 2003; BARRETO, 2015). Quando as primeiras crianças chegaram ao Brasil, antes mesmo do seu descobrimento oficial, elas já eram vítimas de exploração e sua história marcada por situações de desproteção (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Entre 1730 e 1779, na Inglaterra, metade das pessoas que morreram tinham menos de cinco anos de idade e as crianças podiam ser condenadas por qualquer um dos mais de duzentos crimes, sendo a pena principal o enforcamento (DAY *et al.*, 2003).

Nesta época, a infância estava ligada diretamente à idéia de dependência. A criança alcançava alguma autonomia a partir dos sete anos, que era quando ela “participava da vida adulta”, sendo considerada desta forma, um adulto em menor tamanho, pois as tarefas que elas executavam exigiam idades mais avançadas (ARIÈS, 1981).

Ainda na Idade Moderna (século XV ao XVIII), inicia-se uma preocupação maior com a fase da infância, cuja criança passa a ser objeto de controle, o que permeava o uso de castigos para preservar a inocência dela, e para que a mesma crescesse e se tornasse um “adulto de bem” (DAY *et al.*, 2003). Dessa forma, levando em conta também a preocupação com a escolarização da criança, os castigos aplicados às crianças se intensificaram e se tornaram ainda mais violentos, com o objetivo de disciplinar, educar e moldar moralmente o caráter do indivíduo desde a infância (ARIÈS, 1981; MARTINS *et al.*, 2013).

Posteriormente, devido ao crescimento e ao desenvolvimento comerciais, promovidos pela Revolução Industrial (século XVIII e XIX), as crianças passaram a ser utilizadas como mão de obra nas indústrias, trabalhando em turnos de 16 a 18 horas por dia, recebendo salários inferiores aos dos adultos e não recebendo qualquer tipo de assistência à saúde em casos de acidentes (MARTINS *et al.*, 2013). Até início do próximo século (XX), a criança foi vista como instrumento de poder e de domínio exclusivo da igreja.

Somente no início do século XX, após ajuda de profissionais de diversas áreas como a medicina, psiquiatria, o direito e a pedagogia, foi possível inserir uma nova mentalidade

de atendimento à criança, abrindo espaços para uma concepção de reeducação, firmada não somente nas ideologias religiosas, mas também científicas (DAY *et al.*, 2003).

Com base no breve relato histórico acima, é possível perceber que a violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha toda a experiência da humanidade (DAHLBERG; KRUG, 2007), entretanto, ela só passa a ter relevância social e ser considerada um problema de saúde pública a partir do século XX, em 1902, quando foi implantada a Política de Assistência e Proteção aos Menores Abandonados e Delinquentes, que surgiu em decorrência da crescente criminalidade entre menores e estabelecia distinção entre o tratamento aplicado a crianças e adolescentes e aos adultos, nos casos de práticas ilícitas (FALEIROS, 2008; GUERRA, 2008).

Em 1860, foi realizado pelo francês Prof. Ambroise Tardieu, presidente da Academia de Medicina de Paris, o primeiro estudo científico sobre violência contra criança, que estabelecia o conceito de criança maltratada ao apresentar trinta e dois casos, compreendendo dezesseis vítimas menores de cinco anos de idade, além de dezoito óbitos. Nos Estados Unidos (EUA), o caso da menina Mary Ellen, de 8 anos, que foi brutalmente maltratada pelos seus pais adotivos, crime que chocou a população americana e mundial e deu origem a criação da New York Society for the Prevention of Cruelty to Children, em 1974 (DAY *et al.*, 2003; FRANZIN *et al.*, 2014).

A obra “Síndrome da Criança Espancada”, publicada em 1962 e coordenada pelos autores Silverman e Kempe, com o auxílio de outros colaboradores, foi um marco na história da literatura médica acerca da VCC e impulsionou o fortalecimento deste fenômeno como objeto de investigação e maior controle por parte dos profissionais de saúde e população. Em seguida, em 1970, Kempe também descreveu a “Síndrome do Bebê Espancado”. Porém, de acordo com Minayo (1994), somente a partir de 1990, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e a OMS, começaram a tratar oficialmente sobre o tema da violência e não somente sobre “causas externas”, como costumava discorrer até então, estabelecendo uma maior preocupação e abrindo espaço para o fortalecimento de políticas públicas de saúde que abordassem a temática da VCC.

Dentre as medidas e políticas públicas para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes implementadas pelo Estado, merecem destaque os seguintes projetos: Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (BRASIL, 1975); Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 1984); Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (BRASIL, 1996); Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que aborda a violência contra a criança (BRASIL, 2001a); Portaria de Notificação de Violências Contra Crianças e Adolescentes na Rede do SUS (BRASIL, 2001c); Programa

Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2007a) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do SUS (BRASIL, 2015b).

Por se tratar de uma situação cada vez mais frequente e que vem apresentando dados de incidência cada vez maiores, o fenômeno da VCC passou a ser estudado a partir dos seus efeitos e impactos de diversas formas, tanto na vida das crianças vitimizadas, quanto de suas famílias.

Trata-se de um desafio mundial e intersetorial, pois está presente em todas as sociedades, independente da época, sistema cultural, religião e desenvolvimento econômico; causando não somente um problema social, como também, e principalmente, um impacto na saúde da população, o que resulta em altos custos financeiros e sociais tanto para o Estado, quanto para as famílias (BARRETO, 2015).

Estimativas apontam que os EUA gastam cerca de nove bilhões de dólares por ano, devido consequências dos maus-tratos nas suas vítimas. E, entre as crianças que sobrevivem aos maus-tratos, considera-se que uma taxa de 30% de vítimas apresentam sequelas que podem perdurar o resto da vida (FRANZIN *et al.*, 2013; TERRA; SANTOS, 2006).

Em relação à violência no contexto da infância, o mais preocupante é que os impactos sofridos por elas podem ser manifestar a curto, médio e longo prazo, e, por isso, Day *et al.* (2003) relata em seu estudo que por muitas vezes há uma tendência em subestimar a VCC, acreditando que os prejuízos provenientes dela parecem ser temporários e desaparecerem no decorrer do desenvolvimento infantil, visto seus efeitos a longo prazo não serem evidenciados de imediato. Ele ainda complementa dizendo que as crianças vítimas da violência, quando acometidas dentro de sua própria casa, mesmo que sejam retiradas desse contexto de maus-tratos, sofrerão os impactos da experiência vivida em toda sua vida (DAY *et al.*, 2003).

Os impactos da violência podem ser observados de formas distintas segundo a etapa do desenvolvimento; quanto mais precoce, intensa ou prolongada for a experiência de violência, maiores e mais permanentes serão os danos para a criança. Dessa forma, fatores como a idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência sofrida, a frequência, o tempo de duração, a natureza, a gravidade da agressão, o vínculo afetivo entre o agressor e a vítima, ou ainda as medidas adotadas para a prevenção de agressões futuras, devem ser considerados determinantes na mensuração e manifestações dos prejuízos da VCC (BRASIL, 2010).

Estudo desenvolvido por Queirós e Caseiro (2018), após uma revisão da literatura, revela que a exposição a maus tratos na infância, está associado diretamente ao risco aumentado de doença física e mental, relacionando-se com mais de 30% da psicopatologia e

com maus resultados clínicos, levando ao estabelecimento de doenças crônicas, aumento da hospitalização, comorbidades e baixa resposta terapêutica. Isso deve-se ao fato de que as experiências diversas vividas na infância podem causar alterações epigenéticas e essas alterações implicam na resposta ao estresse e no sistema de desenvolvimento neurológico, o que explica o impacto da violência na saúde mental de crianças.

Day *et al.* (2003) também descreve manifestações psicológicas imediatas que podem comprometer a saúde das vítimas da VCC, como pesadelos repetitivos; ansiedade que pode levar a sentimentos como raiva, culpa, vergonha; medo do agressor e de pessoa do mesmo sexo; quadro depressivo agudo; queixas psicossomáticas; isolamento social e sentimento de estigmatização.

De forma tardia, os prejuízos psicológicos mais comuns percebidos são o aumento significativo da incidência de transtornos psiquiátricos; dissociação afetiva, pensamentos invasivos, ideação suicida e fobias mais agudas; níveis mais intensos de medo, ansiedade, depressão, isolamento, raiva, hostilidade e culpa; cognição distorcida, tais como sensação crônica de perigo e confusão, pensamento ilógico, imagens distorcidas de mundo e dificuldade de perceber a realidade; confusão quanto à identidade de gênero e orientação sexual; redução na compreensão de papéis complexos e dificuldade para resolver problemas interpessoais (DAY *et al.*, 2003; OMS, 2015; HOHENDORFF; PATIAS, 2017).

É evidente a marca física revelada a partir da violência e ela surge de diversas maneiras quando na sua forma clínica, sendo o local mais acometido no caso da VCC, a pele. A vermelhidão, equimoses, hematomas, até mesmo queimaduras de 1º a 3º grau, marcas de vara, fios, cintos e mão do agressor são evidências físicas dos maus tratos em crianças (DAY *et al.*, 2003; MARCOS; VALÉRIO; VILHENA, 2015)

As formas mais graves de danos físicos em manifestação da VCC são a morte e a Síndrome do bebê sacudido, que é caracterizada por lesões de média e/ou alta gravidade que ocorrem quando uma criança, na sua maioria, na fase lactente, é severa ou violentamente sacudida, o que pode levar a cegueira, lesões cerebrais ou oftalmológicas, atraso no desenvolvimento, convulsões, lesões da coluna vertebral e até mesmo a morte (DAY *et al.*, 2003).

A desnutrição, distúrbios no sono e vigília, atividade masturbatória compulsiva, dificuldade de aprendizagem, baixo rendimento escolar, abuso de álcool, promiscuidade, disfunções sexuais, disfunções menstruais, homossexualismo, sexualização ou abuso de seus filhos, banhos frequentes, baixa auto-estima, sentimento de rejeição, são alguns dos impactos gerados pela violência na infância e que tem repercussão ainda na fase adulta (OMS, 2015).

De acordo com Day *et al.* (2003), sabe-se que na população carcerária, há uma grande incidência de indivíduos que apresentam histórias de violência na infância e que estes tendem a apresentar mais problemas psiquiátricos.

Nesse sentido, percebe-se que os impactos negativos causados pela violência no contexto da infância revelam-se como um conjunto que culmina em forte estressor em relação ao processo normal de crescimento e desenvolvimento (NUNES; SALES, 2016). Além dos sinais físicos, a VCC leva a transtornos emocionais e psicológicos, afetando o bem-estar e a qualidade de vida as vítimas, desde a infância até a fase adulta, deixando marcas negativas no desenvolvimento pessoal, social, sexual, escolar e no funcionamento psíquico, aumentando o risco de envolvimento com drogas, gravidez precoce, suicídio, prática de violência, aumento da agressividade, entre outros (MARTINS *et al.*, 2013).

Dessa forma, é importante o estudo e o ensino da temática de violência contra criança na formação de profissionais da saúde, dentre eles o enfermeiro, para que haja maior engajamento deste no enfrentamento de casos que possam surgir e no processo de resolução dos mesmos, buscando estratégias para seu mais eficaz tratamento e controle.

3.3 Papel do enfermeiro frente à violência contra criança: o que diz a DCN/ENF?

Como exposto nos capítulos anteriores, a violência é um tema emergente, que apresenta estatísticas relevantes e apresenta impactos significativos comprometendo a saúde e qualidade de vida de suas vítimas, principalmente quando estas são crianças. Não é um fenômeno novo, pois vem sofrendo interferência cultural, religiosa e econômica desde a antiguidade até os dias atuais, mas ainda gera certo desconforto quando se é discutida, principalmente devido a dificuldade dos profissionais em tratar e enfrentar o problema quando ele vem à tona (BOURROUL; REA; BOTAZZO, 2008).

Em se tratando de um assunto que representa um grave problema de saúde pública, é importante o trabalho em rede para facilitar a identificação, manejo e enfrentamento do problema, o qual deve ocorrer de forma articulada entre as organizações envolvidas, com a finalidade de compartilhar recursos de acordo com as necessidades de cada esfera, mas pensando no coletivo, baseando-se nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade (EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2018).

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental dentro dessa rede, competindo aos mesmos fazer um diagnóstico diferencial das lesões e sinais decorrentes dos maus-tratos, bem como conhecer o fluxo a seguir nos casos de suspeita e/ou confirmação.

Desta forma, pode ser possível superar o fenômeno da violência contra crianças, bem como suas consequências (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Nesse sentido, é importante conhecer, enfrentar e notificar os casos de violência contra criança, bem como gerar registros em bancos de dados pertinentes ao assunto, pois é por meio do conhecimento epidemiológico deste fenômeno, que podem ser desenvolvidas e aprimoradas políticas públicas voltadas para sua intervenção e prevenção (MARTINS *et al.*, 2017).

No entanto, o que se percebe em muitos estudos realizados é que existe uma subnotificação de casos de VCC, bem com uma inadequada importância revelada aos casos, visto o despreparo dos profissionais, que relatam insegurança, medo e até mesmo desconhecimento em relação aos sinais/sintomas que são característicos e/ou sugestivos da violência na infância (MARINHO *et al.*, 2016; EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2018).

Esse despreparo e a não notificação dos casos podem ser decorrentes de uma discussão deficiente sobre o tema na graduação e o desconhecimento desses profissionais sobre as legislações e políticas públicas que regulamentam a violência contra crianças, a obrigatoriedade de notificação quando da sua suspeita ou evidência e o encaminhamento das mesmas para os órgãos competentes (ALMEIDA *et al.*, 2012; MARINHO *et al.*, 2016).

O enfermeiro é um dos profissionais que apresenta maior responsabilidade frente ao fenômeno de violência contra crianças, visto que é o principal sujeito mediador do cuidado e, geralmente, quando uma vítima procura um serviço de saúde, como a Atenção Primária à Saúde, por exemplo, o primeiro contato para atendimento é realizado pelo enfermeiro ou equipe de enfermagem. Além disso, o enfermeiro é o profissional responsável pela organização da maioria das linhas de cuidado dentro do Programa de Saúde da Família, ficando sempre em evidência e mais disponível para a população adstrita (MARTINS *et al.*, 2017).

Esta aproximação pode estabelecer uma relação de confiança entre o profissional enfermeiro e a vítima, o que favorece a identificação, prevenção, orientação, assistência e notificação do agravo, nos casos da VCC. As ferramentas primordiais utilizadas nestes casos são a anamnese, o exame físico e o processo de enfermagem. Neste contexto, a sensibilidade sobre o sigilo das informações obtidas, associada às habilidades de comunicação e acolhimento desenvolvidas pelo enfermeiro, são muito significativas para realizar um atendimento adequado à vítima, bem como seu encaminhamento e superação (TAPIA *et al.*, 2014).

Existem ainda algumas lacunas que demonstram escassez nos regulamentos que firmam os procedimentos técnicos relacionados à profissão de enfermagem, segurança do profissional ao notificar e falha na identificação da violência (ALMEIDA *et al.*, 2012). Isso

deve-se ao fato de as universidades abordarem a temática da violência de forma muito pontual, formando profissionais com fragilidades para desenvolver ações de identificação e cuidados das vítimas (SILVA *et al.*, 2018).

O novo Código de Ética de Enfermagem, regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 0564, de 06 de novembro de 2017, traz em seu capítulo que trata de suas responsabilidades e deveres, no Art. 52º, parágrafo 4º, que é obrigação do profissional “a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças, adolescentes [...]”, e é proibido de “provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão”, em seu Art. 64º (COFEN, 2007).

Desta maneira, o código reforça a idéia de que o enfermeiro deve estar atento a todos os sinais de violência, bem como desempenhar um importante papel no processo de combate a este fenômeno (ALMEIDA *et al.*, 2012).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, para aplicação em nível nacional, visando o desenvolvimento dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 2001b).

Em seu Art. 3º, as DCN/ENF trazem que o egresso do Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um perfil de um profissional que conheça os princípios éticos nos quais estão baseados o exercício de sua profissão e que este seja capaz de intervir sobre problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes (BRASIL, 2001b).

Além disso, a formação do enfermeiro tem o objetivo de capacitar o profissional para o exercício das seguintes competências e habilidades: desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, assegurando uma prática realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias de saúde; tomada de decisões para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, ser acessíveis e estabelecer vínculos eficazes de comunicação; estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre pensando no bem-estar da comunidade; desenvolver boa administração e gerenciamento tanto de recursos físicos, materiais e informações; realizar

atividades de educação permanente, sendo capazes de aprender continuamente, quanto na sua formação, quanto na sua prática (BRASIL, 2001b).

O perfil profissional, delineado no Art. 5º das DCN/ENF, está voltado para a formação de um profissional que, dentre tantas competências e habilidades, compreenda a política de saúde no contexto das políticas sociais, bem como, reconhece a saúde como direito e condições dignas de vida, atuando de forma a garantir a integralidade da assistência, envolvendo todos os ciclos de vida (criança, adolescente, mulher, adulto e idoso) (BRASIL, 2001b).

Ainda relacionado à saúde da criança, em relação aos conteúdos essenciais, explicitados no Art. 6º, estão indicados através de eixos temáticos, sendo um dos componentes do Eixo “Ciências da Enfermagem”, o estudo de “conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestado à criança [...], considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos, ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem”.

Em estudo de revisão integrativa, realizado por Soriano *et al.* (2015), onde se buscou analisar as publicações relacionadas ao uso das DCN/ENF para construção dos currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem e suas mudanças, revela que as diretrizes trazidas pela Resolução de 2001, deixa explícito a necessidade de compromisso com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a aproximação de conteúdos que estejam voltados às políticas públicas de saúde daquela determinada região de ensino, visando a formação de profissionais enfermeiros que tenham senso crítico, reflexivo e resolutivo frente às situações problemáticas que podem lhe ser apresentadas.

Nessa perspectiva, Silva *et al.* (2018), aponta em seu estudo a importância do desenvolvimento de projetos de extensão, como contribuição na aquisição de experiências, uma vez que possibilitaria o contato dos discentes com a comunidade, suas realidades e diversas situações de violência, sendo uma oportunidade de aliar teoria com a prática .

No entanto, estudos apontam que, mesmo após vários anos da formulação das DCN/ENF, ainda existem muitos desafios e dificuldades a serem enfrentadas, apontando como uma delas os aspectos muito subjetivos que estão descritos nas diretrizes, o que favorece múltiplas interpretações e reforça a adesão a conceitos e concepções equivocadas sem um aprofundamento adequado, o que sugere reformulação e maior direcionamento por parte do documento (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, em que foram analisados Projetos Políticos Pedagógicos, Matriz Curriculares e Ementários dos cursos de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais, localizadas nas capitais brasileiras e Distrito Federal.

A pesquisa documental utiliza fontes primárias para coleta de dados, como dados governamentais, relatórios, estatísticas, publicações de órgãos públicos ou privados, entre outros, isto é, dados ou informações que não foram tratados científica ou analiticamente (FLICK, 2009), e os documentos a serem utilizados não dependerá do objeto de estudo, do problema a que se busca uma resposta. Neste sentido, ao pesquisador cabe a tarefa de encontrar, selecionar e analisar os documentos que servirão de base aos seus estudos (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

O uso de documentos configura-se em recurso importantíssimo na pesquisa científica, pois por meio deles é possível extrair e resgatar uma riqueza de informações, possibilitando ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Considerando o objetivo proposto, de apresentar como a temática Violência Contra Criança está inserida nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem, foi realizada análise qualitativa dos documentos selecionados, tendo como referencial teórico a violência como “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (OMS, 2002).

Minayo, Assis e Souza (2005) aponta que a abordagem qualitativa propõe a subjetividade como fundamento do sentido, entendendo-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas em descrever os meandros das relações sociais, que são consideradas essenciais e resultantes da atividade humana criadora, afetiva e relacional, que pode ser apreendida por meio da vivência do cotidiano, da experiência e da explicação do senso comum.

A abordagem qualitativa fornece dados básicos e descrições detalhadas para o desenvolvimento e a compreensão de fenômenos, a partir de comportamentos, trechos de

documentos, registros, citações diretas de pessoas, correspondências, gravações, transcrições de entrevistas e discursos (PATTON, 1980; GLAZIER; POWELL, 2011).

Ainda, para Glazier e Powell (2011), a pesquisa qualitativa é melhor definida pelo que ela não é, ou seja, ela não é um conjunto de procedimentos que depende fortemente de análise estatística para suas inferências ou de método quantitativo para a coleta de dados.

As pesquisas descritivas, adotada aqui para atender aos objetivos propostos, visam estudar, registrar, analisar e interpretar um problema de pesquisa, proporcionando uma nova perspectiva sobre determinada realidade já observada, no entanto, sem emitir opiniões próprias. Ela possui a naturalidade como característica principal e um alto grau de generalização (PEROVANO, 2016).

A pesquisa descritiva pode utilizar de diversos métodos para realização de coleta de dados, dentre eles, a análise documental. Na análise documental o objetivo é compreender uma realidade ou fenômeno por meio da interpretação de dados e informações, e a partir da análise do pesquisador, chegar a conclusões significativas e que possam contribuir para responder os questionamentos feitos inicialmente (FLICK, 2009; PEROVANO, 2016).

Para atender aos objetivos propostos também foi usado pressupostos da pesquisa exploratória. Segundo Gil (2010), esse tipo de metodologia se dá pela familiaridade com o problema, a ser investigado, a fim de tornar o entendimento sobre este mais amplo, ou a construção de hipóteses. Ele declara que “seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fenômeno a ser estudado”. Complementando o que afirma Gil tem-se Oliveira Netto (2006) ao afirmar que a pesquisa exploratória “estabelece critérios, métodos e técnicas para elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses”.

A pesquisa descritiva é, em conjunto com a pesquisa exploratória, a mais habitualmente realizada pelos pesquisadores que estão preocupados a associar teoria à atuação prática, sendo mais solicitada por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais, partidos políticos, entre outros (GIL, 2010).

4.2 Materiais: seleção dos documentos

Levando-se em conta a magnitude que é o problema de VCC no país, e o quanto dados têm apontado cada mais vez mais casos de omissão, subnotificação, falta de seguimento e preparo dos profissionais enfermeiros para lidar com o assunto, considera-se significativo que o trabalho abranja as IES das capitais do país como um todo, visando conhecer a realidade a

nível nacional, principalmente no que diz respeito às IES públicas federais que, por conceito e em sua maioria, são conhecidas como de maior impacto na formação dos profissionais preparando-os para o mercado de trabalho.

Visto também as diferenças culturais, socioeconômicas e geográficas de cada população, bem como a influência desses fatores nas questões de VCC, optou-se por trabalhar com todas as regiões do país, avaliando pelo menos os documentos de uma IES por região. Assim, nesta pesquisa foram utilizados Projetos Políticos Pedagógicos, Matriz Curriculares e Ementários dos cursos de Graduação em Enfermagem de Instituições de Ensino Superior Públicas Federais localizadas nas capitais brasileiras e do Distrito Federal (DF), totalizando 26 Estados e o Distrito Federal (DF).

Figura 3: Mapa com as IES públicas federais localizadas nas capitais

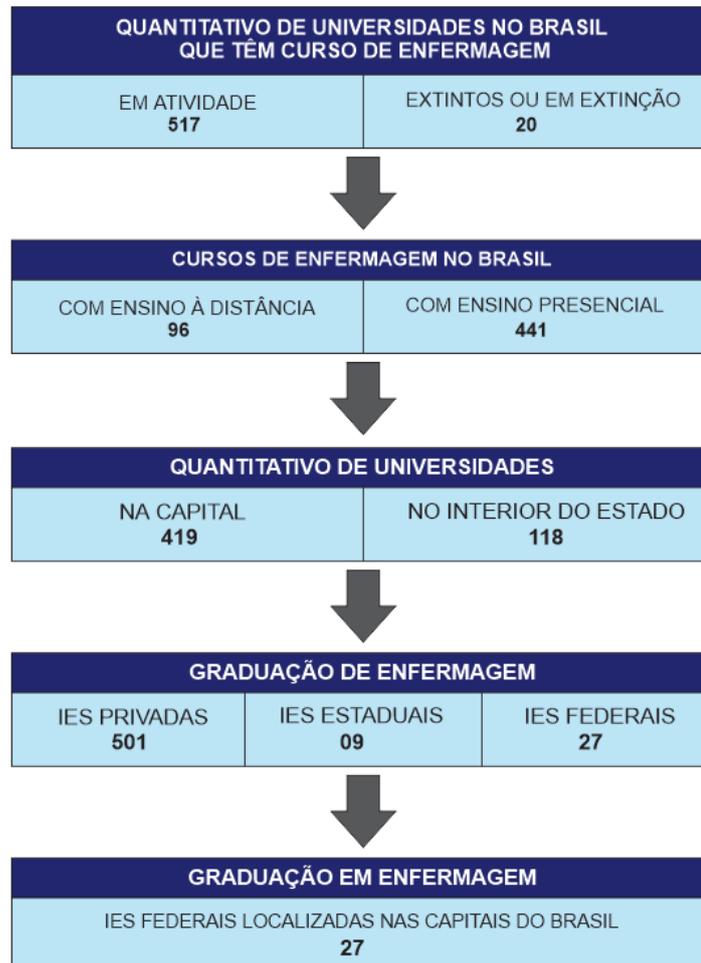


4.3 Procedimento de coleta de dados

O estudo foi desenvolvido no período de doze meses, compreendidos entre dezembro de 2018 e dezembro de 2019, de modo que a coleta de dados ocorreu nos meses de maio a julho de 2019, em duas etapas:

Etapa 1 – Realizou-se buscas no *site* do e-MEC, nos meses de maio e junho. O e-MEC foi instituído em 2007, e configura-se em sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da educação superior no país (BRASIL, 2007b).

Figura 4: Representação da estratégia de busca dos PPC dos cursos de Enfermagem das Universidades Públicas Federais localizadas nas capitais



A figura acima, traz a representação de como foi realizada a busca dos PPC utilizados como objetos neste estudo. No *site* do e-MEC, especificamente no “Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior - Cadastro e-MEC” na guia “Consulta avançada”, realizou-se levantamento dos cursos de graduação em enfermagem oferecidos nas 27 UF (Unidades Federativas) das cinco regiões brasileiras; gratuito; grau de bacharelado e licenciatura; com situação ativa. Em seguida, selecionamos os que estavam em atividade, que eram de IES públicas federais e localizadas nas capitais brasileiras.

Etapa 2 - Uma vez identificadas as IES públicas federais das capitais brasileiras e do Distrito Federal, que ofertavam curso de graduação em Enfermagem, buscou-se nos sítios eletrônicos das mesmas, os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), as Matrizes Curriculares e os Ementários dos referidos cursos. Cabe ressaltar que, apesar de tanto a Matriz Curricular

quanto o Ementário serem componentes do PPC, em vários casos, estes aparecem como anexos, apêndices ou mesmo em páginas diferentes do *site*.

Vale destacar também que, apesar da documentação referida ser de acesso público, previsto em legislação, durante a busca dos documentos, muitas instituições não disponibilizavam os documentos nos sítios eletrônicos, dificultando o acesso a documentação necessária para análise dos dados.

Sendo assim, após a busca nos sites institucionais das IES, foi realizado contato via e-mail e/ou telefônico àquelas em que os PCC, matriz curriculares e/ou ementários dos cursos de graduação em Enfermagem não estiveram disponíveis, a fim de solicitar os documentos necessários.

4.4 Análise dos dados

Nessa pesquisa foi realizada análise documental, sendo esse um procedimento que engloba identificação, verificação e apreciação de documentos que mantêm relação com o objeto investigado, segundo ANDRADE *et al.* (2018, *apud* MOREIRA, 2009).

Assim, foram realizadas as seguintes etapas: escolha e seleção dos documentos; análise dos materiais selecionados (leitura), agrupamento em núcleos de análise e, posteriormente, categorização dos dados.

Para análise dos dados foram utilizados como referenciais teóricos dessa pesquisa, a definição de violência, segundo a OMS - “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (OMS, 2002) - e as DCN/ENF. Os dados obtidos a partir da análise dos documentos (PPC, Matriz curricular e Ementário) serão categorizados de modo a permitir melhor compreensão dos fenômenos apreendidos.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

- Critérios de inclusão:

- Projetos Políticos Pedagógicos, Matriz Curriculares e Ementários dos cursos de Graduação em Enfermagem, modalidade Licenciatura e/ou bacharelado, de Instituições de

Ensino Superior Públicas Federais localizadas nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF), que seja credenciadas junto ao Ministério da Educação.

- Critérios de exclusão:

Projetos Políticos Pedagógicos, Matriz Curriculares e Ementários dos cursos de Graduação em Enfermagem, modalidade Licenciatura e/ou bacharel, de Instituições de Ensino Superior Públicas Federais localizadas nas capitais brasileiras e do Distrito Federal (DF) em que o curso não esteja em funcionamento (sem abertura de turmas); e IES em cujos PPCs não foram obtidos, após três tentativas.

4.6 Aspectos éticos

Haja vista que este estudo trata-se de uma pesquisa que utilizará o método documental com informações de acesso público, o mesmo não necessitará de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de acordo com a resolução 510/2016, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Artigo

Violência Contra Crianças na Formação de Enfermeiros Brasileiros: Perspectivas a partir dos currículos de enfermagem

Rayanne Rodrigues Fernandes

Juliana Bastoni da Silva

Daniella Pires Nunes

Leidiane Ferreira Santos

RESUMO

Introdução: O papel do enfermeiro diante as situações de maus-tratos contra crianças é muito importante, no entanto, muitos profissionais relatam dificuldade para lidar com esses casos, apontando fragilidades e despreparo para identificação e cuidado às vítimas. Essas limitações são atribuídas à ausência ou abordagem insuficiente sobre o tema no curso de graduação em enfermagem, sendo significativo avaliar se o tema Violência Contra Criança (VCC) está inserido em seus currículos. **Objetivo:** Apresentar como a temática Violência Contra Criança está inserida nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais das capitais do Brasil. **Método:** Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, em que foram analisados os Projetos Políticos Pedagógicos (PPC), Matriz Curriculares e Ementários dos cursos de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais, localizadas nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Foi realizada em duas etapas: identificação das Instituições de Ensino Superior (IES) no site e-MEC; busca dos documentos necessários nos sítios eletrônicos das IES, e sua posterior avaliação e catalogação dos resultados. **Resultados:** Foram avaliados 26 PPC, após contato via e-mail e/ou telefone para conseguir os documentos das IES que não disponibilizavam os mesmos ou estes estavam incompletos. Destas, 13 abordavam o tema “violência” em seus currículos, sendo 6 em disciplinas obrigatórias, 5 em optativas e 2 em ambas. Em relação a VCC, apenas 2 IES abordam o assunto, sendo 1 em disciplina obrigatória e 1 em optativa. Em sua maioria, a violência foi abordada nos PPCs no 7º período (42,8%). **Conclusão:** Considera-se que o ambiente acadêmico é o meio apropriado para o fortalecimento de discussões e preparo

dos alunos, para que eles tenham condições de identificar e realizar o acompanhamento e tratamento adequado das crianças vítimas de maus-tratos e suas famílias.

Descritores: Criança; Violência infantil; Currículo; Cursos de Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: The role of the nurse in the face of situations of abuse against children is very important, however, many professionals report difficulties in dealing with these cases, pointing out weaknesses and unpreparedness to identify and care for the victims. These limitations are attributed to the absence or insufficient approach on the topic in the undergraduate nursing course, and it is significant to assess whether the VCC theme is included in their curricula.

Objective: To present how the theme Violence Against Children is inserted in the curricula of undergraduate nursing courses at Federal Public Universities in the capitals of Brazil. **Method:** This is a documentary, descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, in which the Pedagogical Political Projects, Curriculum and Education Matrices of the undergraduate nursing courses at Federal Public Universities, located in the Brazilian capitals and the Federal District, were analyzed. It was carried out in two stages: identification of he is on the e-MEC website; search for the necessary documents on the IES websites, and their subsequent evaluation and cataloging of the results. **Results:** 26 PPCs were evaluated after contact via e-mail and / or telephone to obtain the documents of the HEIs that did not provide them or were incomplete. Of these, 13 addressed the theme “violence” in their curricula, 6 in mandatory subjects, 5 in elective courses and 2 in both. Regarding VCC, only 2 he is address the subject, 1 in mandatory discipline and 1 in elective. Most of the violence was addressed in the PPCs in the 7th period (42.8%). **Conclusion:** It is considered that the academic environment is the appropriate means for strengthening discussions and preparing students, so that they are able to identify and carry out the appropriate monitoring and treatment of child victims of abuse and their families.

Descriptors: Child; Child violence; Curriculum; Nursing Courses

INTRODUÇÃO

Considerada há anos um grave problema de saúde pública, responsável por mais de 1,3 milhões de mortes no mundo, a violência tem sido cada vez mais discutida dentro dos cenários de saúde, com o intuito de provocar movimentos que gerem ações de controle, tratamento e prevenção, limitando assim os diversos impactos gerados na sociedade (OMS, 2014; BRASIL, 2016).

Como um fenômeno multifatorial e universal, a violência atinge diversos grupos sociais, entre eles as crianças, e vem-se revelando umas das principais causas de morbimortalidade nessa faixa etária, com índices cada vez mais assustadores (APOSTÓLICO *et al.*, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência contra criança como todas as formas de maus-tratos que tenham a possibilidade de resultar em danos potenciais ou reais à saúde de indivíduos - que estejam na faixa etária de 0 a 9 anos de idade - sejam elas de natureza física, emocional, sexual, verbal, comercial ou negligente (BRASIL, 1990; KRUG *et al.*, 2002).

Anteriormente, a principal causa de óbitos entre crianças e adolescentes era a morte natural, causada por doenças; porém, esta incidência diminuiu em 77,1% entre 1980 e 2010, dando lugar à morte por “causas externas” - que é uma expressão utilizada para inserir a mortalidade causada por homicídios, acidentes, quedas, lesões, agravos e também violência. O número de mortes de crianças por causas externas correspondia a 6,7% em 1980, passando para 26,5% em 2010, e o cenário mostra que este número tende a aumentar progressivamente, visto que, estudos apontam que meninos e meninas, entre crianças e adolescentes, podem não conseguir chegar à vida adulta no período que compreende 2015 e 2021, justificando a preocupação por este problema (WASELFISZ, 2012).

Dentre os principais tipos de violência perpetrados contra crianças e adolescentes estão a negligência e o abandono, o abuso psicológico e o abuso sexual (GARBIN *et al.*, 2015). Todas estas formas de agressão são responsáveis por impactos significativos na saúde da população, resultando em altos gastos financeiros e sociais tanto para o governo quanto para as famílias (BARRETO, 2015).

Estudos apontam que países como os EUA gastam cerca de nove bilhões de dólares por ano por conta de consequências da violência nas suas vítimas, e, entre as crianças que sobrevivem aos maus-tratos, 30% apresentam sequelas que podem perdurar o resto da vida (FRANZIN *et al.*, 2013; TERRA; SANTOS, 2006). No contexto da infância, os impactos

sofridos pelas crianças podem ser manifestar a curto, médio e longo prazo, o que pode levar a subestimação dos prejuízos causados pelas agressões, pois eles podem ir surgindo de acordo com o desenvolvimento infantil, não sendo evidenciados imediatamente (DAY *et al.*, 2003).

Ainda nessa perspectiva, nota-se que os prejuízos ocasionados pela violência podem se manifestar de diversas formas, segundo a etapa do desenvolvimento em que o ato agressor é cometido: quanto mais precoce, intenso e prolongado forem perpetradas as ações de maus-tratos, maiores e mais permanentes serão os danos para a criança (BRASIL, 2010).

Em uma revisão da literatura desenvolvida por Queirós e Caseiro (2018) evidencia-se que a experiência de vítima de maus-tratos na infância está diretamente associada ao risco aumentado de acometimento de doença física e mental, cuja taxa de mais de 30% está relacionada a psicopatologia e maus resultados clínicos, o que leva ao desenvolvimento de doenças crônicas, aumento de internações, comorbidades e baixa resposta aos tratamentos realizados.

Diante deste cenário, percebe-se a importância em se realizar um trabalho em rede, articulando as ações entre as instituições envolvidas, com o objetivo de facilitar a identificação, manejo e enfrentamento da violência contra criança (VCC). No âmbito da saúde, os profissionais desempenham um papel fundamental dentro deste processo e, o enfermeiro, visto como principal sujeito mediador do cuidado e o responsável pela organização e liderança da maioria das linhas de cuidado dentro do Programa de Saúde da Família, por exemplo, torna-se peça muito importante para superação do problema (MARTINS *et al.*, 2017; EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2018).

A aproximação estabelecida entre o enfermeiro e o usuário do serviço gera uma relação de confiança, o que favorece a identificação, prevenção, orientação, assistência e notificação de agravos, dentre eles, a VCC (TAPIA *et al.*, 2014). Dessa maneira, este profissional têm a responsabilidade frente a uma situação de violência sob dois aspectos significativos: o jurídico e o ético (MARINHO *et al.*, 2016).

Porém, embora o novo Código de Ética, regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pela Resolução nº 0564, de 06 de novembro de 2017, defina responsabilidades e deveres do profissional, bem como as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, definam os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, deixando claro que os profissionais adentrem o mercado de trabalho tendo o conhecimento dos princípios éticos nos quais estão baseados o exercício de sua profissão e que este seja capaz de intervir sobre problemas/situações de saúde-doença mais

prevalentes no perfil epidemiológico nacional, segundo algumas pesquisas, estes ainda não se encontram preparados para lidar com temas polêmicos como a VCC e nem familiarizados com os aspectos legais a serem adotados diante desse casos (BRASIL, 2001; COFEN, 2007; ALMEIDA *et al.*, 2012).

Alguns estudos apontam que essa fragilidade dos profissionais para enfrentamento da VCC, deve-se ao fato de que há ausência ou uma abordagem insuficiente sobre o tema no curso de graduação em Enfermagem, cujo mesmo é tratado muitas vezes de maneira pontual, o que leva à formação de enfermeiros despreparados, inseguros e temerosos, ocasionando falha na identificação, assistência, tratamento e encaminhamento dos casos e, má qualidade dos registros para as instituições de referência, bem como, uma subnotificação dos mesmos (MARINHO *et al.*, 2016).

Nesse contexto, este estudo, produto da dissertação de mestrado, teve como objetivo principal avaliar como a temática Violência Contra Criança está inserida nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais das capitais do Brasil. Dessa forma, buscou-se identificar, por meio da análise dos Projetos Políticos Pedagógicos, qual a carga horária, em quais períodos e em quais disciplinas está inserido o tema violência e VCC, evidenciando na literatura publicações que apontem o relevante papel e as dificuldades do enfermeiro diante o tratamento às vítimas e seus familiares, bem como a importância de inserir o tema para discussão dentro dos currículos da graduação de acordo com o que é regulamentado pela DCN/ENF e o COFEN.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, em que foram analisados Projetos Políticos Pedagógicos, Matriz Curriculares e Ementários dos cursos de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais, localizadas nas capitais brasileiras e Distrito Federal, totalizando 26 Estados e o Distrito Federal (DF).

Considerando o objetivo proposto, foi realizada análise qualitativa dos documentos selecionados, tendo como referencial teórico a violência como “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (OMS, 2002).

O estudo foi desenvolvido no período de doze meses, compreendidos entre dezembro de 2018 e dezembro de 2019, de modo que a coleta de dados ocorreu nos meses de maio a julho de 2019, em duas etapas:

Etapa 1 – Realizou-se buscas no *site* do e-MEC, nos meses de maio e junho de 2019, realizando-se o levantamento dos cursos de graduação em enfermagem oferecidos nas 27 Unidades Federativas (UF) das cinco regiões brasileiras, gratuito, grau de bacharelado e licenciatura, com situação ativa, selecionando por fim os cursos que estavam em atividade, que eram de IES públicas federais e localizadas nas capitais brasileiras.

Etapa 2 - Buscou-se nos sítios eletrônicos das IES selecionadas, os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), as Matrizes Curriculares e os Ementários dos referidos cursos. Cabe ressaltar que, apesar de tanto a Matriz Curricular quanto o Ementário serem componentes do PPC, em vários casos, estes aparecem como anexos, apêndices ou mesmo em páginas diferentes do *site*. Sendo assim, após a busca nos sites institucionais das IES, foi realizado contato via e-mail e/ou telefônico àquelas em que os PCC, matriz curriculares e/ou ementários dos cursos de graduação em Enfermagem que estavam incompletos ou indisponíveis.

Para análise dos dados foram utilizados como referenciais teóricos dessa pesquisa, a definição de violência, segundo a OMS, e as DCN/ENF. Os dados obtidos a partir da análise dos documentos (PPC, Matriz curricular e Ementário) foram categorizados de modo a permitir melhor compreensão dos fenômenos apreendidos.

Haja vista que este estudo trata-se de uma pesquisa que utilizou o método documental com informações de acesso público, o mesmo não necessitou de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de acordo com a resolução 510/2016, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

RESULTADOS

A partir da análise dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) de graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais das capitais do Brasil, de modo a permitir melhor compreensão dos fenômenos apreendidos, emergiram duas categorias desenvolvidas a seguir: *“Identificação dos temas violência e violência contra criança nos PPC dos cursos de graduação em Enfermagem das Instituições de Ensino Superior (IES) públicas federais das capitais do Brasil”* e *“Características das disciplinas em que são abordados os temas “violência” e “violência contra criança” nos PPC dos cursos de graduação em Enfermagem das IES públicas federais das capitais do Brasil”*.

Identificação dos temas “violência” e “violência contra criança” nos PPC dos cursos de graduação em Enfermagem das IES públicas federais das capitais do Brasil

Após consulta no sistema e-MEC foram identificadas 27 IES públicas federais que oferecem o curso de graduação em enfermagem no Brasil, estando as mesmas localizadas nas 27 Unidades Federativas (UF) das cinco regiões brasileiras, sendo 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal. Destas, 23 (85,2%) disponibilizavam os PPC, bem como a matriz curricular e o ementários dos cursos de enfermagem em seus sítios eletrônicos; 3 IES disponibilizavam apenas a matriz curricular; 1 IES não disponibilizou seu PPC em meio eletrônico.

A partir daí, foi realizado contato por e-mail com as instituições que não tinham os documentos disponíveis eletronicamente, ou estes estavam incompletos, e foi possível acesso a mais 3 PPC, totalizando a avaliação de 26 PPC completos, sendo que a Universidade Federal do Rio Branco foi a única universidade que não retornou o contato, após três tentativas de acesso via e-mail e telefone.

Dos 26 PPC avaliados, 13 (50%) abordam em seu PPC, ementário e/ou matriz curricular, o tema “violência” em alguma de suas disciplinas. No que diz respeito à “violência contra criança”, este estudo identificou que apenas 2 IES (7,7%) abordam o tema de alguma forma em seus currículos de graduação, conforme ilustra a tabela abaixo:

Tabela 1: Instituições de Ensino Superior públicas federais das capitais brasileiras que oferecem o curso de enfermagem

IES QUE OFERECEM O CURSO DE ENFERMAGEM			
Nº	Região	Capitais brasileiras e Distrito Federal	IES que oferecem Curso de Enfermagem
1	CENTRO-OESTE	Brasília-DF	Universidade de Brasília - UNB
2		Campo Grande-MS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)
3		Cuiabá-MT	Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
4		Goiânia-GO	Universidade Federal de Goiás (UFG)
5	NORTE	Rio Branco-AC	Universidade Federal do Acre (UFAC)
6		Macapá-AP	Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)
7		Manaus-AM	Universidade Federal do Amazonas (UFAN)
8		Belem-PA	Universidade Federal do Pará (UFPA)
9		Porto Velho-RO	Fundação Universidade Federal de Rondonia (UNIR)
10		Boa Vista-RR	Universidade Federal de Roraima (UFRR)
11		Palmas-TO	Universidade Federal do Tocantins (UFT)
12	NORDESTE	Maceió-AL	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
13		Salvador-BA	Universidade Federal da Bahia (UFBA)
14		Fortaleza-CE	Universidade Federal do Ceará (UFCE)
15		São Luis-MA	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
16		João Pessoa-PB	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
17		Recife-PE	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
18		Terezina-PI	Universidade Federal do Piauí (UFPI)
19		Natal-RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
20	SUDESTE	Aracaju-SE	Universidade Federal do Sergipe (UFSE)
21		Vitória-ES	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
22		Belo Horizonte-MG	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
23	SUL	Rio de Janeiro-RJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
24		São Paulo-SP	Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
25	SUL	Curitiba-PR	Universidade Federal do Paraná (UFPR)
26		Porto Alegre-RS	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFRS)
27		Florianópolis-SC	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Características das disciplinas em que são abordados os temas “violência” e “violência contra criança” nos PPC dos cursos de graduação em Enfermagem das IES públicas federais das capitais do Brasil

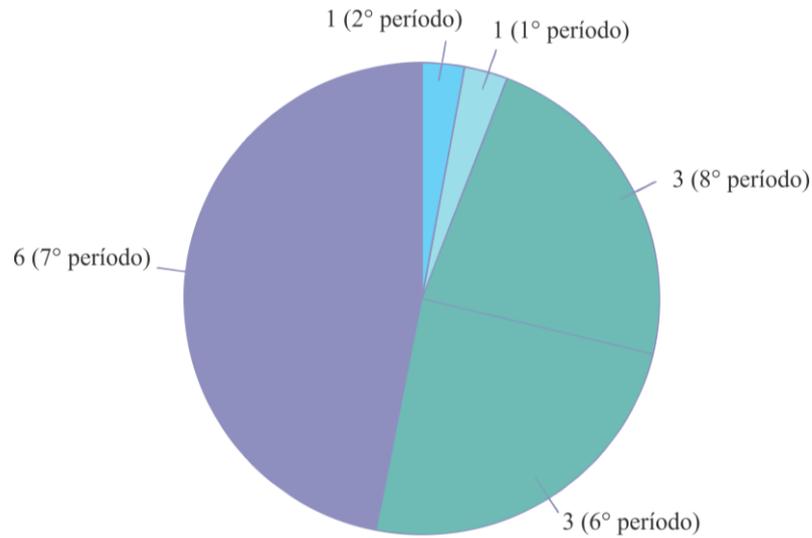
Dos 13 PPC que abordam o tema “violência”, 6 (46,2%) contemplam o mesmo em disciplinas obrigatórias, e 5 (38,4%) em disciplinas optativas, sendo que 2 (15,4%) currículos apresentam o tema tanto em disciplinas obrigatórias quanto optativas. Destes, notou-se consideravelmente a presença do tema nas disciplinas voltadas à saúde da mulher, ou em disciplinas de um contexto geral, porém com abordagem à violência contra mulheres, conforme segue tabela 2.

Os cursos de graduação em enfermagem que contemplam a temática “violência”, apresentam o assunto em 23 disciplinas, sendo 14 disciplinas obrigatórias e 8 disciplinas optativas, com uma carga horária muito variável (tabela 2).

Tabela 2: Projetos Pedagógicos de Curso que abordam violência, disciplinas e carga horária

PPC QUE ABORDA VIOLÊNCIA				
UNIVERSIDADE	DISCIPLINA OBRIGATÓRIA	CH	DISCIPLINA OPTATIVA	CH
Maceió-UFAL	Enfermagem, Saúde e Sociedade II	240		
Salvador-UFBA	Cuidado de enfermagem na urgência e emergência	119	Violência doméstica como objeto da saúde	51
	Enfermagem na atenção à saúde do idoso	119		
Vitória-UFES	Atenção à saúde da mulher, criança e adolescente	390		
	Antropologia Filosófica	60		
Campo Grande-UFMS			Direitos Humanos I e II	34
			Práticas Interdisciplinares VI e VII	68
Belo Horizonte-UFMG			Violência e Saúde	---
Curitiba-UFPR			Gênero e Saúde Coletiva	30
Teresina-UFPI	Saúde da Mulher Estágio Curricular	165	Saúde Reprodutiva	60
		420		
Recife-UFPE	Enfermagem na saúde da mulher em situação gineco-obstétrica nos diferentes níveis de complexidade	120		
	Enfermagem na saúde da mulher na atenção básica	240		
Porto Alegre-UFRS			Enfrentamento à Violência	---
Porto Velho-UNIR	Enfermagem em saúde coletiva III	40		
	Enfermagem à saúde da mulher I	40		
Florianópolis-UFSC			Fenômeno Drogas	36
São Paulo-UNIFESP	Sociologia e Política	36		
Palmas-UFT	Saúde e segurança do trabalhador	45		
	Saúde das populações vulneráveis	45		

Das disciplinas obrigatórias, 6 (43%) são oferecidas no sétimo período, 3 (21,4%) no sexto, 3 (21,4%) no oitavo, 1 (7,1%) no primeiro e 1 (7,1%) no segundo período do curso. Nota-se que o tema é abordado predominantemente em disciplinas finais do curso.

Figura 5: Períodos em que são ofertadas as disciplinas obrigatórias que contemplam o tema violência

Em relação ao tema “violência contra criança”, das 2 disciplinas que retratam o assunto em seu currículo, 1 (50%) o faz em disciplina obrigatória, e 1 (50%) em disciplina optativa. Estas possuem carga horária de 210h e 36h, respectivamente, conforme ilustrado na tabela 3.

A disciplina obrigatória em que aborda o tema VCC é ministrada no oitavo período do curso. A disciplina optativa, por não compor o rol de matérias básicas dos cursos, não apresenta período definido para ser cursada, porém, devido alguns pré-requisitos inerentes a cada PPC, a disciplina avaliada neste estudo exige que o estudante a faça a partir do quarto período.

Tabela 3: Projetos Pedagógicos de Curso que abordam violência contra criança, disciplinas e carga horária

PPC QUE ABORDA VCC						
UNIVERSIDADE	DISCIPLINA OBRIGATÓRIA	CH	PERÍODO	DISCIPLINA OPTATIVA	CH	PERÍODO
Recife-UFPE	Enfermagem na saúde da criança, adolescente e família na atenção básica	210	8º			
Florianópolis-UFSC				Sociedade, Saúde e Violência	36	4º

DISCUSSÕES

Os dados obtidos após análise deste estudo revelam preocupação, visto a baixa porcentagem de PPCs que abordam sobre a violência e a VCC, a relevância do tema, o número cada vez maior de crianças vítimas de maus-tratos, os impactos que isso causa desde a infância até a fase adulta e a função do profissional enfermeiro mediante este cenário (DAY *et al.*, 2003).

Vale destacar que, nesta pesquisa, foi realizada leitura completa de todos os documentos analisados e foram considerados também os termos “agressão” e “maus tratos”, sendo estes semelhantes de violência, partindo do conceito estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, em que violência é “o uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (OMS, 2002).

No entanto, em todos os documentos analisados, notou-se o uso da palavra “violência”, não sendo utilizado outros termos para abordagem do assunto.

Em estudo de Fujita e Landini (2012), que buscou identificar se o PPC do curso de graduação em enfermagem de uma IES possibilitava a formação do aluno para lidar com a violência sexual contra crianças e adolescentes, após análise do currículo e entrevista estruturada com docentes que ministravam disciplinas na área de pediatria e discentes do último ano do curso, foi constatado que nenhuma das disciplinas da matriz curricular possuía em seu cronograma, o tema sobre violência sexual contra crianças e adolescentes.

Outra pesquisa mais recente, de Machado e Vilela (2018), realizada com alunos do curso de enfermagem de uma IES da Bahia, que já tinham concluído a disciplina de Enfermagem em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, evidenciou que, dos 20 alunos entrevistados, apenas 2 já haviam participado de algum seminário ou evento que abordasse o assunto da violência doméstica contra crianças, não sendo estes oferecidos no conteúdo programático do currículo do próprio curso.

Ao analisarmos as DCN/ENF, fica evidenciada a ausência de menção direta aos termos “violência” ou “violência contra criança”, por isso é sugestiva a necessidade de reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais, de modo a contemplar o fenômeno da violência, dentro dela, abrangendo a faixa etária que corresponde a infância, de forma mais direta e evidente. No entanto, cabe mencionar aqui, que alguns trechos das DCN/ENF deixam explícitos a relação com o tema violência, e até mesmo o seu acometimento às crianças, mas

alguns PPC não utilizam as DNC/ENF como objeto norteador e, se quer, mencionam a intenção de se adequar a elas, contrariando ao que é preconizado.

Segundo Hasse *et al.*, (2014), muitos currículos de ensino superior da área da saúde não se atualizam quanto às mudanças relacionadas ao novo cenário de políticas públicas, colaborando com a formação de profissionais presos ao modelo biomédico de assistência à saúde, que não interagem com os vários profissionais que compõem o sistema, levando o paciente a ficar migrando dentro da rede em seus diversos níveis de atendimento, sem ter a solução para o seu problema, fazendo com que a vítima desista de procurar ajuda.

Dos 26 PPC avaliados nesta pesquisa, 19 (cerca de 73%), foram criados e tiveram sua última atualização há mais de quatro anos, ou seja, apesar de não ter havido mudança das DCN/ENF neste período, a situação social do país, em seus mais diferentes estados, sofreu bruscas alterações, e o ensino acaba ficando defasado considerando a necessidade de atuação dos profissionais frente a uma realidade cada vez mais atual.

As DCN/ENF (2001) descrevem que os currículos dos cursos de enfermagem devem ser elaborados de modo a formar profissionais com senso crítico e reflexivo, buscando solucionar problemas de saúde pública que gerem impactos negativos na vida da comunidade, com o intuito de enfrentá-los de forma mais efetiva e minimizá-los, principalmente no que concerne ao seu distrito de atuação.

Após a leitura minuciosa dos PPC avaliados, foi possível identificar que em praticamente todos os documentos, haviam relatos da violência como um problema de saúde pública iminente na sociedade adstrita, o que deixa transparecer a importância de se tratar o tema dentro das universidades com o intuito de preparar os acadêmicos, futuros profissionais, para os diversos conflitos vividos quando no ambiente de trabalho.

O que se percebe é que a maioria dos PPC estão formulados com o objetivo de criar profissionais que tenham habilidades de desenvolver competências técnico-científicas, não sendo mencionado a importância de uma formação pautada pelo desenvolvimento das competências relacionadas à atitudes e comportamento (LIMEIRA; SEIFFERT; RUIZ-MORENO, 2015), havendo um predomínio da visão tecnicista.

A violência é uma situação universal, vivenciada há muitos anos em todas as regiões do mundo, e vem se tornando, com números cada vez maiores, uma das principais causas da morbimortalidade, atingindo principalmente pessoas entre 15 e 44 anos de idade, afetando a qualidade de vida, gerando alto custo para a saúde e previdência, aumentando o número de ausência no trabalho e escolas e, além de tudo, gerando famílias desestruturadas em seu contexto familiar e social (BRASIL, 2016).

Sabe-se que todas as formas de violência podem ser tratadas e evitadas, tendo suas sequelas reduzidas e proporcionando mais equilíbrio e conforto para suas vítimas, e por isso, desde a década de 80, a área da saúde pública tem buscado inserir profissionais de saúde e pesquisadores que busquem compreender os fatores que norteiam o fenômeno, bem como formas de preveni-lo (DAHLBERG; KRUG, 2007). Apontado como um grande desafio, a identificação precoce dos sinais de violência e a abordagem correta do tema são consideradas medidas eficazes para o tratamento, diminuição de danos e prevenção (SINIMBU *et al.*, 2016)

Uma pesquisa realizada com o objetivo de analisar de que forma o tema violência está inserido nos currículos dos cursos de graduação superior em enfermagem, mostra que muitos profissionais sentem-se despreparados ou não conseguem identificar e realizar um manejo correto dos casos de violência, devido a deficiência no seu processo de formação, visto que as universidades são ambientes significantes no processo de discussão acerca do assunto e promove reflexões importantes que podem levar os profissionais a serem agentes de transformação e minimizarem ou, até mesmo, solucionarem problemas graves de saúde (MARTINS *et al.*, 2017).

Os serviços de saúde em geral são compreendidos hoje como espaços privilegiados para a identificação precoce e adequado tratamento dos impactos provocados pela violência, bem como para adoção de medidas preventivas contra suas formas mais graves.

Como exemplo, temos a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é um ambiente que favorece o estabelecimento de ações de cuidado e promoção de hábitos seguros e saudáveis, que tendem ao desenvolvimento e fortalecimento de vínculos, facilitando a identificação de famílias em risco, as redes de apoio disponíveis, promovendo o acompanhamento e tratamento adequado de cada caso.

Destarte, o enfermeiro é visto como um dos principais profissionais que desenvolve ações de cuidado, identificação, prevenção, promoção, orientação, acompanhamento às vítimas e notificação do agravo, devido possuir ferramentas de trabalho que facilitam o contato e a relação de confiança com os usuários do serviço, o que implica em estratégias adotadas pelas IES para que os acadêmicos tenham contato e aprendam a lidar com assuntos que emergem no campo social, como é o caso da violência (TAPIA *et al.*, 2014).

Além disso, o processo de enfermagem como um todo, por meio da anamnese, exame físico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, promovem a criação e fortalecimento de vínculos, preservando o sigilo pedido pela situação, atrelados à facilidade de comunicação, empatia e acolhimento desenvolvidos pelo enfermeiro, que são fundamentais

para realização de uma assistência de qualidade para a vítima de maus tratos (ÁVILA; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Em seu estudo, Ávila, Oliveira e Silva (2012), ao realizar uma pesquisa para avaliar o conhecimento dos enfermeiros frente ao abuso sexual, identificou que as enfermeiras entrevistadas se diziam despreparadas, gerando um sentimento de insegurança, medo e impotência frente a situação de violência vivenciada por elas.

Dados semelhantes a este estudo, também são apresentados em pesquisas de Almeida *et al.* (2012) e Marinho *et al.* (2016), em que apontam que esse despreparo e demais sentimentos por parte dos profissionais, podem ser decorrentes de uma discussão deficiente, ou até mesmo, ausência da abordagem sobre o tema na graduação e o desconhecimento deles sobre as legislações e políticas públicas que regulamentam a violência contra crianças, a obrigatoriedade de notificação quando da sua suspeita ou evidência e o encaminhamento das mesmas para os órgãos competentes.

Além disso, situações complexas e polêmicas como estas, que envolvem não somente uma questão de saúde, mas também de justiça, levam a insegurança do profissional ao notificar e falhas na identificação da violência, devido uma formação frágil que não favoreça o cuidado com as vítimas desse tipo de problema e o medo dos riscos de se exporem demais diante da sociedade (ALMEIDA *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2018).

Diante disso, os profissionais revelam que é preciso propor oportunidades de discussão, sensibilização e capacitação no trabalho que forneçam subsídios à equipe para identificar, abordar, notificar, tratar e dar o seguimento satisfatório aos casos (ÁVILA; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

O novo Código de Ética de Enfermagem, regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 0564, de 06 de novembro de 2017, reforça a importância do enfermeiro no manejo adequado dos casos de violência, devendo estar atento aos sinais, evidenciando um diagnóstico precoce e o seguimento satisfatório.

Sabe-se que a violência contra criança pode ser perpetrada em suas diversas formas, sendo portanto, não percebida apenas por meio de sinais clínicos de agressão física, mas também através de aspectos comportamentais, que são ainda mais evidentes se tratando da faixa etária infantil. Sinais como agitação, ansiedade, medo na frente dos pais, mau humor, agressividade e problemas de socialização com outras crianças podem ser impactos decorrentes da VCC, devendo despertar no profissional esse tipo de investigação (MACHADO; VILELA, 2018).

Nesse sentido, é importante que os futuros profissionais sejam capacitados para identificar os sinais de VCC de uma forma mais abrangente, de acordo com a realidade objetiva, e não só por meio de marcas de agressão física, visto que nem sempre a situação de violência contra a criança é transparente através de lesões física (LIMA *et al.*, 2011).

Em pesquisa realizada com 221 profissionais de saúde, apenas 52% relatam que tiveram acesso a algum meio de conteúdo sobre violência em sua formação, sendo unânime a percepção entre eles da importância do tema. Entretanto, existem profissionais que acreditam que só se é possível a identificação de situações de maus-tratos por meio de sinais como hematomas e ferimentos, e que é dever da polícia o atendimento e acompanhamento desses casos. Sendo assim, ações curativas são adotadas, prevalecendo o modelo hospitalocêntrico e desconsiderando o papel social da profissão (HASSE *et al.*, 2014).

Isto posto, além da identificação e manejo desses tipos de ocorrências ficarem prejudicadas - favorecendo a subnotificação dos casos - os encaminhamentos das vítimas de violência são realizados de maneira errada, ficando a cargo somente dos departamentos de segurança, ou outros profissionais como psicólogos e assistentes sociais, o acompanhamento e tratamento das vítimas.

Outros fatores também são relatados na literatura sendo responsáveis pela subnotificação dos casos de VCC, como: a insegurança do envolvimento nos casos, devido a quebra do sigilo profissional, o medo de sofrer ameaças e represálias por parte do agressor, a falta de articulação em rede e estabelecimento de fluxograma mais objetivo e bem definido dentro dos serviços, tais como unidades de saúde, serviço social, delegacias, polícias técnico-científica, dentre outros (LOBATO *et al.*, 2012; EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2018).

Neste estudo, o fato de apenas 11,5% das instituições analisadas abordarem o tema de VCC em seus currículos, demonstra a vulnerabilidade no ensino de graduação em Enfermagem e, conseqüentemente, no posterior atendimento à criança em situação de violência e suas famílias.

Sob outro aspecto, cabe ressaltar que o enfermeiro possui responsabilidades, ética e jurídica, frente uma vítima em situação de violência. No Art. 52º, parágrafo 4º, que trata das responsabilidades e deveres do profissional, diz que é sua obrigação “a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças, adolescentes [...]”, e é proibido de “provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão”, em seu Art. 64º, sendo este tipo de conduta considerada uma infração ética (COFEN, 2007).

Em seu Art. 3º, as DCN/ENF trazem que o egresso do Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um perfil de um profissional que conheça os princípios éticos nos quais estão baseados o exercício de sua profissão (BRASIL, 2001).

Por meio deste estudo, também foi possível perceber que, das poucas IES que têm em seu currículo algo relacionado ao tema violência, apesar do assunto estar inserido em um número pouco maior de disciplinas obrigatórias do que em disciplinas optativas, o mesmo é tratado de forma muito superficial, de acordo com o que é descrito no PPC. Muitas vezes, é usada apenas alguma referência relacionada ao fenômeno da violência, sem definição de uma carga horária específica para abordagem do problema.

Se tratando da VCC, percebemos que a abordagem do assunto é mínima entre os documentos avaliados, sendo que das 2 IES que abordam o tema em seus currículos, 1 o faz em disciplina obrigatória, e descreve uma unidade completa sobre o conteúdo de “violência e maus-tratos contra a criança e o adolescente”, porém não especifica sua carga horária. A outras IES trata sobre a VCC em disciplina optativa, fazendo apenas menção ao tema dentro da bibliografia, quando fala sobre os diversos tipos de violência, dentre eles a VCC.

Machado e Vilela (2018), em pesquisa com estudantes de enfermagem, abordou a falta de conhecimento na identificação de casos de violência doméstica contra criança, relatada pelos participantes, que mencionam não só a dificuldade em identificar, mas também fragilidades sobre como poder prevenir e intervir nestes episódios. Os mesmos atribuem isso ao fato de não terem disciplinas, momentos específicos e bem definidos dentro da graduação que abordassem o conteúdo, cujas poucas oportunidades que ouviram falar sobre o assunto, foi de maneira superficial e em matérias ou eventos complementares à graduação.

A enfermagem é pautada em conhecimento científico, mas os currículos do curso precisam atrelar vivência e conteúdo efetivo para orientar os alunos e direcioná-los para manejo de situações existentes em sua atuação profissional. Muitas vezes, o acadêmico até conhece o problema, sabe que existe uma rede para favorecer o acompanhamento dos casos, porém desconhece a forma de atuação do enfermeiro dentro deste serviço por falta de direcionamento dentro do meio acadêmico (ANGELO *et al.*, 2013).

Ainda em estudo de Machado e Vilela (2018), foi possível notar também que, as poucas disciplinas em que há uma abordagem sobre a VCC, são ministradas mais tardiamente dentro do currículo dos cursos de enfermagem, proporcionando o pouco contato do aluno com o tema nos últimos períodos da faculdade, o que corrobora com os achados desta pesquisa.

Bagaratti, Audi e Melo (2014), em seu estudo, relatou vários resultados positivos que foram identificados após a introdução de uma disciplina intitulada “Violência, saúde e

gênero”, de caráter obrigatório, no curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Jaguariúna (FAJ), após reestruturação do PPC. Em forma de relato de experiência, foi possível perceber que os alunos participavam ativamente de todas as discussões geradas durante a disciplina; tiveram contato com o tema de forma objetiva, clara e específica; tomaram conhecimento de dados epidemiológicos de violência e a magnitude do problema, bem como seus impactos na saúde pública; evidenciaram o papel do enfermeiro mediante os casos de violência. Todos esses efeitos proporcionaram aproximação dos acadêmicos à realidade que estão e serão inseridos profissionalmente, assim como transformou situações vividas em objetos de aprendizagem.

Nesse sentido, percebe-se a importância de introdução de conteúdos específicos, sendo estes mais definidos e detalhados dentro dos PPCs, com o objetivo de qualificar a formação do profissional de enfermagem com base nos interesses sociais e de saúde da população, como sobre a violência contra criança. Para isso, é importante formular legislações que garantam a inserção do tema no currículo básico dos cursos, de maneira mais clara e pontual, visando proporcionar um ambiente de discussão e conhecimento dentro das IES, que é considerado o ambiente importante para discussão e planejamento de ações desde a base da formação profissional na academia.

Aponta-se como limitação desse estudo o fato de inúmeras IES não atenderem a legislação vigente (BRASIL, 2007), disponibilizando o PCC e outras informações relacionadas ao curso de modo público, pois esperava-se analisar os PPC com ementários e matriz curricular de todas as IES que apresentam o curso de enfermagem, todavia devido às dificuldades de acesso aos documentos necessários, viabilizamos o estudo da forma como está apresentado.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que os cursos de Graduação em Enfermagem das Universidades Públicas Federais do Brasil têm negligenciado a importância da formação do enfermeiro acerca da VCC, devido a baixa incidência de IES que aborda o assunto ou o faz de maneira superficial, de acordo com a avaliação de seu PPC, matriz curricular e ementário. Isso tem sido apontado como uma das causas da falta de preparo e insegurança que os profissionais enfermeiros relatam apresentar mediante casos de violência.

É perceptível a importância do ambiente acadêmico para promoção de discussões, trocas de experiências, aproximação e vivência dos alunos, para que eles tenham condições de elaborar um raciocínio crítico e reflexivo acerca dessas situações, com base nas

DCN, bem como realizar o manejo adequado, de modo a garantir assistência segura às crianças e suas famílias que se encontram em situação de maus-tratos.

A VCC deve ser enfrentada como um grave problema de saúde pública - que de fato é o que ela representa - que requer, além de políticas públicas que favoreçam o tratamento e acompanhamento adequado da criança em situação de violência, também a co-responsabilização das IES para o empoderamento dos profissionais de saúde do papel de devem desempenhar na rede corroborando, efetivamente, para minimizar os impactos decorrentes deste fenômeno, bem como, interromper o ciclo de maus-tratos que permeia a vida da criança.

Dessa forma, sugere-se que o assunto VCC seja repensado como um tema transversal dentro dos currículos dos curso de enfermagem, partindo de uma reformulação das DCN, com o intuito de especificar de forma mais evidente a abordagem da VCC. O uso de metodologias ativas de aprendizagem - tornando os discentes sujeitos ativos e participativos durante o processo - projetos de extensão e disciplinas com carga horária bem definidas, em currículo obrigatório, podem ser medidas adotadas para proporcionar autonomia e atuação efetiva dos enfermeiros diante de tais situações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. H. V. *et al.* **A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética.** Arq. Odontol., Belo Horizonte, v. 48, n. 2, p. 102-115, abr./jun. 2012.

ANGELO, M. *et al.* **Vivências de enfermeiros no cuidado de crianças vítimas de violência intrafamiliar: uma análise fenomenológica.** Texto & Contexto Enferm, v. 22, n. 3, p. 585-592, jul. 2013.

APOSTÓLICO, M. R. *et al.* **Características da violência contra a criança em uma capital brasileira.** Rev. Lat. Am. Enfermagem.; v. 20, n. 2, p. 266-273, 2012.

ÁVILA, J. A.; OLIVEIRA, A. M. N.; SILVA, P. A. **Conhecimento dos enfermeiros frente ao abuso sexual.** Av. Enferm., v. 30, n. 2, p. 47-55, 2012.

BARAGATTI, D.Y.; AUDI, C. A. F.; MELO, M. C. **Abordagem sobre a disciplina violência em um curso de graduação em enfermagem.** Rev. Enferm. UFSM, v. 4, n. 2, p. 470-477, Abr./Jun. 2014.

BARRETO, C. S. L. A. **Violência Contra a Criança no Estado da Bahia**. 2015. Tese (Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA, 2015).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Justiça; 1990.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 37, 9 nov. 2001.

_____. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 40, de 12 de dezembro de 2007. **Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação da educação superior no sistema federal de educação**. Diário Oficial da União 12 dez 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, p. 104, 2010.

_____. Presidência da República. Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. **Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências**. Casa Civil, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: MS, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564 de 06 de novembro de 2017**. Brasília, Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em 21 jul. 2019.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. **Violência: um problema global de saúde pública**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (Supl.), p. 1163-1178, 2007.

DAY, V. P. *et al.* **Violência doméstica e suas diferentes manifestações**. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre*, v. 25, supl. 1, p. 9-21, abr. 2003.

EGRY, E. Y.; APOSTÓLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. **Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 83-92, 2018.

FRANZIN, L. C. S. *et al.* **Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil**. *Child Abuse Negl.*, Oxford, v. 38, n. 10, p. 1706-1714, oct. 2014.

FUJITA, J. A. L. M.; LANDINI, T. S. **Conhecimentos de discentes de enfermagem sobre violência sexual contra crianças e adolescentes**. *Cogitare Enferm.*, v. 17, n. 4, p. 784-785, 2012.

GARBIN, C. A. S. *et al.* **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento**. *Ciênc. Saúde Coletiva*; v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. **Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados**. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, jul-set. 2014.

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

LIMA, M. C. C. S. *et al.* **Atuação profissional da atenção de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil**. *Rev. Baiana Saúde Pública*, v. 5, n. 1, jun. 2018.

LIMEIRA, P. C.; SEIFFERT, O. M. L.; RUIZ-MORENO, L. **O que a literatura científica e os projetos político-pedagógicos revelam sobre a qualidade da educação superior em enfermagem?** ABCS Health Sci., v. 40, n. 3, p. 276-285, 2015.

LOBATO, G.R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. **Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1749-1758, set. 2012.

MACHADO, J. C.; VILELA, A. B. A. **Conhecimentos de estudantes de enfermagem na identificação de crianças em situação de violência doméstica.** Rev enferm UFPE on line, Recife, v. 12, n. 1, p. 83-90, jan. 2018.

MARINHO, P. A. S. *et al.* **As práticas dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 97-104, jul./ago. 2016.

MARTINS, D. C. *et al.* **Violência: Abordagem, atuação e educação em enfermagem.** Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 155-168, 2017.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência.** 2014.

QUEIROS, M.; CASEIRO, J. **Child maltreatment and mental disorders – the role of epigenetics,** v. 27, n. 3, p. 166-175, set. 2018.

SILVA, L. M. P. *et al.* **Violence perpetrated against children and adolescents.** J. Nurs UFPE online., Recife, v. 12, n. 6, p. 1696-704, June., 2018.

SINIMBU, R. B. *et al.* **Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014.** Revista Saúde em Foco, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, jan-jun, 2016.

TAPIA, C. L. V. *et al.* **Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes.** Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 1, art. 7, p. 93-102, jan./ jul. 2014.

TERRA, F. S.; SANTOS, L. E. S. **A violência doméstica e a criança**. REME Rev. Min. Enf., Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 271-276, jul./set. 2006.

WASELFISZ J.J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/c09.def>, DATASUS, Acesso em: 23 mai. 2019.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa propiciou identificar de que forma está sendo feita a abordagem da violência, em especial, a violência contra criança, nos currículos dos cursos de graduação de enfermagem. Por ser considerado um grave problema de saúde pública e apresentar índices cada vez mais significativos dentro das estatísticas, a violência contra criança merece ser tratada não só por meio de políticas públicas de saúde, mas também através de discussões que são promovidas, principalmente, no ambiente acadêmico.

A partir disso, entende-se que as IES devem oferecer disciplinas específicas ou, conteúdos direcionados dentro das disciplinas, que proporcionem o conhecimento dos alunos acerca dessas políticas públicas, bem como, o treinamento dos mesmos para lidar com a violência contra criança. A universidade pode gerar isso, por exemplo, promovendo visitas em instituições que tratem situações de VCC, realizando assistência prática em casos clínicos, projetos de extensão, desenvolvimento de pesquisas, entre outros.

Sabe-se que estas ações podem favorecer o engajamento dos profissionais para atuação no mercado de trabalho, os levando a identificar precocemente as vítimas de violência infantil e a realizar o acompanhamento adequado para a minimização dos impactos decorrentes do fenômeno. Porém, a partir deste estudo, pode-se perceber que ainda é mínima a quantidade de instituições que apresentam a abordagem do tema VCC em seus currículos, e quando o fazem, é de maneira superficial – em disciplinas optativas (cujo aluno pode cursar ou não), ou apenas citando-o em alguma referência bibliográfica, sem definição de uma carga horária específica para tal.

Além disso, vimos que as DCN/ENF não trazem de maneira direta a orientação para que o assunto “violência contra criança” seja tratado nos currículos dos cursos. Dessa forma, o documento, que é a base para a construção dos PPCs das IES, deixa lacunas nesse sentido, dando a opção do docente tratar ou não o tema em suas aulas. Para tanto, em momento oportuno de reformulação das DCN, faz-se importante a discussão e reflexão com o intuito de que a VCC seja um assunto de abordagem direcionada nos PPCs de enfermagem.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, visto que, apesar de termos conseguido o acesso a 26 dos 27 PPCs da amostra, muitos documentos não estavam disponíveis publicamente, como é recomendado, exigindo o contato via e-mail e/ou telefone, por três vezes, para que tivéssemos acesso ao conteúdo. Ademais, o trabalho se restringiu aos cursos de enfermagem, que era o foco da pesquisa, porém, entende-se a importância de se falar da abordagem da VCC nos currículos de outros cursos como serviço social, psicologia, medicina

e odontologia, visto que o manejo da VCC se dá por meio da articulação em rede e entre diversos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, F. A. R. *et al.* **Formação profissional e violência sexual contra a mulher: desafios para a graduação em enfermagem.** Esc Anna Nery, v. 24, n. 1, Rio de Janeiro, 2019
- ALMEIDA, A. H. V. *et al.* **A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética.** Arq. Odontol., Belo Horizonte, v. 48, n. 2, p. 102-115, abr./jun. 2012.
- ALMEIDA, A. N. *et al.* **Analysis of contextual variables in the evaluation of child abuse in the pediatric emergency setting.** J. Pediatr. Rio de Janeiro, n. 93, p. 374-381, 2017.
- ANDRADE, S. R. *et al.* **Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa.** Cogitare Enferm., v. 23, n. 1, 2018.
- ANDRADE, E. M. *et al.* **A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo,** Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n. 1. p. 147-155, 2011.
- ANGELO, M. *et al.* **Vivências de enfermeiros no cuidado de crianças vítimas de violência intrafamiliar: uma análise fenomenológica.** Texto & Contexto Enferm, v. 22, n. 3, p. 585-592, jul. 2013.
- APOSTÓLICO, M. R. *et al.* **Características da violência contra a criança em uma capital brasileira.** Rev. Lat. Am. Enfermagem.; v. 20, n. 2, p. 266-273, 2012.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** Trad. Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos Científicos, 1981.
- ÁVILA, J. A.; OLIVEIRA, A. M. N.; SILVA, P. A. **Conhecimento dos enfermeiros frente ao abuso sexual.** Av. Enferm., v. 30, n. 2, p. 47-55, 2012.
- BARAGATTI, D.Y.; AUDI, C. A. F.; MELO, M. C. **Abordagem sobre a disciplina violência em um curso de graduação em enfermagem.** Rev. Enferm. UFSM, v. 4, n. 2, p. 470-477, Abr./Jun. 2014.

BARRETO, C. S. L. A. **Violência Contra a Criança no Estado da Bahia**. 2015. Tese (Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA, 2015).

BARTH, J. *et al.* **The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis**. *International Journal of Public Health*, v. 58, n. 3, p. 469-483, 2013.

BEZERRA, K. P., MONTEIRO, A. I., **Family violence against children: intervention of nurses from the Family health strategy**. *Rev. RENE [Internet]*, v.13, n. 2, p. 354 - 364, 2012. Disponível em: <http://200.129.29.202/index.php/rene/articlo/view/3926/3115>, Acesso em: 26 jul. 2019.

BOURROUL, M. L. M.; REA, M. F.; BOTAZZO, C. **Pediatric residents confronted with domestic violence against children and adolescents**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 12, n. 27, p.737-48, out./dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns_anais1.pdf>. Acesso em 20 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf>. Acesso em 20 jul. 2019.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Justiça; 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 37, 9 nov. 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. **Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde**. 2001c. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html>. Acesso em 20 jul. 2019.

_____. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Decreto N° 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm>. Acesso em 20 jul. 2019.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 40, de 12 de dezembro de 2007**. Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação da educação superior no sistema federal de educação. Diário Oficial da União, 12 dez. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, p. 104, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), **a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), jan. 26; Seção 1:37, 2011a.

_____. Presidência da República. Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. **Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.** Casa Civil, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília, p. 812, 2014a.

_____. Ministério da Justiça. Lei Federal nº 13.010 de 26 junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente, para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante,** e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União, Brasília, 2014b.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa.** Brasília, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo: Ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.** Brasília, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),** 2015b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.htm>. Acesso em: 20 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva : Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 - 2014** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília, p. 218, 2017.

_____. SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. IN: DATASUS.

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

Brito A. M. M. *et al.* **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção.** Cien. saúde coletiva. v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005.

CARMO, C. J.; HARADA, M. J. C. S. **Violência física como prática educativa.** Rev. Latino - Am. Enfermagem, v. 14, n. 6, 2006.

CENTRO DE COMBATE À VIOLÊNCIA INFANTIL - CECОВI. Dados científicos. Violência física – Estatísticas. Acesso em: 08 jun. 2009.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564 de 06 de novembro de 2017.** Brasília, Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em 21 jul. 2019.

COSTA, C. O. M. *et al.* **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares:** vítimas, agressões e manifestações de violência. Ciên. Saúde Coletiva, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, 2007.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. **Violência: um problema global de saúde pública.** Ciência & Saúde Coletiva, 11 (Supl.), p. 1163-1178, 2007.

DAY, V. P. *et al.* **Violência doméstica e suas diferentes manifestações.** Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 9-21, abr. 2003.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. **Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 1, p. 83-92, 2018.

FALEIROS, V. P. **Escola que protege:** Enfrentando a violência contra a criança e adolescentes. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. 2. ed. 2008.

FERNANDES, J. D.; REBOUCAS, L. C. **Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. spe, p. 95-101, Sept., 2013.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Trad. Joice Elias Costa. 3. ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANZIN, L. C. S. et al. **Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil.** Child Abuse Negl., Oxford, v. 38, n. 10, p. 1706-1714, oct. 2014.

FUJITA, J. A. L. M.; LANDINI, T. S. **Conhecimentos de discentes de enfermagem sobre violência sexual contra crianças e adolescentes.** Cogitare Enferm., v. 17, n. 4, p. 784-785, 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA NO BRASIL. **Nossas prioridades: Infância e adolescência no Brasil** [Internet]. 2014 [citado 2016 abr. 11]. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/desenvolvimento-infantil>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

GARBIN, C. A. S. *et al.* **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento.** Ciênc. Saúde Coletiva; v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, p. 184. 2010.

GLAZIER, J. D.; POWELL, R. R. **Qualitative research in information management.** Englewood: Libraries Unlimited. 2011.

GODINHO, L. B. R.; RAMIRES, V. R. R. **Violência contra a criança.** Psicol. Argum., v. 29, n. 66, p. 315 - 326, Curitiba, jul./set. 2011.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: tragédia revisada.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. **Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, jul-set. 2014.

HOHENDORFF, J. V.; PATIAS, N. D. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 49, p. 239-257, jan./jun. 2017.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M. BONOTTO, D. L. **Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização.** Revista de Investigaciones UNAD, Bogotá - Colômbia, v. 14, n. 2, jul./dez. 2015.

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

LIMA, M. C. C. S. *et al.* **Atuação profissional da atenção de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil.** Rev. Baiana Saúde Pública, v. 5, n. 1, jun. 2018.

LIMEIRA, P. C.; SEIFFERT, O. M. L.; RUIZ-MORENO, L. **O que a literatura científica e os projetos político-pedagógicos revelam sobre a qualidade da educação superior em enfermagem?** ABCS Health Sci., v. 40, n. 3, p. 276-285, 2015.

LOBATO, G.R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. **Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1749-1758, set. 2012.

MACHADO, J. C.; VILELA, A. B. A. **Conhecimentos de estudantes de enfermagem na identificação de crianças em situação de violência doméstica.** Rev enferm UFPE on line, Recife, v. 12, n. 1, p. 83-90, jan. 2018.

MARCOS, S. P.; VALÉRIO, M.; VILHENA, M. M. **Crianças com múltiplas equimoses... Serão maus tratos?.** Nascer e Crescer, v. 24, n. 1, p. 37-40, 2015.

MARINHO, P. A. S. *et al.* **As práticas dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 97-104, jul./ago. 2016.

MARTINS, A. F. *et al.* **Violência envolvendo crianças e adolescentes: perfil das vítimas, da agressão e dos agressores.** Rev. Enferm. UFPI, Teresina, v. 2, n. 4, p. 50 - 57, out./dez. 2013.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. **Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção.** Acta Paul Enferm, v. 23, n. 3, p. 423-428, 2010.

MARTINS, D. C. *et al.* **Violência: Abordagem, atuação e educação em enfermagem.** Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 155-168, 2017.

MINAYO, M. C. S. **Violência social sob a perspectiva da saúde pública.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.

- MINAYO, M. C. S. **Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., v. 1, n. 2, Recife Mai./Aug. 2001.
- MINAYO, M. C. S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciência e Saúde Coletiva, 11 (sup), p. 1259-1267, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde.** In: NJAINE, K. et al. (Org.) **Impactos da Violência na Saúde.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, p. 21- 42, 2009.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.** História, Ciências, Saúde, v. IV, n. 3, p. 513-531, nov./fev. 1998.
- MOREIRA, K. F. A. *et al.* **Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência.** Rev. enferm. UFPE on line., v. 11, n. 11, p. 4410-4417, Recife, nov. 2017.
- OLIVEIRA NETTO A. A. O. **Metodologia da Pesquisa Científica: guia prático para apresentação de trabalhos acadêmicos.** 2º ed., Florianópolis: Visual Books, 2006.
- NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. **Violência contra crianças no cenário brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.
- NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. S. **Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. spe, p. 903-908, 2009.
- OMS, Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência.** 2014.
- PATIAS, N. D.; SIQUEIRA, A. C.; DIAS, A. C. G. D. *et al.* **Hitting does not educate! Coercive parental education practices and their repercussions in the school context.** Educ. Pesqui., São Paulo, v. 38, n. 4, p. 981-996, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v38n4/13.pdf>, Acesso em: 26 jul. 2019.
- PATTON, M. Q., **Qualitative evaluation methods.** Beverly Hills: Sage. 1980.

PEROVANO, D. G. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**, Ed. Intersaberes, 1. ed., p. 384, 2016.

PINTO JUNIOR, A. A.; CASSEPP-BORGES, V.; SANTOS, J. G. **Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 124-131, June 2015.

PINTO JUNIOR, A. *et al.* **Capacitação de Profissionais de Saúde na Área da Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes no Município de Dourados/MS**. Rev. Ciênc. Ext. v. 8, n. 2, p. 7 -88, 2012.

QUADROS, M.E.F. *et al.* **Violência Doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática**. Rev. Enferm. UFSM, v. 3, n. 1, p.164-174, jan./abr. 2013.

QUEIROS, M.; CASEIRO, J. **Child maltreatment and mental disorders – the role of epigenetics**, v. 27, n. 3, p. 166-175, set. 2018.

RATES, S. M. M. *et al.* **Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias**. Ciênc. saúde coletiva, v. 20, n. 3, p. 655-665, 2015.

SANTOS, L. F. *et al.* **Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 137-149, jan./mar, 2019.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Rev. Brasileira de História & Ciências Sociais, n. 1, jul. 2009.

SILVA, L. M. P. *et al.* **Violence perpetrated against children and adolescents**. J. Nurs UFPE online., Recife, v. 12, n. 6, p. 1696-704, June., 2018.

SINIMBU, R. B. *et al.* **Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014**. Revista Saúde em Foco, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, jan-jun, 2016.

SIQUEIRA, C. G.; VIEIRA, I. Y. D.; SANTIAGO, S. R. **Domestic violence against children: an analysis from the perspective of parents**. Rev. Enferm. UFPI. Jan./Mar., v. 2, n. 1, p. 49-55, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro, 2 Ed., 2001. Disponível em:

<https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/maustratos_sbp.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SORIANO, E. C. I. *et al.* **Os cursos de enfermagem frente às diretrizes curriculares nacionais: revisão integrativa**. Rev. enferm UFPE on line., Recife, v. 9, n. 3, p. 7702-09, abr., 2015.

SOUTO D. F. *et al.* **Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting**. Rev Bras Enferm., v. 71, Supl. 3, p. 1237-46, 2018. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0048>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

STOLTENBORGH, M. *et al.* **A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world**. Child Maltreatment, v. 16, n. 2, p. 79-101, 2011.

TAPIA, C. L. V. *et al.* **Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes**. Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 1, art. 7, p. 93-102, jan./ jul. 2014.

TERRA, F. S.; SANTOS, L. E. S. **A violência doméstica e a criança**. REME Rev. Min. Enf., Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 271-276, jul./set. 2006.

UNICEF. **Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children**. New York: UNICEF, 2014. Disponível em:

http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf, Acesso em: 06 jun 2019

WASELFISZ J.J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/c09.def>, DATASUS, Acesso em: 23 mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva, 2002. Disponível em:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf. Acesso em: 06 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**, 2015. Disponível em: <<http://nevusp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

ZANATTA, E. A. et al. **Violência no Âmbito da Formação em Saúde: Estudo Bibliométrico**. Revista saúde – UNG [on-line], Guarulhos, v. 9, n. 3-4, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2142/1652>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ZANOTI-JERONYMO, D. V. *et al.* **Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira**. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 11, p. 1452-1461, 2009.