



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
ROSELÂNDIA DOS SANTOS**

**ATENÇÃO À CRIANÇA VÍTIMA
DE VIOLÊNCIA FAMILIAR:
UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

ARIQUEMES – RO

2019

ROSELÂNDIA DOS SANTOS

**ATENÇÃO À CRIANÇA VÍTIMA
DE VIOLÊNCIA FAMILIAR:
UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Eliel Fábio da Silva Paixão

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

SA237a	SANTOS, Roselândia dos. Atenção à criança vítima de violência familiar: um desafio para a Enfermagem. / por Roselândia dos Santos. Ariquemes: FAEMA, 2019. 34 p. TCC (Graduação) - Bacharelado em Administração - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Orientador (a): Prof. Esp. Eliel Fabio da Silva Paixão . 1. Violência doméstica. 2. Violência familiar. 3. Maus-tratos. 4. Enfermagem. 5. Proteção à criança. I Paixão , Eliel Fabio da Silva. II. Título. III. FAEMA.
CDD:658.	

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

ROSELÂNDIA DOS SANTOS
<http://lattes.cnpq.br/789493850640432>

**ATENÇÃO À CRIANÇA VÍTIMA
DE VIOLÊNCIA FAMILIAR:
UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Eliel Fábio da Silva Paixão

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientador Prof.º Eliel Fábio da Silva Paixão
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA
<http://lattes.cnpq.br/4847613134933581>

1ª Avaliadora Prof.ª Elis Milena Ferreira do C. Ramos
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA
<http://lattes.cnpq.br/8411996232888777>

2ª Avaliadora Prof.ª Fabíola de Souza Ronconi
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA
<http://lattes.cnpq.br/6092511123795801>

Ariquemes, ____ de _____ de 2019

A meu esposo Fábio pela força e sem medir esforço para me apoiar e vencer os
obstáculos que a vida nos traz.
A meus filhos Lucas e Bianca, a minha mãe e meus irmãos, por me ajudar realizar
este sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me fortalecido para chegar ao fim desta jornada, que muitas vezes pensei que não conseguiria.

A minha família, pelo apoio, incentivo, pelas orações, ajudando em tudo que eu precisei.

Aos amigos maravilhosos que eu tive a oportunidade de fazer durante esses cinco anos de graduação.

Às pessoas que eu tive o prazer de conhecer e que deixaram um pedaço de si comigo, contribuindo para tudo o que eu sou hoje.

Ao meu orientador, pela paciência, dedicação, ensinamentos e esforço para que eu pudesse ter confiança e segurança na realização deste trabalho.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente na realização desse estudo.

"Nem tão longe que eu não possa ver, nem tão perto que eu possa tocar,

Nem tão longe que eu não possa crer, que um dia chego lá."

Humberto Gessinger

RESUMO

O termo violência pode ser caracterizado como qualquer força física ou forma de soberania sobre outra pessoa, comunidade, ocasionando sequelas psicológicas, podendo causar até a morte dependendo da gravidade da agressão. Estes maus tratos podem ser trabalho infantil, negligência, abuso sexual entre outros. O mais assustador é que a maioria dos casos de violência acontecem no ambiente familiar, sendo os pais ou pessoas próximas da criança, os principais responsáveis pelos atos de crueldade. Em média 18 mil crianças são agredidas por dia, fazendo com que a taxa de mortalidade infantil por violência seja maior do que por doença. O objetivo deste trabalho foi conhecer as competências e atribuições do profissional enfermeiro diante a violência familiar infantil. Ele deve notificar todos os casos suspeitos e confirmados de abusos contra criança. É necessário uma equipe de multiprofissionais nas unidades de saúde ou em hospitais de emergência para favorecer o acolhimento e direcionar a vítima. Neste momento, o enfermeiro é a essência, o profissional mais próximo e preparado para atender tal situação que, desde a graduação já vem se capacitando para atender em diversas formas, contribuindo para um diagnóstico rápido e preciso. Porém, lamentavelmente, encontra-se profissionais na área da saúde despreparados para identificar alguns casos de abusos, fazendo com ocorra a reincidência de casos. Sendo imprescindível que todos da equipe multidisciplinar se especializem e obtenham capacitações legal e ético, no intuito de proporcionar um trabalho mais eficiente e convicto à vítima.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Violência Familiar, Maus Tratos, Enfermagem, Criança.

ABSTRACT

The term violence can be characterized as any physical force or form of sovereignty over another person, community, causing psychological sequelae and can even cause death depending on the severity of the aggression. These mistreatments can be child labor, neglect, sexual abuse among others. What is most frightening is that most cases of violence occur in the family environment, with parents or those close to the child being primarily responsible for acts of cruelty. On average 18,000 children are beaten a day, making the child mortality rate from violence higher than from disease. The objective of this study was to know the competences and attributions of the professional nurse in the face of child family violence. He must report all suspected and confirmed cases of child abuse. A team of multiprofessionals is needed in health facilities or emergency hospitals to foster reception and direct the victim. At this moment, the nurse is the essence, the closest professional prepared to meet such a situation that, since graduation has been training to meet in various ways, contributing to a quick and accurate diagnosis. Unfortunately, however, health professionals are unprepared to identify some cases of abuse, leading to recurrence of cases. It is essential that all of the multidisciplinary team specialize and obtain legal and ethical training, in order to provide a more efficient and convinced work for the victim.

KEYWORDS: Domestic Violence, Family Violence, Abuse, Nursing, Child.

LISTA DE ABREVIATURAS

CDC	Direitos da Criança
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IML	Instituto Médico Legal
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PANAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO Erro! Indicador não definido.	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 <i>OBJETIVO GERAL</i>	13
2.2 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 <i>Aspectos Gerais Sobre Violência Infantil</i>	15
4.1.1 <i>História da Violência Infantil</i>	15
4.1.2 <i>Definição de Criança e Primeira Infância</i>	16
4.1.3 <i>Violência Contra Criança</i>	17
4.1.4 <i>Causas de Violência Infantil</i>	18
4.1.5 <i>Tipos de Violência Contra Criança</i>	19
4.1.6 <i>Gênero Sexual Mais Prevalente de Violência Infantil</i>	21
4.1.7 <i>Trabalho Infantil</i>	22
4.2 <i>Atendimentos à Criança Violentada</i>	23
4.2.1 <i>Aspectos Legais e Interferência à Criança Violentada</i>	23
4.2.2 <i>Primeiros Atendimentos à Vítima Infantil</i>	24
4.2.3 <i>Atendimento da Enfermagem à Criança Vítima De Violência Sexual</i>	25
4.2.4 <i>Papel da Enfermagem no Reconhecimento e no Acompanhamento da Criança Vítima de Violência</i>	26
4.2.5 <i>Importância da Qualificação do Enfermeiro</i>	28
4.3 <i>Atribuições do Profissional Enfermeiro</i>	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS Erro! Indicador não definido.	38

INTRODUÇÃO

O termo violência pode estar relacionado com uma força física ou com poder contra uma pessoa, um grupo, uma sociedade, uma comunidade, podendo resultar numa situação mais grave como dano psicológico, dificuldade de realizar suas tarefas, privação, lesão e até a morte. (NUNES e SALES, 2016).

Os tipos de violências que acometem crianças e adolescentes se caracterizam como um problema de saúde pública, descumprindo os direitos humanos, assim, severas consequências são geradas tanto no âmbito social quanto no individual para o indivíduo abusado. Quando a violência cometida a estes indefesos são abuso sexual, pode estar relacionadas no próprio ambiente doméstico, na escola e até mesmo na família, o que mascara o serviço dos profissionais de saúde. (OMS, 2015).

Em hipótese alguma, se justifica a violência contra uma criança, pois a mesma é indefesa, é dependente dos pais, da família, dos cuidadores, da sociedade e do poder público. Em 2011, foram registrados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 39.281 atendimentos de 1 a 19 anos de idade, um percentual de 40% do total de 98.115 atendimentos notificados nesse sistema no mesmo ano. (WAISELFISZ, 2012).

As crianças e adolescentes formam um grupo de indivíduos que mais sofrem sendo vítimas dos mais variados tipos de violências e acidentes. O ambiente privado se caracteriza na infância, sendo o principal local onde acontecem os agravos, já na adolescência é o local público que predomina os atos de violências. Assim, vale destacar uma triste realidade em relação à mortalidade por violência que constitui a primeira para crianças e adolescentes de cinco e dezenove anos e é a segunda causa de morte em geral. (COCCO, et al 2010).

O fato é tão grave que, de todas as crianças mortas entre cinco e nove anos de idade, 47,0% eram vítimas de violência; entre dez e quatorze anos, a taxa é de 54,6% e de quinze a dezenove anos, o percentual é de 70,8%. Portanto, a população infanto-juvenil morrem mais por conflitos e causas sociais do que por doenças. Aqui estão apenas os índices de mortalidade por violências mais severas, vários casos não fatais crescem dia-a-dia e não são notificados como violência, que na maioria das vezes os profissionais de saúde despreparados para o procedimento, perdem a oportunidade por não reconhecer a violência. (COCCO, et al 2010).

De acordo com alguns dados epidemiológicos mundiais e até brasileiros, mostra que a quantidade de atos de violência infantil vem aumentando cada vez mais, sendo necessário uma medida controle, por meio de trabalhos preventivos envolvendo diversos setores sociais, como conselho tutelar, profissionais da saúde, entre outros que possam favorecer no controle de violência. Foi se tornando grave que ganhou atenção política e social, que a partir de 1990 foi implantado o Estatuto da Criança e do Adolescente, através da Lei 8.069, com o intuito de garantir às crianças e ao adolescente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, tornando obrigatória a identificação e a denúncia de violência. (BRASIL, 2018).

Assim, o Estado adquiriu meios legais de proteção nos casos de violência na infância e na adolescência, sendo obrigatório notificar até mesmo nos casos de suspeita de violência. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a classificação da violência contra a criança se divide em quatro tipos: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, podendo resultar estes em danos físicos, psicológicos, prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação das crianças. (NUNES e SALES, 2016)

A violência infantil, se distingue em um forte estressor em relação ao processo normal de crescimento e desenvolvimento, devendo ser totalmente considerado, para o seu eficaz reconhecimento, a fim de estabelecer medidas eficazes para sua solução. Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo conhecer as competências e atribuições do profissional enfermeiro diante a violência familiar infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Conhecer as competências e atribuições do profissional enfermeiro diante a violência familiar infantil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceituar quais de tipos de violência contra a criança;
- Estabelecer qual o papel do profissional enfermeiro diante da violência infantil;
- Descrever com quais possíveis ferramentas o enfermeiro pode trabalhar mediante os casos de violência infantil.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um Trabalho de Revisão Bibliográfica, tendo sido adotado os seguintes procedimentos para levantamento e análise da documentação bibliográfica: busca, seleção, impressão/solicitação e análise dos textos. Realizou-se um levantamento da literatura científica indexada nas bases de dados: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), monografias, artigos e outros. Foram utilizados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DESCS) em português: “violência doméstica”, “violência familiar”, “maus tratos”, “enfermagem” e “criança”. O período temporal de busca deu-se no período de 2009 a 2019. Após isso, foi realizada uma seleção dos conteúdos pesquisados que estavam em conformidade com o assunto proposto, sendo utilizados no presente trabalho aqueles de maior relevância para a pesquisa, num total de trinta (30) artigos, monografias e outros.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Aspectos Gerais Sobre Violência Infantil

4.1.1 História da Violência Infantil

É comum ouvir ainda hoje por algumas pessoas como se educava uma criança na antiguidade. Muitos corrigiam seus filhos com palmadas e surras, impondo para a sociedade este meio como prática de correção limitando a criança de sua liberdade. O problema é que estes maus tratos com a criança vem aumentando cada vez mais, transformando num terror a forma brutal dos meios de correções que vem sendo aplicado nos lares. (TESTA, 2016).

A violência é um ato que se dissemina e se propaga tanto nas relações sociais quanto nas relações interpessoais, sendo algo de caráter de poder que não faz parte da natureza humana, vindo de ordem de cultura perpassando todos os níveis sociais tão profundo que, para o senso comum, passa a ser aceita e concebida como natural a existência de um mais forte dominando um mais fraco. (SILVA, 2012).

Nos últimos trinta anos, devido sua disseminação e amplitude, a violência infantil vem ganhando visibilidade desde que começou a ser estudada e discutida por diversos profissionais da sociedade brasileira, a fim de compreendê-la, identificar os fatores que a determinam, no intuito de solucionar a situação, reduzindo-a a níveis compatíveis com a ordem social estabelecida. (NUNES e RAMINHOS, 2010).

A violência praticada por pais e/ou responsáveis contra suas crianças é considerada pelo Ministério da Saúde como problema de saúde pública de caráter expressivo que a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências deste Ministério determina a forma a ser notificadas e tratadas as ocorrências deste fato, endossando as preocupações daqueles que no seu cotidiano deparam com os efeitos e consequência da violência. (SILVA, 2012).

Isso principalmente no que diz respeito aos traumas psíquicos e físicos sofridos pela criança, dos quais merecem atendimento em todos os níveis de saúde. A dependência e vulnerabilidade de crianças favorecem o advento das mais diversas formas de violências, principalmente em nível socioeconômico baixo,

prejudicando até mesmo os familiares das vítimas afetando o ambiente onde estão inseridos. (MOREIRA, et al. 2017).

Os casos de violência podem ser vistos através de dois sentidos, o individual e o social. No sentido individual podem ocasionar lesões na estrutura psicológica e física, uma vez que é focalizada, sem poder fixar um olhar apenas para condutas precisas, como por exemplo ofensivas de pai contra filhos, sem compreender a história na qual a família é inserida. Já no sentido social, a violência acontece por estruturas e diferenças sociais. (THOMAZINE, OLIVEIRA e VIEIRA, 2009).

O tipo de violência pode variar de acordo com a fase de crescimento do usuário. Na infância predomina a violência familiar, principalmente pelo fato da criança ser frágil e ingênua e ser colocada como objeto de resolução de conflitos na família. Já na adolescência há maior susceptibilidade de uso de armas, consumo de drogas lícitas e ilícitas, convívio em grupos sociais não favoráveis, até mesmo pelo processo de descoberta, relacionamentos intensos, aceitação pelos grupos, construção da identidade, mudanças de comportamentos, evidenciando as violências físicas e sexuais. (MOREIRA, et al. 2017).

4.1.2 Definição de Criança e Primeira Infância

De acordo com a Constituição Federal de 1988 e reafirmado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), se considera como criança a pessoa de até 12 anos incompletos, e adolescente aquele ou aquela entre 12 e 18 anos de idade. Já a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) de 1989, conceitua como criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade. (Brasil, 2018)

Para os seguimentos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PANAISC), o Ministério da Saúde (MS) aderiu o parecer da Organização Mundial de Saúde (OMS) que conceitua criança como pessoa de faixa etária entre zero e 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos ou 120 meses; e primeira infância a pessoa de zero a 5 anos, ou seja, de zero até completar 6 anos ou 72 meses. (BRASIL, 2015).

Essa determinação da primeira infância está formada com o Marco Legal da Primeira Infância, Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016. (BRASIL, 2016). Para assistência em serviços de pediatria do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política

compreende como criança e adolescentes de zero a 15 anos, até completar 16 anos ou 192 meses de idade. De acordo com as rotinas e normas estabelecidas pelo ambiente de saúde responsável pelo atendimento, é possível que limite etário sofra alterações. (BRASIL, 2015).

Para a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o pediatra deve atender o ser humano com idade entre zero e 20 anos. Porém, para MS, não existe um parâmetro definido anteriormente, então, no atual momento, de acordo com a estrutura do atendimento pediátrico no Brasil e do perfil de formação dos profissionais pediatras, não seria legal responsabilizá-los por serviços oferecidos na faixa etária a partir de 16 anos. (BRASIL, 2016).

4.1.3 Violência Contra Criança

É considerada como violência infantil qualquer situação, seja ela, agressão, omissão ou coerção vitimando uma criança causando nela constrangimento, limitação, dano, sofrimento moral, físico, sexual, psicológico ou social. É um fenômeno complexo a violência contra crianças envolvendo causas histórico-culturais e socioeconômicas, aliado a pouca visibilidade, à impunidade e à ilegalidade. Uma das causas mais comuns destaca a migração, processo de urbanização acelerado, a má distribuição de renda, a pobreza e as políticas sociais menosprezadas. (GARBIN, et al 2011).

Em relação ao fator histórico-cultural, vale destacar a concepção, da criança como objeto dominado pelos adultos, merecedores de amor desvalorizado, julgado pela ideia de inferioridade, de fraqueza. Esse desvaler tem origem na sua história, que antes de 1870, as crianças eram conhecidas como adultos onde não existia infância; o trabalho infantil prevalecia e não era visto como exploração, e sim como dever a Deus e à sociedade. As crianças eram injustamente julgadas como adultos pelos atos que praticavam. (OMS, 2015).

Até o século IX, o infanticídio era considerado algo normal onde as crianças indefesas e portadoras de deficiências eram arremessadas nos precipícios. A partir do século XIX, começa a aparecer o primeiro direito da criança que é a educação. Em 1924, aconteceu a 1ª Declaração dos Direitos da Criança. (BRASIL, 2009).

Apesar de várias leis conquistadas, as crianças são consideradas ainda o maior em número de vítimas de violência, seja dentro ou fora de seu lar. O grupo familiar é considerado como porto seguro, refugiando a eles quando são mal tratadas, ameaçadas. Porém, infelizmente é no próprio núcleo familiar que ocorrem as extremas situações constrangedoras e dolorosas, mantendo uma vida futura permanente marcada pelas decepções. (OMS, 2015).

De acordo com uma pesquisa feita pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a cada hora morre uma criança brasileira espancada, torturada ou queimada pelos próprios pais; 12% das 55,6 milhões de crianças no Brasil com idade de até 14 anos, anualmente são vítimas de algum tipo de violência doméstica. Os dados são assustadores, anualmente são 6,6 milhões de crianças violentadas, uma média de 18 mil crianças agredidas por dia, 750 crianças agredidas por hora e 12 crianças vitimadas por minuto. (GARBIN, et al 2011).

A elaboração desta pesquisa aflorou através de meios de comunicação e literatura observados, relacionado à quantidade de violências e acidentes domésticos resultando num número alarmante de 64,4% das mortes de crianças e adolescentes no Brasil. (SARAIVA, et al 2012).

4.1.4 Causas de Violência Infantil

No que diz respeito a violência doméstica, este fato infelizmente abrange todas as classes sociais, e não apenas em uma classe social específica da sociedade. É agravante e usam da violência como meio de educar, que na realidade não é este o motivo. (NUNES e RAMINHOS, 2010).

Na verdade, o que normalmente acontece são as atitudes insanas de pais ou cuidadores irresponsáveis que possam estar embriagados ou ter feito uso de alguns entorpecentes, gerando um agente mais incontrolável e violento ultrapassando os limites de boa conduta a fim de educar, gerando uma situação abominável qualificada como crime. (TESTA, 2016).

O violentador, na maioria das situações, possui distúrbios psicossociais que leva a praticar atitudes inexplicáveis. Podendo ser uma patologia, que além de ser obrigatoriamente punida pelo sistema jurisdicional, deve estudar melhor o caso e ser

tratada por profissionais especializados, a fim de evitar que tais delitos possam continuar sendo cometido por um cidadão incontrolável. (BASTOS, 2010).

O agente agressor, age como animal irracional em prol de sua cólera, de sua ira, que pela lógica deveria ter a obrigação de proteger a integridade física e moral do menor indefeso. (BRASIL, 2016).

4.1.5 Tipos de Violência Contra Crianças

É uma triste realidade onde aqueles que tem como papel fundamental de cuidar e zelar pela criança, são os que mais aplicam violência nelas. De umas simples palmadas passou a severas punições e limites. As formas de corrigir uma criança transformou, e estes abusam de seu poder transferindo golpes, surras que ferem e marcam, deixando cicatrizes físicas e também psicológicas causadas por violentas correções que fere não somente com lesões corporais mais fere o emocional. Os abusos predominam quando o usam como chantagem psicológicos, traumatizando a criança que leva esta consequência consigo refletindo na fase adulta da pessoa. (BASTOS, 2010).

É óbvio que não se deve dar total liberdade para uma criança, é justo uma correção moderada não violando seus direitos enquanto criança. Umas palmadas nas nádegas faz muito bem para criança, isso com finalidade educativa. Porém, o que caracteriza como maus tratos abusivos são o uso de cintas, varas, pedaços de pau, fio elétricos, entre outros, usados na repreensão ao menor, causando lesões corporais leves, moderadas, graves ou até mesmo a morte do menor agredido. (TESTA, 2016).

Por ser uma violência de complexa definição, a negligência infantil, aglomera vários aspectos como econômicos, culturais e sociais da família ou do grupo social em que vivem, sendo considerada a forma mais abundante de maus-tratos contra crianças. (ZAMBON et al, 2012).

É importante ressaltar que em relação às crianças agredidas, as de faixa etária menores de cinco anos são as que predominam em agressões. (NUNES e RAMINHOS, 2010). Dessa forma, quanto menor for a idade da criança, maior o risco de violência e a vulnerabilidade, pois as atividades básicas de sobrevivência é de total dependência de seu cuidador ou responsável. (NUNES e SALES, 2016).

A violência física muitas vezes é utilizada como instrumento pedagógico. Já o abuso sexual trata-se de uma falta de fronteira entre as gerações, onde predomina o abuso de poder do mais forte e a cultura de coisificação da criança. A violência psicológica refere-se, a ameaças e à rejeição do adulto sobre a criança, desenvolvendo nesta um comportamento destrutivo ou auto destrutivo devido à desvalorização que sofre. (BASTOS, 2010).

Portanto, observa-se que o adulto (mais forte contra o mais fraco, a criança) é considerado o ponto fundamental nessa relação de violência. Somando outros fatores, inclui-se alcoolismo, drogas, baixa escolaridade e famílias desestruturadas emocionalmente. Enfim, tratada como um fenômeno de violência multifatorial. (NUNES e RAMINHOS, 2010).

Existem dados que apontam os próprios pais como o maior índice de agressão: pai, 25% dos casos; mãe, 50%; pais, 13%. Quem revela as violências em geral são a própria comunidade ou pessoas autônomas. Portanto, é importante salientar a dinâmica familiar, que trata a violência ou a negligência de forma natural, ou mesmo como uma forma de resolução de conflitos. (NUNES e SALES, 2016).

A brutalidade física cometida contra menores é campeã e está ao lado de outras modalidades de violência, por exemplo a violência sexual. Esse assunto ainda é um tabu para as famílias e para a sociedade, é uma circunstância cuja existência não pode abandonar. A exploração sexual de menores no Brasil, é uma situação alarmante, porém ainda é mais doloroso e vergonhoso para qualquer classe social é a violência sexual cometida dentro do âmbito familiar. (ZAMBON et al, 2012).

Os casos de crianças violentadas sexualmente vem crescendo e preocupando, uma vez que os agressores são seus pais, padrastos, irmãos e até mesmo tios, que usam da relação de confiança que tem com o menor para deixar vir a tona seus desejos libidinosos. (APOSTÓLICO et al, 2012).

Portanto, a exploração sexual é a segunda maior causa de maus tratos contra crianças, sendo todo ato ou situação sexual motivo de estimular sexualmente a própria criança ou mais que se utilize do tal meio para estimulação sexual para si ou até mesmo para outra pessoa. (ZAMBON et al, 2012).

Tanto as vítimas de agressões físicas como as vítimas de violência sexual, é comum entre elas o comportamento para lados extremos do que sofreram, sentindo uma verdadeira recaída para estímulos sexuais, ou também pode ser comum, que

queiram manifestar no futuro os mesmos distúrbios que sofreram na infância. (BASTOS, 2010).

4.1.6 Gênero Sexual Mais Prevalente de Violência Infantil

Ao mesmo tempo que é valioso quantificar os tipos de violência que os menores de idade são acometidos, é também interessante aos profissionais de saúde diferenciar qual gênero é mais vulnerável com maus-tratos. Assim, o profissional tem uma conduta de maneira particular com a criança agredida, respeitando a individualidade de cada situação. (ASSIS, et al, 2012).

Entre as vítimas de violência, em geral, o que prevalece são as de sexo masculino, porém as formas de maus-tratos diferem de acordo com o gênero. As meninas ainda vivenciariam outros dois atos de negligência, o emocional e o abandono físico. Isso acontece pelos diferentes comportamentos entre meninos e meninas, e por princípios culturais, que caracterizam maior independência aos meninos e, em compensação, maior vigília sobre as meninas. (PFEIFFER, ROSÁRIO e CAT, 2011).

Neste contexto, a grande ocorrência de maus-tratos com meninos pode estar relacionada com os atributos de masculinidade atual, as armas, por materializar a autoridade de subordinar o outro a seus interesses e desejos, poderio de vida ou morte, através de objetos inseridos desde cedo na vida do menino, em forma de brinquedos, passando a pertencer ao universo masculino. (MASCARENHAS, et al 2010).

Para determinar o gênero predominante, é preciso integrar também o tipo de agressividade perpetrada, acreditando que a violência sexual é mais direcionada frequentemente contra meninas, já a agressão física e negligência são mais comuns em meninos, segundo a notificação de crianças em 1 e 9 anos de idade. (ASSIS, et al, 2012).

Por outro lado, o fato de a mulher ser considerada mais subordinada na sociedade desde sua infância, bem como a doutrina de uma imaginada fragilidade feminina, considera que a mulher é submissa, fraca, passiva, já o homem, em compensação, é considerado como viril, forte, racional por definição perpetradas ao

longo de décadas, fazendo com que o sexo feminino seja mais vulnerável e considerado o de maior predominância entre as agressões. (GARBIN, et al 2011).

Em relação a abuso físico em crianças, as do sexo masculino predominam em relação a outros tipos de maus-tratos, sem que haja uma faixa etária específica para ocorrer tais eventos. (NUNES e SALES, 2016).

Por mais que tenha prevalência do sexo masculino nestes dados, pode perceber que alguns estudos não mostra o predomínio de incidência de violência de acordo com o gênero, sim uma breve comparação na relação gênero/tipologia, onde o sexo masculino se caracteriza por negligência, agressões físicas e psicológicas, e o sexo feminino que é mais afligido pela violência sexual. (PFEIFFER, ROSÁRIO e CAT, 2011).

4.1.7 Trabalho Infantil

A atividade laboral, em muitas vezes, pode influenciar uma consequência com vários riscos ferindo a integridade psíquica e física do trabalhador, seja por uma jornada extensa de trabalho, ou por constante exposição a agentes químicos, físicos ou biológicos nocivos ao metabolismo humano, que futuramente podem causar danos irreparáveis para sua integridade. (CONSIJ-PR, 2012).

Diante dessas nocividades das circunstâncias, a população infanto-juvenil, é vulnerável fisicamente, uma vez que seu corpo, no geral, está em formação, portanto, fica sujeito a lesões. Assim, pode ser potencializado os possíveis agravos à integridade psíquica, física e moral dos trabalhadores infanto-juvenis, caso prematuramente sejam inseridos e irresponsáveis no mercado de trabalho. Diante de tal situação, estes menores podem se tornar fatalmente adultos com capacidade laboral limitada e debilitados, ou até mesmo incapaz de realizar atividades que seria tranquila para sua faixa etária. (CONSIJ-PR, 2012).

Verificando tais circunstâncias, no Brasil é indeferido o trabalho perigoso, insalubre ou noturno de menores de dezoito anos, é proibido qualquer tipo de trabalho para menores de dezesseis anos a não ser na condição de aprendiz depois de quatorze anos. (BRASIL, 2012).

Na situação de aprendiz, o menor tem como objetivo a formação técnico-profissional, de acordo com as diretrizes e embasados na legislação de educação

em vigor, visando a qualificação e preparo do mesmo para o mercado de trabalho. Neste caso, são necessários seguir e observar os princípios inseridos no Art. 63 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), assim elencados: I - garantia de acesso e frequência obrigatória ao ensino regular; II - atividade compatível com o desenvolvimento do adolescente; e III - horário especial para o exercício das atividades. (ECA, 2017).

4.2 Atendimentos à Criança Violentada

4.2.1 Aspectos Legais e Interferência à Criança Violentada

Os casos de violência infantil possuem motivos multifatoriais, sendo necessária intervenção interdisciplinar para efetivar o atendimento, portanto, é importante a presença do assistente social, agente comunitário de saúde, psicólogo, médico, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico de enfermagem dentre outros profissionais da área da saúde que têm contato direto com a vítima, estes possuem importante papel na identificação, notificação e intervenção dos incidentes de abusos de acordo com suas especialidades. (VILELA, 2010).

Portanto, o serviço interdisciplinar favorece uma discussão com toda a equipe na intenção de realizar um desfecho do caso sem tomar decisões precipitadas, o que pode até afastar a família. (BRASIL, 2012).

Nos casos de violência infantil, a equipe multiprofissional tem o dever de cuidar e, clinicamente atender a criança, procurando manter os laços familiares afim de melhorar suas relações. É importante mencionar que a violência, na esfera privada ou pública, a criança violentada fica num absoluto pacto silencioso, fazendo parte deste grupo os próprios pais, vizinhos, familiares, também os profissionais da educação, saúde, segurança pública e da justiça. (VILELA, 2010).

Segundo o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA (Lei Federal nº 8.069/1990) – resgata a cidadania da criança por meio da doutrina da proteção integral. Portanto, passou a ser obrigatória esta lei, devendo notificar os casos confirmados ou suspeitos de abusos contra crianças ou adolescentes (artigos 13 e 245), onde os principais profissionais envolvidos no atendimento, tem o papel previsto em lei, da prática do procedimento de notificação. (BRASIL, 2012).

Assim, o trabalho cria uma ligação entre o sistema legal e os profissionais da saúde, contribuindo também para delimitar epidemiologicamente a violência. Diante disso, cada profissional precisa valorizar o amparo à criança, juntamente com sua família e direcionar para a interferência intersetorial, que são os órgãos de atendimento, responsabilização e proteção à criança. (BRASIL, 2018).

4.2.2 Primeiros Atendimentos à Vítima Infantil

As unidades de saúde atendidas pelo SUS, são o primeiro caminho para acolher e atender crianças vítimas de violência sexual, isso para atos leves e moderados, já para atos mais graves vão para hospitais de emergência, já as crianças abusadas de até doze anos de idade devem ser direcionadas aos hospitais de referência. (WOISKI e ROCHA, 2010).

Mas, às vezes, são levadas aos hospitais pelos próprios familiares. Quando esta criança chega ao serviço de emergência hospitalar, deve ficar internada e após a alta, uma equipe multiprofissional irá atendê-la a fim de que atendam todas suas necessidades, inclusive a necessidade familiar. A família ou responsável pela criança nem sempre revela o tamanho da crueldade que aconteceu. Com isso, o profissional precisa estar atento aos sinais que a vítima apresenta, que pode ser extremamente complexo, portanto exige muita sensibilidade, habilidade e compromisso com a situação. (WOISKI e ROCHA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, é necessário que os hospitais de referência para atendimento de crianças vítimas de violência, tenham as seguintes especialidades: clínico geral, cirurgião (pediátrico, vascular, bucomaxilofacial, cardiovascular e geral), enfermeira, cardiologista, intensivista, neurocirurgião, hematologista, psicólogo, fisioterapeuta, neuropediatra, anestesiológico, farmacêutico, técnico/auxiliar de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista e angiologista. (COCCO, et al 2010).

De todos estas especialidades citadas acima, é exigido que o hospital tenha no mínimo 15 delas, sendo indispensável para o atendimento à criança violentada, uma vez que esta atenção não se limita apenas a um profissional, e sim é uma parceria entre todos os habilitados, tornando o trabalho mais seguro. Esta busca ativa e compartilhada de casos favorece na elaboração de programas mais eficaz

para o diagnóstico, tratamento e encaminhamento da situação. (COCCO, et al 2010).

4.2.3 Atendimento da Enfermagem à Criança Vítima de Violência Sexual

O enfermeiro junto com sua equipe de enfermagem são os que estão mais envolvidos nos cuidados da criança violentada. A enfermagem é uma essência nestes cuidados, tendo como meta principal o bem estar confortável do paciente, exigindo dos profissionais um constante esforço no atendimento da fragilidade e complexidade sob sua responsabilidade. (WOISKI e ROCHA, 2010).

Os cuidados com a criança são diferente dos cuidados que um adulto violentado sexualmente recebe, sendo específicos e particulares, devendo abordar forma singular em cada etapa de seu crescimento e desenvolvimento. Numa emergência de violência sexual, quase sempre a criança é a vítima principal, que requer uma atenção diferenciada e especial, dadas as particularidades psicológicas e biológicas, que se faz necessário o uso de recursos humanos e materiais qualificados para o atendimento. (CARVALHO, et al 2010).

Num serviço de emergência, o grupo de enfermagem deve utilizar de protocolos para a assistência de enfermagem, que assegure o seguimento de um serviço agregado com a equipe multifuncional, acolhendo e orientando até mesmo os familiares da vítima. (COCCO, et al 2010).

Assim, a aplicação e realização do seguimento de enfermagem, atuam como um método de serviço do enfermeiro que age numa unidade de emergência hospitalar, confirmando o trabalho contínuo do enfermeiro e sua equipe, junto à equipe multiprofissional, favorecendo o cuidado íntegro tanto à criança abusada sexualmente quanto à sua família. O procedimento de enfermagem é visto como um padrão metodológico para o empenho profissional de enfermagem, um meio útil na organização de situações necessárias para realizar o cuidado e documentar a prática profissional. Este recurso de trabalho precisa estar fundamentado em um conjunto de crenças e valores morais e no pensamento técnico-científico onde o enfermeiro atua. (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

O serviço de enfermagem divide em várias fases, sendo praticadas de maneira articulada, assim, permite a elaboração do zelo de forma integral e

científica. São elas: o histórico de enfermagem, que é a entrevista e exame físico, com objetivo de fazer um levantamento de dados da criança e do responsável/familiar que a acompanha; o diagnóstico de enfermagem, que proporciona selecionar as intervenções de enfermagem a fim de alcançar bons resultados onde o mesmo é responsável; a prescrição de enfermagem, que visa sistematizar o desempenho da equipe de enfermagem no desempenho dos cuidados propícios ao atendimento das dificuldades da criança e família/responsável; e a evolução da enfermagem, onde o enfermeiro analisa as respostas da criança e avalia se foram alcançadas as metas e objetivos. (WOISKI e ROCHA, 2010).

Portanto, é importante a equipe de enfermagem manter um elo de confiança com a criança durante todas as fases do atendimento, a fim de que transmita verdadeiras atitudes sinceras. A criança também precisa interagir com o ambiente hospitalar e com os profissionais envolvidos no seu cuidado, e estes devem explicar como serão realizadas as rotinas, os procedimentos e sua importância. (WOISKI e ROCHA, 2010).

Para atender esta situação num momento muito peculiar, os profissionais envolvidos devem estar preparados tanto emocionalmente como também psicologicamente. Também é importante que estes profissionais recebam treinamentos específicos tanto científico quanto técnico e uma educação continuada de autoconhecimento, para que haja maior domínio emocional conhecendo seus limites e suas possibilidades para lidar com sua rotina. (CARVALHO, et al 2010).

4.2.4 O Papel da Enfermagem no Reconhecimento e no Acompanhamento da Criança Vítima de Violência

O enfermeiro é o profissional mais direcionado neste serviço numa unidade de saúde, pois é preparado desde a graduação para zelar do paciente de todas as formas, e não somente no atendimento patológico. Sendo bem qualificado nesta área, o enfermeiro contribui para um diagnóstico mais rápido do paciente. (SARAIVA, 2011).

Os serviços de emergência deparam diariamente com casos de violências contra crianças e adolescente, porém em qualquer serviço de saúde é possível notar

essas situações. No momento do atendimento, em muitos destes casos, os profissionais apenas suspeitam de casos de violências contra crianças e adolescentes. Sendo assim, um aspecto importante no atendimento a possível vítima é suspeitar onde a violência aconteceu, pois assim poderá ser feita a investigação, podendo com isso, conseguir a confirmação dos fatos. (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

Importante salientar que a suspeita já é o suficiente para a notificação, uma vez, que a investigação poderá requerer um tempo, que a vítima continue no ambiente violento, com as mesmas agressões, podendo ocorrer até a morte da vítima. (CARVALHO, et al 2010).

Infelizmente, somente o reconhecimento precoce é muito pouco para que termine a violência, é preciso notificar para investigação. Sendo responsabilidade do enfermeiro, ou dos demais profissionais de saúde, identificar, tratar, avaliar e encaminhar, quando julgar necessário, para o profissional competente que deve integrar a rede de alerta. (THOMAZINE, OLIVEIRA e VIEIRA, 2009).

Primeiramente, a vítima é atendida pelo médico plantonista, seguido do atendimento do perito do Instituto Médico Legal (IML). A equipe de enfermagem só é acionada neste momento se o médico precisa de auxílio. Logo após a criança ser avaliada pelo médico e perito, o médico do setor prescreve os primeiros cuidados e as medicações a serem administradas na criança. Após este momento, a equipe de enfermagem é acionada, presta os primeiros cuidados e executa a prescrição médica.

Então, é acionado o conselho tutelar, uma vez que o problema não atinge somente a família mais também a rede social da criança. (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

A equipe de enfermagem presta um atendimento humanizado, visto que todos estes precisam estar cientes de que esta criança necessita de total apoio, e que transmitam segurança para ela, uma vez que este problema afeta o lado emocional e com isso, o psicológico desta vítima fica muito abalado. (CARVALHO, et al 2010).

A criança que sofreu violência, geralmente passa por alterações de comportamento, como insônia, queda repentina no rendimento escolar além de medo de ficar em determinados locais ou de alguma pessoa específica, de algumas brincadeiras entre outros medos. Ela poderá apresentar, além desses sintomas, dificuldades de relacionamento, podendo preferir ficar sozinha e quieta, para não revelar o abuso. Esses sintomas, a longo prazo, podem estar associados a

problemas sexuais, dificuldade de trabalho em equipe e sentimento de autodesvalorização, que estão intimamente associados a sentimento de culpa. Assim sendo, quanto mais cedo for confirmado a violência contra a criança, menos traumas e consequência ela sofrerá com passar dos anos. (WOISKI e ROCHA, 2010).

4.2.5 Importância da Qualificação Profissional do Enfermeiro

A realidade é que infelizmente, alguns profissionais da área da saúde não estão qualificados suficientemente para identificar os casos de abusos, principalmente quando não tem marcas físicas claras. Por não reconhecer esta agressão, pode ocorrer uma reincidência de casos e até mesmo a negligência, fazendo necessário que os profissionais estejam melhor qualificados (desde o início da graduação, seguido de especializações nesta área) para que obtenham qualificação ética e legal, e posteriormente, oferecer um cuidado mais eficaz e seguro à vítima. Isso em relação à equipe multifuncional. (SARAIVA, 2011).

No ECA, possui orientações sobre o direito à saúde, onde no artigo 13 diz que: “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”. Porém, há nos profissionais, muita resistência sobre a notificação compulsória. (ECA, 2017).

Além do ECA, há um manual de atuação frente a maus-tratos na infância, feito pelo Ministério da Saúde (MS), Ministério da Justiça (MJ) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), direcionado a pediatras e a outros profissionais que atuam com crianças. O objetivo deste documento minucioso, é orientar o profissional a saber definir agressões físicas e psicológicas, demonstrando se há ou não dificuldade de reconhecer o caso. No primeiro momento, o enfermeiro bem preparado analisa se a lesão está de acordo com o comportamento da criança e com o relato da família. Quando os relatos não concordam com o anunciado, quando há sinais de uso de drogas, álcool, e outros, necessitam de um olhar atento, devendo avisar as autoridades legais afim de tomar medidas cabíveis ao caso. (SARAIVA, 2012).

Mesmo existindo inúmeros meios para apoiar os profissionais inseridos na assistência ao atendimento, o enfermeiro é o profissional que possui uma carência

na sua qualificação. O MS financia uma educação continuada e permanente para profissionais das áreas da educação, segurança pública, saúde e assistência social dos atendimentos estaduais de saúde, habilitado em violência pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves/Ensp/Fiocruz). (SARAIVA, 2012).

É importante que em todas as situações de violência, os profissionais comprometidos, especialmente o enfermeiro, esteja preparado para o atendimento psicológico e clínico, embasado na legislação específica, já que este permanece mais tempo com a vítima. Assim, o profissional precisa ter experiência, ser sensível e disposto para o atendimento, o seu silêncio pode ser um novo meio de violência, encarado pelo paciente. (JORGE e MARTINS, 2009).

Portanto, o profissional requer educação e qualificação a fim de proporcionar uma assistência de qualidade para o paciente que necessita dos trabalhos da organização hospital. Desta forma, a educação continuada irá promover o profissional para todas as mudanças na instituição, na sociedade, proporcionando um melhor desempenho tanto pessoal quanto profissional. Então, a enfermagem é uma profissão que necessita constantemente de atualização, devido ao avanço científico e tecnológico, uma vez que o enfermeiro é um orientador em várias áreas de atuação. (JORGE e MARTINS, 2009).

4.3 Atribuições do Profissional Enfermeiro

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

CONSIDERANDO que o Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, criado pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, é constituído pelo conjunto das Autarquias Federais Fiscalizadoras do exercício da profissão de Enfermagem, e tem por finalidade a normatividade, disciplina e fiscalização do exercício profissional da Enfermagem, e da observância de seus princípios éticos profissionais;

CONSIDERANDO a prerrogativa estabelecida ao Cofen no art. 8º, IV, da Lei nº 5.905/73, de baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO que compete ao Conselho Federal de Enfermagem, conforme inciso II, art. 22 de seu Regimento Interno, orientar, disciplinar, normatizar e defender o exercício da

profissão de Enfermagem, sem prejuízo das atribuições dos Conselhos Regionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO a competência do Cofen, estabelecida no art. 22, inciso X do Regimento Interno do Cofen, de baixar Resoluções, Decisões e demais instrumentos legais no âmbito da Autarquia;

CONSIDERANDO que compete ao Conselho Federal de Enfermagem, de acordo com o inciso VII, art. 22 de seu Regimento Interno, propor alterações à Legislação do Exercício Profissional, estabelecendo as atribuições dos profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO o art. 3º, incisos “b” e “c” da Lei 2.604, de 17 de setembro de 1955, a qual regula o exercício da enfermagem profissional;

CONSIDERANDO o art. 11, inciso I, alíneas “a”, “b” e “c”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o art. 8º, inciso I, alíneas “a”, “b” e “c”, do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987;

CONSIDERANDO os arts. 48, 52, 53, 63, 66, 75 e 78 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 311, de 08 de fevereiro de 2007;

CONSIDERANDO o Parecer ASSLEGIS, integrante do PAD Cofen nº 265/2015;

CONSIDERANDO o Parecer de Pedido de Vistas nº 151/2015 e o despacho da Presidência do Cofen, ambos integrantes do PAD nº 265/2015;

CONSIDERANDO a proposta da Câmara Técnica de Fiscalização – CTFIS, constante do PAD nº Cofen 265/205;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 467ª e 471ª Reunião Ordinária, constante dos PAD Cofen nº 265/2015 e 246/2015, respectivamente;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 474ª Reunião Ordinária.

RESOLVE:

Art. 1º A Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico, passam a ser regidas por esta Resolução.

Art. 2º Para efeitos desta Resolução considera-se:

I – Serviço de Enfermagem: parte integrante da estrutura organizacional, formal ou informal, da instituição, dotado de recursos humanos de Enfermagem e que tem por finalidade a realização de ações relacionadas aos cuidados assistenciais diretos de enfermagem ao indivíduo, família ou comunidade, seja na área hospitalar, ambulatorial ou da promoção e prevenção de saúde, ou ainda, as ações de enfermagem de natureza em outras áreas técnicas, tais como: Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Programa de Limpeza e Higienização, Auditoria, Equipamentos, Materiais e Insumos Médico-hospitalares, Consultoria e Ensino;

II – Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) pelo Serviço de Enfermagem: ato administrativo decorrente do poder de polícia vinculado no qual o Conselho Regional de Enfermagem, na qualidade de órgão fiscalizador do exercício profissional, concede, a partir do preenchimento de requisitos legais, licença ao enfermeiro Responsável Técnico para atuar como liame entre o Serviço de Enfermagem da empresa/instituição e o Conselho Regional de Enfermagem, visando facilitar o exercício da atividade fiscalizatória em relação aos profissionais de Enfermagem que nela executam suas atividades, assim como, promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de enfermagem em seus aspectos técnico, ético, e segura para a sociedade e profissionais de enfermagem;

III – Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT): documento emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem, pelo qual se materializa o ato administrativo de concessão de Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem;

IV – Enfermeiro Responsável Técnico (ERT): profissional de Enfermagem de nível superior, nos termos da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem, a ART.

Art. 3º Toda empresa/instituição onde houver serviços/ensino de Enfermagem, deve apresentar CRT, devendo a mesma ser afixada em suas dependências, em local visível ao público.

Parágrafo Único. A ART e a CRT terão validade de 12 (doze) meses, devendo ser renovada após este período.

Art. 4º A ART pelo Serviço de Enfermagem deverá ser requerida ao Conselho Regional de Enfermagem pelo Enfermeiro responsável pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos Serviços de Enfermagem da empresa/instituição/ensino onde estes são executados.

§ 1º Fica estabelecido o limite máximo de 02 (duas) concessões de ART por enfermeiro, desde que não haja coincidência de horário de suas atividades como RT ou assistencial nas empresas/instituições/ensino as quais esteja vinculado.

§ 2º O enfermeiro RT requerente deverá firmar de próprio punho, declaração de que suas atividades como RT nas Empresas/Instituições/ensino não coincidem em seus horários.

I – A jornada de trabalho não poderá ser inferior a 20 (vinte) horas semanais para qualquer instituição.

Art. 5º Na implementação do processo de requerimento de ART, o Conselho Regional de Enfermagem deverá elaborar um formulário para esta finalidade, o qual deve conter, no mínimo, os seguintes dados:

I – Da Empresa/Instituição: razão social, nome fantasia, inscrição no CNPJ, ramo de atividade, natureza, horário de funcionamento, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico;

II – Do enfermeiro Responsável Técnico: nome, número de inscrição no Coren, características do serviço onde exerce a função de RT, horário de trabalho e carga horária semanal, características dos outros vínculos profissionais, se houver horário de trabalho e carga horária semanal, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, devendo vir acompanhado da assinatura e carimbo do mesmo.

III – Do Representante Legal da empresa/instituição/ensino: nome, cargo e formação, devendo vir acompanhado da assinatura e carimbo do mesmo.

Parágrafo Único. O formulário de requerimento de ART, o qual se refere o caput deste artigo, deverá vir acompanhado dos seguintes documentos:

a) 1 (uma) cópia do cartão do CNPJ da Empresa/Instituição;

b) 1 (uma) cópia da comprovação do vínculo empregatício existente entre a empresa/instituição/ensino e o Enfermeiro Responsável Técnico;

c) 1 (uma) cópia do ato de designação do enfermeiro para o exercício da Responsabilidade Técnica;

d) 1 (uma) cópia da relação nominal atualizada dos profissionais de Enfermagem que executam atividades na empresa/ instituição/ ensino, contendo nome, número de inscrição no Coren, cargo/função, horário de trabalho e setor/unidade/departamento/divisão de trabalho; e

e) 1 (uma) cópia de documento que autoriza o funcionamento dos Cursos de Enfermagem, em casos de ART para instituições de Ensino Médio Profissionalizante.

Art. 6º Para concessão de ART e emissão da CRT, o Conselho Regional de Enfermagem deverá observar o preenchimento dos seguintes requisitos:

I – Entrega pela empresa/instituição/ensino requerente, do formulário de requerimento de ART devidamente preenchido, assinado e carimbado por quem tenha esta obrigação, acompanhado de todos os documentos arrolados no parágrafo único do art. 5º desta Resolução;

II – Comprovação do recolhimento das taxas de ART e emissão de CRT, cujos valores deverão ser fixados pelo Conselho Regional de Enfermagem, observando o disposto na Resolução Cofen nº 502/2015 ou outra que lhe sobrevir;

III – A não coincidência de horário de trabalho nas empresas/instituições/ ensino, as quais esteja vinculado, como profissional de Enfermagem;

IV – O enfermeiro RT requerente deverá estar quite com suas obrigações eleitorais junto ao Conselho Regional de Enfermagem, bem como com as suas anuidades, em todas as categorias em que estiver inscrito;

V – Deverá ser registrada na CRT a motivação da ART:

a) Gestão Assistencial;

b) Gestão de Área Técnica; e

c) Gestão de Ensino.

§ 1º Os mesmos requisitos deverão ser observados para a renovação de ART.

§ 2º Sem prejuízo aos dispositivos desta Resolução, o Conselho Regional de Enfermagem poderá conceder ART e emitir CRT àquelas empresas/instituições/ensino que estão dispensadas do registro de empresa junto à Autarquia.

§ 3º A gestão assistencial refere-se ao gerenciamento das ações de Enfermagem nos cuidados diretos ao indivíduo, família e/ou coletividade seja na área hospitalar, ambulatorial ou da promoção e prevenção de saúde, devendo ser especificada na CRT e podendo ser setorizada;

§ 4º A gestão de área técnica corresponde às ações do enfermeiro que não configuram cuidado assistencial direto, devendo ser especificadas na CRT, tais como: Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Programas de Limpeza e Higienização, Auditoria, Equipamentos, Materiais e Insumos médico-hospitalares, Consultoria;

§ 5º A gestão de ensino refere-se à Coordenação de Curso de Graduação em Enfermagem bem como do Ensino Médio Profissionalizante;

Art. 7º Os encargos financeiros decorrentes da CRT e ART são de responsabilidade exclusiva da empresa/instituição que designou o enfermeiro para a função de RT.

Parágrafo único. As instituições públicas e filantrópicas nas quais o enfermeiro RT requerente esteja vinculado, poderão requerer, mediante a comprovação de sua natureza institucional, ao Conselho Regional de Enfermagem a isenção do recolhimento das taxas de ART e emissão de CRT.

Art. 8º No caso da empresa/instituição/ensino, substituir o enfermeiro RT, esta deverá encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do ato, o comunicado de substituição acompanhado de todos os documentos arrolados no parágrafo único do art. 5º desta Resolução para que se proceda à nova ART, inclusive com recolhimento das taxas pertinentes.

Art. 9º O enfermeiro que deixou de exercer a atividade de Responsável Técnico da empresa/instituição/ensino, deverá comunicar seu afastamento ao Conselho Regional de Enfermagem, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar de seu afastamento, para fins de cancelamento de sua ART, sob pena de responder a Processo Ético-Disciplinar perante a Autarquia.

Art. 10º São atribuições do enfermeiro RT:

I – Cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da profissão de Enfermagem;

II – Manter informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de Enfermagem que atuam na empresa/instituição, com os seguintes dados: nome, sexo, data do nascimento, categoria profissional, número do RG e CPF, número de inscrição no Conselho Regional de

Enfermagem, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, assim como das alterações como: mudança de nome, admissões, demissões, férias e licenças, devendo fornecê-la semestralmente, e sempre quando lhe for solicitado, pelo Conselho Regional de Enfermagem;

III – Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do Cofen informando, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem;

IV – Informar, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem situações de infração à legislação da Enfermagem, tais como:

a) ausência de enfermeiro em todos os locais onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante algum período de funcionamento da empresa/instituição;

b) profissional de Enfermagem atuando na empresa/instituição/ensino sem inscrição ou com inscrição vencida no Conselho Regional de Enfermagem;

c) profissional de Enfermagem atuando na empresa/instituição/ensino em situação irregular, inclusive quanto à inadimplência perante o Conselho Regional de Enfermagem, bem como aquele afastado por impedimento legal;

d) pessoal sem formação na área de Enfermagem, exercendo atividades de Enfermagem na empresa/instituição/ensino;

e) profissional de Enfermagem exercendo atividades ilegais previstas em Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Código Penal Brasileiro;

V – Intermediar, junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem;

VI – Colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela Autarquia.

VII – Manter a CRT em local visível ao público, observando o prazo de validade;

VIII – Organizar o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros;

IX – Elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de Enfermagem;

X – Instituir e programar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, quando couber, de acordo com as normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem;

XI – Colaborar com as atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), Serviço de Educação Continuada e demais comissões constituídas na empresa/instituição;

XII – Zelar pelo cumprimento das atividades privativas da Enfermagem;

XIII – Promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, em seus aspectos técnicos e éticos;

XIV – Responsabilizar-se pela implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente;

XV – Observar as normas da NR – 32, com a finalidade de minimizar os riscos à saúde da equipe de Enfermagem;

XVI – Assegurar que a prestação da assistência de enfermagem a pacientes graves seja realizada somente pelo Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, conforme Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87;

XVII – Garantir que o registro das ações de Enfermagem seja realizado conforme normas vigentes;

XVIII – Garantir que o estágio curricular obrigatório e o não obrigatório sejam realizados, somente, sob supervisão do professor orientador da instituição de ensino e enfermeiro da instituição cedente do campo de estágio, respectivamente, e em conformidade a legislação vigente;

XIX – Participar do processo de seleção de pessoal, seja em instituição pública, privada ou filantrópica, observando o disposto na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, e as normas regimentais da instituição;

XX – Comunicar ao Coren quando impedido de cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a legislação do Exercício Profissional, atos normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, comprovando documentalmente ou na forma testemunhal, elementos que indiquem as causas e/ou os responsáveis pelo impedimento;

XXI – Promover, estimular ou proporcionar, direta ou indiretamente, o aprimoramento, harmonizando e aperfeiçoando o conhecimento técnico, a comunicação e as relações humanas, bem como a avaliação periódica da equipe de Enfermagem;

XXII – Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho que deverão ser apresentados à empresa/instituição e encaminhados ao Coren no prazo de 90 (noventa) dias a partir de sua efetivação como Responsável Técnico e posteriormente a cada renovação da CRT;

XXIII – Participar no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde da empresa/instituição/ensino em que ocorrer a participação de profissionais de Enfermagem.

Parágrafo Único. O enfermeiro RT que descumprir as atribuições constantes neste artigo poderá ser notificado a regularizar suas atividades, estando sujeito a responder a Processo Ético-Disciplinar na Autarquia.

Art. 11 O disposto nesta Resolução aplica-se aos Estabelecimentos de Ensino, onde ministram-se Cursos de Enfermagem.

Art. 12 Os casos omissos nesta Resolução serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 13 Esta Resolução entrará em vigor após sua aprovação pelo Plenário do Cofen e publicação no Diário Oficial da União, revogando-se as disposições em contrário, especialmente a Resolução Cofen nº 458/2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os vários tipos de violência contra crianças acontecem desde tempos mais antigos e por diversos motivos, no entanto, é considerada hoje como um assunto de saúde pública uma vez que a situação vem cada vez mais se agravando. A violência infantil acontece tanto dentro como fora do ambiente familiar. Logo, a vítima procura ou é levada para uma unidade de saúde ou hospital de emergência. Neste momento, a equipe de enfermagem tem papel primordial nos primeiros atendimentos, sendo este o profissional mais preparado para a situação. Não somente o enfermeiro, mas há uma equipe multifuncional que trabalha a fim de apoiar e amenizar a situação desagradável que a vítima está passando juntamente com sua família. Diante das atribuições do enfermeiro, vale ressaltar que ele tem por finalidade a realização de ações relacionadas aos cuidados assistenciais diretos de enfermagem ao indivíduo, família ou comunidade, seja na área hospitalar, ambulatorial ou da promoção e prevenção de saúde. Porém, infelizmente, nem todos que compõem a equipe multifuncional, tem uma estrutura profissional para o atendimento. Nesse sentido, é importante a oferta de qualificação profissional afim de mobilizar ações seguras e infalíveis para o atendimento à criança vítima de abusos. Nesta perspectiva, precisam ir mais adiante do diagnóstico e tratamento da vítima, para que atuem com clareza e expectativa social.

REFERÊNCIAS

APOSTÓLICO, Maria Rosa, et al. **Características da violência contra a criança em uma capital brasileira**. Rev Latino-Am Enfermagem 2012; 20(2):266-273. 2012.

ASSIS, Simone Gonçalves, et al. **Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.9. 2305-2317. Rio de Janeiro Set. 2012.

BASTOS, Elaine Cristina Montenegro de Paula. **Violência Doméstica Contra Menores**. Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2010/trabalhos_12010/elainebastos.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2019.

BRASIL. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf> Acesso em 01 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, edições Câmara, 2012. Disponível em <[file:///C:/Users/pc/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/constituicao_federal_35ed%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pc/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/constituicao_federal_35ed%20(1).pdf)> Acesso em 30 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015b. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-I.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf> Acesso em: 01 jul. 2019.

CARVALHO, Augusto Aurélio. et al. **Análise da conduta ética do pediatra frente a crianças vítimas de maus tratos**. 183HU Revista, Juiz de Fora, v. 36, n. 3, p. 183-187, jul./set. 2010.

COCCO, Marta. et al. **Violência contra crianças e adolescentes: estratégias de cuidado adotadas por profissionais de saúde**. Cienc Cuid Saude 2010 Abr./Jun.; 9(2):292-300. 2010.

CONSIJ-PR. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. **Risco e Violência**. 2012. Disponível em <<https://www.tjpr.jus.br/documents/116858/2450301/Apostila+Risco+e+Violência/b66a2921-7dcd-4696-944b-c701b5b55f1b?version=1.0>> Acesso em 01 jul. 2019.

ECA. **Estatuto da criança e do adolescente**. Versão atualizada. Lei Federal número 8069 de 13 de julho de 1990. 2017. Disponível em <file:///C:/Users/pc/Desktop/Rose%20infantil/LivroECA_2017_v05_INTERNET.pdf> Acesso em 15 jun. 2019.

GARBIN, Cléa Adas Saliba, et al. **Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial**. Rev Bras Enferm. Brasília 2011; 64(4):665-670.2011.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima. **Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa**. Esc. Anna Nery Rev Enferm 2009 mar; 13(1): 188-93. Rio de Janeiro Jan./Mar. 2009.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. **A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 18(4):315-334, out-dez 2009.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros, et al. **Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007**. Cad Saude Publica 2010; 26(2):347-357. 2010.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves. et al. Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista de enfermagem UFPE** on line, Recife, 11(11):4410-4417, nov., 2017. Disponível em <<file:///C:/Users/pc/Desktop/Rose%20infantil/Perfil%20das%20crianças%20e%20adolescentes%20vítimas%20de%20violência.%20.pdf>> Acesso em: 25 jun. 2019.

NUNES, Paula.; RAMINHOS, Isabel. **Maus-tratos infantis. A realidade de um hospital distrital**. Acta Médica Portuguesa, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 413-418, maio/jun. 2010.

NUNES, Antonio Jakeulmo, SALES, Magda Coeli Vitorino. **Violência contra crianças no cenário brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva, 21(3):871-880. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. BRASIL. **Prevenindo a violência juvenil: um panorama das evidências** [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015. Disponível em <

sionid=570C91E9DA0742E51DA97ADA90B58C13?sequence=5 > Acesso em: 05 jul. 2019.

PFEIFFER, Luci, ROSÁRIO, Nelson Augusto, CAT, Mônica Nunes. **Violência contra crianças e adolescentes: proposta de classificação dos níveis de gravidade.** Rev Paul Pediatr. vol.29 no.4; 477482. São Paulo Dez. 2011.

SARAIVA, Renata Jabour. **A consulta de enfermagem ao adulto idoso - uma análise compreensiva como contribuição para o ensino.** [Dissertação]. [Rio de Janeiro (RJ)]: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2011.

SARAIVA, Renata Jabour, et al. **Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil.** Ciencia y Enfermería, vol. XVIII, núm. 1, abril, 2012, pp. 17-27 Universidad de Concepción Concepción, Chile. 2012.

SILVA, Lygia Maria Pereira. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife: EDUPE, 2012. 240 p. : il.

SILVA, Manoel Carlos N.; SAMPAIO, MARIA R. F. B. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0509/2016.** Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html> Acesso em 19 out. 2019.

TESTA, Elizangela. **Violência contra criança e adolescente violência doméstica, tortura e maus tratos.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito, do Curso de Direito da Faculdade do Norte Novo de Apucarana – FACNOPAR. 2016. Disponível em <<http://facnopar.com.br/conteudo-arquivos/arquivo-2017-06-14-14974719873877.pdf>> Acesso em 07 jul. 2019.

THOMAZINE, Angélica Malman, OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves, VIEIRA, Cláudia Silveira. **Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(4):830-40. Disponível em <<file:///C:/Users/pc/Desktop/Rose%20infantil/Atenção%20a%20crianças%20e%20adolescentes%20vítimasde%20violência%20intrafamiliar%20porenfermeirosem%20serviços%20de%20pronto-atendimento.pdf>> Acesso em 10 agosto de 2019.

VILELA, Laurez Ferreira. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal/** Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2010.

ZAMBON, Mariana Porto. et al. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio.** Rev Assoc Med Bras 2012; 58(4):465-464. 2012. Disponível em <<file:///C:/Users/pc/Desktop/Rose%20infantil/Violência%20doméstica%20contra%20crianças%20e%20adolescentes.pdf>> Acesso em 25 jun. 2019.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência 2012. **Crianças e Adolescentes do Brasil.** São Paulo: Instituto Sangari; 2012. Disponível em <

https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf> Acesso em: 22 jun. 2019.

WOISKI, Ruth Oliveira Santos; ROCHA, Daniele Laís Brandalize. **Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 jan./mar.; 14 (1): 143-50. 2010.