

Representações Sociais do enfermeiro sobre a abordagem às crianças e adolescentes vítimas de violência*

Emanuella de Castro Marcolino¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6135-8853>

Francisco de Sales Clementino²

 <https://orcid.org/0000-0001-8470-4694>

Rafaella Queiroga Souto³

 <https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>

Renata Clemente dos Santos³

 <https://orcid.org/0000-0003-2916-6832>

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-8648-811X>

Objetivo: analisar as representações sociais na perspectiva da vertente estrutural sobre a abordagem do enfermeiro às crianças e adolescentes vítimas de violência, comparando-se serviços de saúde de atenção primária, secundária e terciária.

Método: pesquisa analítica com abordagem qualitativa sob o aporte teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais a partir da Teoria do Núcleo Central. Participaram do estudo 76 enfermeiros, sendo 30 da atenção primária, 16 da atenção secundária e 30 da atenção terciária. Aplicou-se entrevista semiestruturada por meio de roteiro pré-definido e análise de similitude a partir do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*.

Resultados: estruturalmente, a árvore máxima revelou o núcleo central no quadrante superior direito, a primeira zona periférica no quadrante superior esquerdo; a segunda zona periférica no quadrante inferior esquerdo e no quadrante inferior direito a zona muda. As dez ramificações da árvore máxima emergiram a partir dos termos: *bater, deixar, abordagem, receber, abordar, lembrar, contar, passar, cuidado, mãe*. **Conclusão:** as representações sociais da abordagem dos enfermeiros nos serviços de saúde de atenção primária, secundária e terciária evidenciaram pontos em comum quanto a déficit de notificação, transferência de responsabilidades, fragilidade na identificação das situações de violência e necessidade de capacitação.

Descritores: Enfermeiras e Enfermeiros; Maus-Tratos Infantis; Criança; Adolescente; Serviços de Saúde; Enfermagem Forense.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Análise da atuação do(a) enfermeiro(a) nos três níveis de atenção à saúde sob a ótica da Linha de Cuidado para atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

¹ Centro Universitário UNIFACISA, Departamento de Enfermagem e Medicina, Campina Grande, PB, Brasil.

² Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Enfermagem, Campina Grande, PB, Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Como citar este artigo

Marcolino EC, Clementino FS, Souto RQ, Santos RC, Miranda FAN. Social Representations of nurses on the approach to children and adolescents who are victims of violence. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3509.

[Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5414.3509>

Introdução

Os maus-tratos infanto-juvenis mostram-se como realidade internacional, nacional e regional afetando crianças e adolescentes dos diversos contextos culturais, étnicos e sociais⁽¹⁾. Tal fenômeno demonstra-se como uma demanda dos serviços de saúde em todo o mundo. Observa-se, atualmente, a necessidade urgente de abordagens com uma visão integral e contextual para estas vítimas requerendo dos enfermeiros habilidades e expertises para o manejo destas situações de violência⁽²⁾.

A violência contra crianças e adolescentes, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste em toda forma de dano físico, emocional, sexual, abandono, exploração ou negligência executada por relações de poder opressivas afetando o desenvolvimento e a dignidade da criança e do adolescente⁽¹⁾; sendo as principais formas de abuso: a negligência, abuso físico, psicológico e sexual⁽³⁾.

Neste cenário de vulnerabilidade infanto-juvenil, onze dos 18 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 19 dos 53 indicadores da ODS associados à saúde relacionam-se com a saúde da criança e do adolescente; sendo a proteção desse grupo vulnerável um compromisso mundial das agências internacionais; contudo, estima-se que, globalmente, a cada ano uma em duas crianças de 2 a 17 anos sofre alguma forma de violência; um terço dos adolescentes entre 11 e 15 anos são intimidados pelos pares nas escolas e 120 milhões de meninas antes dos 20 anos sofreram alguma violência sexual⁽⁴⁾.

Na América do Norte, a prevalência de abuso sexual ao longo da vida é de 20% para meninas; e de violência psicológica/emocional de 28%; ao passo que na América do Sul os indicadores demonstram alta prevalência de negligência com números de 55% para meninas e 57% para meninos⁽⁴⁾. No cenário brasileiro, a violência interpessoal evidencia-se como a segunda ou terceira causa de morte entre crianças e adolescentes a depender da região⁽⁵⁾. No cenário nacional, em 2019, dados do DISK 100 apontaram a ocorrência de 17 mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes, sendo que 73% dos casos ocorreram na residência da vítima e 46% eram adolescente (12-18 anos) do sexo feminino⁽⁶⁾.

A violência com crianças e adolescentes compreende um problema de saúde pública de alta prioridade, de acordo com a OMS. Entre as sete estratégias de combate à violência contra crianças e adolescentes no mundo ressalta-se o acesso a serviços de saúde, de proteção e justiça com qualidade⁽⁷⁾. Assim, os enfermeiros têm se mostrado como elementos-chave

no processo de prevenção, identificação precoce e assistência de abusos infanto-juvenis⁽⁸⁾; para tanto, faz-se necessária a elevação das suspeitas frente os casos por parte destes profissionais nos diversos serviços de saúde⁽⁹⁾.

Contudo, a atuação do enfermeiro no enfrentamento das situações de violência ainda se encontra permeada por diversos desafios que envolvem a qualificação profissional durante a formação acadêmica e/ou educação permanente no trabalho, assim como dificuldades para a notificação dos casos, necessidade de protocolos e rotinas de assistência⁽¹⁰⁾.

Estudos⁽¹¹⁻¹⁵⁾ apontam fatores relevantes que perpassam a intervenção pelos enfermeiros em casos de violência na população pediátrica e hebiátrica, tais como a razão do silêncio estabelecido na família, o receio vindo dos profissionais por terem dúvidas no tangível à resolução do problema, definição de protocolos e fluxos de atendimento, treinamento profissional, ausência de resolutividade dos órgãos de proteção infanto-juvenil e a carência de apoio institucional e governamental para lidar com essas famílias⁽¹⁶⁾.

Sob essa ótica, a apreensão das convergências e divergências da abordagem dos enfermeiros às crianças e adolescentes vítimas de violência suscita a necessidade de compreender as representações sociais da atuação de enfermeiros em diferentes cenários de atenção à saúde. A atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde mostra-se marcada pelo vínculo com as comunidades, o que por um lado favorece a identificação das situações de violência, por outro acarreta medos e inseguranças diante dos casos⁽¹⁷⁾; no serviço hospitalar os enfermeiros se encontram em um contexto de urgência com dificuldades na identificação correta e relato das situações de abuso com crianças e adolescentes⁽¹⁸⁾.

A teoria das representações sociais fundamenta-se na análise do conhecimento socialmente elaborado e partilhado em processos específicos de interação social, o qual contribui para a formação de uma realidade comum em determinado conjunto social evidenciando o que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social⁽¹⁹⁾.

No entanto, ainda não há pesquisas que alcancem as representações⁽²⁰⁾ sociais dos enfermeiros sobre sua atuação profissional perante o abuso infanto-juvenil a fim de compreender, qualitativamente, os elementos que permeiam a abordagem dos enfermeiros a estas vítimas de violência considerando a estrutura organizacional brasileira de saúde por níveis de atenção à saúde e suas especificidades.

Com base nesse panorama de déficits de estudos qualitativos sobre o manejo dos enfermeiros aos abusos infanto-juvenis associado à evidente necessidade de

qualificação do enfrentamento destas situações nos serviços de saúde, justifica-se o aprofundamento científico nas relações que atravessam essa prática profissional.

Diante do exposto, emergiu o questionamento: Quais as representações sociais que permeiam a abordagem dos enfermeiros às crianças e adolescentes vítimas de violência nos cenários de atenção à saúde? Para responder o questionamento em termos das representações sociais, optou-se pela vertente estrutural, como uma das apreensões das representações sociais, ao abrigo da Teoria do Núcleo Central (TNC)⁽²¹⁾, considerando como elemento central da atuação do enfermeiro nos diferentes serviços de saúde na atenção à criança e adolescentes vitimizados.

Objetivou-se analisar as representações sociais na perspectiva da vertente estrutural sobre a abordagem do enfermeiro às crianças e adolescentes vítimas de violência, comparando-se serviços de saúde de atenção primária, secundária e terciária.

Método

Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa analítica com abordagem qualitativa sob o aporte teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS)⁽²²⁾ a partir da Teoria do Núcleo Central⁽²¹⁾. A escolha da teoria se justifica com a finalidade de alcançar a tradução dos significados e valores intrínsecos à atuação de enfermeiros ao abordar crianças e adolescentes em situação de violência, como seres historicamente determinados, imersos em uma sociedade e cultura particulares, com ênfase no Núcleo Central com o objetivo de reconhecer a essência central da abordagem dos enfermeiros nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A construção do manuscrito seguiu as recomendações do COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) atendendo às exigências científicas para um estudo qualitativo.

Cenário da pesquisa

A pesquisa foi delineada em um município do interior do nordeste brasileiro, referência para o atendimento de saúde dos municípios circunvizinhos do estado da Paraíba. A fim de alcançar a maximização dos enfermeiros atuantes

nos três níveis de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência, foram selecionadas equipes de Saúde da Família (eSF) para contemplar a atenção primária; um hospital especializado para atendimento pediátrico representando a atenção secundária; e um hospital de referência para traumas e violências em âmbito regional, da atenção terciária.

No momento da coleta de dados existiam 107 equipes de eSF no município, distribuídas em 84 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seis Distritos Sanitários de Saúde. O hospital especializado para atendimento pediátrico, que é característico de atendimento secundário com oferta de atendimento ambulatorial e especializado, sem demanda de alta complexidade, destaca-se como único serviço hospitalar pediátrico do município, com 25 enfermeiros atuando nos setores de acolhimento, emergência e enfermaria.

O nível terciário foi representado por um hospital de referência para traumas e violências em âmbito regional, o qual apresenta o maior número de atendimentos de situações graves de violência com crianças e adolescentes. Atuavam 62 enfermeiros distribuídos entre os setores: acolhimento, sala vermelha, observação pediátrica, enfermaria pediátrica e UTI pediátrica.

Participantes do estudo e critérios de seleção

Participaram do estudo 76 enfermeiros selecionados por conveniência. O número de participantes foi determinado por saturação teórica⁽²³⁾ para os grupos de enfermeiros do nível primário e terciário e critério de exaustão para os profissionais do nível secundário.

Na presente pesquisa, a saturação teórica evidenciou-se a partir da repetição de falas e padrão idêntico sobre o modo de abordar as vítimas quanto ao acolhimento, identificação da vítima, condução do caso na equipe multiprofissional, avaliação clínica e consulta de enfermagem das crianças e adolescentes vítimas de violência; com base no reconhecimento desse aspecto de recorrência de verbalização dos fatos suspendeu-se a coleta de dados. A exaustão se caracterizou pela inclusão de todos os indivíduos elegíveis como participantes do estudo.

A Figura 1 sintetiza o número de participantes incluídos em cada nível de atendimento, a descrição dos setores/locais de atuação e critérios de seleção.

| Nível de Atenção | Número de Participantes | Descrição do Setor/Local de Atuação | Crítérios de Inclusão | Crítérios de Exclusão |
|------------------|-------------------------|--|---|---|
| Primário | 30 | Enfermeiros de diferentes UBS e eSF | Atuação mínima de um ano na APS assegurando experiência do profissional na interação com a comunidade | Profissionais em licenças trabalhistas, férias ou atestado médico no período da coleta de dados e o critério de revisita em até três vezes para os enfermeiros que demonstraram indisponibilidade de participação no estudo |
| Secundário | 16 | Acolhimento, emergência e enfermaria pediátrica | Ter assistido uma criança e/ou adolescente em situação de violência em seus setores de atuação pelo menos uma vez | |
| Terciário | 30 | Acolhimento, sala vermelha, observação pediátrica, enfermaria pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica | | |

Figura 1 - Caracterização do número de participantes, descrição do setor/local de atuação e critérios de seleção de acordo com o nível de atenção. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021

Não houve recusas entre os participantes do nível primário, verificando-se uma recusa no serviço secundário e oito no nível terciário associadas à dinâmica da rotina de trabalho intensa.

Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e junho de 2018, executada na íntegra, exclusivamente, pela pesquisadora responsável a fim de minimizar vieses por múltiplos coletadores; a pesquisadora não possuía vínculo institucional, trabalhista ou pessoal com as instituições e/ou enfermeiros atuantes nos serviços de saúde pesquisados.

Inicialmente, realizou-se a abordagem presencial dos enfermeiros da atenção terciária, conforme a escala profissional, nos cinco setores selecionados no serviço hospitalar, em seguida, foram abordados os enfermeiros do hospital especializado para atendimento de crianças e adolescentes seguindo os mesmos procedimentos; e por fim, os enfermeiros da atenção primária; durante as abordagens explicou-se o objetivo do estudo e a vinculação da pesquisa ao programa de pós-graduação.

Foram aplicados dois instrumentos: um formulário individual para a caracterização dos participantes do estudo, e um roteiro de entrevista semiestruturada utilizado como guia na condução das entrevistas. O roteiro de entrevista semiestruturada pautou-se em questões norteadoras com foco na abordagem dos enfermeiros às crianças e adolescentes em situação de violência nos diferentes serviços de saúde; tais como: Como são executadas as ações voltadas às crianças e adolescentes em situação de violência no serviço de saúde que atua?

As entrevistas foram gravadas na íntegra mediante assinatura do termo de gravação de voz para posterior transcrição integral apresentando duração média de 20 a 30 minutos. Os enfermeiros participantes foram codificados nos trechos de fala por "enf." e um algarismo

arábico em sequência de realização da entrevista; nível de atenção à saúde e setor de atuação respectivamente, sendo "nível 01" para atenção primária e "ds" 01 a 06 referentes aos distritos sanitários; "nível 02" para atenção secundária e setor 01 – acolhimento, 02 – emergência, 03 – enfermaria pediátrica; e "nível 03" para a atenção terciária e setor 01 – acolhimento, 02 – sala vermelha, 03 – observação pediátrica, 04 – enfermaria pediátrica, 05 – UTI pediátrica.

Tratamento e análise dos dados

Os dados foram processados por meio do software IRAMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*)⁽²⁴⁾, que viabilizou a produção da árvore máxima (análise de similitude).

A organização dos dados para análise no *software* ocorreu, inicialmente, pela construção do *corpus textual* conforme procedimentos definidos pelo IRAMuTeQ, a saber: organização do conteúdo textual no *software Libre Office*; definição da linha de comando para cada entrevista por meio de marcadores em asteriscos (ex: **** *enf_01 *ds_03 *posgrad_02 *capacit_01); construção do conteúdo de forma monotemática com remoção das perguntas e dos parágrafos, uniformização de siglas ou palavras composta pelo símbolo *underline*, inclusão de números na forma de algoritmo e exclusão de símbolos como aspas, apóstrofo, hífen, cifrão, porcentagem, reticências, e asterisco no *corpus textual*, tal organização resultou em um *corpus* de 186 páginas.

Para análise dos dados, adotou-se como fundamentação teórica metodológica a Teoria das Representações Sociais com ênfase na Teoria do Núcleo Central sendo essa considerada abordagem complementar à primeira, considerada, dentre outras, como a vertente estrutural⁽²¹⁾. Com base na premissa de que toda representação social se encontra organizada em torno de um núcleo central associado a outras

instâncias estruturais complementares, tem-se a função organizadora do núcleo central como elemento unificador e estabilizador da representação⁽²⁵⁾.

Dessa forma, foi realizada a análise de similitude como técnica de levantamento do núcleo central que é considerada a principal técnica de detecção do grau de conexão entre os elementos de uma representação, e conseqüentemente, definição do núcleo central. A análise de similitude mostra-se como uma das principais técnicas de análise para alcance das Representações Sociais.

A análise de similitude, via IRAMuTeQ, se baseou nas relações entre o número de coocorrências e o número de sujeitos envolvidos, construindo ligações entre esses elementos com base na teoria dos grafos, a representação gráfica das conexões produz a árvore máxima. Os parâmetros de construção da árvore máxima incluíram o índice de coocorrência e a variável descritiva destacada na representação gráfica, sendo esta o nível de atenção à saúde⁽²⁶⁾. Na árvore máxima, o código I representa os termos associados aos enfermeiros da APS; o código II ao serviço de atenção secundária e o código III ao serviço de atenção terciária em cada eixo analítico; aqueles termos sem codificação não se associaram a nenhum nível de atenção à saúde específico.

A árvore máxima representa a organização das representações sociais dos enfermeiros na abordagem das vítimas de violência a partir de um núcleo central e em ramificações, estas estruturadas pelas especificidades do nível de atenção à saúde (variável descritiva); assim, a análise forneceu a tradução dos sentidos e significados que sustentam as representações sociais dos enfermeiros demonstrando os aspectos comuns e os periféricos de tais representações em conformidade com o nível de atenção do serviço de saúde: atenção primária, secundária e terciária.

Com o *corpus* textual organizado, submeteu-se à análise de similitude para obter a árvore máxima. Subseqüentemente, foram elencados os trechos de falas relevantes que concordavam com a organização da árvore máxima quanto às aproximações e distanciamentos das representações sociais dos enfermeiros.

Diante da estruturação das Representações Sociais, fornecida pela análise de similitude associada aos segmentos de textos provenientes das falas dos enfermeiros, constituiu-se a análise de coocorrências

de Bardin⁽²⁷⁾ a fim de consolidar os elementos comuns e divergentes na abordagem do enfermeiro às crianças e adolescentes vítimas de violência expresso em figura síntese. A análise de coocorrência segue a seguinte abordagem: escolha das unidades de registro; escolha das unidades de contexto; codificação; cálculo das coocorrências; representação e interpretação dos dados.

A análise e estruturação intelectual dos dados ocorreu pela pesquisadora principal em trabalho conjunto com orientador da pesquisa, sendo este expert no uso da Teoria das Representações Sociais, que garantiu a fidedignidade do alcance das Representações Sociais evocadas pela análise delineada com suporte do *software*.

Aspectos éticos

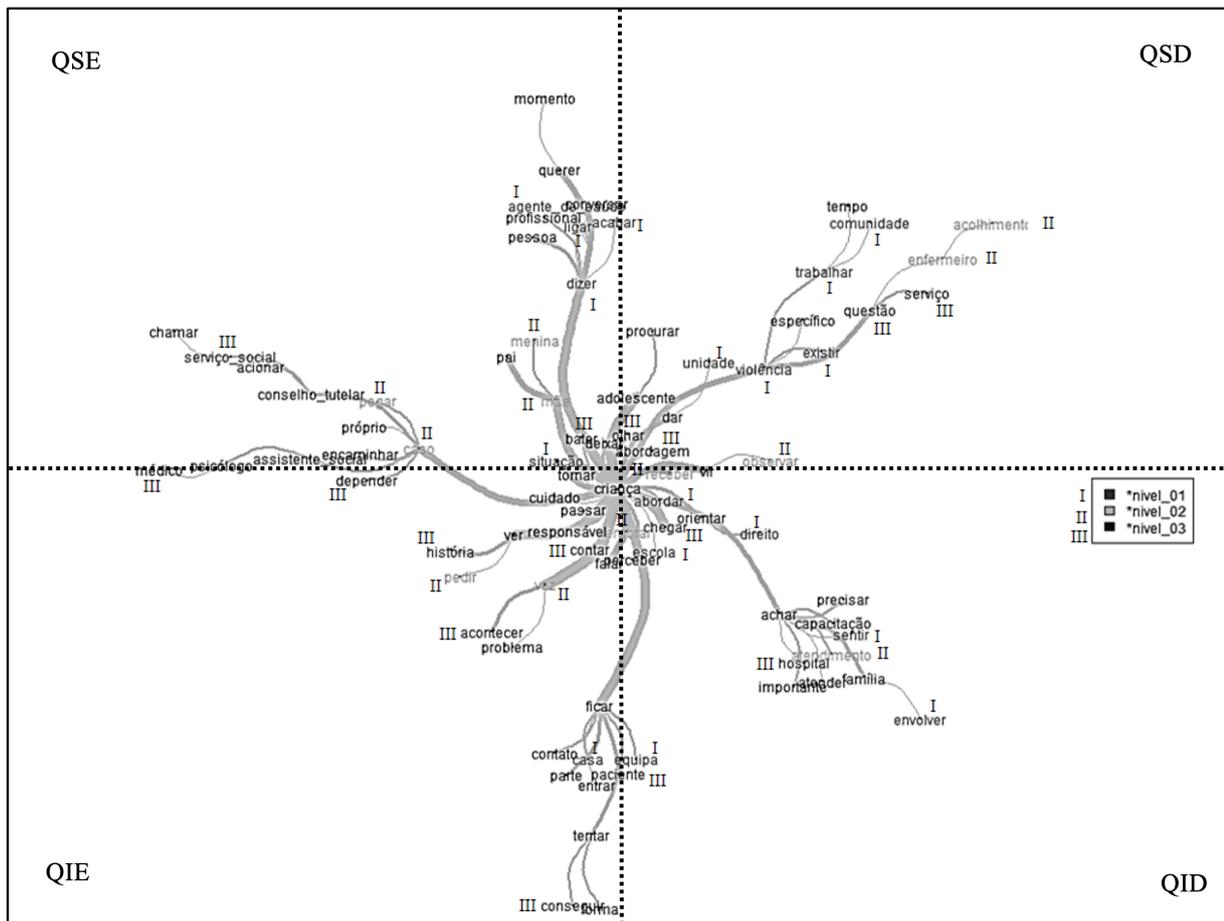
A pesquisa seguiu os parâmetros éticos do Conselho Nacional de Saúde, sendo autorizada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com parecer de aprovação nº 2.456.493.

Resultados

Entre os três níveis de complexidade, predominaram enfermeiros do sexo feminino e com idade entre 30 e 40 anos de idade. A maioria dos profissionais do primeiro e terceiro nível de atendimento possuíam mais de 10 anos de conclusão, enquanto os do serviço especializado entre 5 e 9 anos de conclusão da graduação. Quanto à capacitação específica para abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, a maioria dos profissionais dos três níveis afirmou não ter realizado nenhuma capacitação.

A análise da abordagem dos enfermeiros frente às situações de violência em crianças e adolescentes demonstrou aproximações e distanciamentos na condução dos casos entre os enfermeiros dos serviços de saúde de atenção primária, secundária e terciária, em decorrência do contexto de atuação, do processo de formação e capacitação.

A Figura 2 representa a árvore máxima produzida pela análise de similitude que revela o núcleo central da representação social dos enfermeiros quanto ao cuidado à população infanto-juvenil em situação de violência. Percebe-se o foco da abordagem na criança como elemento comum entre os enfermeiros dos três níveis de atenção à saúde, uma centralidade representacional a partir da nucleação das falas dos enfermeiros.



‘I - Atenção primária; ‘II - Atenção secundária; ‘III - Atenção terciária

Figura 2 – Análise de similitude dos enfermeiros atuantes nos três níveis de complexidade sobre a abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021

A árvore máxima apresenta dez ramificações com forte ligação ao núcleo central determinando os laços que unem os elementos constituintes da representação social. Cada forte ramificação apresenta um termo de maior grau de conectividade com o núcleo, a saber: *bater*, *deixar*, *abordagem*, *receber*, *abordar*, *lembrar*, *contar*, *passar*, *cuidado*, *mãe*. Tais ramificações constituem o sistema periférico da representação social, o qual se fundamenta nas características do contexto imediato, ou seja, as condutas e posições dos sujeitos; assim, as ramificações demonstram as interfaces que norteiam a abordagem dos enfermeiros às vítimas.

A fim de tornar didática a apresentação da similitude, os termos foram organizados em quatro quadrantes, a saber: quadrante superior direito (QSD) no qual se constitui o núcleo central emergindo do termo *criança* ligado fortemente aos termos *abordagem* e *violência*; no quadrante superior esquerdo (QSE) situa-se a 1ª periferia incluindo a base das ramificações os termos *bater*, *mãe* e *deixar*; o quadrante inferior esquerdo (QIE) localiza-se a 2ª periferia incluindo as expressões *cuidado*, *passar* e *contar*; e o quadrante inferior direito (QID) representa a

zona muda com as sentenças *lembrar*, *receber* e *abordar* ligadas a *capacitação* e *sentir*.

No QSE foram evocados os termos *bater*, *mãe* e *deixar*. A palavra *bater* se liga fortemente ao termo *dizer* e este, por sua vez, esse se ramifica em *pessoa*, *profissional*, *ligar*, *conversar*, *agente de saúde*, e *querer* representativos dos profissionais da APS. O termo *mãe* se liga fortemente ao termo *pai* e ao termo *menina*. Enquanto o termo *deixar* se associa com *adolescente* e se ramifica no termo *procurar*. Trechos de falas dos enfermeiros que representam tais ramificações encontram-se a seguir:

A mãe veio com a criança, eu ainda observei não tinha assim sinal de nada e porque ela falou até assim que parece que era com um pau que ela estava batendo na criança e eu orientei a ela orientei os danos que poderia causar dependendo com o que ela fosse bater na criança agredir a criança e tudo mais. (Enf. 18; Nível 01; DS 05).

E às vezes até um adolescente procura o serviço do posto são poucos é mais quando estão doentes mesmo quando adoce mesmo e as meninas quando vem fazer citológico é mais em caso de doença quando tá doente pra procurar anticoncepcional

tem o agente de saúde, a gente trabalha junto. (Enf. 02; Nível 01; DS 03)

É como eu te falei com a questão da agente de saúde, ela disse: mas mulher, não vá fazer nada, não faça nada não". Eu disse: mas mulher, eu tenho que ir lá, eu tenho que investigar, eu tenho que ir na casa". Aí ela: Não, mulher. Aí eu disse: Não, não se preocupe não. Eu não vou chegar lá dizendo que eu sei que a criança está apanhando não. (...) ela veio até aqui, conversei direitinho. E esse é o entrave que às vezes a gente fica receosa, está entendendo? (Enf. 18; Nível 01; DS V 05)

O termo *abordagem* foi evocado do QSD, que se liga ao termo *violência*, e se ramifica, por um lado, nos termos *existir, trabalhar, comunidade, unidade*; todos esses associados à APS; e por outro, em *questão e serviço*, como característico da atenção terciária, e *enfermeiro e acolhimento* do serviço especializado. Os seguimentos de textos mencionados pelos enfermeiros que se referem a essa ramificação estão destacados a seguir:

E eu acho que a questão da violência, embora ela seja tão presente no dia a dia das comunidades que a gente atua, mas eu acho que a gente tem trabalhado pouco acho que devia trabalhar mais. (Enf. 22; Nível 01; DS 04).

Isso, geralmente quando chega a gente faz abordagem, faz os primeiros atendimentos conforme a prescrição, às vezes solicita o parecer do assistente social, psicologia para poder intensificar nas outras áreas. (Enf. 01; Nível 03; Setor 03).

Não sempre a questão que já do serviço é justamente assim faz uma triagem justamente observa a história do responsável e a vê as condições às vezes da criança ou adolescente. (Enf. 07; Nível 03; Setor 01).

O papel do enfermeiro aqui no acolhimento é justamente de fazer essa triagem de classificar o que é o que chega da grande demanda que chega da população. (Enf. 09; Nível 02; Setor 01).

E o tempo de acolhimento é muito rápido ali, não passa um tempo com o paciente. Então assim, não tem como fazer realmente, o próprio setor é um setor de passagem. (Enf. 07; Nível 03; Setor 01).

O QIE evocou as expressões *cuidado, passar e contar*. A ramificação proveniente do termo *cuidado* se subdivide a evocação dos termos *tomar* ligado a *situação* e a *caso*, que por sua vez, evoca *encaminhar, depender, assistente social, psicólogo, médico*. E para o outro, com os termos: *próprio, pegar, conselho_tutelar, acionar, serviço_social, chamar*. O termo *passar* que se liga a *responsável, ver*, e desse último ramifica-se com os termos *história e pedir*. O núcleo central com o termo *contar* se associa ao termo *vez* e esse se bifurca em *acontecer e problema*. As falas dos enfermeiros relacionadas aos termos de tais ramificações seguem abaixo:

Fizemos o cuidado se colhemos a informação logo que foi chamamos o psicólogo vai para outro setor é aqui dentro do hospital, não presenciei de nada. (Enf. 06; Nível 03; Setor 02).

Tem o Conselho Tutelar, né? O serviço social, o Conselho Tutelar, que assim, no caso, quando acontece aqui a gente aciona o serviço social e o serviço social vai acionar o Conselho Tutelar, né? Que é quem vai acompanhar o caso e vai ver direitinho o que é que faz. (Enf. 27; Nível 03; Setor 05).

Porque a parte que é feita aqui no hospital é de atendimento, é assistência, quando o médico ou desconfia que não é compatível a história que o responsável fala com o que a criança ou adolescente apresenta. (Enf. 07; Nível 03; Setor 01).

Geralmente essa parte toda o serviço social toma a frente e os médicos fazem os laudos, as coisas e eles que fazem toda a notificação. (Enf. 25; Nível 03; Setor 04).

Às vezes a criança chega por isso que eu gosto quando a criança fala eu gosto de perguntar à criança que às vezes a mãe deixa a criança falar deixa ela contar o que foi que aconteceu. (Enf. 07; Nível 03; Setor 01)

Na minha mente eu creio que eu devo acionar o NASF, Assistente Social e junto com ela ver o local que se deve encaminhar essa criança ou adolescente. (Enf. 04; DS 02).

A gente sempre recebe a orientação para acionar o CRAS. Para eles... Porque dentro do CRAS eles acionam o Conselho Tutelar, eles veem que, realmente encaminhar o paciente para dar o destino. Mas para a gente encaminhar, não. (Enf. 08; DS 02).

Do QID emergem as expressões *lembrar, receber e abordar*. A partir da ramificação de *lembrar* ocorre uma bifurcação para *falar*, de um lado, e por outro a *perceber* que se liga com *ficar, contato, casa, paciente, equipe, tentar, conseguir*. A raiz com o termo *receber*, se ramifica com os termos *vir e observar*. O verbo *abordar*, evocou uma bifurcação com o termo *chegar e orientar*, desse último surgem outras ramificações, primeiramente, com *direito*, em seguida com os termos: *achar, precisar, capacitação, sentir, família e envolver*. Salienta-se uma ramificação fraca de maneira isolada para o termo *escola*. Os trechos evocados pelos enfermeiros que apontam os termos supracitados encontram-se a seguir:

Às vezes a gente percebe uma hiperemia ou alguma presença de secreção ou até mesmo é uma ruptura dá para perceber sim registrados na ficha do atendimento sim como parte do exame físico. (Enf. 09; Nível 02; Setor 01)

Só que consegue perceber com aquele olhar clínico que o hematoma que veio ali surgir não é de uma coisa mais simples que é realmente uma agressão é vamos supor uma mancha no olho tem gente que não quer dizer. (Enf. 01; Nível 03; Setor 03).

Não me sinto, não me sinto. Assim, me sinto... eu acho que eu tenho, assim, a sensibilidade, mas a capacitação não. Então isso faz muita falta. (Enf. 22; Nível 01; DS 04).

Então acho que se tivesse uma capacitação, uma orientação melhor para a gente, para os profissionais como um todo, no Hospital seria bem melhor para conduzir essa situação. (Enf. 15; Nível 02; Setor 03).

Ano passado a gente fez uma atividade educativa na escola, nas escolas em relação a cultura de paz. Onde a criança era

abordada lá junto como os pais dos escolares. O tema abordado era esse, violência, cultura de paz e um dos temas era em relação a criança. (Enf. 20; DS 06).

Desse modo, destacam-se como pontos de convergência entre os enfermeiros dos três níveis de atenção à saúde: o déficit de notificações das situações de violência com crianças e adolescentes; transferência dos casos para outros profissionais; dificuldade de identificação e confirmação das violências contra crianças e adolescentes; necessidade de capacitação; foco no cuidado à criança e dificuldade nas relações com os familiares das vítimas.

A subnotificação das situações de violência com criança e adolescente permanecem relacionadas à falta de conhecimento e aproximação com ficha de notificação e confundimento entre a notificação epidemiológica e a notificação para o Conselho Tutelar; somadas à mistificação de responsabilidades legais e judiciais, e insegurança para produção da notificação considerando-a como denúncia.

A transferência dos casos de violência com crianças e adolescentes para outros profissionais associa-se à dificuldade de identificação e a confirmação das violências vinculada a inexistência de capacitação específica.

Dentre os pontos que divergiram na atuação do enfermeiro entre os níveis de atenção à saúde tem-se o acolhimento. Na APS, em função dos vínculos estabelecidos com a comunidade, mostra-se pautado em uma escuta; enquanto nos serviços hospitalares o acolhimento fundamentou-se em uma ação do tipo queixa conduta, sendo a atenção secundária baseada em uma consulta de enfermagem com caráter de abordagem inicial sem aprofundamento clínico, assumindo a atenção terciária uma posição de triagem.

A Figura 3 condensa os pontos de convergência e divergência imbrincados nas condutas dos enfermeiros considerando os três níveis de atenção à saúde, na perspectiva estrutural das representações sociais, pois remete a uma figura e um significado⁽²²⁾.

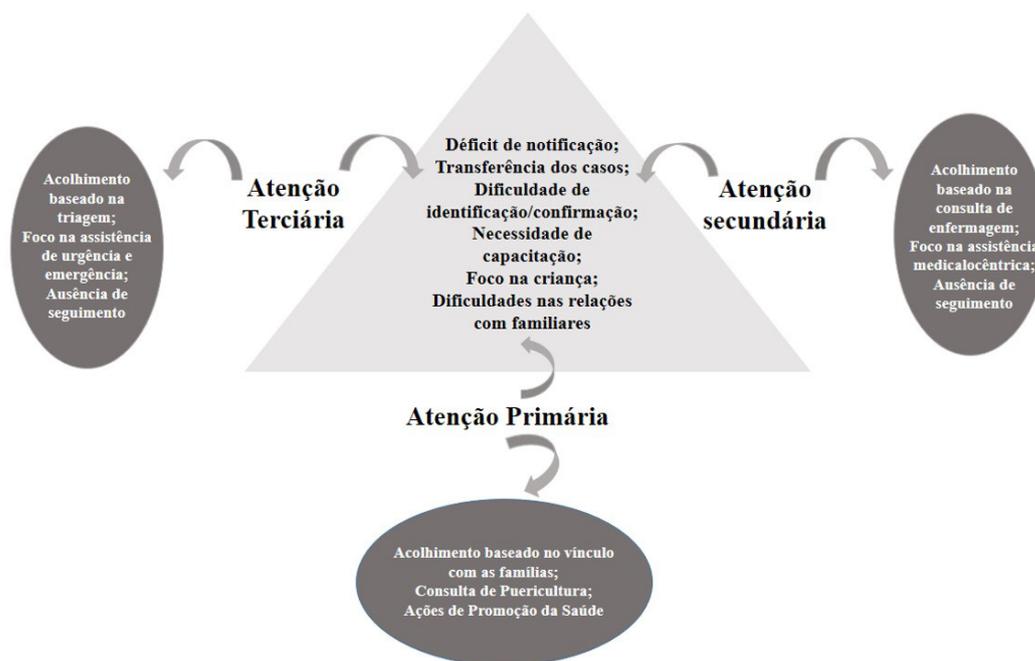


Figura 3 – Pontos de convergência e divergência dos enfermeiros na abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência nos três níveis de atenção à saúde. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019

Discussão

Toda representação social está organizada estruturalmente em torno de um núcleo central e um sistema periférico com existência de uma zona muda. Segundo o autor criador da Teoria do Núcleo Central⁽²⁵⁾ esta premissa se constitui a partir da própria grande

teoria de Moscovici. O núcleo central relaciona-se à memória coletiva o que gera significado, consistência e permanência à representação, desse modo caracteriza-se como estável e resistente a mudanças, sendo fundamental para a significação e organização da representação⁽²¹⁾.

Aponta-se nesse estudo que o núcleo central se concentra na abordagem da criança vítima de violência no simbólico do processo de cuidar executado pelos enfermeiros revelando um sentido fortemente marcado na memória coletiva desses profissionais associado à criança, o que pode se relacionar à vulnerabilidade biopsicossocial intrínseca da faixa etária infantil, estando o adolescente em segundo plano.

O núcleo central assume uma função geradora de significado e sentido para os elementos complementares (zona periférica), na medida em que evidencia os valores e significados que permeiam as condutas executadas pelos enfermeiros, apresentadas na área periférica da árvore máxima⁽²⁵⁾; assim como, uma função organizadora que determina a natureza das ligações estabelecidas entre os elementos da representação.

Nesse sentido, os elementos que caracterizam as particularidades da abordagem das vítimas de violências nos níveis de atenção à saúde são explorados na zona periférica e muda. No sistema periférico, evidenciam-se elementos comuns aos enfermeiros que atuavam nos três níveis de atenção à saúde, contudo revelam-se também as particularidades das condutas dos enfermeiros, relacionadas ao serviço de saúde de atuação; assim, é no sistema periférico que se aloca a heterogeneidade das representações dos grupos suportando as contradições e as histórias individuais de modo contextualizado⁽²²⁾.

No sistema periférico, foram identificadas as práticas diferenciadas dos enfermeiros na abordagem das crianças e adolescentes vítimas de violência. Na atenção primária à saúde, a abordagem destas vítimas possui especificidades, ao considerar que a maioria destas sofrem situações de violência no âmbito doméstico; conhecer e acompanhar as famílias mostra-se como um fator essencial na abordagem dos casos⁽²⁸⁾.

Essa interação com a família perpassa toda a equipe multiprofissional, com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde, que a partir do contato direto com as famílias, podem produzir detecção precoce e o estabelecimento do elo com as Unidades Básicas de Saúde que funcionam como referência e apoio para as comunidades⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Estudo aponta a força da APS no enfrentamento das violências por dois eixos: a possibilidade de diálogos horizontais, relações duradouras e escuta acolhedora em um processo de corresponsabilização com os usuários; e a articulação do cuidado em rede de atenção à saúde, conforme a proposta de reorganização do modelo assistencial de saúde brasileiro, como espaço protagonista de articulações, reflexões e intervenções em rede⁽³⁰⁾.

Mesmo diante da potencialidade que a APS apresenta, estudos indicam lacunas importantes entre as preconizações das políticas de saúde voltadas à atenção integral dos grupos populacionais e a assistência às vítimas de violência no contexto das comunidades e nas Unidades Básicas de Saúde⁽³⁰⁻³²⁾.

As consultas de puericultura, por se constituírem em rotina no processo de trabalho dos enfermeiros nas UBS, se demonstram como a ferramenta de maior acesso dos enfermeiros aos aspectos do cuidado integral à criança, uma vez que envolvem avaliação do crescimento e desenvolvimento, imunização, alimentação, cuidados específicos de higiene, prevenção de acidentes, incluindo prevenção e identificação de situações de violência⁽³³⁾.

A atenção à saúde de adolescentes não tem recebido assistência na mesma proporção, conforme o déficit destacado na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar⁽³⁴⁾; nesta identificou-se que apenas 48% dos adolescentes procuraram por algum serviço ou profissional de saúde nos últimos 12 meses da pesquisa. Barreiras de acesso podem dificultar essa busca, como o desconhecimento sobre os serviços de saúde, desconforto em compartilhar as preocupações de saúde, além da forma como as equipes de saúde acolhem esses adolescentes⁽³⁴⁾.

Um importante elemento na produção de relações aproximadas entre crianças e adolescentes com as equipes de saúde da família compreende a prática de ações de promoção da saúde nos espaços da escola, da comunidade e da própria UBS⁽³⁵⁾. Na execução dessas ações, o enfermeiro constrói a oportunidade de estimular a cultura de paz, relações afetivas saudáveis e prevenção de violências⁽³⁶⁾ pela identificação de situações de risco a partir da proximidade com as crianças e adolescentes.

No serviço de saúde de atenção secundária, o cerne da assistência pauta-se na abordagem medicalocêntrica da violência, centrada no corpo biológico desconsiderando aspectos subjetivos, psíquicos e sociais⁽³⁷⁾; apesar de existir espaço físico e organizacional de produção do acolhimento à vítima pelo enfermeiro, neste nível de atenção à saúde, tal prática não ocorre de maneira efetiva como oportunidade de uma escuta qualificada e ampliada⁽³⁸⁾.

Esse ponto remete à efetividade da consulta de enfermagem durante o acolhimento da criança e adolescente vítima de violência. Enfatiza-se a necessidade de avanços nesse cenário desde o acolhimento inicial, essencial e efetivo, a identificação dos sintomas e sinais, notificação, abrangendo também os cuidados das lesões e suas consequências por meio de registros e planejamento de condutas a fim de alcançar um atendimento humanizado às vítimas, uma vez que a

consulta de enfermagem se caracteriza como uma das principais ferramentas de identificação da violência com esse grupo⁽¹⁰⁾.

Na atenção terciária, o foco na queixa conduta mantém o olhar hospitalocêntrico dos enfermeiros para as vítimas de violência com a assistência direcionada a sanar as demandas de urgência e emergência físicas. Por apresentar uma conduta focada na debilidade física da vítima, estudos demonstram que os serviços de emergência não reconhecem, rastreiam ou relatam as situações de violência, uma vez que nas salas de emergências os profissionais não estão atentos a este fenômeno⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

Quando se trata de violência contra crianças e adolescentes, o enfermeiro não deve focar somente nos sinais clínicos evidentes perceptíveis pela inspeção, mas também nos indicadores psicossociais a partir do exame físico completo associado à anamnese, à percepção da linguagem não verbal e às necessidades físicas e emocionais, no qual o profissional deve estabelecer um diálogo de confiança para confrontar os discursos dos responsáveis e das vítimas⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

O ato de perceber ou reconhecer as situações de violência pelo enfermeiro se aplica tanto à atuação desse profissional na atenção primária, ao reconhecer possíveis situações de violência no ambiente doméstico com crianças e adolescentes, como no ambiente hospitalar, ao perceber indícios que não são expostos ou revelados, especialmente nos serviços de emergência, espaço de maior assistência a abusos infantis⁽⁹⁾.

A identificação do abuso infanto-juvenil aparece como uma dificuldade e inibe a notificação desses casos, como demonstra estudo na Arábia Saudita⁽¹⁴⁾. Identificar as situações de violência na infância é complexo, convencionou-se iniciar a abordagem de uma possível violência através da história clínica, pois esse momento se revela potente para compreender as circunstâncias de ocorrência da situação de violência; portanto o enfermeiro deve estar em uma escuta atenta e ampliada a todo instante diante do atendimento de uma possível situação de violência com criança e adolescente⁽⁴³⁾.

Para produzir uma abordagem direcionada às necessidades das vítimas se faz necessário conhecimento técnico científico; o estudo evidencia a notória fragilidade de formação profissional pelos enfermeiros para a abordagem de crianças e adolescentes em situação de violência, o que corrobora com estudo recente⁽⁴⁴⁾ envolvendo médicos, enfermeiros e odontólogos e outros estudos^(14,45-46) os quais destacam a falta de conhecimento e a necessidade de treinamento como barreiras importantes para a identificação de abuso físico com crianças e adolescentes.

Tal contexto mostra-se como reflexo da formação acadêmica e do insuficiente estímulo à capacitação dos profissionais e definição de fluxos e protocolos de atendimento nos serviços de saúde, o que produz impacto direto nos sentimentos manifestados pelos enfermeiros diante dos casos de violência, bem como no atendimento executado^(10,16,41).

A capacitação profissional do enfermeiro para a abordagem de casos de violência com crianças e adolescentes emergiu na zona muda, a qual corresponde a um subconjunto de sentidos, crenças e cognições, que, mesmo existindo, não são expressas nas condições habituais devido aos valores e normas do próprio grupo⁽²⁵⁾. A fragilidade na formação dos enfermeiros quanto à problemática em questão mostra-se presente no contexto de atuação, contudo na prática cotidiana o enfermeiro é demandado, socialmente e institucionalmente, para executar o atendimento, independente desse subsídio.

O atendimento do enfermeiro em articulação com a equipe multidisciplinar caracteriza-se como outro desafio, balizar a diferença entre compartilhar a assistência e a transferência de cuidado permeia as ações dos enfermeiros, que muitas vezes transferem os casos para os assistentes sociais, os quais estabelecem um elo entre a assistência à saúde e as demais instâncias de proteção, considerando-se como a ponte para a resolutividade dos casos de violência, e até mesmo de identificação de situações suspeitas e/ou confirmadas, assumindo a vanguarda dos casos⁽¹⁶⁾.

Todo esse contexto de transferência das vítimas reflete na quebra do seguimento dos casos, o que mantém uma desarticulação entre os níveis de atenção à saúde enfraquecendo as relações de referência e contrarreferência e favorecendo a revitimização, uma vez que as ações fragmentadas não abarcam a complexidade da problemática. Assim sendo, o Conselho Tutelar assume o papel concreto do acompanhamento das crianças e adolescentes sem envolvimento do setor saúde.

Nesse íterim, o estudo evidencia caminhos para a qualificação da abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência pelos enfermeiros nos serviços de saúde ao indicar as fragilidades de cada nível de atenção à saúde e os pontos específicos de possíveis intervenções desde organização do processo de trabalho, instrumentos de atuação e capacitação para a prática do enfermeiro na gestão dos serviços de saúde.

Podem-se mencionar como limitações do estudo o menor número de participantes enfermeiros que atuavam na sala vermelha do serviço de saúde de emergência em decorrência das particularidades da rotina do setor, bem como a dificuldade de abertura de alguns profissionais de saúde para discutirem

sobre a temática da violência e a própria práxis no enfrentamento a esses casos.

Parte-se da premissa de que existem formas diferentes de se conhecer e de se comunicar a violência à criança e adolescentes, guiadas por objetivos diferentes dos enfermeiros nos três níveis de atenção, formas que são móveis e em que se pode definir duas delas, em termos de manejo ou atuação das mesmas, que, por seu turno são pregnantes nas nossas sociedades: a consensual e a científica⁽²²⁾. Nesse sentido, cada enfermeiro, segundo o nível de atenção à saúde em que atua, gera seu próprio universo representacional da violência, fato este que se situa como uma modalidade de conhecimento particular, que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos numa sociedade produtora de sentidos⁽²²⁾.

Pode-se ainda destacar que o objeto de estudo permeia as informações dimensionadas pela TRS, tais como a informação, o campo de representação e a atitude do profissional frente ao fenômeno complexo e polissêmico da violência contra crianças e adolescentes, uma vez que a análise de similitude permite aproximar o conhecimento sobre o fenômeno utilizando-se da pressão à inferência, o engajamento e a informação⁽²²⁾.

Conclusão

Os serviços de saúde de atenção primária, secundária e terciária sob a ótica da teoria das representações sociais, na perspectiva estrutural da Teoria do Núcleo Central, considerando núcleo central, sistema periférico e zona muda, evidenciaram pontos em comum na abordagem das crianças e adolescentes em situação de violência no que tange a déficit de notificação das situações de violência pelo enfermeiro; transferência de responsabilidades para outros profissionais da equipe multidisciplinar; fragilidade da identificação das situações de violência com o grupo infanto-juvenil; dispêndio de maior assistência às crianças; dificuldade de se relacionar com os familiares das vítimas nos diversos momentos do atendimento e necessidade de capacitação para abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência.

Em contrapartida, a atenção primária à saúde apresenta como particularidades a possibilidade de maior vínculo com as vítimas e famílias, o que pode favorecer a abordagem dos casos e a atuação do enfermeiro; bem como no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e estímulo à cultura de paz. Nos serviços de saúde hospitalares, as especificidades se concentram na abordagem medicalocêntrica baseada na queixa conduta com baixa produção de vínculo e seguimento do caso.

Destacam-se as lacunas existentes na abordagem do enfermeiro às crianças e adolescentes vítimas de violência

evidenciando a carência de instrumentos de subsídio à práxis do enfermeiro frente às vítimas de violência. A instrumentalização da prática do enfermeiro por meio de diretrizes, protocolos, fluxogramas e aprofundamento técnico científico torna-se essencial para uma atuação eficaz, precisa e que responda às necessidades das vítimas de maneira integral.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Relatório mundial sobre violência e saúde. [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2021 Jul 15] Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
2. Know Violence in Childhood. Ending Violence in Childhood. Global Report 2017. [Internet] New Delhi: Know Violence in Childhood; 2017 [cited 2021 Jul 21] Available from: <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Global-Report-2017.pdf>
3. Rizvi MB, Conners GP, Rabiner J. New York State Child Abuse, Maltreatment, and Neglect. 2021 Mar 6 [cited 2021 Mar 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565843/>
4. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children. [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://www.unicef.org/media/70731/file/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>
5. Child and Adolescent Health Collaborators. Diseases, Injuries, and Risk Factors in Child and Adolescent Health, 1990 to 2017: Findings From the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2017 Study. *JAMA Pediatr.* 2019;173(6):e190337. doi: <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0337>
6. Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz. Covid-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. [Internet]. Brasília: MS; 2020 [cited 2021 Mar 12]. Available from: http://www.iff.fiocruz.br/pdf/covid19_saude_crianca_adolescente.pdf
7. Evidence of Better Lives Consortium (UK). Addressing Violence against Children: Mapping the Needs and Resources in Eight Cities across the World. [Internet]. Cambridge: Cambridge University; 2019 [cited 2021 Mar 12]. Available from: https://www.end-violence.org/sites/default/files/paragraphs/download/EBLS%20Nara%20Report_.pdf
8. Honda C, Yoshioka-Maeda K, Iwasaki-Motegi R. Child abuse and neglect prevention by public health nurses during the COVID-19 pandemic in Japan. *J Adv Nurs.*

- 2020 Nov;76(11):2792-3. doi: <http://doi.org/10.1111/jan.14526>
9. Rizvi MB, Connors GP, King KC, Lopez RA, Rabiner J. Pennsylvania Child Abuse Recognition and Reporting. 2021 Mar 10 [cited 2021 Mar 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565852/>
10. Silva MS, Milbrath VM, Santos BA, Bazzan JS, Gabatz RIB, Freitag VL. Nursing care for child/adolescent victims of violence: integrative review. *Rev Fun Care Online*. 2020;12:115-23. doi: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7102>
11. Sathiadhas MG, Viswalingam A, Vijayaratnam K. Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka – a study on knowledge attitude practices and behavior of health care professionals. *BCM Pediatrics*. 2018;18(52):1-9. doi: <http://doi.org/10.1186/s12887-018-1138-3>
12. Barrenechea LI, Ribeiro CC, Canva AML, Azevedo OP. Nurses' perception on violence against children and adolescents by their companion in pediatric ward. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):1-8. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0495>
13. Garcia GS, Marañón R, Muñoz MM, Volle SL, García-Morín M, García AR. Child abuse in the Emergency department: epidemiology, management, and follow-up. *An Pediatr (Barc)*. 2019; 91(1). doi: <http://doi.org/10.1016/j.anpede.2018.09.005>
14. Elarousy W, Abed S. Barriers that inhibit reporting suspected cases of child abuse and neglect among nurses in a public hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2019 Aug 19;25(6):413-21. doi: <http://doi.org/10.26719/emhj.18.055>
15. Paek SH, Kwak YH, Noh H, Jung JH. A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(2):1-7. doi: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014085>
16. Silva PLN, Veloso GS, Queiroz BC, Ruas EFG, Alves CR, Oliveira VV. Challenges of nurses' performance in the face child and adolescent sexual violence. *J Nurs Health*. 2021;11(2):e2111219482. doi: <https://doi.org/10.15210/JONAH.V11I2.19482>
17. Egry EY, Apostolico MR, Morais, TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):83-92. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>
18. Poropat F, Canuto A, Caddeo G, Predonzani E, Novello L, Zorzetto A, et al. Judicial outcome and follow-up of abused child protection acts in a pediatric emergency department: 12-year experience in a third level pediatric hospital. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1):1-6. doi: <http://doi.org/10.1186/s13052-020-00823-6>
19. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizator. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p.17-44.
20. Silva MS, Milbrath VM, Santos BA, Bazzan JS, Gabatz RIB, Freitag VL. Nursing care for child/adolescent victims of violence: integrative review. *Rev Pesq Cuid Fundam Online [Internet]*. 2021 May [cited 2021 Jul 23];12:115-23. Available from: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7102>
21. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizators. *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2ª ed. Goiânia: AB Editora; 2000. p. 27-38.
22. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
23. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jan;24(1):17-27. doi: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
24. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). [Internet]. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição da Universidade Federal de Santa Catarina; 2018 [cited 2020 Oct 15] Available from: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>
25. Abric JC. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: Guimelli C, organizator. *Structures et transformations des Représentations Sociales*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 73-84.
26. Salviati ME. Manual do Aplicativo IRAMuTeQ (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). [Internet]. Planaltina: EMBRAPA Cerrados; 2017 [cited 2020 Oct 15] Available from: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>
27. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
28. Marinho RAQC, Aguiar RS. Primary attention as a structuring axis of the reduction of violence indicators against children and adolescents. *REVISA*. 2019 Jun;8(2):228-41. doi: <http://doi.org/10.36239/revisa.v8.n2.p228a241>
29. Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2017 Jun;70(3):511-8. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>
30. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violence and Primary Health Care in Brazil: an integrative literature review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020

- Jun;25(6):2247-57. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>
31. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Public health agendas addressing violence against rural women - an analysis of local level health services in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 May;20(5):1379-87. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015205.04412014>
32. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Factors associated with the report and adolescent abuse in primary healthcare. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4267-76. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-812320141910.17052013>
33. Góes FGB, Silva MA, Paula GK, Oliveira LPM, Mello NC, Silveira SSD. Nurses' contributions to good practices in child care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 6):2808-17. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0416>
34. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto JEP, Amorim LDAF. Adolescent and youth access to primary health care services in a city in the state of Bahia, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2019 Jan 21;35(1):1-15. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00044718>
35. Silva RF, Engstrom EM. Comprehensive health care of teenagers by the Primary Health Care in the Brazilian territory: an integrative review. *Interface (Botucatu)*. 2020 Sep;24(Suppl 1):e190548. doi: <http://doi.org/10.1590/Interface.190548>
36. Vieira NMF, Deslandes SF. Family Health Strategies to tackle violence involving adolescents. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 May;21(5):1583-96. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015215.145420>
37. Rodrigues EAS, Tavares R, Melo VH, Silva JM, Melo EM. Violence and Primary Health Care: perceptions and experiences of professionals and users. *Saúde Debate*. 2018 Dec;42(Sp 4):55-66. doi: <http://doi.org/10.1590/0103-11042018s404>
38. Camargo DS, Castanheira ERL. Amplifying access: Team Embracement as a demand management strategy in Primary Health Care (APS). *Interface (Botucatu)*. 2020 Oct 05;24(Suppl. 1):e190600. doi: <http://doi.org/10.1590/Interface.190600>
39. Tiyyagura G, Schaeffer P, Gawel M, Leventhal JM, Auerbach M, Asnes AG. A Qualitative Study Examining Stakeholder Perspectives of a Local Child Abuse Program in Community Emergency Departments. *Acad Pediatr*. 2019 Jan 29;18(4):438-45. doi: <http://doi.org/10.1016/j.acap.2019.01.006>
40. Paek SH, Jung JH, Kwak YH, Kim DK, Ryu JM, Noh H, et al. Development of screening tool for child abuse in the Korean emergency department. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Dec;97(51):e13724. doi: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000013724>
41. Martins DC. Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. *Cad. Graduação Ciênc Biol Saúde UNIT Sergipe*. [Internet] 2017 Oct [cited 2019 Apr 17];4(2):155-68. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4603>
42. Fernandes FS, Cruz KD, Assis BF, Assis VKB, Nery FS. O Olhar do Enfermeiro no Reconhecimento de Violência Sexual em Crianças e Adolescentes durante o Atendimento Hospitalar. In: *Anais do Congresso Internacional de Enfermagem* [Internet]; 2017 May 9-12; Aracaju, SE. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2017 [cited 2019 Oct 16]. Available from: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5944>
43. Gomes A. *Enfermagem Forense*. Lisboa: Editora Lidel; 2014.
44. Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GSO, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Physical abuse of children and adolescents: do health professionals perceive and denounce? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019 Jul 22;24(7):2609-16. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19482017>
45. Merrild CH, Frost L. Identifying signs of child neglect and abuse in general practice. *Dan Med J*. [Internet] 2021 [cited 2021 Mar 1];68(2):A05200396. Available from: <https://ugeskriftet.dk/dmj/identifying-signs-child-neglect-and-abuse-general-practice>
46. Tufford L, Lee B, Bogo M, Wenghofer E, Etherington C, Thieu V, et al. Decision-Making and Relationship Competence When Reporting Suspected Physical Abuse and Child Neglect: An Objective Structured Clinical Evaluation. *Clin Soc Work J*. 2021 Feb;6:1-15. doi: <http://doi.org/10.1007/s10615-020-00785-6>

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Emanuella de Castro Marcolino, Renata Clemente dos Santos, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. **Obtenção de dados:** Emanuella de Castro Marcolino. **Análise e interpretação dos dados:** Emanuella de Castro Marcolino, Francisco de Sales Clementino, Rafaella Queiroga Souto, Renata Clemente dos Santos, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. **Análise estatística:** Emanuella de Castro Marcolino, Francisco de Sales Clementino, Rafaella Queiroga Souto, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. **Redação do manuscrito:** Emanuella de Castro Marcolino, Francisco de Sales Clementino, Rafaella Queiroga Souto, Renata Clemente dos Santos, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Emanuella de Castro Marcolino, Francisco de Sales Clementino, Rafaella

Queiroga Souto, Renata Clemente dos Santos, Francisco
Arnoldo Nunes de Miranda.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

**Conflito de interesse: os autores declararam que
não há conflito de interesse.**

Recebido: 05.05.2021

Aceito: 12.09.2021

Editora Associada:

Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da
Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e
criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde
que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença
mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para
maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Emanuella de Castro Marcolino

E-mail: emanuella.de.castro@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6135-8853>