



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GRAZIELA LEITE DOS SANTOS

**O (A) PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

CAJAZEIRAS – PB
2016

GRAZIELA LEITE DOS SANTOS

**O (A) PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande-UFCG, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

ORIENTADORA Ma. ERLIANE MIRANDA DA ROCHA FERREIRA

CAJAZEIRAS – PB
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S237p Santos, Graziela Leite dos
O (a) profissional da enfermagem e a assistência à criança vítima de
violência sexual / Graziela Leite dos Santos. - Cajazeiras, 2016.
72f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Erliane Miranda da Rocha Ferreira.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Acolhimento - crianças violentadas sexualmente. 2. Cuidados -
enfermagem. 3. Assistência - violência sexual. 4. Violência sexual infantil.
5. Enfermagem - currículo. I. Ferreira, Erliane Miranda da Rocha. II.
Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de
Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-083:343.541-053.2

GRAZIELA LEITE DOS SANTOS

**O (A) PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande-UFCG, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, apreciado pela Banca
Examinadora composta pelos seguintes
membros:

Monografia aprovada em: 31/05/16

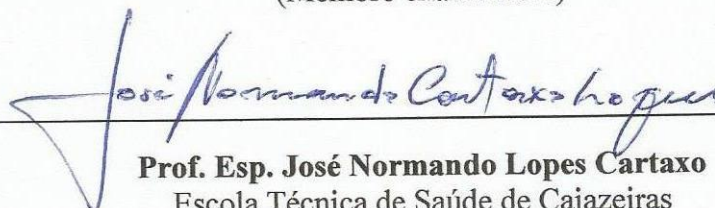
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Me. Erliane Miranda da Rocha Ferreira
Universidade Federal de Campina Grande
UFCG/UAENF
(Orientadora)



Prof.ª Me. Iluska Pinto da Costa
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras
UFCG/ETSC
(Membro examinador)



Prof. Esp. José Normando Lopes Cartaxo
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras
UFCG/ETSC
(Membro examinador)

Dedico a todos os profissionais, que com muita coragem, procuram superar as limitações em prol do exercício da profissão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha orientadora Ma. Erliane Miranda da Rocha Ferreira por ter depositado confiança em mim e acreditado no meu potencial. Agradeço imensamente tamanho esforço e contribuição que agregou neste trabalho. Sinto-me honrada por teres compartilhado tantos saberes comigo.

Agradeço aos profissionais de Enfermagem que participaram como objetos de pesquisa. Sem eles não seria possível realizar este trabalho. Agradeço a contribuição de cada uma das informantes.

Agradeço especialmente aos meus pais, pois deles advêm minha força para concluir esta etapa da minha caminhada. Para estes não há sentimento de gratidão mais terno. Amo-os incondicionalmente!

Aos meus irmãos: Graziano, Grasielma e Ivanilda. Indispensáveis como força motriz. Agradeço especialmente a minha irmã Ivanilda, pois sem ela a realização deste sonho não seria possível. Agradeço ainda as minhas sobrinhas: Maria Heloísa, Annelyza, Isabelle e a mais recém-chegada, Laura, pois conduzo minha profissão com todo carinho e dedicação a elas. A memória da minha tia Auxiliadora que me deixou o legado de mulher forte e batalhadora. Exemplo de profissional de Enfermagem que continua a me inspirar sobre a arte do cuidar. Guardarei a gratidão que tenho a ela juntamente com as lembranças cobertas de afeto.

Agradeço aos meus colegas e amigos: Carla, Kleber, Mariane, Layse, Talyta e Simone. Auxiliaram a carregar o fardo mais pesado desta caminhada. Obrigada imensamente pelo companheirismo e solidariedade nos dias difíceis. Destes agradeço particularmente a Talyta, seu conforto veio no momento mais propício, do qual não esquecerei. E agradeço imensamente a minha amiga Cairony, pois proporcionou grande ajuda em vários âmbitos, agradeço o apoio e amizade sincera.

Por fim, agradeço aos demais professores (as) e profissionais da Enfermagem que participaram da minha formação acadêmica. Aqueles que, através dos conhecimentos compartilhados, contribuíram significativamente para a construção da profissional que me torno. A todos e todas minha eterna gratidão.

Não creio, no sentido filosófico do termo, na liberdade do homem. Todos agem não apenas sob um constrangimento exterior, mas também de acordo com uma necessidade interior.

-Albert Einstein

RESUMO

SANTOS, Graziela Leite dos. **O (a) Profissional da Enfermagem e a Assistência a Criança Vítima de Violência Sexual**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2016.

O acolhimento e o cuidado à criança violentada sexualmente são considerados parte de uma ação multiprofissional, caracterizada pelo desafio de equalizar procedimentos técnico-burocráticos e assistência humanizada. Apesar de ser patente a legitimidade do (a) profissional da Enfermagem na lida com o sofrimento alheio, permanecem latentes os melindres de sua participação nesta ação. Este estudo propôs uma investigação com enfoque qualitativo, acerca dos aspectos subjetivos que mobilizam a abordagem assistencial do (a) profissional da Enfermagem à criança sexualmente vitimizada. Houve a formação da rede de sujeitos de pesquisa que se constituiu com seis enfermeiras dos serviços: Atenção Básica, maternidade e setor administrativo do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC). Desse modo o critério de inclusão foi o profissional ter prestado assistência a criança vitimizada sexualmente, logo o critério de exclusão foi não ter prestado esse tipo de assistência. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e interpretados à luz de análise temática. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, sob o parecer de nº 1.510.471. Destacam-se entre os resultados obtidos: i) a relevância da experiência da maternidade no desempenho deste tipo de assistência; ii) a carência curricular da Enfermagem no que toca a abordagem e a preparação para a lida com o fenômeno da violência sexual infantil; iii) a relação entre as limitações auto-impostas pelos (as) profissionais da Enfermagem na prestação desta assistência e a incerteza de contar com apoio do sistema no qual se encontra inserido (a), em caso de adoecimento psicoafetivo em decorrência deste tipo de atendimento.

Descritores: Violência sexual; Criança; Enfermagem.

ABSTRACT

SANTOS, Graziela Leite dos. **The Professional Nursing and Assistance to Child Victims of Sexual Violence**. Work Completion of course (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB – 2016.

The welcoming and the care to sexual violent children are considered, part of a multiprofessional action, characterized by the challenge of balancing technical and bureaucratic procedures and humanized care. Despite being patent the legitimacy of (a) Professional Nursing in dealing with the suffering of others, remain dormant the squeamishness of their participation in this action. This study proposed a research with qualitative approach about the subjective aspects that mobilize the care approach (a) professional nursing to sexually victimized child. There was the formation of research subjects network that was formed with six nurses Services: Primary Care, Maternity and administrative Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) sector. This way the inclusion criterion was the professional have assisted the child sexually victimized. Data were collected through the application of semi-structured interviews and analyzed under a perspective qualitative, thematically. The study was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de Campina Grande, in the opinion No. 1.510.471. Stand out among the results: i) the relevance of motherhood experience in performance of this type of assistance; ii) the lack of nursing curriculum regarding the approach and preparation for dealing with the phenomenon of child sexual violence; iii) the relationship between the self-imposed limitations by (the) nursing professionals in the provision of this assistance and the uncertainty of relying on system support in which it is inserted (a) in the case of psycho-affective illness as a result of this type of care .

Keywords: Sexual Violence; Child; Nursing

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 Enfermagem.....	15
3.1.1 O cuidado de si na Enfermagem.....	16
3.2 Infância	17
3.2.1 A proteção à criança.....	18
3.3 Violência	19
3.3.1 Violência sexual.....	20
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	22
4.1 Métodos e técnicas.....	22
4.2 Da análise dos dados	22
4.3 Do Cenário de Estudo.....	22
4.4 Das entrevistas.....	24
4.5 Do tratamento dos dados.....	24
5 Resultados e Discussão	26
5.1 A percepção do (a) profissional de Enfermagem sobre a violência contra criança	26
5.2 Do reconhecimento do (a) profissional da Enfermagem sobre a aptidão para o desempenho da assistência à criança vitimizada sexualmente.	30
5.3 Sobre a noção do (a) profissional de Enfermagem das repercussões da assistência a criança vitimizada em sua vida privada e social.....	35
6 Conclusão	40
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	47

APÊNDICE A Roteiro de Entrevista	48
APÊNDICE B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	50
APÊNDICE C Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável	52
APÊNDICE D Termo de Compromisso do Pesquisador Participante.....	53
ANEXOS.....	55
ANEXO A Ofício	56
ANEXO B Termo de Anuência da Universidade federal de Campina Grande	57
ANEXO C Termo de Anuência da Secretaria de Saúde de Cajazeiras.....	58
ANEXO D Termo de Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	59
ANEXO E Encaminhamento às Unidades Básicas De Saúde.....	61

1. INTRODUÇÃO

Houve um tempo em que a representação do conceito da profissão de Enfermagem esteve atrelada à caridade e à boa ação inerente ao ser humano. Nos últimos tempos, porém, concomitante ao fortalecimento das especializações e à idéia de democratização do bem estar humano, especialmente, comunidade científica e agentes sociais vêm descreditando esta noção. No lugar dela, a Enfermagem emerge como o ícone de um cuidado que deve ser exercido com profissionalismo extremo e em consonância com o paradigma tecnocientífico vigente.

Os dilemas subjetivos decorrentes da prática da Enfermagem, entretanto, atualizam-se, mas não mudam, pois a Enfermagem se realiza através de uma daquelas atividades que, independentemente do paradigma vigente, não admite que um sujeito desencarnado a desempenhe. Neste sentido, enfermeiros e enfermeiras convivem recorrentemente com uma aporia: como se colocar entre a exigência patente da neutralidade almejada por toda disciplina científica e a expectativa latente sobre o estado de sofrimento humano demandar, justamente, afeto invés de neutralidade?

De acordo com a perspectiva contemporânea, a noção do cuidado é determinada de acordo com as considerações ontológicas da condição humana para com o ato de cuidar. Pelo exposto, particularmente na atualidade, isto aponta para uma necessidade vital do (a) profissional da Enfermagem considerar como fundamental reconhecer as próprias limitações antes do cuidar do (a) outro (a) (SILVA, *et al*, 2009). Neste sentido, faz-se necessário ao (à) profissional desta área despertar para as próprias limitações e, conseqüentemente, para a consignação do cuidado consigo mesmo, como garantia para se manter em condições de cuidar do (o) outro (a).

Na prática, a Enfermagem lida com sofrimentos humanos em diversos níveis. Daí o reconhecimento da importância da noção de biopsicossociabilidade pelos (as) profissionais desta área em todo o mundo. Tratando-se da realidade desta prática no Brasil, há algum tempo considerado como um dos países mais violentos do mundo e, ora, mergulhado em uma crise plena de reestruturação na assistência à saúde, o desempenho da função da Enfermagem, torna-se um desafio ainda mais delicado.

No que toca pontualmente à violência, é reconhecido que esta se constitui em um fenômeno complexo, polissêmico e de múltiplos fatores. Secularmente, porém, não raro, sua origem se encontra arraigada a aspectos sócio-culturais contextualizados. Sobre a relação da assistência à saúde e a violência, mais precisamente, é possível afirmar que na grande maioria das vezes se faz indispensável o debruçamento do (a) prestador (a) desta assistência sobre a intimidade da vítima, sobretudo quando percebe-se e/ou se suspeita do envolvimento de questões de desigualdade social ou questões de gênero. Neste sentido, os casos de violência sexual ganham um contorno especial na prática da Enfermagem e tornam-se ainda mais melindrosos quando vitima crianças e adolescentes.

Sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, chama atenção o número de atendimentos pelo Sistema Único de Saúde, por exemplo, no ano de 2011 ter alcançado a marca de 10.425 casos. Adentrando ainda nesses mesmos dados, que 30,3% deste contingente, ou seja, 2.542 destes atendimentos, tenham sido dispensados a vítimas da faixa etária entre cinco e nove anos (Waiselfisz, 2012). Considerando que de uma perspectiva simbólica, neste tipo de atendimento cabe ao corpo médico o diagnóstico, enquanto à Enfermagem cabe a sistematização da assistência - incluindo acolhimento, anamnese e exame físico -, torna-se intrigante que: i) a literatura pertinente atual considere o adoecimento dos (as) profissionais da Enfermagem, especialmente, de uma perspectiva da saúde mental, mas não explore a relação entre os dilemas subjetivos decorrentes da prática da Enfermagem e os fenômenos aí implicados, como o da violência sexual infantil; ii) por conseguinte e nos mesmos termos, que reconheça massivamente a carência do currículo acadêmico do curso Enfermagem na preparação de um corpo profissional para o enfrentamento do atendimento de casos oriundos, direta ou indiretamente, da violência sexual infantil, mas não proponha uma solução para isto.

Com este estudo propomos uma investigação acerca dos os aspectos subjetivos que mobilizam a abordagem assistencial do (a) profissional da Enfermagem à criança vítima de violência sexual. Com os resultados alcançados, esperamos somar informações que contribuam com a composição de uma reflexão crítica sobre a relação entre o (a) profissional de Enfermagem e a realidade de seu campo de atuação, de uma perspectiva empírica e atual.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os aspectos subjetivos que mobilizam a abordagem assistencial do (a) profissional da Enfermagem à criança vítima de violência sexual.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Examinar a percepção do (a) profissional da Enfermagem sobre a violência contra criança;
- Inquirir sobre os elementos que o (a) profissional da Enfermagem compreende como aqueles que o (a) torna apto e/ou inapto a desempenhar a assistência a este tipo de vítima;
- Averiguar que noção o (a) profissional da Enfermagem tem das repercussões desta atividade em sua vida privada e social;

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Enfermagem

A história da Enfermagem se fundamenta na prática do cuidado sob a forma de caridade adotada pela igreja, tratando-se, então, de um exercício praticado por pessoas desprovidas de saber técnico e/ou científico. Gradativamente o cuidar na Enfermagem foi sendo transformado, passando a se constituir através do elo entre a assistência promovida pelas ordens religiosas e a prática de um cuidar sistematizado (CAVALCANTI *et al*, 2014).

A profissionalização da Enfermagem surge a partir do trabalho e esforços da precursora Florence Nightingale, em meados do século XIX. Nightingale conceitua a Enfermagem como a arte do cuidar (POTTER; PERRY, 2014) e propõe aos poucos uma transformação da perspectiva do cuidado. Na contemporaneidade, faz-se indispensável promover a ideia de que a Enfermagem apóia os seus cuidados em bases metodológicas, que a legitima no âmbito científico (ROCHA, 2015). Tais bases, aliás, corroboram a perspectiva moderna de legitimação das profissões no âmbito de “sistemas peritos”, reconhecidos aqui como uma organização de “excelência de natureza técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje” (GIDDENS, 1991, p.35), que autenticam a abordagem assistencial do (a) profissional da Enfermagem como aquela capaz, por que confiável, de responder as demandas de cuidado com a saúde.

O alinhamento do cuidar com a assistência humanizada acentuou o vínculo da Enfermagem com o acolhimento do sujeito em estado de sofrimento, ao mesmo tempo em que o aprimoramento do cuidar técnico-científico exigiu e favoreceu uma percepção do sujeito como objeto de cuidado. Este movimento promoveu uma melhor percepção do (a) profissional da Enfermagem no que concerne a análise diagnóstica, assim como corroborou a sistematização da assistência ofertada pela Enfermagem. A tipologia destas transformações, embora aparentemente opostas, fomentaram subsídios para que a Enfermagem agregasse à sua prática uma constante busca de equilíbrio, promovendo-lhe condições de desenvolver uma abordagem assistencial própria sem perder,

especialmente na essência de sua prática, a percepção de que o cuidado não dispensa a subjetividade.

A subjetividade, traço inerente ao ser humano, está expressa no comportamento, nas atitudes, na linguagem e na percepção individual e social de cada um e de todos os indivíduos, ao mesmo tempo. Desta forma, é possível reconhecer na história da construção da Enfermagem como profissão, uma contribuição relevante para a instituição de uma cultura de subjetivação que, agregada ao âmbito do ato do cuidar, não apenas determina relações de cuidado, como orchestra suas práticas (BUSANELLO *et al*, 2014). Isto significa dizer que a subjetividade no exercício da Enfermagem, continua se constituindo como uma dimensão que não prescinde do exercício reflexivo para a efetivação de sua missão, que é assistir o sujeito em estado de sofrimento.

3.1.1 O cuidado de si na Enfermagem

De uma perspectiva histórico-cultural, a noção de cuidado que temos hoje foi moldada no ocidente em acordo tanto com as determinações ontológicas da condição humana, como sociais. Por isso, o cuidado dedicado ao semelhante não deve desatrelar-se do cuidado consigo, sendo fundamental reconhecer as próprias limitações (SILVA, *et al*, 2009).

Para Foucault o cuidado de si mesmo deve ser entendido como uma arte da existência humana, como um princípio que orientou o berço da civilização grega na prática dos sujeitos ocuparem-se consigo mesmos (FOUCAULT, 2004; 2007). Neste sentido, o sujeito ocidental foi conformado pela sua relação com um conjunto de práticas compreendidas e apreendidas como preceitos indispensáveis para um cuidado de si consciente e, portanto, autônomo (SILVA *et al*, 2009).

Ao longo dos séculos, entretanto, o conceito de cuidado de si sofreu uma transformação: deixou de atender as prerrogativas de uma arte da existência e passou a ser configurado como uma prática fragmentada, especialmente, no que tange as circunscrições determinadas pelo paradigma tecnocientífico vigente que legitima as especialidades médicas. O cuidado de si, do qual fala Foucault, passa a se configurar, assim, como o exercício de um “cuidar-se” (MIRANDA, 2009), no qual os sujeitos

contemporâneos tendem a negligenciar uma arte da existência, em benefício de uma prática da contingência. Neste sentido, o cuidado de si contemporâneo, ou seja, o cuidar-se, acompanha a lógica e o ritmo instaurado da modernidade, com todas as suas efemeridades (SILVA *et al*, 2009).

Contudo, e contrariando tal sentido paradigmático, a Enfermagem permaneceu pautando a noção de cuidado adotada por ela, em uma perspectiva holística, persistindo em perceber cada ser humano em sua totalidade, ainda que, ao mesmo tempo, tenha aprendido a enxergá-lo, também, pelos olhos da ciência como um objeto. Não obstante, Silva *et al* (2009) reconhecem esta característica da Enfermagem, de se fazer simultânea, justamente, como uma competência que lhe dá condição de possibilidade de conceber o cuidado em termos holísticos, bem como de compreender a inter-relação entre os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, emocionais e espirituais, não tratando as dimensões da existência humana como mera somatória de partes. Considerando a sociedade dromológica em que vivemos, entretanto, para o (a) profissional da Enfermagem o cuidado do (a) outro (a), na medida em que está acomodado no âmbito do compromisso tanto laboral, como ético, é mais fácil de ser realizado que o cuidado consigo – hoje considerado pelos sujeitos contemporâneos como algo postergável - (SILVA *et al*, 2009).

3.2 Infância

Até meados do século XVI as crianças eram tratadas como adultos em miniatura. Os cuidados que recebiam, eram reservados apenas aos seus primeiros anos de vida, e àquelas nascidas em berços que lhes proviam de melhores aquisições sociais e financeiras. Desde os três ou quatro anos de idade, as crianças já participavam das mesmas atividades dos adultos, não havendo distinção entre elas e estes (FROTA *apud* ARIES, 2013). A concepção de infância que conhecemos hoje é decorrente de um longo processo histórico.

A infância é uma invenção da modernidade que se constituiu como uma categoria social, sendo, portanto, relativamente recente na história da humanidade. Entre os séculos XV e XVI se encontra o esboço da concepção de infância centrada na

inocência e na fragilidade, embora, apenas no século XVIII, inaugure-se a construção da infância que assume o tríplice signo moderno: liberdade, autonomia e independência (FROTA, 2013).

Cohn (2005) ressalta que os direitos da criança, e a própria ideia de menoridade, não podem ser entendidos senão a partir da formação de um sentimento e de uma concepção de infância (FROTA *apud* ARIES, 2013), sendo relevante, por isto, o reconhecimento da modernidade como marco de sua invenção. A noção sobre um período de inocência infantil, por exemplo, circulou pela primeira vez no Iluminismo do século XVIII, chegando provavelmente ao seu apogeu, nos Estados Unidos, no início do século XX. A partir de então leis sobre o trabalho infantil, instrução obrigatória para todos e um sistema judicial para criminalidade juvenil começaram a definir a distinção entre crianças e adultos, estimulando o tratamento desses sujeitos e acordo com sua condição etária.

A infância, portanto, configura-se em um termo dinâmico: muda com o tempo e com os diferentes contextos político-sociais (FROTA, 2013).

3.2.1 A proteção à criança

O histórico de proteção à criança remonta a diferentes épocas, lugares e culturas, e diferentes perspectivas de noções de como lidar/cuidar da criança. Um dos primeiros códigos de proteção que contempla a criança é o Código de Hamurábi, que foi criado no oriente antigo e objetivava proteção da mulher e da criança. Esse Código foi considerado um grande passo contra as injustiças cometidas contra mulheres e crianças e até os dias atuais goza de um espaço notório, sendo citado como um dos documentos pioneiros que visou proteger a criança. (OLIVEIRA, 2006)

Em tempos menos distantes, porém, a conformação social que se estabeleceu com o advento do capitalismo, suscitou a legitimação de interferências mais incisivas sobre a proteção à criança. Na modernidade, com o desenvolvimento do segmento industrial, arregimentavam-se crianças e adolescentes para o trabalho fabril pesado, com vistas ao baixo custo de seus salários, o fácil controle e conseqüente submissão física e psicológica. Neste âmbito, ocorreram centenas de denúncias contra os maus tratos às

crianças e aos adolescentes trabalhadores. Todos os tipos de violência eram cometidos contra estes (as) trabalhadores (as) precoces, que acabavam inclusive indo a óbito em função das condições precárias, desumanas a que eram submetidos (as). Essa ideia de exploração era arraigada a lógica capitalista. (SANTOS, 2007)

No campo da psicologia humanística e das teorias feministas, avançou-se mais no que concerne à proteção às crianças sofredoras de violência, com a instituição da avaliação clínica psicológica para as mulheres e as vítimas de violência infantil. Neste sentido, foi neste campo comum que se propôs mudanças na perspectiva da responsabilização da vítima, na ideia de dominação por cônjuges e responsáveis, e da perspectiva terapêutica (NEVES; NOGUEIRA, 2003).

Como mais recente baluarte na luta contra violência infantil, destaca-se a Assembleia Geral da ONU, que em 1989 instituiu a Convenção sobre os Direitos da Criança. No Brasil a Constituição de 1988 antecipou esse movimento internacional e garantiu, em seu artigo 227, a dignidade à infância e à adolescência como prioridade absoluta. Em 1990, o Brasil inovou novamente, com a tradução desses princípios em uma legislação mais completa e detalhada: o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA - (STAHL; VIVES; ASIBEY, 2015).

3.3 Violência

A violência consiste em um fenômeno complexo, polissêmico e de múltiplos fatores que, não raro, tem sua origem arraigada a aspectos sócio-culturais. Em função desta caracterização, sua associação como problema de saúde e da saúde pública é recorrente. No que tange à violência contra crianças e adolescentes, enfatiza-se que se constitui como esse tipo de violência todo ato, ou negligência de pais, parentes ou de outras instituições responsáveis, que cause danos físicos, sexuais e/ou psicológicos a estes sujeitos. Menciona-se também que tais elementos definidores são produzidos pela própria sociedade moderna, em que crianças e adolescentes tornam-se sujeitos de direitos, reconhecidos como cidadãos. (GUZZO *et al* 2014). Para Zaluar (1999) a violência é um termo difícil de ser significado pela própria polifonia, bem como pela multiplicidade de formas pelas quais pode se manifestar. Etimologicamente, entretanto,

violência é oriunda de *valentia*, que remete a *vis*, que quer dizer força, vigor, emprego de força física ou recursos do corpo para o exercício de força vital. A violência pode ser ocasional, espontânea, posicional, repentina e geralmente é desproporcional ao que a provocou (ZALUAR, 1999).

No Brasil o panorama da violência baseado nos preceitos ideológicos na década de 1980, pautava-se na ideologia da justiça popular que abominava o crime. A violência perpassava as interfaces da forma ilícita, ou seja, da criminalidade, bem como da lícita, da disciplina punitiva policial. Cientistas sociais e sociólogos brasileiros, por exemplo, contestam frequentemente o papel das políticas punitivas e o manejo dos aparelhos institucionais empregados contra as problemáticas de crime e violência. Disto, hoje reclama-se a necessidade da reformulação da ideia de justiça baseada na prática punitiva autoritária, com vistas à migração para uma noção de justiça social, contextualizada. Legitima-se, assim, a necessidade da formulação de políticas públicas capazes de abranger outras problemáticas sociais que interagem com a violência, na condição de fenômeno contemporâneo (ZALUAR, 1999).

3.3.1 Violência sexual

A violência sexual configura-se como um uso perverso da sexualidade do outro. Contra crianças e adolescentes, é uma violação de direitos, uma transgressão, que se fundamenta na relação de poder perverso e destruturante. A violência sexual no âmbito familiar é uma violação do direito à sexualidade segura e à convivência familiar protetora. Na sociedade contemporânea a violência sexual contra a criança e o adolescente, é considerada inaceitável, além de ilegal, porque fere a ética e transgride as regras sociais e familiares de convivência mútua, bem como de responsabilidade dos adultos para com as crianças. Esse tipo de violência se contrapõe aos direitos humanos conquistados pela sociedade, nega a dignidade do outro, sobremaneira, do ponto de vista de sua integridade física e psicológica (GAMA; PAIXÃO, 2010).

De uma perspectiva histórica a violência sexual possui uma vasta trajetória, desde o momento que se percebeu a necessidade de se legitimar a noção de proteção aos direitos da criança. O problema é antigo, haja vista que a partir da noção de sexualidade

da criança na antiguidade, a criança era exposta como um adulto em miniatura, chegando a participar das mesmas atividades que os adultos, sem qualquer preocupação com o que era ou não apropriado para ela (OLIVEIRA, 2006).

Apesar dos avanços obtidos no que diz respeito ao reconhecimento da criança como um ser que necessita de atenção, cuidado, educação e proteção, é preciso atentar para que ainda não ocorreram todos os avanços necessários para subsidiar um controle efetivo sobre a violência infantil.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Métodos e técnicas

Na realização desta pesquisa privilegiamos a dimensão qualitativa porque nos interessou compreender qual a percepção que o (a) profissional da Enfermagem tem de si na assistência à criança vítima de violência sexual. A entrada no campo empírico se deu através do recurso da intermediação metodológica do *gate keeper* (DINIZ, 2008), através do qual os (as) informantes de pesquisa foram inicialmente indicados por profissionais de uma unidade básica de saúde. A partir da primeira entrevista obtida, adotamos a técnica *snowbow*, conhecida como “bola de neve”, que é indicada para populações especializadas e de pequeno número de integrantes, na qual na medida em que um sujeito de pesquisa indicou outro, formou-se uma rede de informantes (APPOLINÁRIO, 2006). Para coleta de dados, adotamos um roteiro de entrevista semiestruturado, com vistas à realização do esmiuçamento das respostas alcançadas nas entrevistas.

4.2 Da análise dos dados

Para análise dos dados coletados nos apoiamos na análise temática, que nos auxiliou numa sistematização capaz de subsidiar a identificação de “feixes de relações”, passíveis de serem representados “através de uma palavra, um frase, um resumo” (GOMES, 2002; MINAYO; 2002; p. 208).

4.3 Cenário do estudo

De acordo com o desenho proposto para este estudo, mantivemos a cidade Cajazeiras, no alto sertão da Paraíba como recorte, a Unidade Básica de Saúde Mutirão II, localizada neste município, como porta de entrada para o campo empírico desta pesquisa. A opção pela cidade de Cajazeiras e pela sua Unidade Básica de Saúde se deu por uma questão de acessibilidade: trata-se da cidade em que a pesquisadora reside e frequentou a disciplina “Estágio Supervisionado I”, durante a graduação no curso de Enfermagem. De acordo com o recurso metodológico de pesquisa, *gate keeper*, a

pesquisa foi iniciada na Unidade básica de saúde e prosseguiu com indicações posteriores de informantes que nos levou até outros (as) profissionais da Enfermagem, da maternidade e do setor administrativo do Hospital Regional de Cajazeiras.

É importante sublinhar que só após a aprovação do Comitê de Ética, foi dada início à captação de informantes. A partir de então que se deu início à formação de nossa rede de sujeitos de pesquisa que se constituiu com seis enfermeiras. Como previsto no projeto, cessamos a busca pela admissão de novos (as) informantes quando os discursos começaram a se repetir, caracterizando o esgotamento do campo. As entrevistas foram previamente agendadas para dia, horário e local, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos de pesquisa, sendo três delas realizadas em domicílio e três no local de trabalho destes sujeitos.

Todas as observações do campo foram registradas em um diário, no qual foram assinaladas, para além de nossas observações sobre cada informante, também a percepção do ambiente e do contexto no qual o (a) encontramos para realização da entrevista.

É importante registrar que consideramos como critério de exclusão, profissionais da Enfermagem que nunca tenham assistido diretamente alguma criança vítima de violência sexual, dentro ou fora de seu ambiente de trabalho. Este critério objetivou fortalecer a rede de informantes constituída de profissionais que forneceram relatos autênticos e pertinentes ao objeto deste estudo.

Considerando o propósito da investigação e a possibilidade de uma reação defensiva, protetiva e/ou silenciosa dos (as) informantes, o roteiro de entrevista foi estudado, testado e retificado em benefício de seu tempo e fluidez, até chegar à forma em que “dois sujeitos trabalhassem em conjunto para chegar a uma compreensão comum” (Morrisson, 2010, p.160). Antes do início de cada entrevista apresentamos aos sujeitos de pesquisa o objetivo deste estudo, o ofício do Comitê de Ética e a carta de anuência da UFCG, com a finalidade de lhes assegurar que tanto o roteiro de entrevista aplicado, como o compromisso de ciência, de consentimento livre e esclarecido e de confidencialidade, foram apreciados e aprovados, respectivamente, pela instituição de ensino e comitê, devidamente pronunciados. Com essas ações, cumprimos com as orientações da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil), que visa

em última instância, assegurar “os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.” (BRASIL, 2012). Ainda a este respeito, todos os modelos de termos citados foram devidamente assinados por cada um dos sujeitos de pesquisa.

4.4 Das entrevistas

As entrevistas aplicadas foram realizadas com o auxílio de um gravador e seguiram um roteiro de entrevista em profundidade, a fim de que os dados obtidos se apresentassem tanto mais fiel aos propósitos desta pesquisa como mais eficiente para o processo de identificação e classificação dos argumentos em unidades temáticas, para posterior realização da análise do objeto. Duas exceções, entretanto, ocorreram: duas informantes atenderam a pesquisadora pessoalmente, mas não concederam as gravações de suas entrevistas. Uma informante solicitou o roteiro impresso para devolver respondido manuscrito, argumentando falta de tempo de conceder a entrevista, porque morava em outro município e tinha seu horário cronometrado de chegada, plantão e saída de Cajazeiras. Outra informante disponibilizou-se a conversar, mas não admitiu a gravação de sua voz, concordando que transcrevêssemos sua fala em tempo real. As impressões pessoais e o rumo do teor da pesquisa, entretanto, ficaram assegurados pelo encontro presencial em que, em tempo, além das informantes tirarem suas dúvidas após a apresentação da pesquisa, ficou estabelecido a confiança mútua, entre pesquisadora e sujeitos de pesquisa, e atestado o interesse voluntário destes últimos em colaborar com a com o estudo em questão.

4.5 Do tratamento dos dados

Os textos produzidos a partir das entrevistas foram tratados através da sistematização de identificação por temas. A partir do roteiro proposto, foram ordenadas as falas de cada informante, sendo para isto construído cinco tabelas: a primeira, com o perfil dos sujeitos de pesquisa; a segunda com os discursos significativos; a terceira com os discursos semelhantes; a quarta com os discursos convergentes e a quinta com os discursos divergentes. O passo seguinte foi o cotejo destas falas captadas para a

formação de agrupamentos dos discursos por eixos temáticos. A partir dos resultados destes agrupamentos demos prosseguimento ao trabalho de investigação do objetivo proposto para este estudo.

Na etapa da análise dos dados, seguimos cotejando as noções abordadas na fundamentação teórica com o campo investigado e, em acordo com as demandas emergidas nas entrevistas, investindo no desenvolvimento da análise dos sentidos mais manifestos, de uma perspectiva temático-discursiva (Minayo, 2002).

Com vistas à promoção de uma leitura contextualizada deste estudo, ilustramos no quadro abaixo as principais características das informantes, devidamente identificadas com nomes fictícios, respeitando o compromisso de anonimato firmado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desta pesquisa.

Perfil das informantes

Codínome	Idade	Sexo	Profissão	Tempo de Profissão	Convívio com criança (s)	Relação/Parentesco	Vítima de violência sexual na infância
Flávia	26	Feminino	Enfermeira	2 anos	Sim	Afilhados	Não
Júlia	33	Feminino	Enfermeira	10 anos	Sim	Filhos	Não
Samara	35	Feminino	Enfermeira	8 anos	Sim	Filho/sobrinhos	Sim
Natália	39	Feminino	Enfermeira	20 anos	Sim	Filhos	Não
Kátia	32	Feminino	Enfermeira	15 anos	Sim	Filhos	Sim
Elisa	30	Feminino	Enfermeira	1 ano	Sim	Afilhada	Não

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A percepção do (a) profissional da Enfermagem sobre a violência contra criança.

A maioria das informantes relacionou a violência com o descuido dos (as) responsáveis da criança:

Como profissional, muitas vezes a gente pode ver... É... falta de cuidado. A gente pode observar. A gente pode ter a percepção que essa família não cuida direito, por isso que deixou acontecer [...] – Samara.

Acredito que falta mais atenção, presença, participação, responsabilidade para com a criança.[...] – Kátia.

Que ele ou ela tenha mais atenção e seja mais vigilante. – Elisa.

Muitas das vezes eles também são cúmplices pelo descaso, pelo abandono. - Natália.

Considerando que a violência sexual infantil contempla o uso perverso de força, que transgredir e viola os direitos básicos da criança (GAMA E PAIXÃO, 2010), a percepção geral das informantes foi a de que cabe à família, como núcleo básico de formação da criança, a responsabilidade pelos seus cuidados e socialização (ALGERI, 2005). As falas das informantes convergiram, de fato, para a reclamação de um déficit de atenção dos (as) responsáveis para com a criança vitimizada sexualmente.

Entretanto, é válido considerar que para além da responsabilidade da família, também cabe ao Estado, nas figuras de instituições sociais de saúde e/ou educação, a notificação de casos confirmados ou suspeitos deste tipo de violência (GAMA; PAIXÃO, 2010). Neste sentido, uma informante se mostrou consciente da importância da participação de instituições, como meio para formar uma rede de apoio e assistência à criança sexualmente violentada:

Fazemos o que está ao nosso alcance. Na rede hospitalar daqui todos os setores se empenham em prestar assistência a criança vítima de violência. Há também uma articulação com os serviços da rede extra-hospitalar: CRAS, CREAS, Conselhos Tutelares e CAPSi. - Elisa.

A percepção da ausência de cuidado por parte dos (as) responsáveis diretos, contudo, não só apareceu em relevo, como levou uma das informantes a entrar em um estado mais profundo de reflexão. Samara arregimentou três perspectivas distintas sobre a violência sexual contra a criança: i) como profissional, onde percebeu o (a) responsável como descuidado (a); ii) como mãe, onde se reconheceu com dificuldade de desempenhar o papel de cuidadora em função do pouco tempo que dispunha para se dedicar ao seu filho; iii) como vítima de violência sexual em sua infância, em que ponderou essa experiência como um sofrimento que, apesar de íntimo e indivisível, foi compartilhado, ainda que tardiamente, com sua família, onde ganhou repercussão coletiva:

Como profissional, muitas vezes a gente pode ver... É... falta de cuidado (...). Como mãe, eu me vejo numa situação, porque não tem condições uma mãe passar 24 horas com o filho, principalmente pra quem trabalha. Então seu filho tá lá, sujeito a acontecer várias coisas. Como vítima de violência, eu vejo que a família também é vítima. Muitas vezes a família não sabe. A família não tem conhecimento. Por exemplo, até os 19, 20 anos de idade minha família nunca soube, porque até esse sentimento de falar... você se sente acuada. Muitas vezes a família também se sente acuada. – Samara.

O depoimento de Samara nos remeteu à percepção da violência como um fenômeno relacional (NUNES *et al*, 2008), especialmente na medida em que ela o significou a partir de suas próprias experiências – de cuidadora profissional, de mãe e de vítima -. Mas também deu indícios de uma prática recorrente no âmbito da violência sexual contra criança, tratando-se do silenciamento. A esse respeito, Gama e Paixão (2010), alertam sobre os riscos desta prática, advertindo que, independentemente da intencionalidade de quem o adote, o silenciamento sempre corrobora a convivência:

“Tanto membros da família como vizinhos, colegas, profissionais da educação, saúde, assistência, segurança, ao silenciarem sobre as situações de violência que presenciam, conhecem, ou suspeitam protegem o violentador” (GAMA; PAIXÃO, 2010, p.25).

Carvalho *et al* (2009), inclusive, discutem a questão da violência, lembrando que na manifestação deste fenômeno a família da vítima se reverte em uma vítima secundária (CARVALHO *et al*, 2009). Quando, Samara articulou suas experiências, portanto, realizou uma “transação intrahumana”, tratando-se de um movimento de reapropriação de suas próprias vivências como estratégia para abstrair seu meio, bem como seu semelhante (MORAIS *et al*, 2010).

A maioria das informantes corroborou a perspectiva contemporânea, no que toca a legitimidade da defesa da dignidade à infância, que tem como pressuposto a noção moderna da criança como sujeito que precisa de cuidado e proteção (OLIVEIRA, 2006; NEVES; NOGUEIRA, 2003).

Maioria, entretanto, não é unanimidade. E uma informante nos surpreendeu com seu depoimento, ao atribuir a culpa à da violência sexual à vítima, uma adolescente de 14 anos, pelos abusos que sofria desde sua infância:

Já aconteceu casos de a violência ser permitida pela vítima, por um padrasto, por algum primo. E... teve casos que ela também foi culpada. Foi por permissão dela. Assim... Ela foi abusada desde os nove anos de idade e foi permitindo isso até os quatorze anos. Ela nunca disse. E até gostava da situação, mas aí chegou um ponto que ela não queria mais o que estava acontecendo e acabou revelando. – Natália.

Natália foi a informante com mais tempo de experiência profissional que entrevistamos, com 20 anos de exercício de Enfermagem. A divergência entre seu posicionamento frente às demais informantes foi significativa.

A maneira como Natália se referiu à criança vítima de violência sexual gerou dois incômodos, respectivamente, consignados: i) remeteu à noção de criança do século XVI, em que esta era percebida como uma pessoa adulta em miniatura (FROTA *apud* ARIES, 2013); ii) reverberou o discurso de culpabilização da vítima de violência sexual (MAGALHÃES, 2014). A perspectiva dessa informante, portanto, contrariou a ideia de que “todo ato de violência praticado contra crianças é uma negação do direito que elas “têm de serem tratadas como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento”” (ALGERI, 2005).

O posicionamento de Natália, entretanto, mostrou-se frágil e controverso na medida em que aprofundamos a entrevista e ela classificou o (a) autor (a) da violência sexual contra criança, como “uma pessoa má [...] que deve ser punida pelo o que ela fez”.

Neste sentido, a postura de Natália ganhou paulatinamente contornos de defesa, especialmente, na medida em que ela deu psitas do esforço que realizava para estabelecer uma espécie de distância afetiva das pessoas que atende no exercício da Enfermagem. Suas respostas eram mecânicas. Quando questionada, por exemplo, se o sistema de saúde vigente corroborava para uma assistência adequada à criança sexualmente violentada, ela respondeu que sim, e explicou:

Sim. É feito de acordo com os protocolos, a gente faz a assistência de acordo como manda o protocolo. Primeiro a criança... Ela é vista pelo médico. Depois é feito a questão de exame de laboratório, depois exame físico. É encaminhada para o serviço social. A gente faz intermediação com o conselho tutelar. Até aqui é responsabilidade da maternidade, depois é responsabilidade do conselho tutelar. – Natália.

E quando questionada sobre as características que ela reconhecia como as que a ajudavam neste tipo de assistência, ela respondeu:

Eu acho que... Como é que se diz? Eu me sinto tranquila. A gente se acostuma com aquela rotina. Assim... não é mais surpresa pra a gente. Não é mais um fato espantoso. Mas sempre que vem eu me considero uma pessoa tranquila. Não que eu aceite, mas pra resolver a gente tem que está tranquila. Pra dar conta a carência do currículo acadêmico do curso Enfermagem na preparação de um corpo profissional para o enfrentamento do atendimento de casos oriundos, direta ou indiretamente, da violência sexual infantil. – Natália.

De acordo com alguns estudos, os (as) profissionais de Enfermagem constituem-se em uma das classes trabalhadoras que mais lança mão de mecanismos de defesa contra o sofrimento decorrente da prática profissional, ainda que, em grande parte das vezes, inconscientemente (SHIMIZU, 2007; COLLET; ROZENDO, 2003). Neste sentido, não é raro que profissionais há mais tempo em exercício, assumam uma postura

“de indisponibilidade e de intolerância para com a emoção provocada pela percepção do sofrimento do outro” (COLLET; ROZENDO, 2003, p. 190).

Desvelar na fala de Natália sinais de que esta profissional lançou mão de mecanismos de defesa, entretanto, não significa dizer que sua postura estivesse adequada, pois, ao fazê-lo, ela deixou de significar um dos mais distintivos traços da Enfermagem, que é o de desenvolver uma abordagem assistencial própria sem perder, especialmente na essência de sua prática, a percepção de que o cuidado não dispensa a subjetividade.

5.2 Do reconhecimento do (a) profissional da Enfermagem sobre a aptidão para o desempenho da assistência à criança vitimizada sexualmente.

As informantes que se consideraram aptas a realizar assistência à criança vítima de violência sexual, ancoraram suas respostas na sua orientação acadêmica e no apoio psicológico ofertado à vítima pelo sistema em que estão inseridas:

Tem todo o aparato: Serviço social e todo o acompanhamento para a criança fora da assistência hospitalar, o que facilita o atendimento. E eu me identifico com as situações dramáticas, porque o meu perfil condiz em lidar com essas situações. – Elisa;

Sim. Devido a minha formação acadêmica em serviço social, devido ao meu tempo de trabalho no Hospital. Tenho certeza que primordialmente devemos proporcionar um ambiente seguro, confortável, privado a vítima. Não podemos fazer comentários acerca do fato na frente da criança, não podemos fazer com que a criança fique relembrando, ou contando o fato, a não ser pelos profissionais adequados como psicólogo e assistente social. E sempre proporcionando a recuperação e superação do acontecido. – Kátia.

De fato, em linhas gerais, as falas destas informantes denotaram tanto noções éticas de assistência à saúde, como certo grau de confiança na continuidade da assistência que elas dão início. Contudo, também revelaram uma autoconfiança que se ancorava no senso moral e nos esforços pessoais, respectivamente, no que tange afeto e empatia. Tais traços, apesar de legitimados e louvados na prática da Enfermagem, também tendem a acentuar a responsividade destas profissionais, repercutindo muitas

vezes na sensação de impotência que leva ao adoecimento dessa classe (REIS *et al*, 2010), conforme se evidencia em outros relatos delas mesmas:

Tive sentimento de tristeza e incapacidade. Foi um caso de uma criança deficiente que sofria violência dentro de casa.- Elisa;

[...] é meu jeito expressivo, que transmite segurança e deixa o paciente à vontade [...] e o que dificulta, eu não diria que seria uma característica, mas sim o pouco tempo a me dedicar à assistência a vítima por se tratar de plantão uma vez por semana e a demanda de pacientes [ser] grande. - Kátia.

As profissionais que se reconheceram como inaptas – sendo uma delas vítima de violência sexual na infância -, argumentaram, especialmente, contra o sistema no qual estavam inseridas, relacionando o reconhecimento de sua inaptidão às consequências oriundas de falhas da estrutura deste sistema:

Ainda existe muito a burocratização da assistência [...] Essas vítimas são expostas aos profissionais que muitas não têm ética [, mas] a burocratização da assistência é um entrave muito grande, não [é] só essa questão mais humana. – Samara.

Não. Por que tem muitas falhas [na] assistência hospitalar, principalmente no HRC, que é um hospital de referência de urgência e emergência. Então chegar e tirar a pessoa da urgência e mandar embora [...] é isso que fica na cabeça dos profissionais, né? Eu faço o cuidado e depois ele vai embora. Eu acredito que deixa a desejar. Júlia.

As considerações de Samara e Júlia, tomadas aqui para ilustrar o reconhecimento da inaptidão na lida com o fenômeno em jogo, remeteu-nos a duas questões intrínsecas às suas respostas: à dificuldade de superar os entraves da estrutura, ou do sistema, como determinante da condição de possibilidade de uma ação profissional efetiva, e ao receio das consequências psicoafetivas de um envolvimento pessoal com vítimas de violência sexual infantil. Aqui é interessante notar que ambas as questões permeiam o tema da saúde mental dos profissionais da saúde contemporânea (MUROFUSE *et al* 2005; MEDEIROS *et al*, 2006; RIBEIRO *et al*, 2012).

Atualmente profissionais da área da Saúde encabeçam o *ranking* de índices de adoecimento psicoafetivo, principalmente, sob diagnósticos de depressão, ansiedade e estresse (NOGUEIRA-MARTINS, 2003). Se os objetivos da sociedade contemporânea são, reconhecidamente, conflitivos porque criam contradições no que diz respeito à ênfase na vida profissional em detrimento da vida pessoal, entre os (as) profissionais da Enfermagem esse quadro se acentua na medida em que, para além de uma profissão, a Enfermagem se constitui em uma prática social (NOGUEIRA-MARTINS, 2003; MUROFUSE *et al*, 2005; MEDEIROS *et al*, 2006). Para Murofuse *et al*, um dos produtos desse movimento é uma constelação de mal estares subjetivos que se materializam na forma de eventos indesejados, como o absenteísmo, as doenças ocupacionais e o estresse (MUROFUSE *et al*, 2005).

No caso de nossas informantes, emergiu de suas falas uma preocupação quase uníssona sobre a falta de preparação para lidar com fenômenos especialmente contemporâneos, como o aumento do índice de violência contra a criança. Além disso, também se sobressaíram menções a sensação de insegurança, que foi relacionada à incerteza de poder contar com apoio psicológico, em caso de acometimento de doenças psicoafetivas em decorrência da assistência às vítimas deste tipo de violência, como relataram, respectivamente, Flávia, Samara e Júlia:

[...] Eu só posso dar assistência [d]a Enfermagem. Eu posso dar uma de psicóloga, mas não sou psicóloga pra levar essa criança pra outras vertentes. Logo após dispensar a assistência eu me senti impotente por não fazer nada além do que eu posso fazer. No intervalo de uma semana me senti impotente também, porque aquela criança voltou e eu pude fazer praticamente as mesmas coisas, e depois não pude fazer mais [nada]. – Flávia;

Se você observar existe a saúde do trabalhador, as normas, mas você não vê uma atuação concreta, uma atenção direta ao profissional. Não existe. Claro, vão atuar depois que o profissional estiver doente. Vão atuar quando há um caso de acidente de trabalho, mas na prevenção não. Na prevenção, na qualificação é muito difícil. – Samara;

[N]essa assistência no sentido psicológico tem o serviço de psicologia para o profissional no HRC. Na verdade assim, sempre esteve disponível... não que tenha um dia específico pra o servidor. Sempre que precisava, alguém ia lá, conversava um pouco e tal. Não sei se essa questão de ter um dia é por organização, porque realmente é algo novo, mas... Existe, tem lá. – Júlia.

Apesar de a maioria das informantes em um primeiro momento terem se declarado aptas a realizar a assistência à vítima de violência sexual infantil, na medida em que a entrevista se aprofundava as certezas se desvaneciam. Ficou cada vez mais claro, aliás, que o êxito reconhecido na lida com esse fenômeno dizia muito mais respeito a duas circunstâncias: i) à empatia de gênero e classe, já que todas as informantes foram mulheres e parte também mães; ii) à experiência adquirida, quando não pela própria vivência, apreendida pelo convívio com outros (as) profissionais especialistas e/ou experientes na lida com este tipo de demanda.

O apoio psicológico para o (a) profissional de Enfermagem tem fundamental importância para o âmbito da assistência à criança vítima de violência sexual. Especialmente no contexto deste tipo de atendimento, faz-se necessário trabalhar a subjetividade de cada sujeito, de maneira a fazê-lo conhecer suas limitações pessoais e, assim, torná-lo consciente de que o cuidado consigo mesmo é uma consigna para cuidar do (a) outro (a) (FERREIRA *et al*, 2015). Neste sentido, os relatos das informantes atestaram que isto era sabido entre elas, tanto como que não fazia parte de suas realidades, especialmente, na medida em que nenhuma situação de entrevista em que foram provocadas a falar sobre o assunto alguma correspondeu. Daí a confiança de contar com essa assistência ser incerta.

Em adendo a todo o exposto, uma informante teceu uma observação pertinente sobre a dificuldade de atender à criança vitimizada sexualmente, argumentando sobre o prejuízo da imagem que se alimenta no imaginário coletivo infantil dos profissionais da saúde:

É muito difícil [porque] a criança [...] fica totalmente sem controle, ela chora o tempo todo, ela não confia em ninguém. Você não sabe como se chegar [n]ela. Da assistência de Enfermagem ela tem é medo. Por que a criança já tem medo de branco, de agulha. [...] chegar até ela, já é muito complicado [:] se a criança [já] foi abusada, foi desprotegida daqueles que

deveriam proteger ela [...] imagina quem [é] de fora! Então ela não confia na Enfermagem, que pra criança [está] relacionada à dor. Para ela a Enfermagem é a dor que [ela] vai sentir, não a dor que vai [lhe] aliviar [...]
 ” – Júlia.

A fala de Júlia indicou que ela encarnava a Enfermagem, na medida em que assumiu para si o “medo da Enfermagem”, assim como a “dor” que ela representava. Mas não é apenas isso: diante do despreparo para assistir à criança sexualmente vitimizada, ela também se sentia fragilizada. Na falta de um apoio adequado, fraseando a própria informante, “dar uma de psicólogo (a)”, mesmo sem uma formação e/ou orientação específica para o atendimento da criança vitimizada sexualmente, foi uma improvisação recorrentemente constatada, como ratificamos aqui também no relato de Flávia:

Eu comecei a conversar com ele, me aproximar mais dele, que foi um pouquinho difícil, para tentar fazer tipo uma terapia. Ver se aquilo que ele vivenciou... É... Nem sempre acontece, nem sempre vai acontecer. Fazer ele entender com outras palavras, outras atitudes para que [...] conseguisse viver melhor, assim... né? E aceitar o que aconteceu. – Flávia.

A atitude de Júlia e Flávia, porém, substituíram equivocadamente, um exercício que deveria ser complexo, longo, para atender à expectativa de um conjunto terapêutico de atribuições interdisciplinares, que uma assistência terapêutica dessa ordem demanda (COCCO; SILVA; JAHN, 2015).

No campo investigado, foi possível conferir que na assistência de Enfermagem realizada pela maioria das informantes, não se levou em conta as implicações do impacto da violência no desenvolvimento da vítima, o contexto familiar da qual a vítima estava inserida, bem como não se buscou o apoio de órgãos institucionais que deveriam integrar essa assistência (HABIGZAN *et al*, 2008). Tendo em vista que a evolução terapêutica da criança vitimizada sexualmente não depende apenas do tratamento que lhe é ofertado no atendimento clínico e/ou emergencial, mas também das condições do contexto familiar e social no qual ela está inserida, a impossibilidade de atingir e/ou interagir com tais esferas ameaça todos os esforços empreendidos por estas

profissionais e, então, tornou-se compreensível todas as expectativas de frustração elencadas por elas.

De uma perspectiva crítico-analítica sobre a aptidão de nossas informantes para uma assistência efetiva à criança vitimizada sexualmente, ficou claro que se ratifica o despreparo profissional decorrente da carência curricular dos cursos de Enfermagem na preparação para a lida com este tipo de violência (COCCO; SILVA; JAHN, 2015). Conseqüentemente, que se faz urgente a inserção temática de fenômenos contemporâneos nos programas de graduação em Enfermagem, como a violência sexual contra a criança (CUNHA *et al*, 2005), prevista, inclusive por lei, *vide* ECA (2012).

Uma das repercussões mais patentes do déficit na preparação adequada para assistir a criança vítima de violência sexual percebidas no campo, foi a fragilidade das informantes no que toca uma percepção holística deste fenômeno e, conseqüentemente, a dificuldade delas em reconhecer a necessidade de se alinharem ao propósito da educação continuada, característica da sociedade contemporânea (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2004; MONTEIRO; SEIFFERT, 2009):

Sinceramente... por que assim... é algo... não sei se por que assim... eu não vi muitos casos, né? e aí de certa forma a gente acaba mesmo prestando assistência de Enfermagem e não psicológica. – Júlia.

5.3 Sobre a noção do (a) profissional da Enfermagem e as repercussões da assistência à criança vitimizada sexualmente em sua vida privada e social.

Mesmo antes do seu estabelecimento na seara do trabalho profissional a Enfermagem é uma atividade de referencial feminino (PADILHA, 2006; DONOSO, 2000). Especialmente no ocidente, à mulher que sempre foi delegada a execução, desde a preconização até a sistematização, de cuidado ao outro (idem). Esse outro “primeiro”, entretanto, ancora-se na figura da própria mulher, uma vez que em nossa sociedade é sobre ela que repousa a expectativa, biológica e/ou cultural, da procriação humana. Destarte, é inelutável o reconhecimento da atribuição materna vinculada ao cuidado.

Entre nossas informantes este vínculo emergiu de maneira expoente, pois a maioria delas, com apenas uma exceção, emitiu reflexos transparentes de que a prática da Enfermagem lhes remete à maternidade: seja esta real – entre as informantes que são

mães -; parcial – entre aquelas que se assumem como madrinhas¹; potencial – entre aquelas podem vir a se tornarem mães -.

A maioria das informantes fundamentou suas ponderações sobre as repercussões da assistência às vítimas de violência sexual infantil em sua vida privada e social, de uma perspectiva íntima, como se segue os seguintes relatos:

Toda situação estressante, toda situação que venha a provocar algum impacto no sentido de incomodar, vai trazer alguma implicação pra a vida pessoal. É impossível você sair de um plantão, por exemplo, de 24 horas, e que você teve várias dificuldade e viu várias pessoas sofrendo, inclusive crianças e... no caso, por exemplo, de violência sexual, é impossível você chegar em casa e continuar com a sua vida, digamos perfeita, [tendo visto] tudo isso. É impossível você dizer que isso não dói. É impossível você não levar mágoas, não levar sentimentos. Isso é muito complicado. A partir do momento que o profissional deixa de levar esse sentimento, deixa de se afetar por isso, ele vai ser aquele profissional mecanicista, é... desumano, que vai tratar as pessoas mal. É... que não vai trazer a humanização ao serviço. Eu acho que é isso. A partir do momento que você deixa de trabalhar de forma humana, tem as implicações, claro! [...] em contraponto você não leva pra casa nenhum sentimento negativo. Mas a partir do momento que você se sente tocado, que você traz a humanização ao seu trabalho, você com certeza vai se sentir afetado. Tanto na vida pessoal, como profissional. – Samara;

Fico indignada, lembro das minhas filhas, penso no sofrimento das vítimas, penso de como essas crianças estavam expostas para que isso viesse acontecer; penso na responsabilidade familiar, penso na maldade humana. – Kátia;

Eu acho que o que conta mesmo é o fato de ser mãe. Você ver um filho crescendo saudável, ver como uma criança é indefesa, a inocência de uma criança. E... eu fico pensando na criança que não teve essa proteção, esse cuidado, esse zelo. É relamente muito difícil. – Júlia;

¹ O significado de “madrinha” vem do “lat. pop. **matrína* dim. do lat. *máter, tris* 'madre, mãe' (HOUAISS, 2009). Especialmente na região nordestina brasileira, entretanto, é válido sublinhar que o ato de se fazer madrinha de uma criança significa se responsabilizar pelo papel de mãe dela, no caso da ausência real - temporária ou definitiva – de sua mãe, implicando no comprometimento tanto moral, como tácito, de conviver com o (a) afilhado (a).

Me deixou mais atenta com as crianças do meu convívio. Pra mim todo mundo é suspeito. Fico alerta as relações entre pais e filhos de pessoas próximas a mim. – Elisa.

Apesar de em todas as falas ser possível constatar que as informantes se ancoraram quase unanimemente em suas experiências, diretas e indiretas, de cuidadoras de crianças, houve uma diferença entre os relatos de Samara e das demais informantes que tomaremos como ponto de partida aqui: Samara ponderou sobre tempo e espaço de vivências distintas; ela articulou sua biografia pessoal com a profissional, enquanto as demais informantes apenas se projetaram sobre a experiência alheia da violência sexual infantil.

Samara realizou um exercício de monitoramento no qual se apreciou contextualizadamente, executando um exercício mental consciente, correspondente ao que Anthony Giddens (1991) chama “reflexividade” (GIDDENS, 1991). Kátia, Elisa e Júlia recorreram a reflexões frágeis, não contextualizadas biograficamente, embora ancoradas numa espécie de “monitoramento reflexivo da própria ação”, que Giddens chama de “consciência prática” (GIDDENS, 1991).

Ocorre que esses dois tipos de exercícios mentais, observados na ponderação destas profissionais sobre a assistência que elas prestam as crianças vítimas de violência sexual no exercício da Enfermagem, também apareceram repercutidos em suas vidas privadas e sociais. Mas, mais que isso, desvelou-se aqui que tais exercícios também atuam como um guia para elas em suas vidas privadas e sociais.

De uma maneira bastante abrangente, observamos que duas de nossas informantes – Flávia e Samara -, deram indícios de que cotejavam, problematizavam e buscavam equalizar suas tensões cotidianas, refletindo mais profundamente sobre tais tensões. De outro modo, Júlia, e Natália, indicaram elucubrações sempre rápidas e objetivas, privilegiando soluções imediatas para alguma questão.

Neste aspecto, Flávia e Samara, contextualizaram de forma mais abrangente seus discursos sobre os sentimentos são suscitados ao dispensar assistência à criança vítima de violência sexual, considerando a relação da intensidade destes sentimentos simultâneos ao tempo em que a criança vítima de violência sexual foi assistida:

Logo após dispensar a assistência eu me senti impotente por não fazer nada além do que eu posso fazer. No intervalo de uma semana me senti impotente também porque aquela criança voltou pra eu ver ele e eu pude fazer praticamente as mesmas coisas e depois não pude fazer mais. Acho que ninguém pode fazer mais. Depois que a criança saia... e tem que acompanhar o crescimento da criança. A cabeça da criança... Como que vai desenrolar esse momento. No intervalo de um mês já estava bem, aceitando mais a situação e vendo a evolução da criança [...] – Flávia.

A percepção da enfermeira sublinhou a assistência adequada como aquela que exige acompanhamento terapêutico da enfermagem. (HABIGZANG, 2006). No entanto, dispensar assistência de enfermagem a criança vítima de violência sexual é um processo complexo e longo que envolve muitos aspectos a serem considerados. A assistência à criança vitimizada sexualmente demanda um conjunto terapêutico de atribuições interdisciplinares para a efetiva contribuição na evolução terapêutica da criança assistida (CCCO; SILVA; JAHNA, 2010).

Impotente. Não só com a forma de lidar, como com a... A humanidade em si. Hoje a gente vive em um mundo muito complicado. As pessoas não respeitam a dignidade humana. Infelizmente a gente se sente impotente. Não só a crianças vítimas de violência, mas a assistência como um todo. Quando você tem um paciente que não pode fazer muita coisa, que você não tem recursos físicos no hospital pra fazer... Quando você se sente acobardado... É quando não tem recursos humanos mesmo pra trabalhar, pra atuar. Ai... você se sente impotente – Samara.

A humanização da assistência de Enfermagem surge da contextualização, social e historicamente construída, de um dos aspectos do trabalho da Enfermagem que é o de assistir com qualidade (COLLET; ROZENDO, 2003).

As informantes Júlia e Natália apresentaram em seus discursos uma perspectiva pragmática. Cada uma declarou seus sentimentos sobre seu modo de conduzir a assistência. Júlia de modo tecnicista e Natália de modo mecanicista. Ambas evidenciaram distanciamento de seu objeto de cuidado:

[...]a gente se sente tão impotente nesse momento, né? A gente faz, as vezes assim, um curativo, uma medicação, pra aliviar, né? [...]então a assistência de enfermagem é aquela coisa muito técnica, de se fazer[...] – Júlia

Collet e Rozendo (2003) sublinham que a enfermagem tem dificuldade de compreender a importância do binômio prática(técnica)/discurso(referencial-técno-científico) no processo assistencial às vítimas de violência. Ao se exercer a Enfermagem de forma limitada, técnica ou mecânica, pratica-se o cuidado superficialmente. Sob essa perspectiva, compreendemos o sentimento de impotência regurgitante de Natália: não é porque ela não associa à sua prática mecânica as demais atribuições da Enfermagem, que ela se destitue da aura de sua formação:

A gente acaba esquecendo, mas fica sempre na lembrança. Volta aquele episódio. Sempre vem à tona, assim... A gente sempre está contando esse fato que passou com a criança, mas se torna, assim... Mas se torna um pouco do profissional. – Natália.

A fala de Natália subsidia uma estratégia de defesa a fuga do enfrentamento com o sofrimento causado pelo contato com a assistência à criança vítima de violência sexual.

De um modo geral, a diferença entre uma maneira mais complexa e outra mais pragmática de lidar com a prestação de cuidados à criança vítima de violência sexual, emergiu como um reflexo dos aspectos subjetivos que as informantes mobilizam para executar esta demanda em seu campo de atuação profissional. As informantes que se contextualizaram em maior profundidade, pareceram compreender, e por isso, lidar melhor com a sensação recorrente de impotência em relação ao fenômeno da violência sexual infantil, enquanto aquelas que se contextualizaram de uma perspectiva mais pragmática, tenderam a confundir, com maior frequência, sua impotência com a impotência da sua semelhante em jogo, tratando-se da cuidadora direta da criança assistida. Neste sentido, apesar da sensação de impotência ter figurado como uma constante na maioria dos discursos das profissionais entrevistadas na forma de um binômio mãe/enfermeira, a diferença maior repousou na maneira com que elas lidam com as consequências desta sensação.

6. Conclusão

O que realizamos neste estudo foi uma investigação acerca dos aspectos subjetivos que mobilizam a abordagem assistencial dos profissionais de Enfermagem em Cajazeiras - PB.

Sobre a percepção da violência sexual da violência contra a criança, a maioria dos discursos convergiu para reclamações sobre o déficit de atenção dos (as) responsáveis pela criança vitimizada. Neste sentido, esta pesquisa aponta para a fragilidade de uma atuação integrada no cuidado à criança vitimizada sexualmente, que tangencia a estrutura dos serviços de saúde e a agência das enfermeiras entrevistadas, que nelas atuam.

As falas das entrevistadas convergiram para o reconhecimento de que a articulação que deveria promover uma assistência integrada à criança vítima de violência sexual apresenta entraves que predeterminam as condições de possibilidade das ações no âmbito da assistência profissional efetiva. Um desses entraves consiste na incerteza de apoio psicológico ao (à) profissional da saúde em desenvolver qualquer adoecimento, em decorrência do envolvimento psicoafetivo com estas vítimas.

Esta constatação remete à outra, tratando-se do reconhecimento da maioria das informantes deste estudo sobre a inaptidão em assistir à criança vitimizada sexualmente, em função do despreparo acadêmico para com o tipo específico de sofrimento que essa assistência demanda. A carência curricular dos (as) profissionais da Enfermagem para a lida com os sofrimentos decorrentes da violência sexual infantil, corroborou, então, com a suspeita de que este (a) profissional não vem sendo preparado (a) para o enfrentamento de fenômenos contemporâneos que geram sofrimentos psicoafetivos, especialmente, os derivados da violência em suas mais diversas manifestações. Para a maioria das informantes, esse nicho dificulta a assistência de Enfermagem à criança vítima de violência sexual, de modo que ficou constatada a necessidade de se rever o currículo de Enfermagem.

Tendo em vista, o reconhecimento dos melindres da incumbência do cuidar na assistência a criança vítima de violência sexual, é indispensável sublinhar que de uma perspectiva contextualizada houve menção à percepção da violência como um

fenômeno relacional, descrito pelas informantes a partir de suas próprias experiências: como vítima, como mãe e como profissional cuidadora de vítima de violência sexual.

Como profissional, chamou nossa atenção, apesar de destoante, a fala inicial de uma informante que pareceu culpabilizar a vítima, embora tenha ficado claro no decorrer de sua entrevista que ela lançava mão de uma prática mecânica da assistência, como um mecanismo de defesa contra o enfrentamento de sofrimentos diversos, vivenciados em vinte anos de exercício da Enfermagem. A maioria das informantes, entretanto, ancorou-se justamente numa empatia de classe em relação ao sofrimento em jogo para prestar este tipo de assistência, já que todas as informantes foram mulheres e parte delas são mães.

O problema aí verificado, diz respeito a que a empatia constatada borrava as fronteiras do despreparo profissional, na medida em que as informantes não se colocavam no lugar da vítima, mas sim de suas semelhantes, tratando-se das mães delas. Neste sentido, sobressaíram-se as falas das informantes que também foram vitimizadas sexualmente na infância, no que toca a condição de possibilidade de uma contextualização mais profunda, tanto deste tipo de violência, como da reflexão sobre a assistência que ela demanda.

O binômio mãe/enfermeira, então, ao mesmo tempo em que coloca em xeque o reconhecimento da aptidão ou inaptidão das informantes para a assistência à vítima de violência sexual infantil, remete às conseqüências privadas e pessoais desta assistência na vida delas, já mencionadas na forma do receio das conseqüências desta assistência em seus estados psicoafetivos.

Sobre a aporia colocada na introdução deste estudo – “como se colocar entre a exigência patente da neutralidade almejada por toda disciplina científica e a expectativa latente sobre o estado de sofrimento humano demandar, justamente, afeto invés de neutralidade?” -, invés de uma resposta encontramos apenas um indício: ao mesmo tempo em que a maioria das informantes corrobora a perspectiva sobre a noção moderna de que a criança precisa de cuidado e proteção, essa mesma maioria não atenta para a importância do cuidado de si, nem mesmo no que este cuidado consigo implica na condição de possibilidade delas exercerem sua profissão.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, S. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

ALGERI, Simone. A Violência Infantil na Perspectiva do Enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 26 n.3 p. 308-15, Porto Alegre - RS, dez. 2005.

BURNIER, Giovana dos Santos. **Os Crimes de Estupro E Atentado Violento ao Pudor: Aspectos e Reflexos Após a Lei 12 015/09**. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Direito) Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, 2011.

BUSANELLO, Josefina *et al.* Modos de produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões. **Rev Bras Enferm**, Rio Grande do sul, v.67, n.3, p. 422-429 mai-jun. 2014.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. Biblioteca Municipal da Câmara dos Deputados, 9ª ed. Brasília – DF, 2012. Disponível em:<http://bd.camara.gov.br>> Acesso em 10 de maio de 2016.

CARVALHO, Quitéria Clarice Magalhães; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Abuso Sexual Infantil: Percepção de Mães em Face do Abuso Sexual de suas Filhas. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n. 3, p. 1-7, julho-agosto. 2009.

CAVALCANTI, Maria Conceição Souza *et al.* A Evolução Da Enfermagem: Um Recorte Histórico, Político e Cultural. In: 17º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, Belém, 2014.

COCCO, Marta; SILVA, Ethel Bastos da; JAHN, Aline do Carmo. Abordagem dos Profissionais de Saúde em Instituições Hospitalares a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. **Rev. Eletr.Enf.** v.12 n.3. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7939>>. Acesso em 20 out. 2015.

COLLET, Neusa; ROZENDO, Célia Alves. Humanização e Trabalho na Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 56, n. 2, p.189-192, Brasília - DF, mar – abr. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 2.466, de 12 de dezembro de 2012 Brasília, 2012 [citado 2014 Mar 11]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em 04 mar. 2014.

CUNHA, Janice Machado da; ASSIS, Simone Gonçalves de; PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo. A Enfermagem e a Atenção à Criança Vítima de Violência Familiar. **Rev. bras. enferm.** v.58, n.4, Brasília, Jul.-Ago. 2005.

DINIZ, Debora. **Ética na pesquisa em ciências humanas**: novos desafios. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 417-426, Abr. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 mar. 2015.

DONOSO, Miguir Terezinha Vieccelli. O Gênero E Suas Possíveis Repercussões Na Gerência de Enfermagem. *Rev. Min. Enf.*, v. 4, n. ½, p.67-69, Belo Horizonte – MG, 2000.

ESPERIDIÃO, Elizabeth; MUNARI, Denize Bouttelet. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 3, p. 332-340, 2004.

FALEIROS, Vicente de Paula; FALEIROS, Eva Silveira. **Escola que Protege: Enfrentamento Contra Crianças e Adolescentes**. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, alfabetização e Diversidade. Brasília: Edições MEC/UNESCO, 2008.

_____. “A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário”. In M. F. P. Leal & M. A. César (Orgs.), **Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes** (pp. 9-28). Brasília: CECRIA, 1998.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e da adolescência: a importância da historicidade para a sua construção. **Rev. Novas Vertentes**, v. 7, p. 04 - 09, Rio de Janeiro, 2013.

_____. **A história da sexualidade, 3**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007,

GAMA, Anailton de Souza; PAIXÃO, Ricardo Aparecido da. **Itinerário Histórico-Socio-Cultural da Violência Infantil no Brasil à Violência Sexual Infantil: O Legado do Descaso**. In: SEMANA - SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO MATEMÁTICA, v. 1, p. 1-29, 2010.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GOMES, Romeu. “A análise de dados em pesquisa qualitativa”. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social** (Org.). Teoria, Método e Criatividade, Petrópolis: Vozes, 2002.

GUZZO, P. C.; COSTA, M. C.; SILVA, E. B.; JAHN, A. C. Práticas de Saúde Aos Usuários em Situação de Violência: Da Invisibilidade ao (Des) Cuidado Integral. **Rev Gaúcha Enferm.** v.35, n.2, 2014.

HABIGZANG, Luísa; HATZENBERGER, F. Roberta; CORTE, Fabiana Dala; STROEHER, Fernanda; KOLLER, Sílvia. Avaliação de um Modelo de Intervenção Psicológica para Meninas Vítimas de Abuso Sexual. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24 n. 1, p. 067-076, 2008.

HABIGZANG, Luísa. **Avaliação e Intervenção a Meninas Vítimas de Abuso Sexual Intrafamiliar**. 88 f. Dissertação de curso de pós graduação (Curso de Pós Graduação de Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS, Porto Alegre, 2006.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa** . Rio de Janeiro: Objetiva. Versão monousuário, 3.0, Junho de 2009 [CD-ROM].

MAGALHÃES, Livia. A culpabilização da mulher, vítima de estupro, pela conduta do agressor . **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 19, n. 3934, 9 abr. 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/27429>>. Acesso em: 27 de janeiro de 2016.

MARTINS, Luiz Antônio Nogueira. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. **Rev. Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 1 n.1, p. 56 – 68, Belo Horizonte – MG, Jul-Set 2003. Disponível em : <http://www.anamt.org.br/site/pagina_geral.aspx?pagid=30> Acesso em 10 de maio 2016.

MEDEIROS, Soraya Maria de; RIBEIRO, Laiane Medeiros; FERNANDES, Sandra Michelle Bessa de Andrade; VERAS, Verônica Simone Dutra. Condições de Trabalho e Enfermagem: a Transversalidade do Sofrimento no Cotidiano. **Rev. Eletr. De Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 233-40, Goiânia-GO, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm> Acesso em 5 maio de 2016

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, Erliane. **Medicalização da Vida como Cuidado de Si: Pondera 20mg/10mg- Repasso 10 cx, por um ótimo preço!** Recife: 2009. Originalmente apresentada como Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/9260/arquivo396_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 13 set. de 2014.

MONTEIRO da Silva, Gizelda; SEIFFERT, Otília Maria L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 62, núm. 3, mayo-junio, 2009, pp. 362-366.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Sousa; ROCHA, Silvana Santiago da. O cuidar em Enfermagem à Mulher Vítima de Violência Sexual. **Rev Texto contexto - enferm.** v.19, n.1, Florianópolis Jan.-Mar. 2010.

MORRISON, James. **Entrevista inicial em saúde mental.** 3. Ed – Porto Alegre: Artmed, 2010.

MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Rev. Latino-am de Enfermagem , v.13, n. 2, p. 255-61, Ribeirão Preto - SP, março-abril 2005. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae>>.

NEVES, Sofia; NOGUEIRA, Conceição. Terapias Feministas, Intervenção Psicológica e Violências na Intimidade: Uma Leitura Feminista Crítica. **Rev. Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, vol.15 n.2, p. 15-32, jul/dez, 2003. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200004> Acesso em jan. 2015.

NUNES, Cristina Brandt; SARTI, Cynthia Andersen; OHARA, Conceição Vieira da Silva. Concepções de Profissionais de Saúde Sobre a Violência Intrafamiliar Contra a Criança e o Adolescente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.16, n.1, Ribeirão Preto, Jan.-Feb. 2008.

OLIVEIRA, Ione Sampaio de. **Trajetória Histórica do Abuso Sexual Contra Criança e Adolescente.** 2011. 45f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Psicologia) - Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília- DF, 2006.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza ; VAGHETTI, Helena Heidtmann; GLADYS, Brodersen. Gênero e Enfermagem: Uma Análise Reflexiva. **Rev. Enferm UERJ**, v. 14, n. 2, p. 292-300, Rio de Janeiro, 2006.

POTTER, Patrícia. **Fundamentos de Enfermagem.** 8º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

REIS, Maria José dos; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; HIGA, Rosângela; TURATO, Egberto Ribeiro; CHVATA, Vera Lucia Soares; BEDONE, Aloísio José. **Rev. Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 325-31, São Paulo – SP, 2010. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/bemvindo.php?tipo=0>> Acesso em 26 de mai de 2016.

RIBEIRO, Renata Perfeito; MARTINS, Julia Trevisan; MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz. O Adoecer pelo Trabalho na Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. **Rev. esc. enferm.** v.46, n.2, São Paulo, Abr. 2012.

ROCHA, Kathyanne Layne Lacerda Xavier. **A Autopercepção do (a) Cuidador(a) Informal Familiar da Pessoa Idosa Dependente:** Um Panorama de Cajazeiras – PB.

2015. 66 f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Cajazeiras, 2015.

SANTOS, João Diógenes Ferreira dos. As Diferentes Concepções de Infância e Adolescência na Trajetória Histórica do Brasil. **Revista Histedbr**, Campinas n.28, p. 224-236, 2007.

SHIMIZU, Helena Eri. Como os Trabalhadores de Enfermagem Enfrentam o Processo de Morrer. **Rev. Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn**, v. 60, n. 3, p. 257-262, Brasília – DF, mai-jun, 2007.

SILVA JUNIOR, Arlindo Soares de Albergaria Henriques da; ROSAS JUNIOR, José Roberto. Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: Conceitos-Chave. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP**, n.14, p. 145- 160, 2014.

SILVA, Irene de Jesus *et al.* Cuidado, Autocuidado e Cuidado de Si: Uma Compreensão Paradigmática Para o Cuidado de Enfermagem. **Rev ESC Enferm USP**, v 43 n.3, p. 697-703, São Paulo, 2009.

SOUZA, Cecília de Mello e Souza; ADESSE, Leila. **Violência Sexual no Brasil: Perspectivas e Desafios**. Brasília: Editora Ipas, 2005.

STAHL, Gary; VIVES, Esperanza; ASIBEY, Edith. **ECA 25 anos Estatuto da Criança e do Adolescente: Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil**, Relatório. 1ª ed. Brasília: UNICEF, 2015.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012**. Crianças e Adolescentes. 1ª ed. Rio de Janeiro: Instituto Sangari, 2012.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência: Os jovens do Brasil**. Secretaria-Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude, 2014. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; RIVERA, Soledad. O Cuidado de Si como Princípio Ético do Trabalho em Enfermagem. **Rev. Texto contexto - enferm**. v.14, n.1 Florianópolis, Jan.-Mar. 2005.

ZALUAR, Alba. Violência é Crime. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v.13 n.3, p. 03-17, São Paulo, jul/set, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000300002> Acesso em: 10 de fev. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Como se sente hoje?
2. Sabe que o teor desta pesquisa diz respeito à violência sexual contra criança? Se sim, sente-se à vontade em prosseguir?
3. Fale um pouco de si (idade, ocupação, temperamento, etc.).
4. Fale sobre sua trajetória de vida (infância, adolescência, acontecimentos que considera importantes, etc.).
5. Como você se relaciona hoje com sua família, seus amigos e seus colegas de vizinhança e/ou trabalho?
6. Você tem criança(s) em seu convívio cotidiano privado? Se sim, qual o grau de parentesco e/ou relação com ela(s)?
7. Você tem lembrança de algum caso de violência sexual contra criança(s) antes de atuar na Enfermagem? Se sim, fale sobre este(s) episódio(s) e o que lhe suscitou (sentimentos, emoções, afetos).
8. Você já foi vítima de algum tipo de agressão, abuso ou violência sexual quando criança?
9. Lembra de quando e como foi a sua primeira prestação de assistência à uma criança vítima de violência sexual? Fale sobre isso.
10. Como se sente quando sabe que chegou um caso de criança violentada sexualmente em seu turno de trabalho?
11. Você recorda de alguma orientação específica durante sua formação acadêmica sobre assistência à criança vítima de violência sexual? Se sim, relate.
12. Você se sente apto a assistir uma criança vítima de violência sexual? Justifique sua resposta.
13. Como se sente após dispensar assistência à uma criança vítima de violência sexual?

Imediatamente; no intervalo de uma semana; no intervalo de um mês.

14. Qual a sua percepção sobre o agressor deste tipo de violência?
15. Qual sua percepção sobre o (a) responsável de uma criança que sofreu este tipo de violência?
16. Você reconhece alguma hierarquia entre a dimensão física e psicológica da violência sexual contra a criança? Se sim, explique.
17. Você considera que o Sistema no qual está inserido (a) corrobora para uma assistência à criança vítima de violência sexual plena? Justifique.
18. Você já passou por alguma situação constrangedora, suspeita ou ameaçadora relacionada a realização da assistência à uma criança vítima deste tipo de violência?
19. Você já precisou recorrer a ajuda psicológica e/ou química em função de algum(ns) atendimento(s) a caso(s) deste tipo?
20. Que característica(s) sua(s) você reconhece como aquela(s) que mais contribuem e mais dificultam seu desempenho neste tipo de assistência?
21. Você acha que o exercício desta assistência interfere(iu) na sua vida profissional? Como/Por quê?
22. Você acha que o exercício desta assistência interfere(iu) na sua vida privada? Como/Por quê?
23. Deseja acrescentar algo a esta entrevista?

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o (a) Sr. (a). a participar da Pesquisa “O (A) Profissional da Enfermagem e a Assistência à Criança Vítima de Violência Sexual: O Campo de Cajazeiras - PB”, realizada pela aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG, Graziela Leite dos Santos, sob a responsabilidade da Professora Ma. Erliane Miranda da Rocha Ferreira. Esta pesquisa tem como objetivo analisar os aspectos subjetivos que mobilizam a abordagem assistencial do (a) profissional da Enfermagem à criança vítima de violência sexual.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista que seguirá um roteiro composto por questões que solicitarão que o (a) Sr (a) fale sobre sua experiência na abordagem assistencial a criança vítima de violência, como esta prática de cuidado reflete sobre si e que tipo de dificuldade reconhece neste papel.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem ser constrangimento ou estresse pelas perguntas que serão realizadas. Caso isso ocorra, o (a) Sr. (a) tem o direito de solicitar a entrevistadora que pare a entrevista sem precisar se justificar. Informamos-lhe também que, mesmo depois de consentir em sua participação nesta pesquisa, o (a) Sr(a) poderá desistir de continuar participando da mesma, o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo, permanece-lhe sendo garantido sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O benefício proposto para sua contribuição para com esta pesquisa, diz respeito à sua participação em um estudo que visa fornecer aos estudantes e pesquisadores, especialmente das áreas da saúde e das ciências sociais, informações que possam vir a ser utilizadas para fortalecer o conhecimento sobre a realidade do (a) cuidador (a) da criança vítima de violência sexual.

Informo também que o (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração pela sua participação nesta pesquisa. Os resultados deste estudo serão analisados e publicados no trabalho de conclusão de curso da entrevistadora, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

O estudo respeitará as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, da Resolução 466/12 - CNS/MS. Para informações sobre a pesquisa e suas responsáveis, entrar em contato com a UFCG/CFP/UAENF: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares, CEP: 58900-000 Cajazeiras – PB; telefone (83) 3532-2000. Para contato direto com as responsáveis pela pesquisa, a Profa. Ma. Erliane Miranda dispõe-se através do celular (83) 9816-1307 e/ou e-mail <erliane@yahoo.com>, e a aluna Graziela Leite dos Santos do celular (83) 9699-9181 e/ou e-mail <grazzyleite@gmail.com>. Para informação e/ou esclarecimentos sobre os procedimentos éticos da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares, CEP: 58900-000 Cajazeiras – PB; telefone (83) 3532-2074, e-mail <cep@cfp.ufcg.edu.br>.

Consentimento Pós-Informações

Eu,

_____ ,
fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/_____

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora principal

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

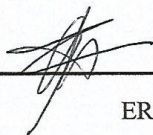
**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

EU, ERLIANE MIRANDA DA ROCHA FERREIRA, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de GRAZIELA LEITE DOS SANTOS, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pela discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 14 de março de 2016.



ERLIANE MIRANDA DA ROCHA FERREIRA
Profª. Ms
SIAPE 02148022

APÊNDICE D

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

EU, GRAZIELA LEITE DOS SANTOS, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, ERLIANE MIRANDA DA ROCHA FERREIRA, a desenvolver o presente projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora, nas atividades de pesquisa, e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras-PB, 14 de março de 2016.



GRAZIELA LEITE DOS SANTOS
211220016

ANEXOS

ANEXO A

OFÍCIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

OFÍCIO No. 11/2016-CCGE/UAENF/CFP/UFCG

Cajazeiras, 14 de março de 2016.

Da: Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem (CCGE)
Profa. Dra. Mária Lúcia de Oliveira Bezerra

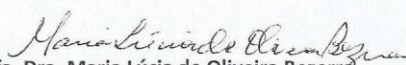
À: Coordenadora da Rede Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras - PB
Sra. Renata Emanuela de Queiroz Rêgo

C.co.: Coordenadora Geral das UBS de Cajazeiras - PB
Sra. Janaína Bento de Oliveira

C.co.: Enfermeiros das UBS

Ao tempo em que cumprimento V. senhoria, solicito permissão para a aluna Graziela Leite dos Santos, do nono período do Curso de Graduação em Enfermagem, realizar pesquisa visando à elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: O (A) PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA A CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL, sob a orientação da professora Me. Erliane Miranda Ferreira da Rocha.

Atenciosamente,


Profa. Dra. Maria Lúcia de Oliveira Bezerra
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem
Mat. SIAPE 0335106

Profa. Dra. Maria Lúcia de Oliveira Bezerra
Coordenadora do Curso de Graduação
em Enfermagem
Mat. SIAPE 0335106

Coordenação do Enfermagem CFP/UFCG

Recebido em: 15/03/2016

Assinatura: Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Enfermeira
COREN-PB 360.144

ANEXO B

TERMO DE ANUÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS

Carta de anuência:

Da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Cajazeiras-PB, Centro de Formação de Professores (CFP), Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF).

Informamos que Graziela Leite dos Santos, portadora do RG 3 460 884 SSP-PB e CPF nº 083 909 304 -71 é aluna da graduação do curso em Enfermagem e realiza a pesquisa ***O(a) profissional de enfermagem e a assistência à criança vítima de violência sexual: o campo de Cajazeiras-PB***, orientada pela Profa Ms Erliane Miranda da Rocha Ferreira, lotada nesta Universidade. Igualmente, atestamos que a UAENF está ciente da pesquisa realizada nos termos que, ora, apresenta-se.

Cajazeiras-PB, 14 de março de 2016.

Carlos Davidson Pinheiro
VICE-DIRETOR DO CFP/UFCG
MATRICULA SIAPE Nº 1024794

Prof. Dr. Carlos Davidson Pinheiro
Vice Diretor do CFP/UFCG/Cajazeiras-PB
SIAPE 1024794

ANEXO C

TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
CAJAZEIRAS -PBPREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/ DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "*O (A) PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA A CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O CAMPO DE CAJAZEIRAS-PB*", a ser desenvolvido pela acadêmica *Graziela Leite dos Santos*, sob orientação da professora *Me. Erliane Miranda Ferreira da Rocha*, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ:08.923.971/0001-15 fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Cajazeiras, 15 de Março de 2016

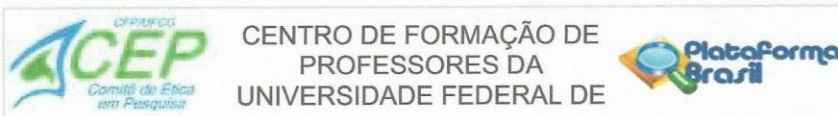
Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Coordenadora do Programa Rede Escola

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola/Programa Saúde na Escola

Renata Emanuela de Q. Rêgo
Enfermeira
COREN-PB 360.144

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O(A) PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O CAMPO DE CAJAZEIRAS - PB.

Pesquisador: erliane miranda da rocha ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54579216.8.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.510.471

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado O(A) PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O CAMPO DE CAJAZEIRAS - PB., 54579216.8.0000.5575 e sob responsabilidade de erliane miranda da rocha ferreira trata de projeto que visa examinar a percepção do profissional da Enfermagem sobre a violência contra à criança.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto O(A) PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O CAMPO DE CAJAZEIRAS - PB. tem por objetivo principal examinar a percepção do(a) profissional da Enfermagem sobre a violência contra à criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

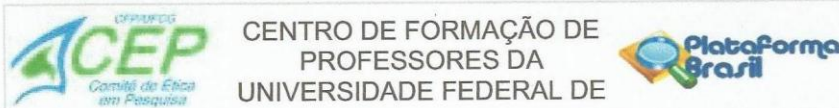
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa O(A) PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O CAMPO DE CAJAZEIRAS - PB. é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa erliane miranda da

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.510.471

rocha ferreira redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Sugerimos que os autores adotem os modelos de documentos sugeridos por este CEP em versões futuras e disponíveis em www.cfp.ufcg.edu.br/cep

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto O(A) PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O CAMPO DE CAJAZEIRAS - PB., número 54579216.8.0000.5575 e sob responsabilidade de erliane miranda da rocha ferreira.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_682449.pdf	28/03/2016 10:56:34		Aceito
Folha de Rosto	Erliane_Miranda_Folha_de_rosto_retificada.pdf	23/03/2016 12:50:36	erliane miranda da rocha ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Erliane_Miranda.doc	18/03/2016 12:57:26	erliane miranda da rocha ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Erliane_Miranda.doc	18/03/2016 12:56:54	erliane miranda da rocha ferreira	Aceito

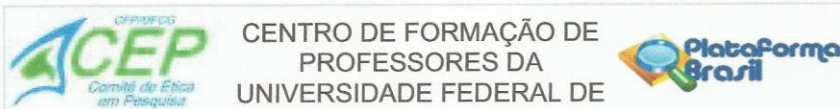
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.510.471

CAJAZEIRAS, 22 de Abril de 2016

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br

ANEXO E

ENCAMINHAMENTO A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Do: Setor da Rede Escola

Ao Coordenador da UBS _____

Encaminhamos a aluna GRAZIELA LEITE DOS SANTOS, sob a orientação da Profa. Me. Erliane Miranda da Rocha Ferreira, do curso Bacharelado em Enfermagem da Instituição de Ensino **Universidade Federal de Campina Grande** para realizar pesquisa sobre *O (a) PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O CAMPO DE CAJAZEIRAS-PB*, no período de 09 a 19 de Maio de 2016. O mesmo já possui aprovação no CEP nº 1.510.471.

Sem mais, e visando o bom andamento dos trabalhos neste serviço, subscrevo-me.

Cajazeiras, 09 de Maio de 2016

Atenciosamente,

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Coordenadora do Programa Rede Escola