



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília

Faculdade de Filosofia e Ciências

Programa de Pós-Graduação em Educação

Fabiana Veronez Martelato Gimenez

**PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E ACIDENTES INFANTIS: FORMAÇÃO,
CONHECIMENTOS E OPINIÕES DE GRADUANDOS E DOCENTES DE
ENFERMAGEM E AÇÕES EDUCATIVAS**

Marília

2019



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília

Faculdade de Filosofia e Ciências

Programa de Pós-Graduação em Educação

Fabiana Veronez Martelato Gimenez

**PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E ACIDENTES INFANTIS: FORMAÇÃO,
CONHECIMENTOS E OPINIÕES DE GRADUANDOS E DOCENTES DE
ENFERMAGEM E AÇÕES EDUCATIVAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Marília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Educação (Linha de Pesquisa 01: Psicologia da Educação: Processos Educativos e Desenvolvimento Humano).

Orientadora: Prof.^a D.ra Sandra Regina Gimenez-Paschoal

Marília

2019

G491p Gimenez, Fabiana Veronez Martelato
Prevenção de violência e acidentes infantis: formação,
conhecimentos e opiniões de graduandos e docentes de
Enfermagem e ações educativas / Fabiana Veronez Martelato
Gimenez. -- Marília, 2019
217 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília
Orientadora: Sandra Regina Gimenez-Paschoal

1. Ensino Superior. 2. Enfermagem. 3. Prevenção de
acidentes. 4. Violência. 5. Criança. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília

Faculdade de Filosofia e Ciências

Programa de Pós-Graduação em Educação

Fabiana Veronez Martelato Gimenez

**PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E ACIDENTES INFANTIS: FORMAÇÃO,
CONHECIMENTOS E OPINIÕES DE GRADUANDOS E DOCENTES DE
ENFERMAGEM E AÇÕES EDUCATIVAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Marília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Educação
Linha de Pesquisa: Psicologia da Educação - Processos Educativos e Desenvolvimento Humano.

Banca examinadora

- Presidente e orientadora _____
Prof.^a D.ra Sandra Regina Gimenez-Paschoal - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Marília
- 2^a Examinadora _____
D.ra Alessandra de Moraes - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Marília
- 3^a Examinadora _____
D.ra Maria Inês Monteiro - Universidade Estadual de Campinas
- 4^a Examinadora _____
D.ra Sabrina Mazo D'Affonseca - Universidade Federal de São Carlos
- 5^a Examinadora _____
D.ra Vera Lúcia Pamplona Tonete - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu

Marília, 1º de março de 2019

Dedico a todas as pessoas que contribuíram para concretização deste momento importante em minha vida!

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus por ter proporcionado oportunidades, bênçãos e forças para eu enfrentar os desafios, por iluminar meus pensamentos e me dar saúde para concluir mais esta etapa na minha vida.

Agradeço à minha orientadora Sandra Regina Gimenez-Paschoal pelo seu apoio incondicional. Essa pessoa especial que, com carinho e dedicação, me orientou com sua sabedoria e paciência neste trabalho. Muitas vezes deixava de passar seu tempo com sua família, a qual eu também não posso deixar de agradecer, para ficar longas noites e dias estudando comigo.

Agradeço às professoras, aos membros titulares da banca, à D.ra Alessandra de Moraes, à D.ra Maria Inês Monteiro, à D.ra Sabrina Mazo D'Affonseca e à D.ra Vera Lúcia Pamplona Tonete, pela disponibilidade e auxílio durante o desenvolvimento e a finalização deste trabalho com suas contribuições valiosas, e às professoras, membros suplentes da banca, D.ra Luciana Aparecida de Araújo Penitente, D.ra Maria José Sanches Marin e D.ra Silvia Franco da Rocha Tonhom, pela disponibilidade em colaborar.

Aos meus pais Iladimir e Luzia por sempre me incentivarem a ser uma pessoa melhor por meio da humildade e dos estudos, minha irmã e meus sobrinhos: Rosa Maria, Vitor e Luana, meus primos, amigos e familiares que entenderam minhas ausências em vários momentos nos quais eu estava dedicando-me aos estudos.

Agradeço especialmente ao meu esposo Rodrigo e à minha amada filha Évellyn. Ambos me apoiaram e compreenderam os vários momentos de ansiedade, stress, nervosismo, choro e comemoraram comigo cada vitória conquistada ao longo dos quatro anos.

Às secretárias da Seção Técnica de Pós-graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), aos docentes e colegas das disciplinas realizadas durante o curso, que contribuíram muito no desenvolvimento da Tese.

Às universidades coparticipantes por permitir a aplicação deste estudo, aos coordenadores dos cursos de Enfermagem e aos docentes pelo apoio à pesquisa. Aos alunos que participaram do estudo piloto e da intervenção realizada nesta pesquisa. Com certeza o aprendizado foi mútuo.

Dedico esse agradecimento também às pessoas importantes para a feitura desta Tese, desde a elaboração da proposta para o processo seletivo do doutorado até sua conclusão – D.r Marcos Antônio Giroto, M.e Eleny Rosa Guimarães, D.ra Tereza Laís Menegucci Zutin, D.ra Elza de Fátima Ribeiro Higa. Às amigas de estudo D.ra Edinalva Neves Nascimento, M.e Nádia

Castilho Dini e D.ra Adriana Avanzi M. Pinto. Aos amigos que sempre me ajudam com as questões da informática e da estatística: Ricardo Tadashi Shimizu, Danilo Dini e especialmente à Cátia Almeida.

Aos colegas de trabalho da Secretaria da Saúde, da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Antonieta (principalmente a Gláucia e a Denise), aos professores e amigos da Faculdade de ensino superior e formação integral de Garça (FAEF) que também conviveram comigo e me apoiaram nesses momentos, para que eu pudesse realizar minhas atividades, em especial à minha amiga Marília e ao meu amigo Jonas.

Aos inesquecíveis amigos do grupo de pesquisa Educação e Acidentes (EDACI), os quais foram essenciais para o meu aprendizado: M.e Ana Paula Vizacre, Dra. Bruna Villas Boas, M.e Flávia Arantes Táparo, M.e Bruna da Costa Scota, D.ra Maria Aparecida Brandão Bonadio Keppler, Gilcimara Juliana Gabriel, M.e Adélia Suzana Del Sarto, M.e Roseli Carolino, Sérgio Silva Júnior e a todos os queridos alunos de graduação, bem como ao colega de pós-graduação Elton Faria de Bastos, que sempre esteve próximo ao EDACI.

Obrigada a todos, que ajudaram, direta ou indiretamente, para que este trabalho fosse realizado!

Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente.
(Burrhus Frederic Skinner)

Resumo

Violência e acidentes infantis são eventos frequentes. Os objetivos gerais do estudo foram investigar como essas temáticas estão inseridas nos currículos de graduação em Enfermagem, qual o conhecimento de discentes e de docentes sobre as temáticas e os resultados de ações educativas sobre os temas desenvolvidas com graduandos do curso. Foram realizados três estudos descritivos com abordagem quantitativa e qualitativa. O Estudo I buscou investigar nos currículos dos cursos de Enfermagem do Estado de São Paulo a presença de descrição das temáticas de prevenção de violência e/ou de acidentes infantis por meio da análise dos projetos políticos pedagógicos, ementas e/ou matrizes curriculares das *homepages* das 130 faculdades públicas e particulares de Enfermagem reconhecidas pelo Ministério da Educação. Verificou-se que cinco faculdades públicas, de um total de 13, e 15 faculdades privadas, de um total de 117 tinham disciplinas relacionadas aos temas, prevalecendo a temática dos acidentes. Concluiu-se que os temas estão presentes na minoria dos cursos estudados. O Estudo II teve como objetivo caracterizar os conhecimentos e opiniões de docentes de curso de Enfermagem em relação aos agravos. Foram entrevistados 13 docentes de graduação em Enfermagem, sete de uma faculdade particular e seis de uma pública, e realizada análise temática para categorização das falas. Os docentes consideraram importante esses temas na formação do enfermeiro. Concluiu-se que docentes possuem conhecimento sobre as temáticas, embora menos frequente sobre políticas públicas, mas valorizam a aprendizagem na formação inicial. O Estudo III teve como objetivos elaborar, aplicar e avaliar ações educativas sobre prevenção de violência e acidentes infantis com graduandos de Enfermagem. Participaram 138 graduandos do primeiro ao quinto ano de uma universidade privada de Enfermagem. As cinco atividades realizadas e respectivos resultados foram: aplicação de questionário inicial sobre conhecimento dos temas, verificando-se que tinham conhecimento prévio a partir de informações recebidas dentro e fora da universidade; atividade voltada para riscos ambientais para acidentes na infância, verificando-se ampliação da descrição de riscos ambientais; preenchimento de ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, constatando-se muitos campos incompletos; elaboração de ação educativa sobre violência ou acidentes infantis, verificando-se que conseguiram elaborar propostas de ações educativas intersetoriais exequíveis; avaliação das atividades, indicando serem satisfatórias e com contribuições para atuação profissional futura. Concluiu-se que ações educativas inseridas curricularmente podem favorecer a ampliação de conhecimentos dos graduandos e estimular proposições de atuação. Os três estudos permitiram concluir que é incipiente a inserção dos temas nos currículos de Enfermagem, havia conhecimento prévio das temáticas por parte de docentes e discentes, porém a realização de ações educativas pode favorecer a ampliação de conhecimento e proposituras de atividades sobre prevenção de acidentes e violência infantil. São necessários esforços de gestores dos serviços e das instituições acadêmico-científicas para contribuir com a formação inicial em Enfermagem, bem como com a formação pós-graduada, em serviço e da comunidade, para fomentar a atuação voltada para a prevenção dos agravos. Sugerem-se novos estudos para aprofundamento desta pesquisa, por diferentes áreas e produção de novos e relevantes conhecimentos.

Palavras-chave: Ensino superior. Enfermagem. Prevenção de acidente. Violência. Criança.

Abstract

Violence and child accidents are frequent events. The general objectives of the study were to investigate how these themes are inserted in undergraduate curricula in Nursing, what is the knowledge of students and teachers about the themes and results of educational actions on the topics developed with undergraduate students. Three descriptive studies were carried out with a quantitative and qualitative approach. The purpose of Study I was to investigate in the curricula of the courses of Nursing of the State of São Paulo the presence of a description of the themes of violence prevention and / or of children's accidents, through the analysis of the pedagogical political projects, menus and / or curricular matrices of the homepages of the 130 public and private nursing schools recognized by the Ministry of Education. It was verified that five public colleges, out of a total of 13, and 15 private colleges, out of a total of 117, had disciplines related to the subjects, prevailing the theme of the accidents. It was concluded that the themes are present in the minority of the courses studied. Study II had as objective to characterize the knowledge and opinions of teachers of Nursing course in relation to injuries. Seven teachers from a private faculty and six from a public faculty were interviewed, and thematic analysis was carried out to categorize the speeches. Teachers consider these topics important in nurses' education, but most were unaware of laws, actions and records of notification of the diseases. It was concluded that teachers have knowledge about the subjects, although less frequent about public policies, but they value learning in the initial formation. Study III had as objectives to elaborate, to apply and to evaluate educational actions on prevention of violence and infantile accidents with nursing graduates. A total of 138 undergraduates from the first to fifth year of a private university of nursing took part of it. The five activities carried out and their results were: application of an initial questionnaire on knowledge of the subjects, being verified that they had previous knowledge from information received inside and outside the university; activity focused on environmental risks for childhood accidents, with an increase in the description of environmental risks; filling in the self-reported interpersonal violence notification form, with many incomplete fields being verified; elaboration of educative action on violence or infantile accidents, verifying that they have been able to elaborate proposals of feasible intersectoral educative actions; evaluation of the activities, indicating that they are satisfactory and with contributions for future professional activity. It was concluded that educational actions inserted in the curricula can favor the expansion of undergraduate knowledge and stimulate propositions of action. The three studies allowed us to conclude that the insertion of themes in the Nursing curricula is incipient, there was previous knowledge of the subjects by teachers and students, but the educational actions can favor the expansion of knowledge and propositions of activities on accident prevention and child violence. Efforts are needed by managers of the services and academic-scientific institutions to contribute to the initial training in Nursing, as well as postgraduate, in-service and community training, in order to foster action focused on the prevention of diseases. Further studies are suggested to deepen this research, by different areas and production of new and relevant knowledge.

Keywords: Higher education. Nursing. Accident prevention. Violence. Kid.

Lista de quadros

Quadro 1 -	Frequência de teses (T) e dissertações (D) na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, de acordo com descritores e universidades	40
Quadro 2 -	Três estudos da Tese e seus componentes	52
Quadro 3 -	Abordagem em disciplinas de cursos de graduação em Enfermagem das temáticas sobre acidentes e violências, de acordo com as faculdades públicas do Estado de São Paulo (n=5)	56
Quadro 4 -	Abordagem em disciplinas de cursos de Enfermagem das temáticas sobre acidentes e violências, de acordo com as faculdades privadas do Estado de São Paulo (n=15)	57
Quadro 5 -	Informações gerais referentes às atividades que compuseram as ações educativas e foram realizadas com graduandos do 1º ao 5º ano curso de Enfermagem de uma IES privada	113
Quadro 6 -	Comparações entre as principais respostas dos alunos sobre as questões do questionário inicial sobre prevenção de acidentes e violências infantis (n=138)	125

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Número de IES por categoria administrativa e localização IES-2017	61
Tabela 2 -	Número de IES por categoria administrativa e localização na região Sudeste do Brasil, IES-2017	61
Tabela 3 -	Número de IES por categoria administrativa do Estado de São Paulo, IES-2017	61
Tabela 4 -	Caracterização dos docentes dos dois cursos de Enfermagem, um de faculdade pública e outro de faculdade privada, participantes da pesquisa (n=13).	69
Tabela 5 -	Frequência das categorias de resposta dos docentes em relação à questão “Em sua opinião, o que é acidente infantil/violência infantil?” (n=13)	73
Tabela 6 -	Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação à questão: “Durante sua prática profissional, você já teve alguma experiência com acidente/violência infantil? Se sim, qual o tipo de acidente/violência que ocorreu?” (n= 13)	81
Tabela 7 -	Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação à descrição dos casos de acidentes e violência infantil vivenciados em suas práticas profissionais (n=9)	82
Tabela 8 -	Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação ao local de atendimento dos casos de acidentes e violência infantil vivenciados em suas práticas profissionais (n=9)	82
Tabela 9 -	Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação aos desfechos dos casos de acidentes e violência infantil vivenciados em suas práticas profissionais (n=9)	82
Tabela 10 -	Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação à questão: “ Você conhece alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes/violência infantil?” (n=13)	87
Tabela 11 -	Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação à questão: “Em sua opinião seria possível prevenir os acidentes/violência infantil? Se sim como?” (n=13)	94
Tabela 12 -	Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação à questão: “Durante o curso de graduação no qual você está inserido como docente é abordado algum assunto relacionado à temática do acidentes/violência infantil?” (n=13)	97
Tabela 13 -	Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação à questão: “Você considera as temáticas do acidente e da violência infantil importantes na formação do enfermeiro? Por quê?” (n=13)	100
Tabela 14 -	Frequência de categorias de resposta em relação à questão: “De que forma as temáticas do acidente e da violência infantil poderiam ser abordadas na graduação?” (n=13)	101
Tabela 15 -	Frequência de categorias de resposta em relação às estratégias de ensino que poderiam ser utilizadas para abordagem das temáticas do acidente e da violência infantil na graduação (n=13)	102
Tabela 16 -	Frequência de categorias de resposta em relação ao tipo de avaliação que poderia ser utilizado após a abordagem das temáticas do acidente e da violência infantil na graduação (n=13)	102
Tabela 17 -	Frequência de categorias de resposta em relação à questão: “Como poderia ser a atuação profissional do enfermeiro com a temática do acidente e da violência infantil?” (n=13)	103
Tabela 18 -	Frequência de categorias de resposta em relação à questão: “Você considera que o enfermeiro poderia atuar com as temáticas de acidentes/violência infantil de forma integrada nas unidades de saúde e em unidades escolares? Se sim: Como poderia ser essa atuação?” (n=13)	104
Tabela 19 -	Frequências de categorias de resposta dos discentes em relação à questão: “Em sua opinião o que é acidente infantil?” (n =138)	116
Tabela 20 -	Frequências de categorias de resposta às subquestões referentes às informações recebidas fora da universidade sobre acidente infantil (n=70)	117
Tabela 21 -	Frequências de categorias de resposta às subquestões referentes às informações recebidas na universidade sobre acidente infantil (n=60)	118
Tabela 22 -	Frequências de categorias de resposta dos discentes em relação à questão: “Você considera que o assunto sobre prevenção de acidentes na infância é importante para formação do enfermeiro?” (n=138)	118
Tabela 23 -	Frequências de categoria de respostas as subquestões referentes ao conhecimento de alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes infantis (n=138)	119
Tabela 24 -	Frequências de categorias de resposta dos discentes em relação à questão: “Em sua opinião o que é violência infantil?”(n= 138)	120

Tabela 25 -	Frequências de categorias de resposta às subquestões referentes às informações recebidas fora da universidade sobre violência infantil (n=79)	121
Tabela 26 -	Frequências de categorias de resposta às subquestões referentes às informações recebidas na universidade sobre violência infantil (n=61)	121
Tabela 27 -	Frequências de categorias de resposta dos discentes em relação à questão: “Você considera que o assunto sobre prevenção de violência infantil é importante para formação do enfermeiro?” (n= 138)	122
Tabela 28 -	Frequências em que foram mencionados os meios de informação pelos quais os alunos curso de Enfermagem referem ter tido conhecimento das leis, ações ou programas relacionados à prevenção da violência infantil (n=28)	123
Tabela 29 -	Frequências de categorias de resposta dos discentes em relação à questão: “Para você existe relação entre o tema da violência infantil e do acidente infantil?” (n= 138)	123
Tabela 30 -	Frequências de categorias de resposta a subquestões referente ao interesse dos alunos em participar de uma ação educativa sobre a temática da prevenção de acidentes e violência infantil (n=118)	124
Tabela 31 -	Estatística descritiva das menções de palavras ou sentenças referentes ao risco de acidentes potenciais pelos graduandos de Enfermagem (n=132)	135
Tabela 32 -	Frequências de palavras ou sentenças referentes “aos riscos” descritos na atividade I antes e na atividade II depois (n=132)	137
Tabela 33 -	Frequências de palavras ou sentenças referentes ao “Tipo de acidente” descritos na atividade I antes e na atividade II depois (n=132)	138
Tabela 34 -	Frequências de palavras ou sentenças referentes a “como prevenir” descritos na atividade “Ampliando a observação do ambiente” (n= 132)	139
Tabela 35 -	Blocos e classificação dos itens da ficha de notificação individual e autoprovocada do SINAN conforme o instrutivo de preenchimento do Ministério da Saúde	149
Tabela 36 -	Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco de dados gerais conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem	151
Tabela 37 -	Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco de notificação individual conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem	152
Tabela 38 -	Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco dados da residência conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem	153
Tabela 39 -	Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco dados da pessoa atendida conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem	154
Tabela 40 -	Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco dados da ocorrência conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem	155
Tabela 41 -	Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco violência conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem	155
Tabela 42 -	Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco dados do provável autor da violência conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem	156
Tabela 43 -	Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco encaminhamentos conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem	157
Tabela 44 -	Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco dados finais conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência	

	interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem	157
Tabela 45 -	Frequências de categorias de resposta referentes ao tipo de acidente ou violência escolhidas pelos alunos em suas ações educativas descritas (n=39)	166
Tabela 46 -	Frequências de categorias de resposta referentes aos objetivos das ações educativas descritas pelos alunos (n=39)	166
Tabela 47 -	Frequências de categorias de resposta referente aos participantes das ações educativas descritas pelos alunos (n=39)	167
Tabela 48 -	Frequências de categorias de resposta referente aos materiais necessários para realização das ações educativas descritas pelos alunos (n=39)	167
Tabela 49 -	Frequências de categorias de resposta referente aos procedimentos das ações educativas descritas pelos alunos (n=39)	168
Tabela 50 -	Frequências de categorias de resposta referente à questão: “Considera que a ação educativa contribuiu com sua formação em seu curso de graduação?” (n=47)	174
Tabela 51 -	Frequências de categorias de resposta referente à questão: “Que tipo de atuação preventiva poderá realizar na sua futura atuação profissional sobre as temáticas abordadas?” (n=47)	174
Tabela 52 -	Frequências de categorias de resposta referente à questão: “Tem mais alguma sugestão (positiva ou negativa) sobre a ação educativa?” (n=47)	176

Lista de figuras

Figura 1 -	Palavras ou sentenças relacionadas com o risco de acidente das atividades “Observando o ambiente” e da atividade” Ampliando a observação do ambiente”	141
Figura 2 -	Palavras ou sentenças relacionadas com o tipo de acidente das atividades “Observando o ambiente” e da atividade” Ampliando a observação do ambiente”	143
Figura 3 -	Palavras ou sentenças relacionadas com a prevenção dos acidentes da atividade “Ampliando a observação do ambiente”	144

Lista de siglas

AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPESC®	Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EaD	Ensino a Distância
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EDACI	Grupo de Pesquisa “Educação e Acidentes”
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões da Saúde
FPI	Faculdade Privada
FPU	Faculdade Pública
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Ensino e pesquisa educacionais Anísio Teixeira
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
IST/Aids	Infecções Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
LAPREV	Laboratório de Análise e Prevenção da Violência
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NCANDS	<i>National Child Abuse and Neglect Data System</i>
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde/ <i>World Health Organization</i>
ONG	Organização Não Governamental
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PET SAUDE	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PMB	Pesquisa Brasileira de Mídia
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violência
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSE	Programa Saúde na Escola
RUF	Ranking Universitário da Folha de São Paulo
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SSPSS®	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNASUS	Universidade aberta do SUS
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
UNIFOR	Universidade Federal de Fortaleza
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do SUS
VIVA	Sistemas de Vigilância de Violências e Acidentes

Sumário

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	Os acidentes infantis	21
2.2	A violência infantil	23
2.3	O profissional de saúde e sua atuação na prevenção e na assistência aos casos de acidentes e violência infantil	34
2.4	A formação do enfermeiro: currículos e a abordagem dos temas da prevenção de acidentes e violência infantil	34
2.5	As contribuições da análise do comportamento para a formação no ensino superior	44
3	OBJETIVOS	52
4	ESTUDO I-Análise dos currículos das faculdades de Enfermagem do Estado de São Paulo	53
4.1	Objetivo	53
4.2	Método	53
4.2.1	Materiais	53
4.2.2	Ambiente	53
4.2.3	Procedimentos	54
4.3	Resultados e discussão	55
4.4	Conclusão	67
5	ESTUDO II- Conhecimento e opiniões de docentes do curso de Enfermagem sobre prevenção de acidentes e violência infantil	68
5.1	Objetivos	68
5.2	Método	68
5.2.1	Materiais	68
5.2.2	Ambiente	69
5.2.3	Participantes	69
5.2.4	Procedimentos	70
5.3	Resultados e discussão	73
5.4	Conclusão	106
6	ESTUDO III- Ações educativas sobre prevenção de acidentes e violência infantil com discentes do curso de Enfermagem	108
6.1	Objetivos	108
6.2	Método	108
6.2.1	Materiais	108
6.2.2	Ambiente	108
6.2.3	Participantes	110
6.2.4	Procedimentos	111
6.3	Resultados e discussão	115
6.3.1	Atividade I – Questionário inicial	115
6.3.2	Atividade II- Riscos ambientais para acidentes infantis	133
6.3.3	Atividade III – Preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada	147
6.3.4	Atividade IV – Elaboração de plano de intervenção sobre prevenção de acidentes e violência infantil	164
6.3.5	Atividade V – Avaliação da ação educativa desenvolvida	172
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	178

REFERÊNCIAS
APÊNDICES
ANEXO

183
199
216

1 INTRODUÇÃO

O interesse da autora pela temática da prevenção de acidentes e violência infantil originou-se com a vivência e o trabalho como enfermeira no âmbito da saúde pública, tanto na gestão de serviço público de saúde como na assistência aos usuários da atenção primária, pois era verificada a falta de conhecimentos na formação inicial de enfermeiros e durante a atuação em serviço, bem como pouco interesse pelos temas da prevenção de acidentes e violência, em qualquer faixa etária pela maioria dos profissionais do serviço com os quais a pesquisadora se relacionava. Quando surgia algum caso para ser discutido pela equipe ou com outro serviço, notava-se que vários empecilhos eram criados para o acompanhamento ou resolutividade do caso.

Outro fator que despertou o interesse da autora sobre os temas foi a participação enquanto atuava no serviço e no processo de implementação do Programa Saúde na Escola (PSE), em seu município em 2013. No mesmo ano, havia concluído o mestrado profissional em Enfermagem, intitulado “Concepções e experiências de estudantes e profissionais da educação e da saúde sobre o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas” no qual foram avaliados o processo e o desenvolvimento do projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” (SPE). Esse projeto é uma das ações dentro do PSE e ele acontecia por meio de profissionais do programa Infecções Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (IST/Aids) do município, em parceria com a Diretoria Estadual de Ensino e uma faculdade do município. Contudo, sem a adesão do município ao PSE, este não recebia recurso financeiro para o desenvolvimento de outras ações. Neste mesmo ano o município assina, então, o termo de adesão, efetivando a parceria da saúde e educação para desenvolvimento do PSE.

As ações relativas ao PSE deveriam ser realizadas intersetorialmente, assim, vários serviços e entidades foram convidados a se tornar parceiro do PSE. A UNESP, então, aceita o convite e uma de suas docentes, a professora Sandra Regina Gimenez-Paschoal, se compromete a trabalhar a questão da prevenção do acidente infantil e da violência, assim como a promoção do desenvolvimento infantil.

É nesse momento que a autora se aproxima do grupo de pesquisa Educação e Acidentes (EDACI) como ouvinte/voluntária para vivenciar as rotinas de um grupo de pesquisa, bem como aprender mais sobre esses temas.

Em 2015, com a aprovação no processo seletivo do doutorado no programa de Pós-graduação em Educação, na UNESP de Marília, a professora Sandra torna-se orientadora dessa pesquisadora. A partir daí começa um novo desafio.

A aproximação com a área da educação não foi tão simples, pois os conteúdos eram diferentes. Todavia, diante do desejo de atuação no ensino superior, a autora percebe que essa mudança para a área da educação foi fundamental para o preenchimento de lacunas de conhecimentos. Por exemplo, em termos de referenciais teóricos, recebe destaque o contato com a Análise do Comportamento. Essa teoria vem aprimorando o contato com conhecimentos muito ricos para a visão da pesquisadora e para o desenvolvimento desta pesquisa.

A pesquisadora também não teve contato com a questão dos acidentes e da violência infantil em seu percurso formativo; assim, posteriormente, ela poderia também preencher lacunas na formação de novos alunos.

A mudança de área também a motivou a ter outro olhar sobre os fatos, fazendo refletir sobre a formação e conseqüentemente a prática. Portanto, assim como a pesquisadora, muitos enfermeiros também podem não ter tido contato com os respectivos temas durante a graduação, podendo ser esse um dos motivos que causa a insegurança frente a um caso na rotina de atendimento.

A autora considera, dessa forma, válida a abordagem desses temas com docentes e discentes dos cursos de Enfermagem, para que se inicie um processo de discussão e reflexão sobre essas temáticas no ambiente acadêmico.

Para este doutorado, foi inicialmente idealizado um planejamento mais amplo, visando investigar a formação de graduandos de enfermagem sobre as temáticas por meio de ambiente virtual de aprendizagem (AVA), porém, os coordenadores dos cursos, que seriam participantes da pesquisa, consideraram que os alunos não iriam aderir a um curso virtual devido ao tempo, pois vários trabalham ou realizam outras atividades quando não estão na faculdade.

Considerando o sério problema de saúde pública que são os acidentes e a violência infantil e a formação superior em Enfermagem e atuação com as temáticas, tem-se a hipótese de que a abordagem da prevenção de violência e de acidentes infantis ainda são assuntos pouco discutidos durante a formação dos enfermeiros e que ações educativas no ensino superior podem contribuir para ampliar estes conhecimentos.

Desse modo o objetivo geral deste doutorado foi investigar como os temas da prevenção de acidentes e de violências infantis estão inseridos em currículos de ensino superior em Enfermagem, qual o conhecimento de discentes e docentes sobre as temáticas e os resultados de ações educativas sobre os temas desenvolvidos com graduandos de enfermagem. Para isso, foram realizados três estudos.

Na revisão de literatura foram trazidos conceitos sobre violência e acidentes infantis, o papel do profissional da enfermagem enquanto agente de prevenção e vítima desses agravos e contribuições da análise do comportamento para a formação no ensino superior.

Na sequência foram apresentados cada um dos três estudos, com seus respectivos objetivos, método, resultados e discussão sobre a presença dos temas nos currículos de cursos de Enfermagem do estado de São Paulo, sobre as análises das entrevistas com docentes de curso de Enfermagem e sobre as atividades realizadas com graduandos de um curso de Enfermagem.

Espera-se com este trabalho contribuir para ampliar as discussões sobre a relevância das temáticas de prevenção de acidentes e de violência infantil para a formação dos enfermeiros e para estimular novos estudos, de modo que, por meio de pesquisas e de ações educativas no ensino superior, se possa enriquecer a formação superior e favorecer um atendimento de qualidade às vítimas desses agravos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A infância tem grande importância para o desenvolvimento humano. O Ministério da Saúde considera criança a pessoa de zero a nove anos e o adolescente de dez a 19 anos. Essa divisão permite a atenção adequada de cada fase de desenvolvimento dos indivíduos (BRASIL, 2010a).

Airès, ao falar da infância, faz referência a uma categoria construída social e historicamente, e refere que ela não era reconhecida, ou melhor, era inexistente até a idade média, sendo que a criança era vista como um “adulto em miniatura” (ARIÈS, 1981).

Segundo Broering (2015), mesmo depois do reconhecimento da infância, as crianças ainda eram indivíduos inclusos entre grupos de oprimidos.

De acordo com Prizskulnik (2015), em várias culturas e países, a criança ainda é vista como um ser imperfeito que precisa ser preparado para a vida adulta.

Em um estudo sobre a infância, Müller e Hassen descrevem que

[...] a Sociologia tradicional não ignorou as crianças, mas as silenciou. Muito do pensamento da Sociologia sobre as crianças deriva do trabalho teórico sobre a socialização, que concebeu as crianças a partir das instituições e não delas próprias. As teorias tradicionais corroboram a ideia de infância como uma fase da vida associada à irracionalidade e imaturidade, além de apresentá-la como um evento universal, igual para todas as crianças. (MÜLLER; HASSEN, 2009, P.467).

Ao final do estudo, as autoras concluem que, frente às teorias pesquisadas por elas, hoje a infância é alvo de várias preocupações.

A participação da criança no contexto social está interligada às mudanças nas políticas públicas de assistência, como refere Araújo et al. (2014), ou seja, visa à redução da morbimortalidade por meio da construção de redes e integralidade do cuidado. Mas, para que isso ocorra, os autores concluem que há a necessidade de formação de recursos humanos atuando na prevenção de agravos à saúde e na promoção da saúde, visando uma melhor qualidade de vida.

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), observa-se que as crianças e os adolescentes são vítimas de violência de diferentes formas, sendo que os agressores geralmente são pessoas que estão com elas diariamente. Dessa forma, crianças e adolescentes podem ser considerados vulneráveis, não somente na questão saúde e a dependência de cuidados para o seu desenvolvimento individual, mas também os aspectos coletivos, contextuais, que acarretam maior ou menor vulnerabilidade (UNICEF, 2017).

Os óbitos por causas externas são maiores do que os óbitos por causas naturais, incluindo neste grupo os óbitos de crianças e adolescentes (WAISELFISZ, 2012).

Define-se causas externas como agravos à saúde que causam qualquer tipo de lesão física, mental ou psicológica, levando ou não a óbito (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, “Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população” (BRASIL, 2005, p. 7).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ou *World Health Organization* (WHO), refere que as lesões ocasionadas por causas externas matam mais de cinco milhões de pessoas por ano, representando quase 9% da mortalidade mundial, assim como ocasionando danos a outros milhões de sobreviventes, elevando o número de hospitalizações, atendimentos ambulatoriais e de emergência (WHO, 2012).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), na década de 1980 as causas externas já representavam a segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2005). As causas externas vitimaram em torno de 145 mil pessoas em 2011, representando a terceira maior causa de morte no país (12% do total) e a quinta causa de internações no SUS (BRASIL, 2015a). Isso tem um impacto social e econômico importante para o país e precisa ser prevenido. As políticas públicas e ações educativas são fundamentais para a redução desses eventos e conseqüentemente para a diminuição no número de óbitos e internações por causas externas.

No estudo realizado por MELLO et al (2014), cujo objetivo era caracterizar os cuidados maternos para promoção da segurança infantil direcionada a crianças menores de um ano, os autores concluem que a presença de pais e responsáveis é um fator importante para a vigilância da criança com o intuito de promover a proteção física e emocional frente às injúrias intencionais e não intencionais que podem ocorrer no ambiente domiciliar. Eles apontam que o desconhecimento das fases do desenvolvimento infantil, falta de limites e superproteção são aspectos que podem dificultar essa segurança no domicílio. Ainda descrevem que os profissionais de saúde podem potencializar as ações de segurança pela família orientando-as sobre as vulnerabilidades sociais, individuais e institucionais.

2.1 Os acidentes infantis

Na América Latina, a preocupação com acidentes surgiu junto com o desenvolvimento da industrialização, ou seja, tinha relação com acidente de trabalho. No Brasil a primeira lei

contra acidentes surgiu em 1919 e tinha relação com o setor ferroviário. Em 1934 constitui-se um marco na história com a lei trabalhista, a qual impõe regulamentações para a questão da prevenção de acidentes (BITENCOURT; QUELHAS, 1998).

A importância dada aos acidentes de trabalho pode ser devido a questões econômicas e sociais do país. Se ocorressem muitos acidentes fatais ou que provocassem lesões permanentes nos indivíduos, afetaria a indústria, ou seja, o setor financeiro, bem como causaria problemas sociais e de saúde. Nesse momento muitas crianças estiveram inseridas nesse contexto, mas, até então, isso não era uma questão importante, sendo o trabalho infantil uma pauta para reflexão muito tempo depois.

Os acidentes são eventos considerados como causas externas, sendo responsáveis por muitas internações e óbitos, principalmente envolvendo crianças. O Ministério da Saúde define acidente como um evento evitável e não intencional “sendo causador de lesões físicas e/ou emocionais, que ocorre no ambiente doméstico ou em ambientes sociais, como no trabalho, no trânsito, na escola, nos esportes e no lazer” (BRASIL, 2005, p. 8).

Apesar de muitas pessoas considerarem que o acidente não é algo esperado, ele pode ser prevenido e evitado, pois a palavra acidente deixa de ser entendida como uma situação imprevisível ou comum entre crianças menores de cinco anos (ACKER; CARTANA, 2009), sendo interpretada como um evento capaz de ser prevenido e evitado.

A própria definição do Ministério descreve que os acidentes podem ocorrer em qualquer espaço/ambiente. Dessa forma, eles podem ser domésticos ou extradomiciliares. Para Vilaça e Cardoso (2014, p. 22).

O ambiente doméstico é o lugar em que ocorrem os acidentes mais frequentes nos primeiros anos de vida, já que é o local onde geralmente a criança passa a maior parte do seu tempo. Conforme a criança cresce e se desenvolve, ela adquire novas capacidades, habilidades e interações com o meio ambiente que aumentam e se modificam de acordo com a idade.

Xavier-Gomes et al. (2013) referem que a maior frequência dos acidentes infantis está relacionada às quedas, às contusões, aos cortes, às queimaduras, às escoriações, aos esmagamentos, às mordeduras e às perfurações. Vilaça e Cardoso (2014) relatam que há grande número de atendimento de urgência nos hospitais em decorrência dos acidentes infantis. Além disso, apontam-nos como um grave problema de saúde pública, por isso são necessários esforços do governo e da sociedade para seu enfrentamento.

Crianças mais novas sofrem mais os acidentes de queimaduras, de afogamentos, de quedas e de intoxicações, sendo que as crianças maiores estão mais expostas aos atropelamentos

e às quedas. Na adolescência, os acidentes mais comuns são afogamentos, traumas no trânsito e lesões por armas de fogo (MARTINS, 2006).

Em relação ao gênero, Xavier-Gomes et al. (2013) apontam que os meninos se acidentam com maior frequência. Isso se deve às diferenças entre comportamento de meninos e de meninas, além de outros fatores culturais, nos quais os meninos têm maior liberdade e permissividade relacionada à educação. Devido a isso eles têm maior possibilidade de se acidentarem durante seu desenvolvimento, como referem Martins e Andrade (2007).

2.2 A violência infantil

Segundo o Ministério da Saúde, crianças e adolescentes “têm prioridades absolutas nas políticas de saúde” (BRASIL, 2010 a, p. 7), porém muitas vezes não são respeitados, levando a danos emocionais graves para eles, para sua família e para a sociedade. Assim como está descrito no ECA, o SUS deve promover o direito à vida e à saúde da criança por meio da atenção integral à saúde nos três níveis de atenção, realizado com atenção humanizada e trabalho em rede (BRASIL, 2010).

A definição de violência utilizada atualmente pelo Ministério da Saúde é a mesma da Organização Mundial da Saúde. Portanto, violência é

O uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (BRASIL, 2005, p. 1).

Segundo o MS e a OMS, a violência pode ser dividida em três grandes grupos. Seguem descritas as definições (BRASIL, 2009a, p. 7-8):

- 1) Violência autoinfligida - comportamentos suicidas e autoabuso (automutilação).
- 2) Violência interpessoal - inclui as violências de familiares ou por parceiros íntimos podendo ocorrer abuso infantil, violência contra mulher, idoso e deficientes.
- 3) Violência coletiva - ocorre entre pessoas sem parentescos e normalmente em espaços públicos. São exemplos estupros por desconhecidos, violência institucional ou no ambiente de trabalho. A violência coletiva ainda pode ser subdividida em social (atos terroristas, crimes de ódio entre diferentes grupos sociais); política (envolvendo estados e nações); e econômica (países com domínio em alguns recursos que negam serviços essenciais a outros que necessitam).

O MS ainda traz a definição das violências mais comuns, com a natureza das agressões sendo classificadas conforme descrição a seguir:

- 1) Física: quando uma pessoa que está em relação de poder a outra causa ou tenta causar dano não acidental por meio da força física ou algum tipo de arma, podendo provocar ou não lesões externas, internas ou ambas.
- 2) Sexual: ato no qual uma pessoa em relação de poder e por meio da força física ou intimidação psicológica obriga a outra a executar ato sexual contra a sua vontade.

Esse tipo de agressão pode ainda ser classificada como:

- abuso incestuoso - relacionado com pessoas da mesma família (pais que têm relação sexual com a filha/o);
- estupro - segundo o artigo 213 do código penal, o estupro é “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.” (BRASIL, 2009b, p.1). Nessa nova definição a palavra alguém substitui o termo mulher, sendo que o homem também pode ser considerado vítima de estupro após a fusão do crime de atentado violento ao pudor e estupro (SOUZA, 2010);
- assédio sexual - é constranger alguém com objetivo de obter vantagem ou favorecimento sexual, utilizando-se de sua condição de superioridade hierárquica no trabalho ou função;
- exploração sexual - é o uso de pessoas de qualquer idade ou sexo, com fins comerciais ou lucro, para manter relações sexuais, produzir materiais pornográficos (fotos, filmes, vídeos, etc.);
- pornografia infantil - apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e publicação, por qualquer meio de comunicação, inclusive a rede mundial de computadores (internet), de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo crianças ou adolescentes;
- pedofilia - é o ato de um adulto ao manter atividades sexuais com uma criança, o que constitui um crime;
- voyeurismo - é um transtorno de personalidade da preferência sexual, com tendência de observar pessoas em atividades sexuais ou íntimas (tirar a roupa, por exemplo), com o propósito de excitar-se, sem que a pessoa observada aprove ou saiba.

- 3) Psicológica: é toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento dos indivíduos, por agressões verbais ou humilhações constantes.
- 4) Privação ou Negligência: ausência de atendimento às necessidades básicas físicas e emocionais das crianças e adolescentes (essas incluem a alimentação, vestimenta, acesso à educação, à higiene, aos cuidados de saúde, ao afeto, à atenção e à vigilância).

Desse modo todas as crianças têm direito à proteção em relação à sua autoestima e ao seu desenvolvimento, não somente por seus familiares e responsáveis, mas também por parte de professores, amigos e sociedade em geral (UNICEF, 2017). Entretanto, a violência contra criança muitas vezes é racionalizada, aceita socialmente e vista como necessária e, por isso, muitas vezes ela não é denunciada, pois a própria vítima a entende como forma de correção e isso dificulta a prevenção ou o fim desses atos contra crianças (UNICEF, 2017).

As taxas de mortalidade por causas naturais na faixa de <1 a 19 anos de idade despencam de 387,1 óbitos por 100 mil em 1980 para 88,5 em 2010. Isso representa uma queda de 77,1%. Cai para menos da quarta parte do que era em 1980. Já as causas externas, como acima apontado, passam no mesmo período de 27,9 para 31,9: crescimento de 14,3%. Com esse diferencial, aumenta de forma drástica a participação das causas externas no total de mortes de crianças e adolescentes, o que pode ser perfeitamente visualizado na tabela e no gráfico 2.3. Efetivamente, em 1980 as causas externas representavam só 6,7% do total de mortes de crianças e adolescentes. Para 2010 essa participação quadruplica: se eleva para 26,5%. (WASELFISZ, 2012, p 12).

Waiselfisz (2012, p. 62) refere que em 2011 “foram registrados 39.281 atendimentos por violências na faixa de menores de 1 ano até 19 anos idade, o que representa 40% do total dos 98.115 atendimentos no ano no SUS”. A violência física é a causa mais comum de atendimento, sendo os pais, o padrasto e a madrasta os principais responsáveis pelas violências físicas nesse grupo até os nove anos (WASELFISZ, 2012).

Como referem Saraiva et al. (2012), os pais têm como justificativa o discurso de estar “educando” ou “disciplinando” a criança por meio da violência física. A cultura também influencia na educação das crianças e na relação entre homens e mulheres (violência de gênero) (WHO, 2014).

Dentro de casa geralmente é esperado que a criança vivencie um contexto de relacionamento humano positivo e carinhoso, mas verifica-se também que é o local no qual elas podem vivenciar uma educação rígida punitiva e violenta por seus pais, responsáveis e/ou cuidadores (UNICEF, 2017).

Três quartos das crianças de 2 a 4 anos no mundo - cerca de 300 milhões - são regularmente submetidos a disciplina violenta (punição física e / ou agressão psicológica) por seus pais ou outros cuidadores em casa e cerca de 6 em cada 10 (250 milhões) estão sujeitos ao castigo físico. Muitas crianças também são indiretamente afetadas pela violência doméstica: em todo o mundo, 1 em 4 crianças (176 milhões) menores de 5 anos vive com uma mãe que foi vítima recente de violência de parceiro íntimo[...] (UNICEF, 2017, p. 7).

Em estudo realizado em Ontário no Canadá, sobre o risco acumulativo de uma criança ou adolescente submetido à violência e maus-tratos se tornar uma pessoa também violenta ou agressiva, foi visto que mais da metade dos jovens vítimas de maus-tratos participantes do estudo já tinham envolvimento com questões judiciais. Os autores apontam que as “vítimas da violência ou negligência na infância podem, sim, ter um comportamento agressivo e que políticas e práticas que incentivem o bem estar infantil devem ser melhor estruturadas para que se evite a perpetuação da violência” (WERT et al., 2017, p. 49).

Outro ambiente que deve ser citado como local de ocorrência de violência é a própria escola, pois crianças e jovens também vivenciam violências nesse local, principalmente relacionada ao *bullying*. Silva e Assis (2018) descrevem que a violência no ambiente escolar tem ocorrido de diferentes formas, não só no Brasil como também no mundo,

Esse fato também é relatado no estudo de Albuquerque, Willians e D’Affonseca (2013), cujo objetivo era analisar a possível relação entre *bullying* e o desenvolvimento tardio de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) por meio da produção científica da área. A conclusão, segundo as análises das pesquisas encontradas, indicou que “apesar de os resultados apontarem uma relação entre TEPT e *bullying*, tanto na infância quanto a longo prazo, não há dados suficientes que explicitem como se dá essa relação” (ALBUQUERQUE, WILLIANS; D’ AFFONSECA, 2013, p. 91), mas as vítimas de *bullying* podem ser mais vulneráveis.

Maia et al. (2017) realizaram um estudo de caso com o qual buscou-se verificar o efeito do desenvolvimento de um Programa de Educação em Valores, em uma turma de 3º ano do Ensino Fundamental I, de uma escola pública municipal do interior do Estado de São Paulo. Para atingir tal objetivo, as autoras estruturaram atividades que envolviam o favorecimento da tomada de consciência contra a violência, desenvolvimento de habilidades alternativas para prevenir e enfrentar a violência e a identificação com relação aos direitos humanos, além de colocar-se no lugar do outro, bem como estimular a compreensão das próprias decisões morais.

Após um semestre letivo, as autoras observaram que houve melhora na qualidade de integração e nas estruturas das relações entre os alunos e entre estes e a professora da turma, e

também melhora na capacidade de cooperação e desenvolvimento da tolerância e rejeição à violência entre eles.

Dada a importância de estudos no ambiente escolar, Silva e Assis (2018) realizaram uma pesquisa sobre estudos que abordassem o tema da prevenção da violência nesse cenário e concluíram que

Os estudos que abordam o tema da prevenção e enfrentamento da violência em nível escolar ressaltam sua importância, na medida em que visam a incentivar o estabelecimento de relações democráticas na escola, favorecer a convivência entre seus integrantes e o respeito às diferenças. Em geral, as propostas de prevenção da violência nas escolas têm sido norteadas por iniciativas das próprias escolas, por instituições privadas ou por políticas públicas. Essas iniciativas vêm privilegiando diferentes aspectos: ora propõem estratégias de formação, reflexão e treino em competências sociais direcionadas a estudantes, docentes e demais funcionários, ora são caracterizadas por ações que envolvem a articulação do binômio segurança e participação[...] (SILVA; ASSIS, 2018, p. 9-10).

Considerando o exposto, observa-se que a violência infantil faz-se presente em vários contextos, mas nos atendimentos de unidades de saúde e serviços de urgência e emergência, esses serviços não são tão resolutivos, devido à demora no agendamento de consultas, falta de recursos tecnológicos e dificuldade de integração entre os serviços especializados para atendimento e acompanhamento desses casos. Essa demora no atendimento das necessidades das vítimas de violência possivelmente contribui para agravamento do caso (BRASIL, 2005).

No Brasil, considerando a identificação de dados epidemiológicos sobre esses agravos e o olhar mais humanizado aos direitos das crianças, foram elaboradas leis, diretrizes e documentos para legalizar a responsabilidade da União, Estados e famílias em relação à criança. A cartilha do MS – “Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência” (BRASIL, 2009a) é um desses documentos e traz os marcos em relação à prevenção da violência e acidentes, os quais são descritos a seguir.

- Lei nº 8069 de 13/7/1990 - O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante os direitos de crianças e dos adolescentes. Desde sua implantação, a proporção do número de crianças matriculadas na escola aumentou, houve redução da mortalidade infantil e criação de conselhos tutelares no país. Em seu artigo 13, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade de moradia da vítima (BRASIL, 1990a). O artigo 245 do ECA define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos, pelos médicos, professores ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente, sujeita à multa de três a vinte salários de referência (BRASIL, 1990a).

- Lei nº 9.970, de 17 de maio de 2000 - Institui o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.
- Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências- Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/2001 - Institui os princípios e as diretrizes para estruturação e reforço de ações intersetoriais de prevenção das violências, de assistência às vítimas de causas externas e de promoção de hábitos e comportamentos seguros e saudáveis no âmbito do SUS.
- Portaria nº 344 de 19/02/2002 - Projeto de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, mobilizando a sociedade e promovendo saúde.
- Portaria MS/GM nº 1060 de 5/06/2002 - Política nacional de saúde da pessoa com deficiência.
- Caderno de atenção básica - Violência intrafamiliar - orientações para prática em serviço, 2002.
- Portaria GM/MS nº 1863 de 29/9/2003 - Política nacional de atenção às urgências.
- Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004 - Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.
- Portaria GM/GM nº 687 de 30/03/2006 - Política Nacional de Promoção a Saúde.
- Portaria MS/GM nº 648 de 28/3/06 - Política Nacional de Atenção Básica.
- Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA) - Portaria GM/MS nº 1356 de 23/6/2006, Sistema que visa melhorar a qualidade das informações sobre violências e acidentes e perfil das vítimas e agressores.
- Lei nº 11.523, de 18 de setembro de 2007 - Institui a Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância.
- Lei nº 11.577, de 22 de novembro de 2007 - Torna obrigatória a divulgação pelos meios que especifica, de mensagem relativa à exploração sexual e tráfico de crianças e adolescentes, apontando formas para efetuar denúncias.
- Programa Saúde na Escola - Política intersetorial dos Ministérios da Saúde e Educação instituído em 2007, para trabalhar as políticas voltadas às crianças adolescentes e jovens no ambiente escolar (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2018a).
- Portaria MS/GM nº 154 de 24/01/2008 - Núcleos de apoio à saúde da família.
- Rede de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual - Foi publicada em 2004, objetivando incorporar entre os seus temas

prioritários a promoção da atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência.

- Saúde Brasil - Publicação anual com análise das violências no Brasil a partir do Sistema de Informação de Mortalidade.
- Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências - Orientação para gestores e profissionais de saúde, 2010.

A existência dessas políticas, diretrizes e orientações, entretanto, não são garantia da operacionalização de suas determinações. Desse modo, é necessário maior divulgação sobre elas, assim como fiscalização de sua realização pelos profissionais que estão vinculados a elas.

2.3 O profissional de saúde e sua atuação na prevenção e na assistência aos casos de acidentes e violência infantil.

Em um estudo desenvolvido por Minayo et al. (2018), com reflexão sobre o percurso histórico da inserção do tema da violência no campo da saúde pública, constata que a questão da violência infantil começou a ser debatida no Brasil por meio da iniciativa dos pediatras e outros profissionais da saúde e da assistência social que trabalhavam diretamente com esse público. Passou-se, então, a compor as pautas de discussão de movimento governamentais e não governamentais e serviços públicos e privados, tendo o maior impacto com leis em defesa da criança e adolescentes como ECA e outras leis criadas para defesa desse grupo citadas anteriormente. O que os autores apontam é que “As iniciativas brasileiras sempre estiveram em sintonia com o movimento internacional.” (MINAYO et al., 2018, p. 2008).

Dias et al. (2013) demonstram que os casos de suspeita ou de violência atendidos pelos enfermeiros ainda traz incertezas e dúvidas, levando ao silêncio sobre os fatos.

Contudo, é papel e dever do enfermeiro atuar na prevenção da violência infantil, além de diagnosticar o risco e levantar a suspeita precocemente. Quando a situação de agressão já está instalada, deve-se denunciar rapidamente, para garantir a integridade física e emocional da criança ou adolescente sob seus cuidados. Isso deve ser feito no atendimento de rotina, emergencial ou de acompanhamento, desencadeando os meios de proteção legal e social existentes, para garantir, pelo menos “o tratamento da criança ou do adolescente, sua proteção, apoio e assistência familiar, bem como o afastamento do agressor” (SARAIVA et al., 2012, p. 26).

Conforme artigo 64 do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) é proibido provocar, cooperar, ser conivente ou omissos frente a qualquer forma de violência, seja contra pessoa, família ou coletividade quando estiver no trabalho, sob penas que variam de uma multa à cassação do direito de exercer a profissão (COFEN, 2017). Ele norteia o enfermeiro a desempenhar seu papel frente à assistência a esses casos. Dessa forma, é obrigação do enfermeiro identificar e notificar os casos de violência.

O MS, reconhecendo que a violência e os acidentes geram impactos sociais e econômicos, inclusive para o Sistema Único de Saúde (SUS), apresentou e implantou em 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), sugerindo estratégias de prevenção desses agravos (BRASIL, 2005).

Minayo et al. (2018) realizaram um estudo no qual mostraram um panorama das estratégias e ações implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde sobre o tema da violência no país, tomando como base a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e descreveram sobre essa política e sobre o Brasil concluindo que há uma política voltada a este problema social, apesar de existirem ainda muitos desafios para o tema ser uma prioridade no setor saúde.

Ao atender um caso de suspeita ou confirmação de violência contra a criança, é de responsabilidade profissional a notificação do crime, e sua omissão pode trazer prejuízos para ele e principalmente para a vítima.

A notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências foi implantada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde em 2009. Todavia, a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências tornou-se compulsória em 2011, sendo preenchida nessa época nas situações de suspeita ou confirmação de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, “atendendo às leis 8.069 (Estatuto da Criança e Adolescente-ECA); 10.741 (Estatuto do Idoso) e 10.778 (Lei sobre a notificação compulsória de violência contra a mulher)” (WAISELFISZ, 2012, p. 62).

A ficha de notificação foi atualizada em 2014, sendo denominada atualmente como Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, ampliando o objeto da notificação para

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT). (BRASIL, 2015c, p. 19).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências declara que “a melhoria das informações é uma de suas prioridades, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado” (BRASIL, 2005, p. 29).

Além disso, a monitorização da ocorrência dos casos só será efetiva com a sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços. A efetivação de um atendimento às crianças vítimas de violência depende da capacidade do profissional identificar os diferentes tipos de violência.

A questão do apoio da gestão é fundamental para que os profissionais realizem a identificação, notificação e acompanhamento dos casos de violência, pois é de responsabilidade desses profissionais, com a participação de diferentes serviços profissionais e comunidade, o estabelecimento de fluxo de atendimento e implantação de serviços para o cuidado às vítimas da violência. Conforme descrito na própria Política, a articulação entre a gestão Nacional, Estadual e Municipal é importante para a efetivação das ações propostas, bem como capacitação dos profissionais e estabelecimento de parcerias com outros serviços e instituições da comunidade (BRASIL, 2005).

Além da notificação, os profissionais da saúde, em destaque o enfermeiro, devem realizar anotações e sistematização do atendimento de enfermagem, pois a subnotificação e falta de registro nos prontuários dificulta a obtenção dos dados sociodemográficos e epidemiológicos das vítimas de violências e acidentes. Sendo assim, “as informações são incompletas e não representam a realidade no que se refere aos aspectos de morbidade e mortalidade” (ALMEIDA et al., 2016, p. 23).

Por outro lado, há outras formas que o enfermeiro pode atuar na prevenção desses eventos. Suas ações de prevenção podem ocorrer desde o acolhimento até o acompanhamento do caso em parceria com outros serviços.

O acolhimento é uma forma de entender qual a necessidade da pessoa que busca o serviço de saúde. O acolhimento facilita o estreitamento de vínculo com as pessoas, principalmente quando as queixas envolverem crianças vítimas de violência e acidentes.

Muitas vezes a criança ou o adolescente não se sente à vontade para falar do que viveu na presença de familiares, até porque esses podem ser os próprios autores da violência. A criação de um ambiente em que a criança e o adolescente e sua família se sintam seguros e confiantes, com oportunidade de expressar o que sentem e conversar sobre a situação de violência na qual estão envolvidos, é de grande valia. (BRASIL, 2010a, p. 50).

No acolhimento, bem como durante todo o processo de acompanhamento desses eventos com as crianças, é necessário que se mantenha a “[...] ética, privacidade, confidencialidade e sigilo, especialmente quando da confirmação da violência sexual” (BRASIL, 2010a, p. 54).

A consulta de Enfermagem é outra ferramenta importante para detecção precoce de situações de violência e de acidentes, pois inicia-se com a coleta de dados, depois é realizado o exame físico, são feitos diagnósticos e prescrição de enfermagem com a implementação da assistência e evolução. Além disso, tem um caráter educativo para com o paciente.

Conforme a Resolução COFEN 159/1993, a consulta de Enfermagem é

[...] uma atividade privativa do enfermeiro composta por meio de método científico com intuito de “identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para promoção, prevenção, proteção da saúde e recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. (COFEN, 1993, p.1).

Essa ferramenta do enfermeiro auxilia muito no enfrentamento das vulnerabilidades da infância, já que esse período do desenvolvimento humano requer avaliação rotineira. Além de favorecer a educação em saúde, promove vínculo com os pais e entre esses com as crianças (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013).

Em toda a consulta de Enfermagem, é necessário o registro correto dos procedimentos realizados e, no caso do atendimento à criança ou ao adolescente, isso também deve ser feito (BRASIL, 2010a). Frente a um atendimento que envolva violência, o ideal é que seja desenvolvido um atendimento multidisciplinar no próprio serviço e depois em rede com outros setores.

Entretanto o enfermeiro pode auxiliar na detecção e na prevenção desses agravos visto que a consulta de Enfermagem é uma ferramenta importante para criação de vínculo, escuta e cuidado. Segundo Rodrigues et al. (2013) os enfermeiros têm posição privilegiada, pois a consulta de puericultura favorece sua atuação com a família para abordagem e sensibilização sobre os acidentes na infância.

A visita domiciliar possibilita que o enfermeiro observe, *in loco*, possíveis riscos de acidentes para as crianças, fazendo orientações de prevenção mais assertivas ou intervindo junto aos familiares para promover um ambiente mais seguro (RODRIGUES et al., 2013).

Conhecer o contexto familiar no próprio domicílio, portanto é uma estratégia de ação que o enfermeiro, do mesmo modo que a equipe de saúde pode utilizar para agir preventivamente sobre esses eventos.

Os acidentes e violências de forma geral envolvem várias questões sociais, econômicas culturais e, por isso, exigem vários olhares para compreendê-los. Devem ser “envolvidas diferentes práticas e saberes para dar conta de se construir estratégias de soluções” (MALTA et al., 2007, p. 47) e isso vem ao encontro das ações intersetoriais.

Se torna importante, então, que todos os profissionais estejam aptos para identificar e acompanhar as vítimas de violência ou acidente. Com o engajamento de todos, os resultados positivos das ações de prevenção e condução dos casos serão potencializados.

A organização em rede tem como valores fundamentais: corresponsabilidade; liberdade; respeito mútuo; democracia; e transparência. Estas premissas reforçam a construção de uma agenda de compromissos entre atores do Estado e da sociedade civil, uma oportunidade de o Estado atribuir novo significado a seu papel e compromisso ético com a formulação de políticas públicas que respondam às necessidades sociais, com o fortalecimento da autonomia das estruturas da sociedade (MALTA et al., 2007, p. 48).

Todos são corresponsáveis pelo cuidado da criança, e os profissionais, inclusive o enfermeiro, devem ser atuantes para a efetivação das políticas públicas e garantia dos direitos das mesmas.

Boreli e Murai (2001) demonstram que, por meio de ações educativas, o enfermeiro comprometido com os princípios do SUS pode utilizar seus conhecimentos auxiliando os indivíduos para terem clareza de suas necessidades e buscar transformar sua realidade.

Espaços que normalmente são utilizados para grupos, como de hipertensão, diabetes, gestantes e puericultura na atenção primária podem ser importantes para abordagem da prevenção de violências e acidentes na infância, visto que atualmente as doenças crônicas estão presentes em muitas famílias, as quais muitas vezes têm crianças como membros e muitos idosos acabam se responsabilizando por eles.

Os grupos de gestante e de puericultura são espaços muito importantes, pois é um momento que o profissional já pode identificar o afeto e vínculo que existe entre mãe e filho. Durante a gestação o profissional deve acompanhar as condições de saúde do binômio, bem como as angústias da mulher, e conhecer seu contexto para prevenção de acidentes e violências, que pode acontecer após o parto e durante o desenvolvimento da criança. Sendo assim, muitas ações podem ser feitas por este profissional na prevenção desses eventos.

2.4 A formação do enfermeiro: currículos e a abordagem dos temas da prevenção de acidentes e violência infantil

O colapso da promoção e da assistência e a crise da eficiência e eficácia da formação de profissionais da saúde levou à necessidade de repensar o modelo de saúde do país, igualmente à formação de recursos humanos que irão atuar dentro desse sistema de saúde, conforme refere Maranhão (2003). Para ele, a divisão do ensino em disciplinas tende à formação de profissionais com visão segmentada dos pacientes e não os torna capazes de promoverem a saúde integral dos indivíduos. Ressalta-se a necessidade de integrar os conteúdos de forma dinâmica e prática. Porém, destaca que a prática deve ser exercida sob bases científicas e evidências válidas (MARANHÃO, 2003).

Segundo Souza et al. (2006) a Enfermagem sempre atuou de forma centrada em conhecimentos científicos que norteiam a prática dos profissionais dessa categoria. Inicialmente o foco dos enfermeiros envolvia procedimentos e técnicas, e a parte teórica e intelectual ficava em segundo plano. Mas, a partir de 1950, segundo os autores desse estudo, a Enfermagem inicia uma construção própria de conhecimento para embasar sua atuação. Em 1970 houve a reforma universitária e mudanças foram ocorrendo na graduação dos enfermeiros.

Com a implantação do SUS, melhorias foram almejadas de acordo com as leis, levando a um diálogo mais aberto entre profissionais, gestão e comunidade acarretando mudanças no processo formativo da Enfermagem (SOUZA et al., 2006).

Frente à implantação do SUS, foi percebida a necessidade de mudança curricular para atender aos princípios do novo sistema, que permitia a participação popular. Isso levou as faculdades a discutirem a elaboração de propostas para mudanças dos projetos políticos pedagógicos para implantação dessa nova estrutura curricular (SOUZA et al., 2006). Essa mudança curricular

[...] deixa de estar centrada no modelo biomédico, caracterizado pelo estudo da doença, aprendizagem e reprodução de técnicas e tarefas, e passa a estar centrada em um modelo holístico, humanizado e contextualizado, formando profissionais críticos, criativos e éticos para atuar na prática profissional. (SOUZA et al., 2006, p. 806).

Sendo assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, aprovadas entre 2001 e 2004, apontam para a formação de profissionais de saúde com competências e habilidades para atuar no enfrentamento dos desafios para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a Reforma Sanitária Brasileira e o histórico

nacional. A formação, nesse sentido, deve entender a saúde como um processo de construção coletiva, pressupondo a formação de um profissional de saúde que relacione a teoria com a prática durante sua atuação profissional. Para a efetivação dessa proposta de formação, pautada nas ações de prevenção e promoção de saúde e visando o cuidado integral, faz-se necessária a adequação dos currículos e a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem (SANTOS; BATISTA, 2015).

As DCNs são referenciais obrigatórios para elaboração do modelo pedagógico e perfil profissional. Já o processo educacional é uma combinação entre ensino e aprendizagem (MARANHÃO, 2003). As tendências educacionais mais atuais visam um processo de aprendizado ativo e centrado no aluno, sendo o professor um mediador do processo de ensino e de aprendizagem, o que estimularia a criatividade do aluno frente as demandas do processo de trabalho, desenvolvendo suas habilidades para resolução dos problemas da prática (MARANHÃO, 2003).

Nessa revisão do modelo pedagógico das DCNs, no âmbito da saúde, o currículo deve contemplar os problemas mais frequentes e relevantes da prática profissional.

Cação (2015) descreve que historicamente o currículo é visto como um programa de disciplinas a ser seguido, mas expressa também que hoje as concepções deste termo vêm sendo ampliadas levando a ideia de que “o currículo é o ambiente em ação” (CAÇÃO, 2015, p. 28). Para esse autor o conceito do currículo é a “concretização das funções específicas de uma escola, em sua forma particular de visualizá-las num determinado momento histórico, político, econômico e social, para um determinado curso ou modalidade de educação em uma trama institucional” (CAÇÃO 2015, p.30-31).

As DCNs do curso de Enfermagem ressaltam que o profissional egresso deve ter uma formação generalista, humanista e crítica-reflexiva, seguir os princípios científicos e éticos para estar qualificado e poder exercer a profissão. As diretrizes também concluem que o profissional enfermeiro deve ser

Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001, p 1).

Portanto, o enfermeiro tem como papel a promoção e prevenção de agravos ao indivíduo, família e comunidade. As DCNs do curso de Enfermagem (BRASIL, 2001) também

apresentam as competências e habilidades que devem ser trabalhadas e desenvolvidas durante a formação deste profissional. São elas:

- atenção à saúde - atuar na promoção, prevenção e reabilitação;
- tomada de decisões - os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada frente às diversas situações;
- comunicação - buscar sempre fontes com dados confiáveis, estar atento à sua comunicação verbal e não verbal e fazer uso das tecnologias da informação;
- liderança - envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- administração e gerenciamento - previsões e provisões de recursos materiais e humanos;
- educação permanente - aprender continuamente e ter compromisso com a educação, com sua equipe comunidade e com os futuros profissionais.

Ao se relacionar essas competências e habilidades do enfermeiro com a prevenção de acidentes e violências infantis, nota-se que, quando bem desenvolvidas e estimuladas no processo de formação do enfermeiro, o torna mais apto para atuar na prevenção, condução e acompanhamento desses agravos.

A formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, garantindo a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Por isso, torna-se fundamental que, durante a graduação, os futuros profissionais de Enfermagem tenham acesso às diretrizes e às políticas vigentes no país no âmbito da saúde, uma vez que a maioria será parte integrante desse sistema de saúde (BRASIL, 2001).

Segundo COFEN (2013) a graduação presencial existe em todas as regiões do país, estando adequadas às DCN. Desta forma este conselho não recomenda a formação de enfermeiros na modalidade 100% a distância.

Considera-se que no Brasil, entretanto, essa forma de ensino pode ser usada como complementação da graduação presencial, valorizando a iniciativa do aluno e auxiliando no desenvolvimento de habilidades dentro do campo teórico, mas não na parte prática. Essa complementação do ensino, a partir das tecnologias, já despontam em alguns países, nos quais até habilidades técnicas e psicomotoras vêm sendo estudadas. Como foi o estudo de Kemme (2017), que buscou avaliar por meio de uma revisão de literatura, os avanços do usos de tecnologias de ensino para o ensino de habilidades psicomotoras de alunos dos cursos de Enfermagem. Segundo a autora, conclui-se que

Atualmente, faltam pesquisas replicáveis e em grande escala concluídas sobre cursos laboratoriais à distância eficazes, com uma fundamentação teórica sólida. Também não há consenso quanto à fundamentação teórica mais adequada para os cursos de psicomotricidade a distância[...] As direções futuras para a pesquisa de enfermagem e educacional incluem a avaliação das habilidades psicomotoras por distância. Isso exigirá o teste e a aplicação de teorias de avaliação do aprendiz sintetizadas com teorias de educação a distância para desenvolver estruturas e métodos que permitam aos educadores avaliarem habilidades psicomotoras para a mobilidade (KEMME, 2017, p.7).

McCutcheon et al. (2017) realizaram uma revisão em bases de dados internacionais para verificar o uso do ensino a distância e a educação interprofissional que segundo os autores envolve um processo de formação com diferentes categorias profissionais para melhorar a colaboração e a assistência. Os autores concluíram que o uso do ensino a distância como forma complementar de ensino tem sido muito utilizado. Todavia indicam que se realize mais estudos para potencializar seu uso nessa educação interdisciplinar. Segundo Tavares et al. (2018, p. 232), que desenvolveram um estudo de revisão para analisar as publicações que enfocam a educação a distância na Enfermagem no Brasil de 2010 a 2016,

As tecnologias virtuais são instrumentos que permitem novas possibilidades de interagir e criar espaços favoráveis ao processo de ensino-aprendizagem. Essas ferramentas estão cada vez mais presentes nos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem, pois atuam como facilitadoras no processo de construção do conhecimento do aluno. (TAVARES et al., 2018, p. 232).

Os mesmos autores ainda concluem com esse estudo que o ensino a distância (EaD) é uma “estratégia efetiva de ensino-aprendizagem nesta modalidade de educação na enfermagem brasileira” (TAVARES et al., 2018, p. 234) e pode ser usada principalmente para complementar e aprimorar o ensino tradicional nessa área.

Gimenez e Gimenez-Paschoal (2015) realizaram um trabalho para identificar e caracterizar as produções recentes sobre o uso de ambientes virtuais de aprendizagem (AVA) na educação a distância (EaD) na formação de enfermeiros no Brasil. Verificaram que a Enfermagem é uma área que tem utilizado esse recurso para formação e capacitação de seus profissionais. As autoras ainda concluíram que há poucos estudos divulgados, mas a Enfermagem tem utilizado o AVA na EaD para auxiliar na formação de graduandos, tal como na atualização e capacitação de profissionais, para melhorar sua prática profissional, como uma forma de complementar o ensino presencial.

O ensino na Enfermagem deve acompanhar os avanços tecnológicos, e a utilização dessa tecnologia tem que ser testada para aprimorar as competências e habilidades na formação do enfermeiro, o que já ocorre em outros países, como apontado nos estudos descritos.

Nesse contexto considera-se que o ensino sobre prevenção de acidentes e violência infantil poderia ser trabalhado por meio de recursos tecnológicos, com o intuito de sensibilizar os alunos, docentes e profissionais dos serviços, uma vez que as temáticas são instigantes e complexas. Isso poderia ser trabalhado por meio de vídeos, atividades *online*, vídeoaulas entre outras formas para complementar o ensino em sala de aula, ou o aprimoramento das ações no ambiente de trabalho.

Outro eixo norteador para atuação do enfermeiro é o Código de Ética Profissional (COFEN, 2017), que é um conjunto de normas e princípios morais que devem ser observados no exercício de uma profissão.

Saliba et al. (2007) analisaram os códigos de ética médica, odontológica, de Enfermagem e de psicologia, para verificar como é abordada a questão da violência doméstica. Segundo eles nenhum código de ética traz a expressão violência doméstica, mas ressaltam que os trabalhadores da área de saúde têm de denunciar as situações de violência a quem for competente.

Em análise do código de ética de Enfermagem, verifica-se que há alguns artigos que abordam a questão da violência e acidentes. Após a atualização desse Código de Ética, em 2017, verifica-se que em seu artigo 2º está descrito que o enfermeiro tem direito de exercer suas atividades em locais livres de riscos e danos, bem como livres de violências físicas e psicológicas, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de Enfermagem. Os incisos 4 e 5 do artigo 52º respectivamente apontam que é obrigatória a comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal, independente de autorização, de casos de violência contra crianças, adolescentes, idosos, incapazes, nos casos de violência doméstica, contra mulher e em caso de risco a comunidade ou a vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou responsável (COFEN, 2017).

Mesmo com todo esse respaldo legal, percebe-se que o enfermeiro ainda demonstra insegurança para atuar adequadamente nesses casos, como verifica-se também no estudo realizado por Dias et al. (2013) com enfermeiros da atenção básica. Os autores concluem que eles se sentem despreparados para atender casos de violências em crianças. Sugerem que as instituições de ensino desenvolvam cursos para a formação de profissionais que farão parte das equipes de saúde, ressaltando a importância de abordar o tema da violência com o intuito de atuarem adequadamente e com segurança frente aos casos.

Devido à pertinência de ocorrência desses eventos na prática profissional dos enfermeiros, os quais podem atender às demandas ou serem vítimas de violências e acidentes, enfatiza-se que é preciso que esses temas sejam abordados na formação desses profissionais.

Algiere (2005) ressalta que as universidades deveriam preparar os futuros profissionais para lidar com diversas situações e fazer o profissional atuar de forma diferente na sua prática, realizando o cuidado e entendendo o contexto social, rompendo o silêncio frente a uma situação de violência e realizando ações educativas e pesquisas sobre o assunto.

A universidade, portanto, torna-se o local adequado para a formação e a aquisição de conhecimento sobre problemáticas, como é o caso das violências e acidentes, tornando os profissionais aptos a atuar na prevenção dos casos.

Araújo, Batista, Gerab (2011) ressaltam que há necessidade de formação/capacitação docente para superar as dificuldades no ensino e também a resistência de alguns profissionais frente às mudanças e novas formas de atuar em relação a forma de ensinar e aprender. Ainda apresentam como resultados que a produção científica nacional sobre docência na saúde foi realizada principalmente na Região Sudeste do Brasil, sendo os enfermeiros os principais produtores de pesquisa, e como tema principal destaca-se a graduação/formação.

Há uma “crescente aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, favorecendo a formação dos recursos humanos para o SUS” (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013, p. 1622).

Observa-se que além da graduação, a pós-graduação também tem papel importante nesse contexto formativo e isso corrobora com o estudo de Botomé e Kubo (2002), no qual relatam que é necessário que os programas de pós-graduação formem pessoas para atuar nas universidades e também fora delas, e saibam transformar o conhecimento científico recente e com qualidade em ações com significado para a sociedade, ou seja, as pessoas formadas pela pós-graduação devem ser capacitados para educar a sociedade a utilizar a favor dela esse conhecimento científico. Eles ainda ressaltam que

A sociedade parece necessitar – e com urgência – de um sistema de desenvolvimento de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, capaz de atender aos problemas que dependem de conhecimento, tecnologia e aprendizagem de nível superior para serem superados. (BOTOMÉ; KUBO, 2002, p.83).

O papel da pós-graduação vai além de formar pesquisadores e cientistas, bem como profissionais para atuarem no ambiente acadêmico. A pós-graduação tem como proposta auxiliar na resolutividade de problemas da sociedade, com a intenção de melhorar os problemas por ela vivenciados.

Desse modo foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) para identificar o que se tem produzido sobre a prevenção dos acidentes e violência infantil e formação de enfermeiros.

Para a busca de Teses e Dissertações foram utilizadas combinações de descritores sendo incluídos os trabalhos que abordavam essas temáticas. Caso o estudo encontrado não trouxesse a ideia principal do estudo, ou seja, a abordagem das temáticas durante a graduação de Enfermeiros, era feita a leitura do resumo para identificar o seu objetivo, sendo incluído ou excluído da seleção. O ano de publicação não foi determinado como sendo um critério para busca.

Os resultados estão apresentados no Quadro 1. Verificou-se que há 14 produções referentes às temáticas que envolvem a formação do enfermeiro na prevenção de acidentes e violência infantil realizados pela pós-graduação.

Quadro 1- Frequência de teses (T) e dissertações (D) na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, de acordo com descritores e universidades

Descritor	UFG	UERJ	UFTM	USP	UFPR	UNIFOR	UFMG	Total
Formação + Enfermeiro + Prevenção de Violência Infantil		1 D						1
Enfermeiro + Prevenção + Acidente Infantil	1 D							1
Enfermeiro + Prevenção + Violência Infantil	1D	1D						2
Enfermeiro + Violência Infantil	1D	1D		1T 1D	1D	1D		6
Enfermeiro + Acidente Infantil	1D		1D					2
Enfermagem + Acidente Infantil + Violência Infantil				1D			1D	2

Fonte: autoria própria.

Na busca com os descritores Formação + Enfermeiro + Prevenção de Violência Infantil também foi encontrada uma dissertação realizada na Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ (CIUFFO, 2008), que abordava a assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual. Uma única dissertação realizada na Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM foi encontrada na pesquisa com os descritores Formação Inicial + Enfermeiro + Violência Infantil (COSTA, 2016), mas não abordava a questão específica da violência infantil e sim as expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto.

Ao utilizar os descritores Enfermeiro + Prevenção + Acidente Infantil foram localizados três estudos, sendo duas dissertações realizadas na Universidade Federal de Goiás - UFG (ZANELATTO, 2010; PIRES, 2013). Somente a dissertação de Zanelatto (2010) tinha relação com a questão de violência na infância por profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Uma dissertação realizada na UFTM (ROCHA, 2015) abordava a questão de implantação de cateter venoso central de inserção periférica e causas de sua remoção.

Na pesquisa com os descritores Enfermeiro + Prevenção + Violência Infantil, foram encontradas três dissertações produzidas por três universidades. Uma dissertação foi produzida na UFG (ZANELATTO, 2010), outra na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (CIUFFO, 2008), e outra na Universidade Metodista de São Paulo (INFANTE, 2016). Esta última não tinha relação com a violência infantil, pois abordava o clima organizacional e Burnout, não se referindo à criança.

Ao utilizar os descritores Formação + Enfermeiro + Prevenção de Acidente Infantil, foi encontrada somente uma dissertação realizada na Universidade Federal de Goiás - UFG, (PIRES, 2013), que não abordava a prevenção dos acidentes na infância e sim a questão da higienização das mãos na central de esterilização.

Nenhum estudo foi localizado na busca com os descritores Formação Inicial + Enfermeiro + Acidente Infantil, bem como com os descritores Formação Inicial + Enfermeiro + Prevenção Violência Infantil.

O maior número de estudos encontrados ocorreu utilizando como descritores as palavras Enfermeiro + Violência Infantil. Foram encontrados oito estudos, sendo sete dissertações as quais foram produzidas na UFG (ZANELATTO, 2010), UERJ (CIUFFO, 2008), Universidade de São Paulo - USP (PRADO, 2009), Universidade Federal do Paraná – UFPR (SILVA 2013) e Universidade Federal de Fortaleza - UNIFOR (ROLIM, 2013). Uma tese foi produzida pela USP (APOSTÓLICO, 2011). Duas dissertações, sendo uma da Universidade Metodista de São Paulo (INFANTE, 2016) e outra da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (ALMEIDA, 2008) não se enquadravam na temática procurada, porque não faziam referência à violência infantil e sim às questões organizacionais dos serviços. A dissertação de Prado (2009) fazia uma análise fenomenológica sobre a vivência de enfermeiros no cuidado da criança vítima de violência intradomiciliar.

Silva (2013) abordou, em sua dissertação, a vulnerabilidade no desenvolvimento infantil segundo enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF). Rolim (2009) dissertou sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em municípios cearenses. Apostólico (2011) escreveu, em sua dissertação, sobre potencialidades e limites da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®) para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde da população infantil.

Quando utilizadas as palavras Enfermeiro + Acidente Infantil para a busca, obtiveram-se cinco estudos, três dissertações produzidas na UFG (ZANELATTO, 2010; PIRES, 2013),

UFTM (ROCHA, 2015) e UNICAMP (ALMEIDA, 2008) e uma tese elaborada pela USP (SÊCCO, 2006). Dessas, somente as duas últimas não abordavam especificamente os acidentes na infância.

Ao se utilizar os termos Enfermagem + Acidente Infantil + Violência Infantil, foram localizadas duas dissertações produzidas, sendo uma produzida pela USP (SILVA, 2015) e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (PASSOS, 2013). Ambas faziam relação com os temas pesquisados. Ao se buscar estudos com os descritores Formação + Enfermeiro + Acidente Infantil + Violência Infantil não foi encontrada pesquisa na BDTD.

O estudo de Ciuffo (2008) teve como objeto as ações dos enfermeiros com crianças vítimas de abuso sexual e sua interação com outros profissionais para o atendimento das mesmas.

Já Apostólico (2011) objetivou conhecer as possibilidades e limites da CIPESC nas ações de Enfermagem. Concluiu que os processos de trabalho devem se ajustar às necessidades de saúde da população, utilizando-se da intersetorialidade, interdisciplinaridade, trabalho em equipe, buscando a efetiva transformação da realidade e superação de contradições, e tendo as necessidades e vulnerabilidades como objetos de assistência.

No estudo de Prado (2009) o objetivo era compreender as vivências de enfermeiros no cuidado a criança, vítima de violência intrafamiliar em unidades de emergências, cuidados intensivos e internação. A autora concluiu, a partir de suas análises, que lidar e cuidar de crianças vítimas de violência é definida pelos enfermeiros participantes da pesquisa como uma vivência geradora de sofrimento.

Silva (2013) realizou uma pesquisa para conhecer a compreensão de enfermeiros de unidades municipais de Curitiba sobre a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança e concluiu que a aplicação desse conceito no cuidado à criança propicia a reorientação do modelo assistencial e, portanto, a superação do conceito biologicista e fragmentado de desenvolvimento infantil.

Passos (2013) analisou dados do Sistema de informação de mortalidade relacionados às causas externas em crianças e adolescentes no Estado de Minas Gerais, concluindo que as ações preventivas voltadas aos pais e responsáveis e um maior rigor das leis são necessários para reduzir o óbito por causas externas nessa faixa etária.

Em uma outra pesquisa que utilizou um instrumento chamado IT-home, Silva (2015), foi concluído que o uso desse instrumento contribuiu para direcionar o olhar para aspectos da interação entre o cuidador e a criança, para identificação de risco no domicílio, e que o

instrumento pode auxiliar o profissional de saúde nas ações preventivas de acidentes na infância.

Rolim (2013) analisou os fatores associados à subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes com profissionais de saúde da ESF no Ceará e verificou que o tempo de inserção no trabalho, não conhecer a ficha de notificação, não ter a ficha na unidade de saúde, não confiar nos órgãos de proteção, não saber para onde encaminhar os casos e ter medo de envolvimento legal aumentou a chance dos profissionais não notificarem situações de maus-tratos nesse grupo.

Zanelato (2010), por sua vez, desenvolveu sua pesquisa com o objetivo de analisar as percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a violência contra a criança atendida no serviço de saúde, verificando que os profissionais de saúde da ESF percebem a violência contra a criança de forma contextualizada, principalmente no âmbito familiar, onde ela é vista como um ser indefeso; os pais são considerados os principais agressores. Além disso, a violência sexual é concebida como a mais grave forma de maus-tratos contra a criança, enquanto a física pode ser considerada uma forma limite.

Observa-se que a maioria das Teses e Dissertações estava relacionada à temática da violência e somente duas produções, Passos (2013) e Silva (2015), faziam referência à questão dos acidentes, sendo o primeiro estudo referente às causas externas relacionadas a crianças e adolescentes e o segundo estudo com o uso de instrumento para avaliar e prevenir o risco de acidentes domésticos.

Entre os estudos referentes à violência percebe-se que estavam relacionados às ações dos enfermeiros frente a crianças vítima de violência (CIUFFO, 2008) e algumas ferramentas das quais o enfermeiro poderia fazer uso para assistir adequadamente a criança (APOSTÓLICO, 2011).

Prado (2009), Zanelatto (2010) e Silva (2013), em seus respectivos estudos, tiveram como objetivos analisar vivências e percepções de enfermeiros frente ao atendimento de crianças vítimas de violência. Já Rolim (2013) descreveu sobre a subnotificação da violência.

Percebe-se que, mesmo realizando abordagens diferentes sobre o assunto, são estudos que demonstram a importância do tema, da mesma maneira que o papel do enfermeiro no contexto desses agravos.

Foram encontradas mais dissertações do que teses e isso pode indicar a necessidade de estudos com maior aprofundamento teórico sobre a formação de enfermeiros referente às temáticas de prevenção de violência e acidentes infantis, como é típico da natureza das teses de doutorado. Por outro lado, é esperado um número maior de dissertações do que teses, visto que

a quantidade disponível de vagas para o mestrado (profissional e acadêmico) é maior do que as vagas ofertadas para o doutorado.

Os resultados obtidos com essa busca mostram que a pesquisa e as produções recentes de pós-graduação na área da Enfermagem estão incipientes sobre um assunto atual e importante, não só relacionadas à assistência aos pacientes, mas também relacionados ao cotidiano de trabalho do profissional enfermeiro.

2.5 As contribuições da análise do comportamento para a formação no ensino superior

O Behaviorismo Radical não é a ciência do comportamento humano, mas sim a filosofia dessa ciência. Já a análise do comportamento é a área de investigação conceitual, empírica e aplicada do comportamento. Ela tem Skinner como fundador e principal autor (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Na análise do comportamento destacam-se o comportamento respondente e o operante. O comportamento respondente faz referência sobre a uma relação entre o ambiente (estímulo) e organismo (resposta), sendo as respostas eliciadas por eventos antecedentes, ou estímulos eliciadores. É também chamado de comportamento reflexo. O comportamento reflexo inato é uma relação entre um estímulo específico e um resposta específica e o comportamento reflexo aprendido é quando “um estímulo previamente neutro passa, após um emparelhamento com um estímulo incondicionado, a eliciar uma resposta reflexa” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p. 46). O comportamento operante, por sua vez, faz referência a uma relação entre o ambiente e o organismo sendo as respostas emitidas em razão de eventos que sucedem o comportamento, ou seja, aquele comportamento que produz modificações no ambiente, denominadas de consequências, é afetado por essas consequências. Essas alterações por sua vez “vão influenciar suas ocorrências futuras, ou melhor se esses comportamentos que as produziram ocorrerão ou não outra vez em maior ou menor frequência” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p. 49).

Para Skinner (1975) a educação é o estabelecimento de comportamentos que serão valiosos para o indivíduo e para outros no futuro. “Um aluno aprende sem que lhe ensinem, mas aprenderá mais eficientemente sob condições favoráveis” (SKINNER, 1975, p.17).

Rodrigues (2012) afirma que

Em nossa experiência com formação de professores, verificamos que os princípios do behaviorismo radical podem ser aplicados na educação em qualquer nível, seja na educação presencial ou à distância e em qualquer nível de ensino, desde a pré-escola até o ensino de pós-graduação. (RODRIGUES, 2012, p. 48).

Torna-se necessário trazer a definição de alguns termos utilizados pela análise do comportamento para esclarecer o estudo e a análise desenvolvida pela pesquisadora. O ambiente, segundo a análise do comportamento, influencia a atitude dos seres humanos e está relacionado ao mundo físico, emocional e à história de vida da pessoa, inclusive com ela mesma (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Dessa forma é possível prever comportamentos quando se conhece o ambiente, levando à criação de contingências.

Para Todorov, Moreira e Martone (2009, p. 290) "a expressão 'arranjar contingências' revela o caráter planejado do ensino, pois o ensino formal e minuciosamente planejado permite agilizar e otimizar as mudanças comportamentais almejadas".

De acordo com a análise do comportamento, reforço pode ser definido como "um tipo de consequência do comportamento que aumenta a probabilidade de um determinado comportamento voltar a ocorrer" (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p. 62). O reforço pode ser positivo quando aumenta a probabilidade do comportamento reforçado voltar a ocorrer, pois a modificação produzida no ambiente ocorre após a adição de um estímulo. O reforço negativo por sua vez é a retirada de um estímulo do ambiente (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Embora bem menos preconizada, pode ser usada a punição como forma de eliminar condutas inadequadas, a qual pode ser definida como "um tipo de consequência do comportamento que torna sua ocorrência menos provável" (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p. 70). Essa também pode ser caracterizada em positiva ou negativa, ou seja, os termos positivo e negativos estão relacionados à adição ou à retirada de um estímulo. Contudo, no caso da punição, há a diminuição da probabilidade do comportamento ocorrer novamente (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Quando se utiliza punições (positivas ou negativas) denomina-se controle aversivo. Geralmente o indivíduo que está submetido ao controle aversivo demonstra comportamentos de fuga ou esquiva, ou seja, o comportamento de fuga faz com que o indivíduo tenha comportamentos para sair daquela situação. Nas reações de esquiva o indivíduo evita o contato com estímulo aversivo, por exemplo com o uso de desculpas para não realizar uma dada ação (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

O ensino deve ser concebido com zelo, pois muitas vezes o professor pode gerar comportamentos de fuga e esquiva nos alunos, e não contingências favoráveis à aprendizagem, o que acarretará problemas futuros.

De acordo com Zanotto (2000), o ensino deve ser cuidadosamente planejado, reduzindo características aversivas do ambiente e preparando o aluno para lidar com o meio. Isso é feito

com a criação de novas contingências, planejamento rigoroso de práticas alternativas e cuidado com o método de ensino. Para Resende e Borges o ensino

[...] mostra-se eficaz quando há uma seleção e uma ordenação apurada de estímulos e comportamentos a que se busca modificar, de modo a estabelecer entre eles as relações funcionais (programação de contingências)[...] (RESENDE; BORGES, 2015, p. 2).

Segundo a Análise do Comportamento, o professor deve arranjar contingências de reforçamento com intuito de promover comportamentos humanos significativos do ponto de vista individual e social, bem como

[...] construir e apresentar ao aluno oportunidades para que ele aprenda a identificar as situações diante das quais deve emitir as respostas de interesse, condições para que elas ocorram e consequências que possam manter essas respostas, na situação de ensino, mas de forma que possa generalizar essa aprendizagem para situações naturais[...] (GURGUEIRA; CORTEGOSO, 2008, p. 5).

O processo ensino aprendizagem, segundo Kubo e Botomé (2001, p. 1), “é um sistema complexo de interação de comportamentos de alunos e de professores e há uma interdependência entre esses dois conceitos”. Para os autores, ambos os comportamentos são complexos e difíceis de perceber, pois são constituídos por múltiplos componentes em interação. Ainda segundo os autores, a análise do comportamento pode auxiliar muito nesse processo.

Para Botomé e Tosi (2006), o comportamento de "ensinar" é a relação entre o que um professor faz, ou seja, suas ações, e a mudança de comportamento do aluno relacionada à sua aprendizagem. Já o comportamento de "aprender" tem relação com a transformação de uma situação atual em uma ação desejável por meio das ações individuais das pessoas, ou seja, elas mudam o comportamento.

Para uma aprendizagem efetiva também deve se evitar estímulos aversivos, ou seja, críticas destrutivas, exigências inadequadas e exageradas, excesso de tarefas, entre outras atitudes que favorecem comportamentos de fuga ou esquiva. O estímulo aversivo também pode desencadear o comportamento de contra controle, ou seja, o indivíduo utiliza diferentes respostas para impedir que se mantenha o controle sobre seu comportamento. Esses comportamentos dificultam o aprendizado e, por isso, devem ser evitados (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Skinner (1975) refere que não é punindo um comportamento indesejado que se garante que o comportamento desejado irá ocorrer de forma satisfatória.

O processo de ensino aprendizagem deve levar em consideração o ritmo próprio e individual, o reforço de comportamentos adequados, sem o uso dos estímulos aversivos, conforme refere Pereira, Marinotti e Luna (2004), a partir dos trabalhos de Skinner.

Planejar práticas educacionais mais eficientes não significa somente escolher um material adequado para o curso que será ministrado, conhecer minimamente as características das pessoas que participarão do processo de aprendizagem, pesquisar e utilizar métodos efetivos de ensino que de fato propiciem condições para o aprendizado etc. Planejar significa também ter total clareza dos objetivos que se quer alcançar, ou seja, saber especificar claramente os comportamentos que gostaríamos de observar em nossos alunos ao final do processo, assim como fornecer as condições mais apropriadas para que esses comportamentos sejam de fato adquiridos (TODOROV; MOREIRA; MARTONE, 2009, p. 289).

É importante uma análise prévia dos comportamentos para se definir o que é necessário para ensinar e o que é necessário para aprender. Devem ser planejados os objetivos de ensino, e o que auxiliará no processo de aprendizagem do aluno, caracterizando os comportamentos que os alunos precisarão ter no seu repertório (BOTOMÉ; TOSI, 2006).

Henklain e Carmo (2013) desenvolveram um artigo para compartilhar algumas contribuições da análise do comportamento com a área da Educação e para produção de novos conhecimentos. Segundo eles nota-se que há

[...] o emprego frequente em Análise do Comportamento de pesquisas experimentais ou quase experimentais, com sujeitos humanos e não humanos e, geralmente, o uso da taxa e da frequência de respostas como medidas dos efeitos da manipulação de variáveis independentes, que podem ser eventos antecedentes ou consequentes. A descrição das relações organismo-ambiente constitui o objetivo fundamental da análise comportamental, possibilitando a compreensão de por que “fazemos o que fazemos” nas circunstâncias em que o fazemos [...] (HENKLAIN; CARMO, 2013 p.709).

Os mesmos autores ainda referem que “o ensino deve ser planejado com base na definição de comportamentos que constituirão os objetivos a serem alcançados por meio do ensino” (HENKLAIN; CARMO, 2013, p. 713). Com a identificação dos comportamentos básicos e dos comportamentos finais que se pretende alcançar com o ensino pode-se ter uma ampliação de comportamentos novos que partem dos mais simples para os mais complexos. Sendo assim o processo de ensino aprendizagem irá acontecendo e deverá ser avaliado continuamente pelo professor (HENKLAIN; CARMO, 2013).

A elaboração de um programa de ensino é como um processo de solução de um problema (CORTEGOSO; COSER, 2011), cujo programador deve produzir condições para que ocorram novas respostas, comportamentos e soluções para uma dada situação, ou seja, envolve desde a descrição da situação problema, com identificação das necessidades de ensino,

descrição e decomposição de objetivos em relação ao comportamento esperado dos alunos para lidar com o problema.

Além disso é importante a indicação das partes funcionais dos objetivos intermediários (condições antecedentes, respostas e condições subsequentes); definição do repertório de entrada dos aprendizes, quando esses já demonstram comportamentos efetivos para aprender o que será ensinado; sequenciação dos objetivos de ensino de acordo com níveis de complexidade para facilitar a aprendizagem; planejamento das condições de ensino levando em consideração como será o ensino, definindo as atividades para auxiliar na aprendizagem e oferecendo oportunidade para o aprendiz treinar e desenvolver suas habilidades para atingir os objetivos terminais (ZANOTO, 2000; RODRIGUES, 2012).

Conforme Abreu, Luna e Abreu (2014), deve-se seguir alguns princípios para o planejamento de uma ação educativa como a descrição dos comportamentos que o aprendiz deve apresentar antes da aprendizagem de um comportamento mais elaborado, descrição e avaliação do repertório prévio do que o aprendiz é capaz de fazer com o objetivo de adequar a tarefa às suas habilidades prévias.

Para eles o planejamento de ensino deve ter os passos bem distribuídos, com comportamentos bem definidos para que aos alunos possam atingir o comportamento esperado. Eles também reforçam que os recursos materiais devem ser escolhidos de forma adequada para se atingir os objetivos de ensino aprendizagem. Para esses autores os princípios de condução do ensino devem envolver o ritmo do aluno, o responder constante do professor, consequenciação constante ao comportamento dos alunos e oportunidade de revisão para que os alunos tenham condições de aprender (ABREU; LUNA; ABREU, 2014).

Segundo De Rose todo indivíduo é capaz de aprender, mesmo tendo limitações ou deficiências. Desse modo

Cabe ao professor, com base em análise dos repertórios a serem ensinados, identificar as habilidades dos estudantes e também os comportamentos que eles não dominam, e ensinar estes comportamentos, avaliando constantemente os resultados de seus procedimentos de ensino. (2005, p.31).

O autor ainda enfatiza que o processo de aprendizagem é individual e as contingências de ensino programadas terão efeitos diferentes nas pessoas, pois dependerão “da interação única entre história passada, dotação genética e condições orgânicas de cada um” (DE ROSE, 2005, p. 49).

A avaliação também faz parte do processo de ensino aprendizagem. Avaliar a aprendizagem também leva a avaliar o ensino e esse processo auxilia o programador a rever os objetivos e as atividades planejadas para garantir a aprendizagem efetiva.

O professor deve ser capacitado para saber compreender e intervir sobre os comportamentos de seus alunos, isso contribui para a qualidade das interações entre as pessoas, segundo Fornazari et al. (2012).

Formar adequadamente um professor significa possibilitar a ele o domínio do conhecimento científico, isto é, dos saberes relativos às diferentes disciplinas que compõem o currículo escolar, de modo a que o professor adquira a competência necessária para ensinar a seus alunos aqueles conhecimentos atuais e relevantes que possibilitam uma ação eficaz na realidade. (ZANOTTO, 2000, p. 176).

Para Zanotto (2000), a formação do professor também engloba o ensino de princípios para compreensão do comportamento humano, os quais favorecem que tenha maior habilidade para planejar e implementar um plano de ensino.

A formação do educador é fundamental para que o planejamento, a implementação e a avaliação do plano de ensino seja feita de modo eficaz, com intuito de promover o processo de aprendizado de acordo com as necessidades e ritmo de cada aluno. Conforme refere De Rose (2005), o professor, ao identificar as limitações no comportamento de seus alunos, deve ensinar comportamentos a eles de forma direta para que os mesmos possam aprender e ter respostas mais satisfatórias, superando suas dificuldades.

Contudo há mitos e deturpações acerca da análise do comportamento e/ou do behaviorismo e de seu uso na área da educação. Sobre isso Rodrigues (2012) escreve que

O desconhecimento generalizado acerca da análise do comportamento/ behaviorismo radical na educação, aliado a existência de mitos, equívocos e deturpações acerca do mesmo assunto é uma constante e um problema a ser contornado com a disseminação de informação precisa e combate ao preconceito, que pode ser realizado, entre outras ações, pela proposição e execução de uma formação inicial e continuada que contenha elementos igualmente precisos e necessários para profissionais de educação em exercício (pós graduação) e em formação inicial (graduação). (RODRIGUES, 2012, p. 67-68).

Em um estudo realizado por Costa, Fermozele e Lopes (2014), sobre as contribuições da análise do comportamento no processo de ensino aprendizagem na Educação, observou-se que as técnicas e métodos da análise do comportamento são eficazes no processo ensino aprendizagem pois “a teoria comportamental não atribui para dentro do sujeito, caso ele fracasse por não cumprir determinada tarefa, a atribuição é para fora, que é na relação contingencial onde indivíduo se insere” (COSTA; FERMOZELI; LOPES, 2014, p. 223-4).

Os princípios da análise do comportamento no ensino superior também têm sido usados no ensino superior, por exemplo, Orti, Girotti e Bolsoni-Silva (2015) buscaram avaliar os efeitos do treinamento de habilidades sociais no comportamento grupal de estudantes de psicologia com seus pacientes que tinham o diagnóstico de depressão, por meio de instrumentos validados para depressão e habilidades sociais. Verificou-se que as habilidades sociais mais desenvolvidas pelos pacientes foram “expressar positiva e negativamente a mudança de comportamento, lidar com a crítica, defender ideias em situação de desacordo e auto-agressividade” (ORTI; GIROTTI; BOLSONI-SILVA, 2015, p.15382).

Em um outro estudo, também desenvolvido por Tozze e Bolsoni-Silva (2018), o objetivo foi identificar e descrever categorias comportamentais do supervisor de estágio e de estagiários e de verificar a aplicação das orientações pelos estagiários em Terapia Comportamental durante os atendimentos. Foi elaborado um *checklist*, ou melhor, um protocolo pré-estabelecido para identificar quais comportamentos a supervisora ensinava as estagiárias. Os resultados identificaram que a supervisora apresentou comportamentos diferentes contingentes à supervisão oral e escrita; as terapeutas emitiram comportamentos semelhantes e as recomendações foram atendidas pelas estagiárias.

No estudo realizado com estagiárias do curso de psicologia e seus respectivos pacientes, no qual o objetivo foi exemplificar a associação de *role-playing* como uma técnica de ensino para desenvolver a análise funcional enquanto procedimento para facilitar o desenvolvimento de autoconhecimento em clientes com déficits de discriminação de relações funcionais e dificuldades interpessoais. As autoras verificaram ao final de 12 sessões entre as estagiárias e seus pacientes que houve um aumento da autorrevelação e discriminação de relações funcionais por parte dos pacientes. Também referem que é um desafio o ensino de novos repertórios e ensino de autoconhecimento, mas por meio da análise funcional de contingências associado ao roleplaying isso pode ser facilitado (SOUZA; ORTI; BOLSONI-SILVA, 2012).

Assim como os autores citados anteriormente, outros autores, principalmente da área da psicologia, descreveram por meio de suas produções sobre o uso da análise do comportamento no ensino superior. Kienen, Kubo e Botomé (2013) desenvolveram um estudo sobre ensino programado e programação de condições para o desenvolvimento de comportamento na formação de psicólogos, concluindo que a programação “é um recurso importante na sistematização de comportamentos constituintes da atuação do psicólogo e do analista do comportamento para intervirem, por meio de ensino, sobre processos comportamentais em diferentes contextos [...]” (KIENEN; KUBO; BOTOMÉ, 2013, p. 481).

Em um outro estudo sobre habilidades e competências na formação de psicólogos relacionando as contribuições da análise do comportamento com as diretrizes curriculares desse curso foi verificado que gestores, professores e demais envolvidos no processo de ensino de graduação em Psicologia poderão planejar e administrar condições de ensino que possibilitem *o desenvolvimento das “competências” constituintes da profissão de psicólogo (SANTOS et al., 2009).*

Pasqualini e Gimenez-Paschoal (2016) realizaram estudo com o objetivo de programar, aplicar e avaliar um software educativo para universitários para prevenção de acidentes de trânsito, com procedimentos desenvolvidos conforme os princípios da análise do comportamento incluindo em seu delineamento um grupo controle, um grupo intervenção e a realização de *follow up*. As autoras concluíram que o software teve bom potencial para ampliar os conhecimentos dos estudantes da universidade sobre prevenção de acidentes de trânsito.

Considerando o que foi até aqui exposto, entende-se como é justificável a realização de estudos voltados ao ensino superior de acordo com os princípios da análise do comportamento, sugerindo a utilização desses princípios para contribuir com o planejamento do ensino e a formação de enfermeiros na abordagem das temáticas da prevenção de acidentes e de violências, pois acredita-se que a formação torna-se essencial para que os profissionais da Enfermagem se instrumentalizem para agir de forma mais coerente frente às situações que envolvam crianças ou em qualquer outro indivíduo, já que esses eventos são atuais e preocupante.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa foi investigar como as temáticas da prevenção de acidentes e de violências infantis estão inseridas nos currículos de graduação em Enfermagem, qual o conhecimento de discentes e de docentes sobre as temáticas e os resultados de ações educativas sobre os temas desenvolvidas com graduandos de Enfermagem.

Objetivos específicos

- Investigar nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo a presença da descrição das temáticas de prevenção de violência e/ou acidentes infantis;
- Verificar a presença dos Projetos Políticos Pedagógicos nas homepages das IES;
- Caracterizar os conhecimentos e opiniões de docentes de curso de Enfermagem em relação à prevenção da violência e dos acidentes infantis;
- Elaborar, aplicar e avaliar ações educativas sobre prevenção de violência e acidentes infantis com graduandos de Enfermagem.

Para atingir esses objetivos foram realizados três estudos, descritos no Quadro 2.

Quadro 2- Três estudos da Tese e seus componentes

Componentes	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3
Tipo de estudo	Estudo descritivo com abordagem quantitativa.	Estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa.	Estudo interventivo com abordagem quantitativa e qualitativa .
Amostra/ participantes	130 Faculdades de Enfermagem do Estado de São Paulo, reconhecidas pelo MEC, 117 privadas e 13 públicas.	13 docentes da graduação em Enfermagem, sete de uma faculdade particular e seis de uma pública, de um município da região sudeste do Brasil.	138 graduandos do primeiro ao quinto ano de uma universidade privada de Enfermagem de um município da região sudeste do Brasil.
Procedimentos	Análise dos projetos políticos pedagógicos, ementas e/ou matrizes curriculares das faculdades de Enfermagem por meio de suas respectivas <i>homepages</i> . Análise descritiva dos dados identificados em disciplinas, destacando em quais áreas e o assunto trabalhado.	Realização de entrevista semiestruturada com os docentes, em data e horário previamente agendado. Análise das respostas com categorização e apreciação de juízes.	Realização de cinco atividades: 1 - Aplicação de questionário inicial; 2- atividade “Ampliando o olhar para riscos ambientais para acidentes infantis”; 3- atividade para preenchimento da Ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada a partir de um caso fictício; 4 -atividade para elaboração de plano de intervenção sobre prevenção de violência ou acidentes infantis; 5- atividade de avaliação da ação educativa. Os dados foram avaliados por meio de análise de conteúdo e por meio do software SPSS®.

Fonte: autoria própria.

4 ESTUDO I - Análise dos currículos das faculdades de Enfermagem do Estado de São Paulo

A hipótese do Estudo I foi a de que a abordagem das temáticas de prevenção de acidentes e de violência infantil são assuntos pouco tratados durante a formação inicial dos enfermeiros na maioria dos cursos de graduação.

4.1 Objetivo

Investigar nos currículos dos cursos presenciais de graduação em Enfermagem das faculdades públicas e privadas do Estado de São Paulo a presença da descrição das temáticas de prevenção de violência e/ou de acidentes infantis.

4.2 Método

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa . O estudo descritivo apresenta

[...]o desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, suas escolas, seus professores, sua educação, sua preparação para o trabalho, seus valores, os problemas do analfabetismo, a desnutrição, as reformas curriculares, os métodos de ensino, o mercado ocupacional[...] (TRIVIÑOS, 1992, p.110).

4.2.1 Materiais

Foram utilizados computadores conectados à rede de internet e impressoras para a realização este estudo.

4.2.2. Ambiente

O Estado de São Paulo foi escolhido por ser o local de atuação da pesquisadora, e também representa um Estado de grande desenvolvimento econômico e social no país. Na área da Educação, essa região comporta várias IES de destaque no ensino superior. Foram alvo do estudo 130 faculdades privadas e particulares que ofereciam curso de graduação em Enfermagem, reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC).

4.2.3 Procedimentos

Devido ao tempo de desenvolvimento da pesquisa e também à facilidade de acesso ao conteúdo disponibilizado na internet sobre os cursos de graduação optou-se por realizar a busca por meio das *homepages* das IES. Outro fator importante para determinação desse critério foi que o Projeto Político Pedagógico é item obrigatório nos sites das IES reconhecidas pelo MEC, de acordo com a Portaria Normativa nº 40, de 12 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b). Esta dispõe que

§ 2º A instituição manterá em página eletrônica própria, e também na biblioteca, para consulta dos alunos ou interessados, registro oficial devidamente atualizado das informações referidas no § 1º, além dos seguintes elementos: I - projeto pedagógico do curso e componentes curriculares, sua duração, requisitos e critérios de avaliação; II - conjunto de normas que regem a vida acadêmica, incluídos o Estatuto ou Regimento que instruíram os pedidos de ato autorizativo junto ao MEC; III - descrição da biblioteca quanto ao seu acervo de livros e periódicos, relacionada à área do curso, política de atualização e informatização, área física disponível e formas de acesso e utilização; IV - descrição da infraestrutura física destinada ao curso, incluindo laboratórios, equipamentos instalados, infraestrutura de informática e redes de informação [...] (BRASIL, 2007b, p.26).

Para a pesquisa foi necessário encontrar quais faculdades de Enfermagem eram reconhecidas pelo MEC no Estado de São Paulo. Para isso foi utilizado como referência o site no qual constava o ranking universitário da Folha-RUF (RUF-<http://ruf.folha.uol.com.br/2016/ranking-de-cursos/enfermagem/>) relativo ao ano de 2016 (Ranking..., 2017). Este site proporcionava a seleção das faculdades públicas e privadas reconhecidas pelo MEC por região do país, sendo feita a seleção dos Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo.

Foram identificadas 132 faculdades que tinham o Curso de Graduação em Enfermagem reconhecidas pelo MEC. Destas, ao entrar no site oficial das referidas faculdades, duas não ofereciam mais o curso de Enfermagem. Portanto, foram incluídas 130 faculdades com cursos de Enfermagem do Estado de São Paulo para esta pesquisa.

A seguir foram acessados cada *website/homepages* disponibilizados por meio desse ranking, com busca inicial pelo Projeto Político Pedagógico de cada instituição (Ranking...,2017). Quando este não estava disponibilizado, foi pesquisada a ementa das disciplinas ou as matrizes/grades curriculares de cada curso.

A intenção da busca por esses documentos era encontrar disciplinas associadas à temática de acidentes e violências infantis nos cursos de graduação em Enfermagem. Caso não houvesse uma disciplina que contemplasse especificamente esses assuntos, era feita a busca por palavras envolvendo prevenção de acidentes e violências relacionados a outros contextos, como

saúde da mulher, trabalhador ou idoso, com objetivo de verificar em quais disciplinas essas temáticas poderiam estar sendo trabalhadas na formação do enfermeiro.

O período de busca nos sites das referidas faculdades e de análise das disciplinas foi compreendido de março a setembro de 2017. Foram selecionados os documentos nas versões atuais disponíveis nos sites de cada instituição.

4.3 Resultados e discussão

Verificou-se que, das 130 faculdades estudadas, apenas 13 (10,0%) eram públicas e 117 (90%) eram privadas.

Optou-se por nomear as faculdades públicas como FPU, seguidas por um número de identificação, e as faculdades privadas como FPI, seguidas da numeração. Caso haja interesse do leitor em saber qual faculdade disponibiliza alguma das disciplinas apresentadas, poderá ser feito contato com a pesquisadora. Da mesma forma, os nomes das disciplinas não serão descritos, para evitar a exposição da faculdade, apenas será informado o tema abordado por elas.

Em relação à disponibilização do Projeto Político Pedagógico nas respectivas *homepages*, verificou-se que somente 11 (8,5%) faculdades disponibilizavam este documento, mesmo sendo um item obrigatório para acesso público. Dessas, três eram públicas (FPU1, FPU2 e FPU3) e oito eram privadas (FPI1, FPI2, FPI3, FPI4, FPI5, FPI6, FPI7 e FPI8).

Cinco (3,8%) faculdades disponibilizavam somente as ementas, das quais três eram públicas (FPU4, FPU5 e FPU6) e duas eram privadas (FPI9 e FPI10).

As demais faculdades, ou seja, 92 (70,8%), apresentavam as matrizes ou grades curriculares, sendo sete públicas e as demais particulares.

Outras 22 (16,9%) faculdades não apresentavam o Projeto Político Pedagógico, ementas ou matriz curricular no período pesquisado. Assim observa-se o não cumprimento da Portaria Normativa nº 40, de 12 de dezembro de 2007 do MEC por parte das IES. Somente 20 (15,4%) entre as 130 faculdades selecionadas traziam conteúdos relacionados com as palavras prevenção de acidentes e de violências. É importante ressaltar que não se pode afirmar que as demais faculdades não abordavam o tema, apenas que não as disponibilizavam de forma descritiva nos sites.

Dessa maneira observa-se que há ausência de uma padronização para informação sobre os cursos e suas respectivas disciplinas nos sites pesquisados, assim como a indisponibilidade de acesso a alguns deles.

O Quadro 3 apresenta os conteúdos trabalhados sobre acidentes e violências nas faculdades públicas do Estado de São Paulo.

Quadro 3 – Abordagem em disciplinas de cursos de graduação em Enfermagem das temáticas sobre acidentes e violências, de acordo com as faculdades públicas do Estado de São Paulo (n=5)

Faculdade	Ano	Tema abordado
FPU1	2	Adolescente e violência
FPU1	3	Prevenção de acidentes na infância
FPU3	3	Assistência de enfermagem a pacientes com intoxicação exógena e que sofreram acidentes por animais peçonhentos. Assistência de enfermagem a pacientes com queimaduras
FPU3	3	Violência doméstica na infância e na adolescência
FPU4	1	Conscientizar o estudante sobre as diferentes formas de manifestação da violência infanto-juvenil e seus efeitos
FPU4	2	Recomendações e aplicação das práticas seguras, em relação à exposição dos usuários e trabalhadores ao risco biológico
FPU4	3	Prevenção de riscos profissionais
FPU4	3	Caracteriza os riscos ocupacionais e os acidentes de trabalho a que estão expostos esses trabalhadores e propõe a discussão preventiva desses acidentes
FPU4	4	Conhecer e compreender a violência contra as mulheres sob o olhar de gênero
FPU5	3	Prevenção de acidentes no hospital
FPU5	3	Prevenção de acidentes nas situações de atuação prática
FPU6	2	Violência como problema de saúde pública

Fonte: autoria própria.

Como se pode verificar, a FPU4 apresenta cinco disciplinas. Duas estão relacionadas com violência. As três outras disciplinas oferecidas pela FPU4 têm relação com acidentes envolvendo riscos ocupacionais e acidentes de trabalho.

A FPU5 apresenta duas disciplinas e ambas estão relacionadas com a prevenção de acidentes envolvendo a saúde do adulto e idoso. Já a FPU1 também apresenta duas disciplinas, uma direcionada à adolescência e à violência e a outra aborda a questão da prevenção de acidentes na infância.

A FPU6 apresenta somente uma disciplina no curso de graduação em Enfermagem que aborda a questão da violência como problema de saúde pública.

A FPU3 apresenta duas disciplinas, uma com o objetivo de ensinar sobre a assistência de Enfermagem aos pacientes com intoxicação exógena, ou que sofreram acidentes por animais peçonhentos e assistência de Enfermagem a pacientes com queimaduras. A outra disciplina tem como um dos seus objetivos a abordagem da violência doméstica na infância e na adolescência.

Verifica-se no Quadro 3 que, das 12 disciplinas das faculdades públicas, cinco (41,6%) abordam a violência, sendo que dessas somente três disciplinas têm relação com violência contra crianças e adolescentes, uma enfoca a violência contra a mulher e outra a violência como problema de saúde pública, não especificando faixa etária ou gênero.

Em relação aos acidentes, sete disciplinas (58,3%) trabalham esse tema, sendo que três fazem referência aos acidentes de trabalho e riscos ocupacionais, duas abordam prevenção de acidentes com adultos e idosos e duas abordam a prevenção de acidentes com crianças e adolescentes. As faculdades FPU 2 e FPI1 não tinham temas relacionados com violência e acidentes.

No Quadro 4 são apresentadas as disciplinas dos cursos de Enfermagem das faculdades privadas que têm relação com o tema dos acidentes e violências.

Quadro 4 – Abordagem em disciplinas de cursos de Enfermagem das temáticas sobre acidentes e violências, de acordo com as faculdades privadas do Estado de São Paulo (n=15)

Facul.	Ano	Tema abordado
FPI2	3	Acidente de trabalho
FPI2	4	Conhecer métodos de prevenção de acidentes na infância. Conhecer métodos de prevenção de acidentes na infância depressão e suicídio, delinquência juvenil, violência, maus tratos e prostituição
FPI2	4	Acidentes e quedas
FPI2	5	Conhecer as causas, consequências e medidas de prevenção de acidentes na infância
FPI2	5	Conhecer e aplicar medidas para prevenção de acidentes da infância na unidade
FPI3	1	Problematização das situações de risco social para a violência e exclusão
FPI3	4	Problemas como negligência e maus-tratos contra os idosos
FPI4	1	Violência nas metrópoles
FPI5	4	Perfil e funções do socorrista. Medidas de proteção para o socorrista e para a vítima. Suporte básico de vida em emergências. Atendimento pré-hospitalar a vítimas de traumas, afogamento, catástrofes, em acidentes por animais peçonhentos e queimaduras
FPI5	5	Atuação do enfermeiro na promoção, prevenção e controle de acidentes e doenças laborais
FPI6	4	Perfil e funções do socorrista. Medidas de proteção para o socorrista e para a vítima. Suporte básico de vida em emergências. Atendimento pré-hospitalar a vítimas de traumas, afogamento, catástrofes, em acidentes por animais peçonhentos e queimaduras
FPI6	5	Atuação do enfermeiro na promoção, prevenção e controle de acidentes e doenças laborais
FPI7	4	Perfil e funções do socorrista. Medidas de proteção para o socorrista e para a vítima. Suporte básico de vida em emergências. Atendimento pré-hospitalar a vítimas de traumas, afogamento, catástrofes, em acidentes por animais peçonhentos e queimaduras
FPI7	5	Atuação do enfermeiro na promoção, prevenção e controle de acidentes e doenças laborais
FPI8	3	Acidentes de trabalho
FPI8	3	Lei Maria da Penha
FPI9	2	Intoxicações exógenas
FPI9	3	Prevenção de acidentes na infância
FPI9	3	Prevenção de acidentes
FPI10	1	Risco de acidentes
FPI11	NE	Quedas, violência maus tratos
FPI12	NE	Não específica
FPI13	1	Não específica
FPI14	2	Não específica
FPI15	3	Noções de prevenção de riscos biológicos ocupacionais
PI15	3	Prevenção de acidentes
FPI16	4	Violência urbana

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que na FPI2 há cinco disciplinas disponíveis, sendo que quatro abordam os acidentes. Duas delas abordam a prevenção de acidentes na infância. Outra disciplina aborda acidentes e prevenção de quedas em idosos e outra a prevenção de acidentes de trabalho. Na

FPI11 os temas da violência e acidentes são trabalhados no mesmo momento durante o período de estágio supervisionado.

Na FPI9 há três disciplinas que abordam também a questão dos acidentes. Somente uma delas faz referência à saúde da criança e do adolescente, as outras duas trabalham a questão do adulto e a intoxicação nas disciplinas de saúde do idoso e farmacologia respectivamente.

As Faculdades FPI5, FPI6 e FPI7 apresentam duas disciplinas iguais, sendo que em uma há a abordagem da questão do acidente, com o objetivo ensinar sobre a assistência de Enfermagem para casos de acidentes como traumas, afogamento, catástrofes, em acidentes por animais peçonhentos e queimaduras e a outra disciplina tem como objetivo ensinar sobre a atuação do enfermeiro na promoção, prevenção e controle de acidentes e doenças laborais.

A FPI15 também aborda a questão dos acidentes em duas disciplinas. Em outras disciplinas são trabalhadas a questão da prevenção dos acidentes na infância e a questão da prevenção dos acidentes de trabalho.

A FPI10 e a FPI8 também trabalham a questão da prevenção de acidentes de trabalho . A FPI8 também tem outra disciplina que aborda a violência contra a mulher.

A FPI4 aborda a questão da violência. Na FPI3 duas disciplinas abordam a violência contra o idoso. Na FPI16 trabalha o tema da violência de forma mais geral. As faculdades, FPI13; FPI14 e a FPI12 descrevem os nomes das disciplinas, porém, não apresentam os seus objetivos.

Das 27 disciplinas identificadas entre as faculdades privadas do Estado de São Paulo, 17 (63,0%) abordam a questão do acidente, cinco (18,5%) abordam a questão da violência, duas (7,4%) abordam os dois temas juntos e três (11,1%) não especificam o conteúdo da disciplina, não ficando claro qual a temática abordada. Somente cinco (18,5%) disciplinas estavam relacionadas com a saúde da criança, as demais traziam as temáticas dos acidentes e violências relacionadas a outro contexto e outra faixa etária.

Em relação ao ano de graduação que os temas foram abordados, predominou o quarto ano, seguido do terceiro e do quinto ano do curso. No primeiro e no último ano as temáticas foram trabalhadas em menor proporção. Além disso, duas faculdades não especificaram o ano do curso no qual a disciplina foi trabalhada.

Observa-se, pelos dados coletados a partir das descrições trazidas nas *homepages* sobre as disciplinas, que não fica explícito se é trabalhada a questão da importância da notificação desses agravos e o preenchimento adequado das fichas de notificação do SINAN, no caso da violência, acidentes de trabalho e com animais peçonhentos e intoxicação, conforme a lista nacional de agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2016a).

Da mesma forma não é possível confirmar se há a abordagem da política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências e de outros documentos ministeriais que abordam a questão da prevenção da violência e dos acidentes por meio da formação e atuação de profissionais da saúde (BRASIL, 2005; BRASIL 2009a; BRASIL, 2010a, BRASIL 2015c).

Outro aspecto importante é que as temáticas são trabalhadas de diferentes formas durante a graduação. Apesar deste estudo ter relação com a formação do enfermeiro para atuação na prevenção de acidentes infantis e violência, verifica-se que, nas grades curriculares pesquisadas, há abordagem principalmente da violência contra a mulher e idoso, bem como a abordagem do acidente de trabalho, não sendo discutida como um agravo que tem relação com todos os grupos e gêneros. Assim também acontece com a temática do acidente, pois é abordada em um aspecto pontual como acidente na infância ou acidente de trabalho, mesmo sendo um evento que ocorre em diversos ambientes e com todos os indivíduos (criança, mulher, trabalhador, idoso etc.).

Os grupos de pessoas abordados nessas disciplinas, mulher, criança e adolescente, são respaldados e protegidos legalmente em relação a violência (Lei nº 10.778/2003 e Lei nº 8.069/1990) (BRASIL, 2003 e BRASIL, 1990a; respectivamente) devendo ser notificado compulsoriamente no país. Se ressalta a importância da disciplina que apresenta a violência com um problema social e de saúde pública, pois realmente é.

[...] as violências e os acidentes exercem um grande impacto social e econômico, em especial, sobre o SUS e que as intervenções pautadas na prevenção e promoção da saúde precisam ser ampliadas [...] (BRASIL, 2015c, p.7).

Da mesma forma que na abordagem da violência os grupos de idosos e crianças, pelo seu processo de desenvolvimento natural, estão mais susceptíveis aos acidentes. Assim sendo o profissional de saúde pode auxiliá-los a realizar suas atividades de vida de modo seguro.

Em relação aos acidentes de trabalho, a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016a), que dispõe sobre as doenças de notificação compulsória, engloba a notificação de acidentes de trabalho pelos profissionais da saúde.

Pode-se perceber a importância das disciplinas trabalhadas nessas IES investigadas no presente estudo, mas não foi possível aprofundar a discussão, pois o conteúdo disponível na *homepage* não proporcionou condições de obter mais informações sobre os conteúdos e as

discussões das disciplinas. É possível verificar também que as disciplinas se concentram mais no terceiro ano do curso de Enfermagem, seguido do segundo ano.

Percebe-se também que, muitas vezes, os assuntos são abordados para o ensino de técnicas ou assistência ao evento já ocorrido, como por exemplo, nas disciplinas de urgência e emergência. Não que isso não seja importante para a atuação do enfermeiro, mas a questão da prevenção desses agravos fica em segundo plano, reforçando a ideia de um ensino voltado para práticas curativas.

Uma outra forma para se abordar o conteúdo da violência e do acidente durante a formação e envolvendo a relação entre a teoria e a prática, pode ser desenvolvida por meio de grupos de pesquisa e por projetos de extensão, os quais incluem graduandos, pós-graduandos e pesquisadores vinculados a eles, os quais produzem conhecimento teóricos práticos aplicáveis à realidade vivenciada e fomentam a formação e a visão crítica sobre vários contextos.

Realizando uma busca por meio do site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por grupos de pesquisa, usando a palavra violência, foi encontrado o registro de 981 grupos. Especificando para violência infantil, foi verificado que há seis grupos cadastrados. Em relação aos grupos de pesquisa com a palavra acidentes verificou-se o registro de 162 grupos no CNPq. Ao usar o termo acidente infantil, foi encontrado um grupo de pesquisa somente. Desse modo, observa-se que muito pode estar sendo produzido, mas infere-se que a aplicabilidade ou acesso a essa produção ainda está restrito para o conhecimento público.

Independente do conteúdo abordado sobre violência e acidentes na formação dos enfermeiros, Souza et al. (2006) mencionam em seu estudo que

As escolas de enfermagem, apesar das novas diretrizes curriculares, não produziram mudanças significativas no ensino de enfermagem no país, uma vez que ainda poucos são os profissionais formados nesta proposta, talvez por isso são poucas as transformações ocorridas na prática profissional que têm contribuído para um cuidado pautado no atendimento integral ao ser humano [...] (SOUZA et al., 2006, p. 806).

Observa-se uma grande expansão do número de faculdades de Enfermagem particulares no país, de acordo com os dados nacionais sobre o ensino superior no Brasil.

Verifica-se por meio dos dados da Sinopse de Estatística da Educação Superior – 2017 do Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira -INEP, que em relação ao número de Instituições de Educação Superior no país em 2017, o país apresentava um total de 2.448 instituições de ensino superior reconhecidas pelo MEC, sendo 296 públicas (Federais,

Estaduais e Municipais) e 2.152 particulares. Essas instituições de ensino particulares estavam localizadas em sua maioria no interior do país conforme a Tabela 1 (BRASIL, 2017).

Tabela 1 – Número de IES por categoria administrativa e localização IES-2017

Unidade da Federação / Categoria Administrativa	Total geral das instituições de Ensino Superior reconhecidas pelo MEC no Brasil-2017		
	Total	Capital	Interior
Brasil	2448	874	1.574
Públicas	296	98	198
Federal	109	65	44
Estadual	124	33	91
Municipal	63	-	63
Privada	2152	776	1.376

Fonte: autoria própria.

Já em relação à região sudeste do Brasil, verificou-se a existência de 1.121 IES, sendo 156 públicas (Federais, Estaduais e Municipais) e 965 IES particulares. Na região Sudeste, conforme os dados da Tabela 2, o número de instituições particulares ultrapassa o número das instituições de ensino superior públicas e novamente elas estavam localizadas no interior dessa região (BRASIL, 2017).

Tabela 2 – Número de IES por categoria administrativa e localização na região Sudeste do Brasil, IES-2017

Região Sudeste do Brasil	Total geral das instituições de Ensino Superior reconhecidas pelo MEC na Região Sudeste do Brasil- 2017		
	Total	Capital	Interior
Sudeste	1.121	301	820
Públicas	156	32	124
Federal	36	15	21
Estadual	90	17	73
Municipal	30	-	30
Privada	965	269	696

Fonte: autoria própria.

No estado de São Paulo mais especificamente, havia 611 IES, sendo 101 IES públicas (Federal, Estadual, Municipal) e 510 privadas (Tabela 3). Novamente verifica-se o maior número de IES privadas concentradas no interior do Estado (BRASIL, 2017).

Tabela 3 – Número de IES por categoria administrativa do Estado de São Paulo, IES-2017

Estado de São Paulo	Total geral das instituições de Ensino Superior reconhecidas pelo MEC no Estado de São Paulo – 2017		
	Total	Capital	Interior
São Paulo	611	158	453
Públicas	101	12	89
Federal	5	2	3
Estadual	73	10	63
Municipal	23	-	23
Privada	510	146	364
	510	146	364

Fonte: autoria própria.

Esse fenômeno de expansão das IES privadas está presente em todas as áreas de formação e traz consigo uma característica de mercado, não priorizando muitas vezes a qualidade dos profissionais que estão sendo formados, como é relatado por Agapito (2016):

O cenário atual do ensino superior brasileiro vem demonstrando a prevalência dos objetivos econômicos e políticos do grande capital em detrimento da autonomia e produção científica das universidades públicas. Destaca-se que esta produção científica é submetida a programas de avaliação que visam analisar quantitativamente o desempenho técnico das unidades acadêmicas, ou seja, não há preocupação com o aspecto qualitativo da atividade intelectual acadêmica. (AGAPITO, 2016, p. 129).

Em estudo realizado por Salto (2018) cujo objetivo foi descrever como está se desenvolvendo o ensino superior privado no Brasil. Ele descreve que o país tem “o maior sistema de ensino superior da América Latina, com uma parcela considerável de alunos matriculados em instituições do setor privado” (SALTO, 2018, p. 809).

Um dos motivos mencionados por ele sobre a expansão de universidades privadas foi o incentivo do próprio governo, por meio do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), no qual o governo arca com os custos das mensalidades durante o curso e o aluno após formado, pagará ao Estado o valor de seu financiamento. Outro detalhe descrito pelo autor são as diferenças de cursos disponíveis nas políticas educacionais do país, como cursos de formação de bacharéis, licenciaturas com duração de 4-5 anos, e tecnólogos que podem ter duração de 2-3 anos. Assim ele apresenta que o governo desde 2014 vem investindo muito no ensino superior privado por meio de programas como FIES, Programa Universidade para Todos (PROUNI) e o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) (SALTO, 2018).

O autor avaliou os dados do censo da educação superior do Brasil e verificou que o setor público tem profissionais em sua maioria em dedicação integral visando à pesquisa, recebendo recursos para sua realização e, nas faculdades privadas, visam à formação de professores com experiências profissionais. Em ambos os setores há profissionais contratados em regime de dedicação parcial e, nas faculdades privadas, nesse âmbito, há um número maior de professores sem o doutorado, não sendo instituições produtoras de pesquisa. Isso em relação às públicas, pode ser considerado socialmente um fator de baixa qualidade (SALTO, 2018).

Para o autor, as faculdades públicas atraem estudantes com um perfil de pesquisa e as privadas atraem indivíduos com a intenção de buscar resultados mais imediatos (SALTO, 2018). Desse modo, tornam-se importante mais pesquisas relacionadas ao setor privado no Brasil para analisar a formação desses profissionais, uma vez que é um setor em expansão e

tem como objetivo dar uma resposta rápida para a formação de profissionais de diferentes áreas e, conseqüentemente, trará conseqüências positivas ou negativas ao mercado de trabalho e as necessidades dos indivíduos.

Esse fato traz preocupações sobre como estão sendo formados os profissionais, pois o ensino está voltado mais para o trabalho e não para formação de um profissional crítico e reflexivo, como está preconizado nas diretrizes curriculares nacionais.

Chaves e Amaral (2015) também desenvolveram um estudo buscando discutir sobre a educação superior no Brasil, ressaltando os desafios da expansão e do financiamento em comparações com outros países. Os autores verificaram que a política de privatização da educação no Brasil o deixa na segunda posição de privatização desse nível de ensino “no conjunto de 15 países da América Latina, com 73% dos estudantes matriculados em IES privadas (dados de 2012), só perdendo para o Chile cuja totalidade do ensino superior está privatizada” (CHAVES; AMARAL, 2015, p.102). Eles complementam ainda que

Os países que apresentam os menores índices de privatização da educação superior desse conjunto de países da América Latina são Uruguai, Argentina e Bolívia. Nesses países, a maioria dos estudantes está matriculada em instituições públicas de educação superior, com 84,5% no Uruguai, 73,2% na Argentina e 70,4 % na Bolívia (CHAVES; AMARAL, 2015, p. 102).

Ainda nesse estudo, Chaves e Amaral (2015) concluem e complementam também os resultados trazidos por Agapito (2016), indicando que essa expansão favorece a mercantilização do ensino, apesar de a educação ser um dever do Estado. As faculdades públicas estão perdendo seus direitos e investimentos para a formação de profissionais de alta qualidade em nível superior, que segundo os autores é uma necessidade urgente para o desenvolvimento da sociedade brasileira.

Outro tipo de educação que tem se expandido é a educação superior a distância. Em relação a esta modalidade, Agapito (2016) relata que é um modelo também lucrativo para o setor privado devido ao seu baixo custo para as faculdades e por ser atraente para as pessoas que buscam uma oportunidade para se profissionalizar. Contudo, como descrito anteriormente, o ensino a distância para Enfermagem ainda é uma ferramenta complementar ao ensino e que pode ser utilizada para formação inicial e continuada de enfermeiros sobre ambas temáticas.

Em relação a estudos similares a este verificou-se no estudo de Souza et al., (2008), sobre a inserção do tema da violência intrafamiliar nos currículos dos cursos de Medicina e Enfermagem de 10 faculdades do Rio de Janeiro e de Cuiabá, os autores concluíram que o assunto era mais abordado no curso de Enfermagem e predominava nas disciplinas de saúde

mental e saúde coletiva relacionando com promoção a saúde e aspecto psicossociais. Na Medicina era mais abordada na clínica cirúrgica e geral relacionando ao aspecto biológico e traumas físicos. Concluíram que a abordagem era incipiente em ambos os cursos (SOUZA et al., 2008).

Zanatta et al. (2015) também desenvolveram um estudo para identificar como a temática violência se expressa nos estudos produzidos no âmbito da formação profissional em saúde, por meio de um estudo bibliométrico nas bases de dados de janeiro a fevereiro de 2015, sendo selecionados nove artigos. Eles apontaram que a violência era trabalhada por meio de aspectos direcionados para saúde da criança, para violência sexual e violência doméstica, sendo fragmentada no ensino e na assistência à saúde. Concluíram que a abordagem sobre a violência era superficial e biologicista.

Martins et al. (2017) buscaram verificar a abordagem da violência nos currículos das faculdades públicas e privadas da região nordeste do Brasil, por meio dos projetos políticos pedagógicos disponíveis dos cursos de Enfermagem, também nas homepages das IES. Os autores verificaram que de 27 projetos políticos pedagógicos analisados somente 17 abordavam o tema da violência, geralmente nas disciplinas de saúde pública, saúde da criança e saúde da mulher. Também foi verificado que

Nas Universidades Federais foram contabilizadas 15 disciplinas, sendo 11 obrigatórias com predominância no 4º e 7º período e 4 optativas. Das Universidades Estaduais foram encontradas 9 disciplinas obrigatórias com predominância no 7º período, não sendo identificadas disciplinas optativas. Das Universidades Privadas foram identificadas 5 disciplinas com predominância no 5º período, não havendo disciplinas optativas. Das 17 Universidades, 2 não possuem disciplinas obrigatórias com a temática violência, podendo favorecer para a fragilidade na formação profissional. (MARTINS et al., 2017, p. 160).

Os autores concluem que os cursos de Enfermagem abordam superficialmente os temas da violência. Portanto em comparação do estudo realizado na região nordeste do país com o realizado na região sudeste, verifica-se que havia somente cinco IES públicas que abordavam a temática da violência e acidente e, no nordeste, o número de disciplinas relacionadas à violência era maior. Já as IES particulares, do sudeste, abordam mais a prevenção de acidentes do que a região nordeste. Contudo, em ambas as regiões a abordagem das temáticas ocorre nas disciplinas de saúde pública, saúde da mulher e saúde da criança (MARTINS et al., 2017).

Em pesquisa nas bases de dados internacionais (*Scopus, Pubmed e Web of Science*) verificou-se que, em alguns países, essas temáticas são trabalhadas na formação do Enfermeiro, demonstrando a importância das temáticas. Por exemplo, um estudo realizado na Espanha por

Maquibara et al. (2018) descreveu que o assunto relacionado à violência de gênero era trabalhado, no ano de 2011, na universidade estudada, no primeiro ano de graduação em Enfermagem, envolvendo assuntos como conhecimentos teóricos básicos sobre os problemas de saúde causados pela da exposição à violência de gênero, identificação precoce de casos, serviços e acompanhamento dos casos. Nesse estudo eles concluíram que o treinamento durante a formação de enfermeiros pode auxiliar a enfraquecer mitos existentes no contexto da violência de gênero e fortalecer conhecimento e atitudes dos alunos influenciando na condução dos casos e no desempenho profissional. Ainda referem que o uso de metodologias de ensino inovadoras estimulam o raciocínio crítico dos alunos neste âmbito (MAQUIBARA et al., 2018).

Em uma revisão integrativa sobre a formação do enfermeiro realizada por Pires et al. (2014) foi demonstrada que a forma com que se realiza o processo de formação do enfermeiro pode acarretar consequências positivas ou negativas na assistência por ele prestada. Dessa maneira, ressalta-se a importância do processo ensino aprendido conforme as DCNs e com as mudanças sociais que se atualizam rapidamente, exigindo maior conhecimento e visão crítica dos profissionais de Enfermagem

Os currículos das universidades devem estar em consonância com as diretrizes curriculares nacionais do curso de Enfermagem. Cação relata que o currículo tem sido visto historicamente como “um programa a ser seguido” (CAÇÃO, 2012, p.28), mas complementa que o currículo assume uma posição no sentido de apresentar pressupostos sobre o conteúdo e a forma que o ensino será desenvolvido. Porém, o currículo como práxis reflete a função social e cultural de uma instituição de ensino em um dado momento concretizando o Projeto Político Pedagógico, articulando as diretrizes curriculares.

Imbuído ainda na discussão do currículo, o qual deve envolver os professores na sua elaboração o conceito sobre interdisciplinaridade do ensino se faz importante e Oliveira e Santos (2017, p. 86) referem que ela

[...] é necessária para religar o que foi desconectado, questionar o que nos foi imposto como verdade, é deste movimento que a nosso ver, decorre a interdisciplinaridade, ou seja, não a concebemos como uma metodologia, como programa a ser seguido, mas como uma emergência decorrente da dialógica, do tensionamento entre as disciplinas e das interações entre os sujeitos.

Skinner (1972, p. 227) descreve que as dificuldades administrativas, como o conteúdo a ser aprendido pelo aluno, é geralmente dividido em materiais específicos nos programas e currículos, porque os professores são especialistas em determinados assuntos e os alunos são divididos ao passarem de uma matéria para outra. A consequência disso é que as habilidades e

talentos dos alunos, que poderiam ser reconhecidas e trabalhadas em diferentes materiais, podem não ser reconhecidas ou ensinadas adequadamente.

Por isso o currículo e os pressupostos da instituição influenciam na proposta de um currículo interdisciplinar e no ensino para poder desenvolver de forma contínua as habilidades dos alunos.

Os temas como acidentes e violências podem ser trabalhados dessa forma nas diferentes disciplinas, desde o primeiro ano da graduação, uma vez que os todos indivíduos são susceptíveis a eles.

Os autores Silva et al. (2010) concluíram em seu estudo que para o processo de formação do enfermeiro, faz-se necessário requerer para as instituições de ensino superior mudanças na implementação de ações visando a reorientação desse processo formativo, que deve ser voltado “para o desenvolvimento de competências e habilidades, para o exercício de práticas e saberes” que estão de acordo com os princípios do SUS (SILVA et al., 2010, p. 183).

Skinner refere que as teorias de aprender com a experiência são válidas, mas para ele pode haver alguma negligência de variáveis importantes do ambiente que poderiam levar a um resultado diferente. Da mesma forma que aprender a partir do ensaio e erro pode levar a consequências do comportamento como punições (SKINNER, 1972).

Sobre a palavra habilidade, Skinner aponta que “quando os esforços educacionais se tornam contingentes às propriedades topográficas ou intensas do comportamento, chama-se o resultado de habilidade” (SKINNER, 2003, p. 443).

Do mesmo modo o saber para Skinner é bem mais que uma aprendizagem mecânica, e as agências educacionais devem dar contingências para que o aluno “aprenda a observar, buscar materiais relevantes, organizá-los e propor soluções experimentais” (SKINNER, 2003, p. 447), em situações futuras para que ele possa chegar sozinho a respostas adequadas frente às novas situações que ele vivenciará.

Ele tece uma crítica ao sistema educacional em sua obra *Ciência e comportamento Humano* (SKINNER, 2003) demonstrando a mercantilização do ensino e os objetivos aplicados à formação direcionada aos interesses econômicos.

O artesão ensina o aprendiz porque, ao fazer isso, adquire um ajudante útil; uma indústria ensina àqueles que trabalham para ela por razões semelhantes. Os reforçadores são geralmente econômicos[...] (SKINNER, 2003, p.438).

E complementa que “[...]A agência educacional, assim, não se distingue pela natureza das variáveis, mas no uso que faz delas. Há uma diferença entre o uso do poder econômico para

induzir o aprendiz a trabalhar, e para induzi-lo a adquirir formas eficientes de comportamento [...]” (SKINNER, 2003, p 439). Assim, o seu conhecimento possa ser usado em diferentes contextos de forma natural sem que necessite de reforçadores econômicos para atuar de maneira adequada.

4.4 Conclusão

Concluiu-se, frente ao objetivo deste Estudo I, que a maioria das IES não disponibilizava o Projeto Político Pedagógico em suas *homepages*, mesmo havendo uma portaria determinando tal fato.

Há um maior número de faculdades privadas do que públicas no Estado de São Paulo.

Verificou-se que as disciplinas que abordavam a temática dos acidentes e da violência tinham relação com a saúde da mulher, criança, idoso, saúde pública e saúde do trabalhador, porém, não foi possível analisar como as temáticas eram abordadas em cada uma delas somente com os conteúdos apresentados nas *homepages*.

Considera-se que essas temáticas devam estar presentes na formação do enfermeiro durante todo curso de graduação, de forma transversal, ou seja, não deve se limitar a uma disciplina ou especialidade, mas sim serem trabalhadas em todas as disciplinas, independente da formação do docente, aproveitando os momentos de estágios, discussão de casos, acontecimentos reais entre outros momentos para discussão das temáticas durante a formação.

Observa-se que nos estudos realizados e descritos nesta Tese, sobre a abordagem da temática da violência nos currículos da Enfermagem, apresenta-se como um consenso entre os autores que o assunto é abordado de forma fragmentado e pontual. Não foram localizados estudos semelhantes sobre os acidentes.

As DCNs prevêm que a formação do enfermeiro deve torná-lo um profissional crítico e reflexivo com habilidades para atuar relacionando teoria e prática e que atenda às demandas do SUS.

As IES e seus docentes devem garantir que esse processo de formação ocorra de forma integral e que o currículo seja o norteador de suas práticas, mas esse deve ter caráter interdisciplinar para que assuntos como esses sejam trabalhados durante toda a formação, uma vez que que são agravos que não são restritos à criança.

Assim sendo verifica-se a importância do professor neste preparo do aluno e, por isso, esse profissional foi incluído no Estudo II desta Tese.

5 ESTUDO II – Conhecimento e opiniões de docentes do curso de Enfermagem sobre prevenção de acidentes e violência infantil

A hipótese do Estudo II foi que os docentes do curso de Enfermagem que atuam em disciplinas como saúde da criança e saúde pública teriam maior aproximação com os temas relacionados aos acidentes e violência infantil.

5.1 Objetivo

Caracterizar os conhecimentos e opiniões de docentes de curso de Enfermagem em relação à prevenção da violência e dos acidentes infantis.

5.2 Método

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa. Adotou-se a abordagem qualitativa e quantitativa, pois “os métodos quantitativo e qualitativo não são incompatíveis; pelo contrário, estão intimamente imbrincados e, portanto, podem ser usados pelos pesquisadores sem caírem em contradição epistemológica” (SANTOS FILHO, 1995, p. 51). Ainda em relação do uso concomitante das abordagens qualitativa e quantitativa, refere-se que

[...] ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, [...], como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade (MINAYO; SANCHES, 1993, p.240).

5.2.1 Materiais

Foram utilizados roteiros pré-elaborados, como Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, roteiros para entrevista (Apêndice A), gravador, computadores e impressoras.

O roteiro de entrevista foi elaborado para a presente pesquisa. Era composto por um bloco sobre acidentes infantis, outro sobre violência infantil e um sobre ações educativas sobre ambos os temas. Nos dois primeiros blocos a intenção era identificar experiências pessoais e profissionais dos docentes e no terceiro identificar o que eles consideram importante para elaboração de ações educativas voltadas aos alunos do curso de Enfermagem sobre as respectivas temáticas.

5.2.2 Ambiente

O Estudo II foi desenvolvido em duas instituições de ensino superior (IES), sendo uma pública e uma privada, de um município da região sudeste do Brasil com aproximadamente 220 mil habitantes. A escolha dessas duas instituições ocorreu pelo acesso que a pesquisadora fez sobre elas, igualmente a importância delas na formação de enfermeiros dessa região, no contexto do país.

5.2.3 Participantes

Foram participantes 13 docentes, sendo sete da faculdade privada e seis da faculdade pública, do Curso de graduação em Enfermagem, por meio de amostragem intencional não probabilística. Segue Tabela 4 com a caracterização desta amostra.

Tabela 4- Caracterização dos docentes dos dois cursos de Enfermagem, um de faculdade pública e outro de faculdade privada, participantes da pesquisa (n=13)

Categorias	Frequência
Sexo	
Feminino	10
Masculino	3
Faixa etária	
30-40 anos	4
41-50 anos	3
51-60 anos	5
Maior de 60 anos	1
Local de formação	
Pública	9
Privada	4
Tempo de formação	
10-15 anos	4
16-20 anos	2
21-25 anos	2
26-30 anos	3
31-35 anos	2
Titulação	
Doutorado	6
Mestrado	6
Especialização	1
Tempo de experiência em docência	
1-15 anos	6
16-20 anos	2
21-25 anos	1
26-30 anos	4

Fonte: autoria própria.

Entre os docentes entrevistados, os quais eram todos enfermeiros de formação, somente duas têm relação direta com disciplinas que envolvem a criança, sendo somente uma especialista na área de obstetrícia e uma em neonatologia. Elas ministram as disciplinas e estágios na área da saúde da criança, mulher e saúde pública em uma das faculdades do estudo.

Observa-se que seis docentes incluindo as duas que têm especializações nas áreas de obstetrícia e neonatologia também têm a titulação de mestre. Outros seis são doutores e somente um é especialista. Os docentes atestam ser especialistas nas áreas de administração de serviços de saúde e área hospitalar, urgência, emergência, cardiovascular, clínica médica e cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, didática, educação em saúde pública, oncologia, gerenciamento de pessoas, saúde do adulto, preceptoria para o SUS e saúde mental, sendo responsáveis por disciplinas que envolvem estágios da rede básica e hospitalar, medicina social, saúde do idoso, semiologia, administração e saúde mental.

5.2.4 Procedimentos

Foi agendado um horário com a coordenadora do Curso da faculdade particular para a apresentação da proposta de pesquisa e, posteriormente houve um novo contato e uma nova reunião para apresentar a proposta aos docentes, convidando-os para entrevista em datas e locais agendados individualmente. Os professores que estavam presentes consideraram que o projeto era interessante e aceitaram sua realização. Assim, nesta faculdade, foi confirmada a participação de todos os docentes enfermeiros.

Na faculdade pública foi agendada reunião com os docentes e os coordenadores da quarta série do curso de Enfermagem. Todos os docentes aceitaram ser entrevistados pela pesquisadora em datas e horários previamente pactuados.

Conforme refere Manzini (2003, p. 13), “a entrevista seria uma forma de buscar informações, face a face, com um entrevistado”.

Após aprovação (Parecer n 1.502.439/2016) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi realizada entrevista com uma docente do curso de Enfermagem de uma faculdade privada de outro município, para adequação do roteiro de entrevista. A profissional assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a entrevista durou em média 35 minutos. Essa ação foi importante para adequação do instrumento. Nenhuma questão foi excluída, porém, foram melhor elaboradas para serem mais objetivas e claras para compreensão dos docentes entrevistados.

A partir disso foi realizada entrevista individualmente com os docentes participantes do estudo definitivo. Após a assinatura do TCLE, os docentes foram convidados a responder questões relacionadas à prevenção de acidentes e violência infantil.

Todas as entrevistas foram gravadas. A duração foi em média de 30-45 minutos. Foi feita a transcrição integral com ajustes, de acordo com as normas ortográficas, e tratamento das falas, como citação direta de autores.

A análise foi feita conforme referem Danna e Matos (2015), ou seja, para conhecer sobre um determinado assunto é necessário ter contato com ele, observando e registrando seus comportamentos. Somente dessa forma seria possível perceber as semelhanças e as diferenças entre esses comportamentos, e verificar que muitos deles se repetem. Nessa etapa o pesquisador pode classificar ou agrupar esses comportamentos comuns. Isso irá auxiliar na organização dos dados, identificando relações, sequência e uniformidade entre os eventos observados (DANNA; MATOS, 2015).

As definições de classes devem ser “claras, objetivas e precisas, serem expressas de forma direta e afirmativa e incluir somente elementos que lhes sejam pertinentes, além de ser explicitas e completas” (DANNA; MATOS, 2015, p. 129).

Para que a análise dos dados coletados tenha um teor científico é necessário a aferição da fidedignidade, ou seja, medir “a constância e precisão dos registros de um observador” (DANNA; MATOS, 2015, p 139). Esse índice pode ser medido ao se comparar a concordância entre os observadores, os quais devem ser juízes independentes e que não tenham comunicação entre si. Espera-se atingir um índice acima de 80% de concordância entre os juízes (DANNA; MATOS, 2015).

Pasquali (2011) descreve sobre a importância do julgamento dos materiais pelos juízes. Segundo ele

Na análise de conteúdo dos testes, os juízes devem ser peritos na área do constructo, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão. A tarefa deles consiste em dizer se o item constitui uma representação adequada de tal ou tal fator (traço latente). Por exemplo: constitui-se um teste com 30 itens para cobrir três traços latentes (afiliação, ansiedade, autonomia) eu tenho a minha versão de qual fator cada item está representado. Preciso da opinião de outros especialistas para confirmar ou não minha versão. Assim peço a meia dúzia deles para individualmente opinarem qual dos fatores cada item se refere. Para tanto dou aos especialistas duas listas: uma com as definições do que eu entendo por cada um dos fatores e outra em forma de tabela de dupla entrada com o elenco de itens listados a esquerda e os fatores no topo. A tarefa dos especialistas consistirá em lançarem uma marca para cada item sob o fator do qual o item se constitui representante. A análise desta lista consiste em verificar se há concordância entre os juízes. O item é retido no elenco se houver uma concordância de cerca de 80% entre os juízes. (PASQUALI, 2011, p. 107-8).

Para a organização das categorias, tanto quanto para o envio do material para juízes analisarem os conteúdos das entrevistas dos docentes, foram adotados os procedimentos descritos a seguir.

- a) Transcrição das falas dos participantes.
- b) Identificação de cada fala e participante (cada um recebeu um número de identificação, por exemplo, entrevistado 1, entrevistado 2 e assim sucessivamente).
- c) Divisão das falas em trechos, de acordo com a questão e levando em consideração as diferentes respostas dos docentes para cada questão. Por exemplo, ao ser questionado sobre “O que é acidente infantil?”, o entrevistado 1 respondeu que “...é uma queimadura, uma queda”, portanto, foi considerado que ele deu duas respostas diferentes para a mesma questão.
- d) Criação de categorias, consistindo na atribuição de nomes para cada trecho. Ou seja, para o exemplo no item anterior, duas categorias poderiam ser criadas, sendo uma queimadura e outra queda.
- e) Verificação de repetição de falas e atribuição das mesmas categorias para elas, que receberam o mesmo número para representá-las.
- f) Envio dos trechos de falas e de um rol possível de categorias para especialistas na área e membros do grupo EDACI, com o intuito de obter avaliação concordante de no mínimo dois especialistas na análise dos trechos. Os mesmos poderiam concordar ou sugerir novas categorias, bem como renomear as existentes.
- g) Comparação das concordâncias e discordâncias entre a categorização das falas pelos especialistas e pela pesquisadora em sua categorização inicial. Verificou-se que houve pouca discordância entre a pesquisadora e os especialistas. E, quando apresentava a discordância, a pesquisadora voltava para a leitura da fala do entrevistado levando em consideração a sugestão do especialista para definir a categoria final.
- h) Com as categorias definitivas e consensuais, contagem das frequências e cálculo da porcentagem que cada categoria obteve.
- i) Criação de categorias temáticas, ou seja, categorias maiores que aglutinavam mais do que uma categoria, pois o material foi muito denso e gerou muitas categorias diferentes.
- j) Nova submissão das categorias temáticas para análise dos especialistas e membros do grupo de pesquisa.
- k) Nova comparação das categorizações dos especialistas e membros do grupo de pesquisa com a categorização feita pela pesquisadora para conclusão da análise.

O questionário inicial foi composto por três blocos de questões, sendo o primeiro relacionado aos acidentes infantis, o segundo sobre a violência infantil e o terceiro sobre ações educativas envolvendo essas temáticas.

Para apresentação dos resultados e a discussão optou-se por colocar as principais categorias de respostas, com as maiores frequências dos dois primeiros blocos de forma conjunta, visto que as questões sobre as temáticas foram elaboradas seguindo uma mesma lógica.

5.3 Resultados e discussão

A primeira questão dos dois primeiros blocos feita aos docentes foi sobre os conceitos de acidente e de violência infantil. Na Tabela 5 constam as categorias de respostas com suas respectivas frequências e porcentagens.

Tabela 5- Frequência das categorias de respostas dos docentes em relação à questão “Em sua opinião, o que é acidente infantil/violência infantil?” (n=13)

<i>Acidente infantil</i>			<i>Violência infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Evento não intencional que ocorre com a criança, que expõe a criança a risco	8	20,5	Agressão física	21	31,3
Acidente com criança	6	15,4	Violência emocional/psicológica/moral	14	20,9
Ação que provoque dano físico na criança	5	12,8	Algo intencional provocado por terceiro contra a criança	12	17,9
Dano moral, psicológico ou social à criança	5	12,8	Negligência	8	11,95
Acidente ocorridos em diferentes ambientes	4	10,3	Agressão verbal	4	5,9
Queda	2	5,1	Violência sexual	4	5,9
Intoxicação/ envenenamento	2	5,1			
Outras respostas com frequência de 1	7	17,9	Outras categorias com frequência igual a 1	4	5,9
Total	39	100	Total	67	100

Fonte: autoria própria.

Sintetizando as categorias de respostas dos docentes às questões apresentadas na Tabela 5, observa-se que eles respondem sobre o conceito se reportando às consequências dos agravos, como por exemplo, causando danos físico, moral, psicológico ou utilizando exemplos dos eventos, fazendo referência ao tipo de acidente e violência (exemplo: queda, intoxicação, agressão física, violência sexual e negligência).

Segundo a PNRMAV os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais (BRASIL, 2005, p. 8). Ela define que

[...] os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis. (BRASIL, 2005, p.8).

Observa-se, dessa forma, que há relação entre os termos até mesmo na descrição trazida por essa política. Nota-se também que as categorias de respostas, principalmente relacionadas ao acidente, fazem referências, ou pode-se dizer que se confundem com o conceito de violência quando se verifica as categorias de resposta para o acidente como “Dano moral, psicológico ou social à criança” e “Ação que provoque dano físico na criança”.

Ao serem questionados se fora de sua formação inicial e de sua prática profissional, os docentes já tinham vivenciado alguma situação de acidente infantil, foi verificado que a maioria dos docentes (53,8%) já haviam vivenciado alguma situação de acidente infantil e seis (46,1%) deles não haviam vivenciado.

Em relação à violência infantil somente quatro deles (30,8%) referiram ter vivenciado outros nove (69,2%) docentes relataram que não haviam vivenciado situação que envolvesse essa temática fora de sua atuação profissional.

Entre os professores que mencionaram já ter vivenciado uma situação de acidente ou violência infantil fora de sua atuação profissional, foram feitas outras questões para detalhar esses eventos.

Dessa forma, frente à questão “se sim, qual o tipo de acidente que ocorreu?”, foram verificadas as seguintes categorias de respostas: “Queda de própria altura/objeto” com frequência de seis (42,9%) e “Queda de objeto sobre a criança” com frequência de dois (14,3%).

Em relação ao tipo de violência ocorrida, as categorias de respostas foram: “agressão verbal de pais em locais públicos” com frequência de dois (50%), e com frequência de um (25%) cada constaram as categorias: “privação de condições básicas de vida e de afeto” e “Negligência”.

Em relação a quem estava presente no momento do acidente foi verificado que a categoria “pais estavam presentes” teve frequência de três (27,3%), seguida pela categoria “mãe” e “familiares e outros” também com a mesma frequência. Duas outras categorias tiveram frequência de dois (18,2%) cada uma, “familiares” e “não havia alguém no momento”. No caso da violência, verificou-se que a categoria “pais” apresentou frequência de três (75%) e a categoria “cuidadora” apresentou frequência de um (25%).

Em relação à questão “como foi que ocorreu o acidente?”, os docentes que referiram ter vivenciado uma situação relacionada a esse agravo descreveram os casos por meio das seguintes categorias: “queda de objetos sob a criança” com uma frequência de dois (16,7%) e “queda da cama ou berço” também com a mesma frequência.

Em relação à violência as respostas a essa questão incluíram as seguintes categorias: “agressão verbal de pais em locais públicos” e “negligência”, ambas com frequência igual a dois (50%).

Em relação ao local da ocorrência desses acidentes, o “domicílio” prevaleceu com a frequência de oito (80%), e, no caso da violência, as categorias foram “local público” com frequência de dois (50%) e “residência” e “escola” cada uma com frequência de um (25%).

Desse modo foi visto que, em relação aos acidentes, as quedas no domicílio foi o tipo de acidente mais citado e a agressão verbal em local público o tipo de violência com a maior frequência. Em ambos os casos os responsáveis estavam próximos ou foram os próprios agressores segundo as categorias de respostas dos docentes.

Os estudos internacionais também demonstram o papel do enfermeiro em ações preventivas no caso de acidente no domicílio e na escola e reforçam a necessidade de orientação dos pais sobre os riscos de acidentes, tal como a necessidade de orientação sobre eles e sobre fases do desenvolvimento infantil, como é possível se verificar no estudo americano desenvolvido por Katcher et al. (2006) foi utilizado o método Delphi para analisar os principais riscos e lesões no ambiente domiciliar ocorridos com crianças de 1 a 5 anos de idade.

Desse modo o estudo de Katcher et al. (2006, 189) apontou como resultados principais, de acordo com a análise dos especialistas, que “[...] as armas de fogo e as piscinas foram classificadas como os perigos mais significativos, os alarmes de fumaça e a temperatura da água segura como as prevenções mais importantes no ambiente domiciliar”.

Constatou-se que em um domicílio há riscos relacionados à estrutura ou vinculados a outros fatores, como a guarda de armas em lugares que as deixam visíveis, ou que podem ser descobertas pela curiosidade da criança. Assim sendo, os pais e/ou responsáveis devem estar atentos a tudo que expõe a criança a risco, como guardar medicamentos e produtos tóxicos, evitar contato da criança com fogo e substâncias quentes, estar atento às plantas do quintal, escada e outros lugares que podem desencadear quedas, entre outros acidentes. A vigilância às crianças deve ser constante não somente dentro de casa, pois como consta na definição do MS, o acidente pode ocorrer em diversos ambientes.

Ainda sobre os acidentes na infância, estudos abordam os riscos aos quais as crianças estão vulneráveis, principalmente dentro do ambiente domiciliar, e formas de prevenção desses

eventos, como é o caso do estudo de Ortiz, Koller e Carboneel (2017), que realizaram uma intervenção com cuidadoras de crianças até cinco anos de idade aplicando um Módulo de Ambiente Seguro para prevenção de acidentes domésticos. Essa intervenção faz parte da Política pública de atenção à primeira infância em Bogotá.

Os pesquisadores realizaram visitas no domicílio e verificaram várias situações que expunham a criança a diferentes riscos de acidentes. Eles concluíram que essa política de prevenção deve ser continuamente colocada em prática, para que cuidadores obtenham informações adequadas para evitar esse agravo (ORTIZ.; KOLLER; CARBONEEL, 2017).

Outro estudo realizado em Mehrauli, Delhi, na Índia, buscou identificar, em uma área deste lugar, as causas dos acidentes em crianças de 0-14 anos, avaliando os riscos ambientais do domicílio. Segundo os autores o número das lesões são fatores considerados agravos importantes e causam impacto na saúde pública, por isso defendem que a educação dos pais é uma estratégia importante de prevenção (BHUVANESWARI et al., 2019).

No Brasil também têm sido publicados estudos relacionados à prevenção de acidentes. Silva et al. (2016) desenvolveram um estudo na região nordeste do Brasil, com mães que foram convidadas a participar de uma intervenção educativa sobre o assunto. Os autores notaram que após essa formação houve um aumento significativo do conhecimento das mães em relação aos acidentes, envolvendo a prevenção do acidente infantil no ambiente doméstico.

Também foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre as intervenções voltadas às ações de prevenção de acidentes na infância. Os autores apresentaram nos seus resultados que 15 artigos foram selecionados e que a maioria das pesquisas selecionadas de acordo com os critérios da busca foram realizados nos Estados Unidos. Consideraram que orientação familiar sobre desenvolvimento infantil, identificação dos fatores de risco para acidente no domicílio e avaliação de programas que envolvam família e escola, foram os temas mais abordados na pesquisa como forma de prevenção deste agravo (BARCELOS; DEL-PONTE; SANTOS, 2018).

Em relação à violência, há documentos internacionais, como o denominado “violência doméstica contra crianças e adolescente: um cenário em (des)construção” (AZEVEDO; GUERRA [200-]), que demonstram a problemática da violência no mundo. Nele está descrito que não há fontes confiáveis sobre a estatística desse agravo, pois há muitos casos que não são notificados. Muitas vezes a violência sexual e física são menos ocultas que a negligência e a violência psicológica (AZEVEDO; GUERRA [200-]).

A constituição Federal do Brasil, no seu artigo 227, descreve sobre o papel do Estado, da sociedade e da família em relação à criança e ao adolescente

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 2016b, p. 132).

Consequentemente, os pais ou responsáveis devem tomar ciência e responsabilizar-se pelo cuidado da criança para garantir seu desenvolvimento satisfatório dentro e fora do domicílio. Contraditoriamente é percebido que muitas vezes os pais e responsáveis são os principais agressores e isso causa na criança uma relação de culpa e medo que interfere muito no seu processo de desenvolvimento.

Frente aos estudos apresentados, nota-se que os profissionais, no caso os enfermeiros, podem ajudar pais, professores e outras pessoas que lidam diretamente com crianças, sobre prevenção de acidentes e violência na infância, abordando fases do desenvolvimento infantil e os riscos de acidentes relacionadas a elas, bem como sinais para identificação precoce da violência. Mas, para isso, esse enfermeiro também deve ser preparado para tal função e a universidade é um *locus profícuo*.

No estudo de Carneira e Myrick (2015) foi indicado que os enfermeiros que atuam nas escolas devem estar aptos para atuar no diagnóstico diferencial, manifestação clínica e referência adequada do caso.

Em relação à abordagem dos temas de acidentes e de violência infantil durante a graduação dos docentes entrevistados, foi questionado “Se houve a abordagem dessas temáticas durante a graduação/formação”. Verificou-se que, no caso dos acidentes, a categoria “sim” e “não” tiveram frequência de cinco (26,3%) cada uma, a categoria “de forma superficial e teórica” teve frequência de quatro (21,0%) e “não se recorda” teve frequência de dois (10,5%). Já em relação à violência, verificou-se a categoria “não” com frequência de nove (69,2%) e “sim” com frequência de quatro (30,7%).

Para os docentes que responderam que os conteúdos sobre prevenção de violência e acidentes na infância haviam sido abordados durante sua formação, foram realizadas outras questões para detalhamento da resposta.

Primeiramente foi perguntado o que foi trabalhado sobre prevenção de acidente infantil, emergindo as seguintes categorias de respostas: “características da criança como incapacidade e curiosidade” e “abordagem da prevenção e fatores de risco dos acidentes infantis e o não atendimento”, ambas com frequência de cinco (20,8%), “orientação para família para evitar acidentes domésticos” com frequência de quatro (16,7%), “questões teóricas do acidente

infantil” com frequência de três (12,5%) e “temas que surgiam por meio da prática e dos estágios” com frequência de dois (8,3%).

Nas respostas dos docentes em relação ao que havia sido abordado sobre violência na sua formação, verificou-se somente duas categorias de respostas: “assistência à violência” e “consequências da violência física”, ambas com frequência de um (50%) cada.

Segundo os docentes, o tema do acidente foi trabalhado durante a graduação na “disciplina de pediatria” com frequência de três (50%) e “no terceiro ano da graduação” com frequência de dois (33,3%). No caso da violência, a categoria de resposta foi na “disciplina Pediatria/saúde da criança” com frequência de três (75%) e no “estágio de pediatria” com frequência de uma (25%).

Ainda apontaram que esse conteúdo de acidentes foi trabalhado “por meio de vivência de casos nos estágios” com frequência de dois (66,7%) e “segundo metodologia tradicional”, aparecendo com frequência de um (33,3%). No caso do conteúdo da violência, as categorias de respostas foram: “aula teórica tradicional focado no biológico” e “vivência na prática dos estágios no hospital”, ambas com frequência de um (50%).

Em relação à opinião dos docentes sobre as informações recebidas durante a sua formação, constataram-se as seguintes categorias de resposta: “bom” com frequência de três (25%), “chamou a atenção para o problema” e “alertou sobre a responsabilidade da segurança da criança” com frequência de dois (16,7%) cada. Em específico sobre violências, as categorias de respostas a essa questão foram: “muito fraca”, “foi boa” e “aprendeu mais com vivências da prática profissional”, cada uma com frequência de um (33,33%).

Ao serem questionados se eles utilizam a informação recebida na sua formação sobre acidentes e violência ainda hoje na sua prática, verificou-se em relação ao acidente que as categorias de respostas foram: com frequência de quatro cada (26,7%) “não da mesma maneira porque muita coisa mudou” e “não utiliza, pois atua em outra área dentro da Enfermagem”. As categorias de respostas a essa questão, sobre o conteúdo de violência, foram “sim” com frequência de dois (66,7%) e “consegue aplicar os conhecimentos em outros contextos” com frequência de um (33,3%).

Em relação ao acidente infantil percebeu-se que houve uma maior abordagem, ainda que de forma superficial. No caso da violência, segundo as categorias de respostas, o tema foi menos abordado. Os quatro docentes que referiram ter contato com o tema na sua formação disseram que foi trabalhado mais as questões relacionadas à assistência e às consequências em relação à violência e não a prevenção.

Em ambas as abordagens das temáticas foi verificado, por meio das categorias de respostas, que foi utilizada uma metodologia de ensino tradicional e algumas vivências nos estágios curriculares. Os docentes ainda concluíram referindo que utilizam o conteúdo aprendido sobre o tema de forma diferente, pois o contexto de formação atual é outro. Destacou-se novamente uma categoria de resposta relacionada com o acidente na infância, pois alguns docentes referiram que não utilizam a informação, pois não atuam na área de pediatria. Isso está de acordo com a hipótese do presente estudo, de que profissionais atuantes na pediatria e saúde pública têm maior conhecimento das temáticas, pois a utilizam em sua prática.

Em relação ao tempo de formação dos docentes entrevistados, a categoria de 31-35 anos foi a dos docentes formados há mais tempo e de 10-15 anos a dos docentes com a formação mais recente. Verifica-se que a violência é um tema que ainda não tem um espaço garantido no processo formativo dos enfermeiros participantes do presente estudo e que, como foi referido por alguns, era um tema pouco abordado.

Dada a importância da inclusão deste tema no SUS, Minayo et al. (2018) concluem com seu estudo indicando que

É preciso também incluir a violência que impacta a saúde como tema na formação em todas as carreiras da área do setor saúde e na formação continuada, pois sem pessoas bem preparadas para implementá-lo, esse tema sempre será um estranho à racionalidade biomédica. (MINAYO et al. 2018, p.2007).

Também foi perguntado aos docentes se eles já haviam participado de algum curso de formação e/ou atividade sobre os temas dos acidentes e violência infantil. Pode-se verificar que nove (60%) docentes responderam que “não” e três (33,33%) relataram que “participaram de um curso que não era específico do tema mas abordou o acidente na infância”, e um (6,67%) referiu que “tinha participado há uns sete/oito anos atrás”.

Em relação a cursos ou atividades sobre a temática da violência, entre os 13 docentes verificou-se que 11 (84,61) não haviam participado e dois (15,39) disseram que sim.

Foram feitas outras questões aos docentes que responderam que haviam estado em cursos ou atividades sobre ambos os temas. Considerando os relatos desses docentes, verificou-se que os eventos foram organizados, segundo eles pelas universidades e pelos municípios. Verificou-se que as categorias de respostas sobre os assuntos trabalhados nesses cursos/atividades envolvendo os acidentes foram “queimadura” e “violência” com frequência de dois (25%) cada uma.

Já em relação às violências, todas ficaram com frequência de um (20%) conforme as categorias de respostas: “não lembra do conteúdo abordado”; “violência contra a mulher e

criança”; “reunião com os gestores dos serviços de saúde para discussão da assistência aos casos de violência”, “acidentes” e “violência doméstica e sexual”.

Ainda referente ao curso/evento e atividade sobre os temas, foi questionado qual a metodologia utilizada. Verificou-se as seguintes categorias de respostas relacionadas aos acidentes: “aulas expositivas”, “vídeos” e “palestras” com frequência de uma cada. E, no caso dos eventos de violência, as categorias de resposta incluíram: “aulas expositivas”, “vídeos/fotos” e “discussão de casos”, com frequência de um (33,3%) cada.

Tanto para os eventos, cursos e atividades sobre violência como para os acidentes, as categorias de respostas dos docentes relacionadas à questão sobre o que achou da informação recebida, as categorias de resposta foram “interessante” e “válida para vida pessoal” com frequência de uma (50%) cada.

Ao serem questionados se fazem uso dessa informação/conhecimento adquirido sobre os temas na sua prática, verificou-se a frequência de cinco (50%) seguinte categoria de resposta para os acidentes e violência “poderá utilizar em algum momento na atuação profissional”.

Observou-se que, em relação à participação em cursos e eventos relacionados a esses agravos, cinco docentes referiram ter participado em relação ao acidente (50%) e dois (15,4%) em relação à violência, eles consideraram verificou que consideraram que as informações recebidas foram válidas para vida profissional e interessante com frequência de um (50%) cada.

A política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências (BRASIL, 2005) prevê que as universidades devem auxiliar na capacitação dos recursos humanos dos serviços, instrumentalizando os profissionais para adequação da assistência às vítimas de violências e acidentes, assim como nas ações educativas e preventivas desses agravos.

Verifica-se, portanto, a importância do papel dos docentes na formação e no estímulo ao desenvolvimento de habilidades e competências para atuação na prevenção, promoção e reabilitação dos futuros enfermeiros, que irão atuar nos diferentes cenários e se deparar com situações de violência e acidentes.

Da mesma forma a gestão municipal e dos serviços devem realizar capacitações contínuas e momentos de discussões de casos com profissionais e diferentes setores, para instrumentalizar os profissionais com intuito de melhorar a assistência e a condução do caso visando à segurança das crianças.

Os docentes foram questionados se já haviam vivenciado alguma experiência profissional relacionada aos acidentes infantis. Verificou-se que cinco (45,4%) docentes

responderam que “sim”, cinco (45,4%) responderam que “não”, três (18,2%) responderam que “não atuam com crianças”.

Em relação à experiência profissional envolvendo violência contra criança, nove (69,2%) docentes referiram já ter vivenciado essa situação e quatro (30,7%) relataram que não. Aos docentes que já haviam vivenciado um caso em sua vida profissional foram feitas outras questões para detalhamento dos fatos. Foram questionados sobre qual o tipo de acidente que ocorreu (Tabela 6).

Ainda em relação aos casos de violência e acidentes descritos pelos docentes verificou-se as categorias de respostas da questão sobre quem estava presente foi, para ambos os eventos: “mãe” com frequência de três (42,86%), “os pais”, “só um responsável” e “a criança estava sozinha” foram outras categorias com frequência de um (14,29%). No caso da violência também surgiu a categoria “polícia” com a mesma frequência. Já na Tabela 7 constam as categorias de resposta em relação à descrição dos casos de violência e acidentes infantis relatados pelos docentes.

Tabela 6 - Frequência de categorias de respostas dos docentes em relação à questão: “Durante sua prática profissional, você já teve alguma experiência com acidente/violência infantil? Se sim, qual o tipo de acidente/violência que ocorreu?” (n= 13)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Associação com violência infantil	10	40	Agressão física	14	53,84
Queimaduras	8	32			
Quedas	2	8	Abuso sexual	5	19,2
Intoxicação com substâncias	2	8	Negligência	2	7,7
Outras categorias de respostas com frequência igual a 1	3	12	Categorias de respostas com frequência igual a 1	5	19,2
Total	25	100	Total	26	100

Fonte: autoria própria.

As categorias de resposta sobre a questão de quem prestou assistência à criança vítima de acidente foram “equipe médica e de enfermagem” com frequência de 8 (88,9%) e “equipe médica de enfermagem e motorista socorrista” com frequência de um (11,1%). No caso das crianças vítimas de violência, as categorias de resposta sobre a assistência que foi prestada foram “pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), “equipe hospitalar”, “alunos de graduação” e “equipe da pediatria”, todos com frequência de dois (16,7%) cada.

Tabela 7 - Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação a descrição dos casos de acidentes e violência infantil vivenciados em suas práticas profissionais (n=9)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Queimadura com líquidos quente	4	30,8	Menina deu entrada no hospital por outra queixa e foi verificado abuso sexual pelo pai	2	16,7
Associação com violência infantil	2	15,4	Menino fratura/lesão com queixa de queda e depois verificado agressão física pelo pai	2	16,7
Queimaduras por contato com álcool e fogo	2	15,4	Criança realizando procedimentos em hospital e foi detectado sinais de queimadura por cigarro pelo corpo	2	16,7
Outras categorias de respostas com frequência igual a 1	5	38,5	Outras categorias com frequência igual a 1	6	49,8
Total	13	100	Total	12	100

Fonte: autoria própria.

E em relação à questão sobre onde foi o atendimento dos casos de acidentes relatados por eles, verificam-se as categorias de respostas na Tabela 8.

Tabela 8 - Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação ao local de atendimento dos casos de acidentes e violência infantil vivenciados em suas práticas profissionais (n=9)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Hospital	5	62,5	Hospital pediátrico	5	35,7
Hospital de referência infantil	3	37,5	Hospital	5	35,7
-----	-----	-----	SAMU	3	21,4
-----	-----	-----	Centro cirúrgico	1	7,1
Total	8	100	Total	14	100

Fonte: autoria própria .

Segundo os docentes respondentes dessa questão, foi verificado que o desfecho do caso das crianças vítimas de acidente e violência correspondem às seguintes categorias apresentadas na Tabela 9

Tabela 9 - Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação aos desfechos dos casos de acidentes e violência infantil vivenciados em suas práticas profissionais (n= 9)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Não retornou para aquele serviço	5	17,2	Acionado o conselho tutelar	5	23,8
Acionado serviço social e conselho para o acompanhamento da família	3	10,3	Foi feita a notificação	3	14,3
A criança foi transferida para hospital de alta complexidade	3	10,3	A criança ficou internada no hospital e foi submetida a exames complexos	2	9,5
A criança foi submetida a procedimentos de alta complexidade	3	10,3	A criança ficou assustada e com medo do agressor	2	9,5
A criança foi hospitalizada	3	10,3	Não soube do desfecho	2	9,5
Outras categorias de respostas com frequência igual a 1	8	27,6	Relatou o caso por escrito	2	9,5
-----	---	-----	Outras categorias de respostas com frequência igual a 1	5	23,8
Total	29	100	Total	21	100

Fonte: autoria própria.

Em relação às experiências profissionais ligadas ao acidente infantil, cinco docentes mostraram ter vivenciado algo no ambiente hospitalar e no serviço de urgência e nove

vivenciaram em relação à violência e também relacionados ao ambiente hospitalar e de urgência. As categorias encontradas com maior frequência foram “queimadura com líquido quente” e “violência sexual e física”.

Frente aos casos descritos e vivenciados pelos professores novamente percebe-se a relação entre acidentes e violência e a importância de o profissional saber identificar os sinais que a criança apresenta. Segundo eles, muitas crianças no atendimento inicial apresentavam um queixa e após a avaliação profissional foram identificados sinais de violência.

Desse modo, considera-se importante trazer trechos dos relatos para exemplificar as vivências profissionais dos entrevistados com relação aos acidentes e violência infantil.

Ela colocou a soda num frasco de tubalina e estava guardada. E achou que era tubalina e tomou [...] Eles eram de Assis e fazia tratamento aqui no HM, né? Que a gente fazia cirurgia lá depois que teve todas essas mudanças. Ahhh já faz algum tempo [...] foi a óbito com 18 anos em função dessa desnutrição que traz essa estenose de esôfago né? (E4).

Eu já tive acidentes como atropelamento, porque eu ficava no pronto atendimento infantil. Então, atropelamentos, quedas, afogamentos, queimaduras, acidentes com animais peçonhentos, maus tratos, abuso sexual, espancamentos, queimaduras por familiares tipo com cigarro, coisas desse tipo. (E1).

Foi uma criança de... não tinha 2 anos, menor de 2 anos que a panela virou em cima. A mãe estava cozinhando e a criança foi lá e puxou a panela. A criança fez uma queimadura grave, uns 80% de corpo queimado. Essa criança ficou grave, e ela foi até transferida para outra cidade. Na época que estava desativado a UTQ aqui e ela foi para outra cidade transferida, entubada... foi grave mesmo, e me marcou. E teve um outro menino que o pai foi acender a churrasqueira e ele estava perto com aquela camisa de futebol, sabe? Sabe aquela camisa de tecido sintético? E o pai foi acender a churrasqueira com álcool e o fogo veio tudo para cima do menino. O menino deveria ter uns 6-7 anos, e a camisa ficou colada pela queimadura. (E5).

Eu trabalhei em pronto socorro é... adulto... e sempre tinha os pais que levavam as crianças direto para lá. E teve um estupro e uma queimadura por acidente com água quente. [...] Então a gente deu os primeiros socorros e encaminhou pro HM. Mas era... a mãe foi trabalhar e deixou a criança de 12 e de 6 sozinhas em casa. E a de 6 acabou... a maiorzinha foi fazer alguma coisa e a de 6 virou o vasilho de água. Teve 15% de área queimada bem...!! face e tórax. (E10).

Era uma criança que tomou um frasco inteiro de paracetamol. Criança pequena de 1 ano 1 ano e 1/2, que estava andando há pouco tempo. E ela pegou o frasquinho de paracetamol, xarope, e ele tem gosto de framboesa, cereja...e a criança tomou tudo né? E a mãe identificou isso mas achou assim que não era uma coisa tão grave, tão importante, nem trouxe no dia, trouxe no dia seguinte, aí já não dava mais pra fazer lavagem de estômago e tal. E a criança estava com bastante vômito e náusea e ela fez uma hepatite medicamentosa porque o paracetamol ele é muito hepatotóxico. Aí ela foi pra UTI ficou internada vários dias na UTI. Assim teve várias complicações que chamou a atenção. (E6).

Foi uma criança de 1 ano e 1/2, sexo feminino que chegou no pronto atendimento também do Hospital, do hospital materno infantil. Foi no final de semana. Ela chegou em crise convulsiva porque ela também tinha alguns episódios de crise convulsiva por epilepsia e nós fomos passar uma sonda nessa criança e na hora que eu fui analisar, tirei a fraldinha ela tinha uma genitália bem enlargada. Aí eu comentei com o

pediatra, mostrei pra ele. Nós chamamos o pai pra dentro da sala de urgência e eu lembro que comentei com o pai... falei pra ele o que que significa isso? O pai olhou pra mim com muita tranquilidade e disse assim: se eu fiz eu tenho direito de usufruir!! (E1).

Tem um garoto que a gente atendeu que estava convulsionando e aí a gente foi. E ele tinha crises convulsivas bem grandes e foi muito difícil tirar ele da crise. A mãe estava bem nervosa e a gente perguntava as coisas para ela, a mãe era muito mal informante.... entregamos e a hora que eu voltei, que eu estava limpando a viatura ela ficou lá dentro com a criança. Chega o pai da criança e ele chegou achando que a criança estava dentro da viatura e ele veio muito nervoso perguntando pela criança. E eu fui tentar acalmar ele dizendo que a criança estava lá dentro. Ele começou xingar a mãe: cadê aquela... e falava aqueles palavrões e eu... num momento desses como é que se começa a xingar a mãe! E eu falei peraí... o que aconteceu? Eu falei pra ele. Aí nessa hora me deu um instalô. Eu falo que as vezes um anjo sopra na orelha da gente. Eu falei pra ele: mas o que aconteceu? Ele falou: Ela não falou pra vocês o que ela fez com o menino?... Então aquilo me marcou muito, porque uma mãe dá um monte de capacetadas a ponto do menino ter um traumatismo crânio encefálico (TCE) gravíssimo, porque ele não parava de convulsionar. Ele já estava com edema cerebral. (E2).

Uma criança de uma ano e meio, uma menina tinha sido internada estava assim com quadro neurológico a esclarecer, muito sonolenta, esquisita e tal. Acho que internou cedinho, de manhã e quando foi a tarde a enfermeira viu que a criança acordou bem, mas estava muito irritada, muito nervosa e aí ela foi examinar a criança pra ver o que a criança tem. Pela idade a enfermeira achou que ela poderia estar com uma assadura. Você não podia encostar nela que ela gritava, gemia, esperneava. E a assadura dói, queima e a enfermeira achou que pudesse ser isso e foi examinar ela. Na hora que ela examinou ela viu que a criança tinha sido violentada né? Então tinha a abertura do introito vaginal estava muito vermelho e tal... E aí nós descobrimos que no dia anterior a pessoa que era cuidadora levou a criança pra casa. E aí fez o exame toxicológico e veio... a criança foi, deram remédio pra ela pra dormir. (E4).

Observa-se, por meio dos relatos dos docentes, que as consequências e o desfecho para as crianças foram internação hospitalar, procedimentos cirúrgicos e invasivos, encaminhamento para outros serviços, porém, houve também o desconhecimento do desfecho do caso devido até a área de atuação do profissional, como serviço de urgência ou centro cirúrgico.

Em consequência, observa-se que realmente são dois eventos muito próximos um do outro, e que os profissionais devem estar preparados para distingui-los e realizar a abordagem adequada de pais e/ou responsáveis, pois muitas vezes eles são os próprios agressores. Observa-se também que a negligência por parte dos responsáveis está presente em vários contextos e acabam desencadeando acidentes. É importante ressaltar que o acidente não é decorrente da esperteza ou do mal comportamento da criança, pois a descoberta e a curiosidade fazem parte do desenvolvimento infantil. Portanto, culpar a criança é uma forma errônea de justificar o acidente. Cabe aos responsáveis a vigilância constante e a retirada dos riscos do ambiente que possam provocar qualquer tipo de lesão nelas, e aos profissionais da saúde, da educação e áreas afins, auxiliarem na formação dos pais e/ou responsáveis pelas crianças.

Em um estudo realizado em Israel com equipe multidisciplinar treinada para diferenciar abuso, negligência e acidentes na infância, foi verificado que os pais de crianças que sofrem negligências ou violências têm um comportamento diferente e respostas inadequadas às questões elencadas pelos profissionais frente a esses agravos (DAVISON-ARAD et al., 2010). Por isso, o diálogo com os pais no momento do atendimento da criança é uma ferramenta fundamental na anamnese do profissional de saúde e pode ajudar a esclarecer os sinais e sintomas apresentados pela criança.

Os efeitos desses agravos são elevados e envolvem consequências físicas mentais, sociais e econômicas. Muitas vezes a vítima desses agravos tem sequelas graves que levam a incapacitações permanentes, o que impacta diretamente na sua vida e na família. Muitas vezes há necessidade de internação, procedimentos cirúrgicos e acompanhamento a longo prazo para resolver o problema instalado.

Crianças vítimas de violência e negligência podem se tornar dependentes químicos, alcoólatras, depressivos ou ansiosos, ter distúrbios de personalidades e outros problemas mentais, gravidez indesejada, abortos, IST, etc. Muitas vezes essas pessoas ou seus cuidadores não conseguem se inserir no mercado de trabalho (WHO, 2014, c2016).

Segundo a WHO (2014, p. 17)

As consequências sociais e para a saúde de atos de violência têm também um custo econômico para os países, embora a carga exata seja desconhecida, principalmente nos países em desenvolvimento, nos quais o impacto e as perdas econômicas tendem a ser subestimadas. Alguns dos custos diretos associados à violência são a necessidade de tratamento, serviços de saúde mental, cuidados emergenciais e respostas da justiça criminal. Existe também uma ampla gama de custos indiretos [...]

A condução dos casos, desde a prevenção, que é a principal ação, até um atendimento especializado visando à recuperação da vítima, bem como a orientação dos responsáveis, é essencial para a reinserção da vítima na sociedade e conseqüentemente redução de custos pelo Estado.

Segundo Malta et al. (2012, p. 2257), a análise das ocorrências de eventos que envolvem violências e acidentes infantis pode

Melhorar e direcionar as ações de promoção à saúde, orientar o desenvolvimento de medidas de intervenção, prevenção e controle desses agravos, resultando em ações educativas que envolvam pais, famílias, profissionais de saúde e gestores na busca de redução destes eventos, em sua maioria, evitáveis.

As experiências profissionais e pessoais descritas pelos docentes em relação ao acidente e à violência infantil coincidem com os dados atuais do país, pois todos os anos, cerca de 3,7 mil crianças dessa faixa etária morrem e outras 113 mil são hospitalizadas devido a essas causas.

Segundo os dados da Organização Não Governamental (ONG) Criança Segura (2018) referentes ao ano de 2016, o número de óbitos por acidentes em crianças até 14 anos de idade no país foi de 34,6% relacionado aos acidentes de trânsito, 24,5% afogamentos, 22,1% sufocação, 5,6% queimaduras, 4,9% queda e 2% intoxicação. Já em relação aos números de internações de crianças até 14 anos de idade por acidentes no Brasil, em 2016, foi verificado que 46% foram decorrentes de queda, 18% queimaduras, 11% trânsito e 3% intoxicação (CRIANÇA SEGURA BRASIL, 2018).

Segundo dados da UNICEF (2017), a violência contra crianças tem reflexo mundial sendo que são vítimas de violência em suas próprias casas e suas mães também são vítimas de violência doméstica. Em relação à violência sexual, o relatório refere que cerca de 15 milhões de adolescentes meninas (de 15-19 anos) já foram vítimas de violência sexual e apenas 1% delas disseram que buscaram ajuda profissional. Ainda descrevem que nos 28 países com dados disponíveis, em média 90% disseram que o agressor do primeiro incidente era um conhecido.

Em relação à violência nas escolas, esse relatório apresenta que 732 milhões de crianças em idade escolar vivem em países que ainda permitem o castigo corporal (UNICEF, 2017). Isso demonstra que os direitos das crianças ainda não são prioridades no mundo. No Brasil o desrespeito às leis direcionadas a elas é um crime, mas muitas pessoas as desconhecem.

Durante a entrevista com os docentes também foi perguntado se eles conheciam alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que abordasse a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes e violência infantil.

Frente às categorias de resposta a essa questão, foi verificado que seis docentes (46,1%) apontaram ter conhecimento sobre alguma ação, documento ou legislação sobre prevenção de acidentes infantis, sendo citados por eles com a frequência de cinco (62,5%) o “ECA”. As demais ações citadas tiveram frequência de um, sendo elas: “saúde na escola”, “notificações de violências” e “regulamentações do Inmetro”. Quatro docentes referiram não ter conhecimento e outros três não conhecer, por não ter relação com suas práticas. No caso de conhecimento sobre ações documentos ou legislação sobre prevenção de violência infantil, as categorias de respostas estão descritas na Tabela 10.

Em ambas as situações eles mostraram que tiveram conhecimento dessas ações e documentos pela mídia ou foram assuntos abordados diluídos em outras temáticas.

Em relação ao conhecimento dos docentes referente às leis, documentos relacionados à prevenção de acidente infantil, verificou-se categorias como “regulamentações do Instituto Nacional de Metrologia”, “Qualidade e Tecnologia (Inmetro)” e em relação à violência “o conselho tutelar e outros programas do município”. Porém, em ambas o conhecimento sobre o ECA e o Projeto Saúde na escola foram citados pelos docentes.

Tabela 10 - Frequência de categorias de respostas dos docentes em relação à questão: “Você conhece alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes/violência infantil?” (n=13)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Estatuto da Criança e do Adolescente	5	62,5	Estatuto da Criança e do Adolescente	5	45,4
Saúde na Escola	1	12,5	Conselho tutelar	4	36,4
Notificações da violência	1	12,5	Projeto para crianças vítimas de violência sexual no município	1	9,0
Regulamentações do Inmetro	1	12,5	Programa Saúde na Escola	1	9,0
Total	8	100	Total	11	100

Fonte: autoria própria.

Apesar de somente um docente ter citado o Inmetro, considerou-se importante fazer essa citação, pois realmente os brinquedos, os equipamentos para bebês e outros utensílios devem ter o selo de garantia e aprovação do Inmetro. Isso deve ser orientado aos pais para que se previna acidentes. O Inmetro é uma autarquia Federal que tem como objetivo “prover confiança à sociedade brasileira nas medições e nos produtos, por meio da metrologia e da avaliação da conformidade, promovendo a harmonização das relações de consumo, a inovação e a competitividade do País” (INMETRO, 201?, p.1).

Outro órgão citado, agora em relação à violência, foi o conselho tutelar. Este é “um órgão permanente e autônomo, eleito pela sociedade para zelar pelos direitos das crianças e dos adolescentes. Os conselheiros acompanham os menores em situação de risco e decidem em conjunto sobre qual medida de proteção para cada caso”. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016, p.1).

Para ser um membro do Conselho Tutelar há uma eleição no qual toda a comunidade deve escolher os seus representantes. O candidato deve ter idoneidade moral reconhecida, idade superior a 21 anos e residir no município (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016).

Brito, Nascimento e Rosa (2018, p. 188) relatam que o “Conselho Tutelar, enquanto um órgão que opera na garantia dos direitos das crianças e adolescentes, poderia atuar de forma mais ampliada na rede de apoio social e afetiva das famílias que tiveram direitos violados”. No estudo desenvolvido por eles, buscou-se identificar as relações entre conselheiros tutelares e

crianças verificando se sua atuação em rede e com a família é mesmo efetiva. Os autores concluíram que há um afastamento afetivo entre os profissionais e usuários do Conselho Tutelar, prejudicando a questão do apoio a família, porém houve promoção do desenvolvimento em aspectos pessoais da vida dos conselheiros tutelares.

Em um estudo realizado por Deslandes e Campos (2015) no qual se pretendia conhecer a visão dos conselheiros tutelares sobre as principais dificuldades de atuação e mobilização da rede para garantir a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de abuso e exploração sexual no município do Rio de Janeiro foi verificado que os resultados apresentados nesse estudo davam “indícios de que os processos de comunicação e articulação institucionais precisam melhorar nas práticas cotidianas dos profissionais da rede” (DESLANDES, CAMPOS, 2015 p. 2018) e que a consolidação de fluxos planejados e pactuados de ação entre os distintos serviços e atores ainda precisam ser efetivos eles ainda ressaltam que a realização de capacitações para auxiliar “na identificação, notificação e atuação de forma integrada e intersetorial, voltada aos profissionais da Assistência Social, da Educação e da Saúde, é ação estratégica e deve ser incorporada nos planos de governo” (DESLANDES, CAMPOS, 2015, p. 2018).

Nas vivências da pesquisadora, contudo, verifica-se que há uma crítica em relação à atuação dos conselheiros tutelares no município pesquisado, visto que muitos deles não têm formação específica ou experiências anteriores para lidar com situações que envolvam conflitos familiares, problemas sociais e com as próprias crianças. Muitas vezes expõem a equipe de saúde a um conflito maior com a família que fora denunciada, e isso causa muito desgaste para equipe, pois os profissionais sofrem ameaças pessoais por parte dos agressores.

Devido a esse contexto descrito, o município pesquisado vem buscando soluções. Para tal foi estabelecido um fluxo, no qual os casos de violência contra crianças seriam informados por escrito, por meio de uma ficha própria, bem como a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN, ao grupo técnico da saúde da criança, sendo este setor o responsável por encaminhar a denúncia de forma anônima ao conselho tutelar, diminuindo assim os conflitos com a equipe de saúde e proporcionando maior segurança aos profissionais envolvidos com o caso.

O Ministério Público desse município, também sentindo a necessidade de preparar melhor os conselheiros tutelares para o exercício de suas atribuições, realizam uma formação aos novos membros do conselho tutelar quando esses assumem seus cargos, para que haja uma melhor conduta para resolutividade dos casos.

Outra ação citada por alguns docentes foi o Programa Saúde na Escola (PSE), que é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, instituído em 2007 (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2018a). Seu objetivo é desenvolver ações no ambiente escolar, ou seja, colocar em prática as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, para promover saúde e educação integral dos estudantes da rede pública de ensino (BRASIL, 2018a).

De acordo com Organização Mundial de Saúde, em vários países do mundo, a proteção a crianças está prevista por lei. Frente aos casos de lesões infantis atendidas ou percebidas pelos profissionais de saúde e de educação, esse fato deve ser notificado. Assim como no Brasil, em muitos países do mundo são realizadas ações para prevenir esses agravos como pode ser verificado no documento da WHO chamado “Prevenindo a violência juvenil: um panorama das evidências” (WHO, 2015; c2016), o qual traz experiências internacionais de ações e programas desenvolvidos em vários países.

Outra informação interessante é que alguns países pesquisados apresentam uma equipe especializada para auxiliar no diagnóstico de violência e de negligência infantil. Nos Estados Unidos e no Japão, eles são denominados “*Child Protection Team*”.

Essa equipe especializada é composta por médico pediatra, assistente social, psicólogo e também por uma enfermeira. Geralmente esta é especialista na área de pediatria, sendo uma profissional que auxilia no diagnóstico e encaminhando a criança para os atendimentos necessários (HEROLD et al. 2018).

No Japão, especificamente em um estudo realizado por TANOUE et al. (2018), esse grupo *Child Protection Team* também foi incluído para avaliação de crianças que foram a óbito com suspeita de violência. Caso essas crianças sejam potenciais doadores de órgãos, não se inicia o transplante até o posicionamento dessa equipe. Eles consideram que políticas institucionais são importantes no ambiente de saúde, mas ressaltam que também devem ter um respaldo nacional para proteção da criança.

Leis e programas desenvolvidos para prevenção desses agravos devem, portanto, ter incentivo, apoio e treinamento constante em relação às ações previstas em cada caso. Egry, Apostólico e Morais (2018) concluíram com seu estudo sobre notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde que

[...] há necessidade de adotar estratégias de ampliação da capacidade de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados, de formação qualificada dos trabalhadores e organização da rede de saúde para oferta de serviços

assistenciais em quantidade e qualidade, além do aporte de profissionais para o enfrentamento da violência infantil. (EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018, p. 83).

Há trabalhos internacionais que apontam as dificuldades dos membros do *Child Protection Team* em relação à assistência às famílias das crianças vítimas de violência, porque os profissionais também ficam expostos à violência, como por exemplo um estudo realizado no Paquistão foi verificado que muitas vezes os profissionais de saúde que fazem parte dessa equipe de proteção à criança vítima de violência se envolvem em situações complexas que desencadeiam problemas relacionados aos aspectos emocionais e segurança. Por isso devem ter apoio para desempenhar suas funções (MAUL et al., 2019).

No estudo de Lamothea et al. (2018), também realizado com profissionais que compõem o *Child Protection Team*, foi descrito que os profissionais elucidam que a violência faz parte do trabalho deles, outros consideram que a violência é uma forma de defesa da própria família frente a violência infantil. Entretanto, os profissionais relatam que sofrem violências, principalmente psicológica, por parte das famílias e agressores, levando a ter sensação de medo, afastamentos do trabalho, distanciamento dos casos e, por isso, necessitam de apoio para suas funções (LAMOTHEA et al., 2018).

Outro aspecto em relação às respostas a essa questão foi que eles disseram obter informações sobre as leis documentos e programas por meio da mídia, não especificando qual o meio mais utilizado por eles. Segundo a Pesquisa Brasileira de Mídia PBM (BRASIL, 2016c) verifica-se que

[...] a rede mundial de computadores se cristaliza como segunda opção dos brasileiros na busca de informação, atrás somente da televisão. Quase a metade dos brasileiros (49%) declarou usar a web para obter notícias (primeira e segunda menções), percentual abaixo da TV (89%), mas bem acima do rádio (30%), dos jornais (12%) e das revistas (1%). (BRASIL, 2016c, p. 11).

Considerando a importância da atualização constante, é necessário que os docentes busquem fontes seguras e atuais de informações sobre os diversos assuntos. Essa atualização constante é prevista nas DCNs de acordo com a descrição das competências gerais do enfermeiro relacionadas à educação permanente. Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Eles devem ser incentivados a buscar informações, mas isso não priva a gestão do seu papel em atualizar constantemente os profissionais inseridos nos serviços, sejam públicos ou privados.

Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras

gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços. (BRASIL, 2001, p. 2).

Os docentes também foram questionados se tinham conhecimento de alguma ficha de notificação de acidentes e violência infantil. Três docentes responderam que conhecem a ficha de notificação de acidentes, nove responderam que não a conhecem e um relatou não saber, pois está fora de sua prática. No caso da ficha de notificação de violência, sete docentes afirmaram ter conhecimento e seis responderam que não.

Dos docentes que afirmaram ter conhecimento sobre a ficha de notificação de acidentes, verificou-se as seguintes categorias de resposta sobre qual ficha eles conheciam: “não soube especificar” com frequência de três (42,86%); “ficha interna do hospital” com frequência de dois (28,57%); “ficha de notificação do município” e “ficha de notificação do SINAN” ambas com frequência de um (14,29%).

No caso da violência, verificou-se as categorias “ficha do SINAN” e “Ficha de abuso e violência interna do hospital” com frequência de dois (25%) cada uma delas e com frequência de um (12,5%) cada foram verificadas outras categorias: “mesma ficha do acidente”, “boletim de ocorrência”, “ficha de notificação de violência municipal utilizada pelos serviços” e “não teve acesso a ela”.

Sobre como tiveram conhecimento da ficha de notificação de acidentes, as categorias de resposta foram: “no ambiente hospitalar” com frequência de dois (50%) e, no caso da ficha de violência, no “pronto socorro”, também com frequência de dois (40%). Porém, tanto no caso da violência como no dos acidentes quando questionados se já tiveram oportunidade de preenchimento das fichas, foi visto que quatro docentes referiram que não preencheram a do acidente e um docente fez uma leitura dela. No caso da violência, todos os docentes afirmaram que nunca a preencheram.

É necessário ressaltar que realmente não há uma ficha de notificação do SINAN para o acidente em geral, somente alguns casos são de notificação compulsória, como por exemplo, Acidente de trabalho com exposição a material biológico, Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescente, Acidente por animal peçonhento, Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva, Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) (BRASIL 2016a). Alguns docentes apontaram ter conhecimento de fichas internas dos hospitais, e isso demonstra que os serviços podem estar se organizando internamente para caracterizar e assistir melhor os tipos de acidentes por eles atendidos.

Considera-se que fichas ou instrumentos de monitoramento para os atendimentos aos acidentes possam ser elaborados pelos serviços ou municípios, assim como citado pelos docentes, a fim de que auxiliem na vigilância desses agravos e possibilitem um estudo do seu perfil, caracterizando tipo de acidente, características da vítima, local de ocorrência, gravidade do evento, entre outras informações, para traçar o perfil epidemiológico dos atendimentos e propor estratégias para preveni-los. Mas, isso deve ser feito em rede para ser mais efetivo.

No caso da violência, como já foi referido anteriormente, a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada deve ser preenchida compulsoriamente frente à suspeita ou confirmação do fato pelos profissionais de saúde de violência contra mulher criança, idoso, população LGBT, indígena e deficientes. Somente sete docentes mostraram ter esse conhecimento.

Observou certa confusão por parte dos docentes, pois houve uma categoria de resposta na qual disseram ser a mesma ficha de notificação para violência e acidentes. Apesar da aproximação existente entre os danos, não deve ser utilizada a mesma ficha de notificação para eles.

Sobre a questão se os docentes consideram que os alunos têm conhecimento das fichas de notificações de ambos eventos, verificou-se que tiveram a mesma frequência de resposta ($f=3$), apontando que eles não tinham conhecimento. No caso da violência também verificou-se outra categoria de resposta: “considera que eles tenham oportunidade de ter contato com a ficha em cenários como a pediatria” com frequência de dois (28,6%). Dessa forma as categorias de resposta levam a entender que os alunos poderiam ter acesso à ficha de notificação de violência, em algum momento da formação nos cenários de práticas da pediatria, reforçando a hipótese do presente estudo no qual os docentes envolvidos com a área de pediatria poderiam ter maior contato com as temáticas.

A notificação de violência passou a ser obrigatória desde 2011. Então faz-se necessário refletir o desconhecimento da ficha por parte de profissionais que estão atuando em serviços e de docentes até os dias atuais, pois qualquer profissional da área da saúde tem que realizar esta notificação compulsoriamente. Contudo, as esferas Federais, Estaduais e Municipais são corresponsáveis para que isso se efetive, devendo divulgar essa necessidade e capacitar os profissionais para que atuem corretamente neste aspecto, uma vez que o dado da ficha é importante também para o planejamento de ações de prevenção. Contudo, é ainda mais importante que a criança vítima de violência receba uma assistência de qualidade e o profissional seja capaz de trabalhar em rede para que os resultados dessas ações e parcerias não prejudiquem ainda mais a situação da criança.

Somente para contextualizar, a própria pesquisadora só teve contato com a ficha de notificação de violência no ano de 2013, quando estava inserida na gestão municipal atuando na saúde do idoso. Naquela ocasião recebia várias denúncias de violência contra esse grupo e foi então que teve aproximação com a ficha de notificação de violência em discussão com a referência Estadual e a vigilância epidemiológica do município. Por isso, não é o objetivo discutir o não conhecimento da ficha por parte dos profissionais ou docentes, mas sim ressaltar a divulgação da existência dela e de como preenchê-la adequadamente, para que ela se torne realmente uma ferramenta de planejamento das ações de saúde e de prevenção da violência no país.

Sobre a possibilidade de prevenir o acidente infantil, verificou-se as seguintes categorias de resposta: “sim” com uma frequência de 11 (84,62%) e “não tem certeza” com frequência de dois (15,4%).

No caso da violência, verificou-se três categorias de resposta com frequência de três (23,0%): “considera que sim apesar de apontar que há muitas dificuldades para evitar a sua ocorrência”, “considera mais difícil prevenir as violências do que o acidente infantil” e “considera possível prevenir”. Também a categoria “considera complicado prevenir a violência” apresentou frequência de dois (15,3%).

Para os docentes que responderam que seria possível prevenir os acidentes e a violência infantil foi perguntado como isso seria possível. Dessa forma verificou-se as seguintes categorias de resposta em relação à prevenção dos acidentes, apresentadas na Tabela 11. Aos docentes que responderam que consideram não ser possível prevenir a violência e os acidentes infantis foi perguntado o porquê, sendo verificado as seguintes categorias de resposta em relação ao acidente: “não é possível prever todos os riscos” com frequência de dois (67,7%) e “depende do comportamento da criança” com frequência de um (33,3%). No caso da violência, a categoria de resposta foi “o problema é muito complexo por envolver o ser humano” também com frequência de dois (100%).

Os docentes relatam que a questão da violência tem relação com caráter e personalidade dos indivíduos, porém, a questão da violência tem relação com outros aspectos que vão além do individual, como por exemplo, fatores sociais, econômicos, culturais entre outros. Fatores biológicos e individuais “interagem com fatores familiares, comunitários, culturais ou outros fatores externos, criando situações em que a violência pode ocorrer” (DAHLBERG; KRUG (2007, p. 1164).

Os mesmos autores descrevem que a violência pode ser prevenida por ações de saúde pública como qualquer outro agravo à saúde, a partir da efetivação de políticas e uso de

pesquisas que colaborem para a solução deste problema trabalhando em suas causas (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Tabela 11 - Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação à questão: “Em sua opinião seria possível prevenir os acidentes/violência infantil? Se sim como?” (n=13)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Abordagem da família sobre os riscos presentes no ambiente doméstico	8	23,5	Propor espaços de diálogos para trabalhar os conflitos entre as pessoas que cuidam das crianças, já que a violência tem a ver com caráter e personalidade	4	30,8
Em atividades de Orientação envolvendo familiares, responsáveis e profissionais que atuam com crianças desenvolvidas no âmbito da saúde pública	6	17,6	Dar respaldo para os profissionais denunciarem os casos	3	23,0
Relacionar as fases do desenvolvimento infantil com os riscos de acidentes	4	11,8	Com ações educativas voltadas para academia e sociedade sobre a prevenção	2	15,4
Poderia ser trabalhado nas escolas e em espaços frequentados por crianças	4	11,8	Estimular a mobilização social para lidar com essa questão	1	7,7
Maior divulgação nas mídias de dados epidemiológicos referentes a casos notificados e pesquisas e estudos sobre o tema.	3	8,8	Trabalhar com as causas da violência como o uso de drogas e outras substâncias	1	7,7
Ter conhecimento de legislações específicas para prevenção de acidentes e padronização de produtos que possam causar lesões na criança	3	8,8	Trabalhar de forma intersetorial, multiprofissional e articulada, de acordo com as necessidades da população	1	7,7
Envolvimento de outros setores da sociedade com a temática para orientação e acompanhamento dos casos	2	5,9	Empoderar os profissionais para ampliarem o olhar durante os atendimentos e diagnosticarem casos de violência	1	7,7
Outras categorias de resposta com frequência igual a 1	4	11,8	-----	--	-----
Total	34	100	Total	13	100

Fonte: autoria própria.

Em relação às possibilidades de prevenção desses agravos, 11 docentes disseram que é possível prevenir os acidentes na infância. Somente três docentes disseram que é possível prevenir a violência, mas consideram ser difícil, ou melhor, mais difícil que o acidente. As sugestões para prevenção dos acidentes envolviam ações educativas, orientações de pais e responsáveis, conhecimento das legislações relacionadas e, no caso da violência, também foi incluída a sugestão de respaldo aos profissionais frente à notificação e assistência a um caso de violência infantil.

Apesar de relatarem a dificuldade de prevenção, principalmente em relação à violência, notou-se que os docentes destacam muitas ações preventivas em suas falas em relação aos dois agravos, e isso é positivo, uma vez que a prevenção pode ser feita por meio de ações que

envolvam muitas pessoas, não é uma atividade onerosa e busca a mudança de comportamentos dos indivíduos envolvidos com ela.

Correa e Silva (2006) destacam a importância do papel do enfermeiro enquanto educador nas diferentes fases da vida e sua atuação em vários ambientes, como por exemplo, domicílio, escola, unidade de saúde ou no ambiente hospitalar.

O aluno do curso de Enfermagem deve ser formado com o intuito de desenvolver suas habilidades e competências para a assistência adequada aos indivíduos, visando mudança de comportamentos e, no caso desse estudo, prevenindo os acidentes e as violências.

Dada a importância dessas temáticas a nível biopsicossocial, é necessário destacar que existe uma Política Nacional de Promoção a Saúde e nela há um item que envolve ações de prevenção da violência e promoção da cultura de paz, sendo propostas as seguintes ações

I – Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;

II – Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual;

III – Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual;

IV – Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal;

V – Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência;

VI – Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações;

VII – Implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências. (BRASIL, 2010b, p. 37-38).

Além das respostas dos docentes à questão da importância da abordagem dos temas na graduação em Enfermagem, ressalta-se a descrição dessa temática também pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências

As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-os para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. (BRASIL, 2005, p. 17).

Segundo Algieri

Acredita-se que compete à universidade, enquanto lócus de formação, levantar a questão e levar até os profissionais que forma, o conhecimento da problemática da violência, tornando-os aptos a interagir quando diante de sua ocorrência. A formação educacional oferecida, mais do que ditar mecanismos de ação deve consistir em possibilitar formação de consciências individuais e grupais, capazes de agirem quando for necessário. (ALGIERI, 2005, p. 311).

A universidade deve ir além de fornecer informações e experiência técnica e incentivar o desenvolvimento de valores pessoais e de convivência, para que os alunos exercitem habilidades de reflexão e melhorem a ação (ALGERI, 2005). Verifica-se, portanto,

[...] que a problemática da violência intrafamiliar é um grande desafio que deve ser diariamente enfrentado pelos enfermeiros. Isso passa obrigatoriamente pelo comprometimento dos órgãos formadores e qualificadores profissionais nas universidades e nas instituições. A preparação desses profissionais exigirá da universidade uma abordagem específica do tema em seu currículo, com o objetivo de responder a essa demanda emergente. (ALGERI, 2005, p. 313).

É preciso esclarecer que mesmo frente à complexidade relatada pelos docentes sobre a prevenção da violência, o direito à proteção da criança está amparado nas leis, como pela própria Constituição Federal (BRASIL, 2016b), já citada anteriormente, e pelo ECA (BRASIL, 1990a). Por isso, independente da complexidade, devem ser realizadas ações para que elas não sejam prejudicadas de nenhuma forma.

Quando questionados se tinham conhecimento de alguma ação ou estratégia para redução e/ou prevenção de acidentes infantis, foi verificado que dez docentes “não tinham conhecimento” e três responderam que “sim”. No caso da violência, nove afirmaram que “não” e quatro disseram que “sim”.

Entre os que responderam “sim” em relação aos acidentes, foi verificado pelas categorias de resposta terem conhecimento sobre o “saúde na escola” e “ações desenvolvidas por graduandos em escolas”, ambas com frequência de um (50%). No caso das violências foram verificadas as categorias “Estatuto da Criança e do Adolescente”, “Lei da Palmada” e “ações da rede básica com adolescentes vítimas de violência”, todas com frequência de um (33,33%) cada.

Notou-se que as ações apresentadas pelas categorias de resposta eram semelhantes às categorias de resposta referentes ao conhecimento das leis e documentos sobre esses danos. Por outro lado, alguns docentes relataram que conhecem ações desenvolvidas pela atenção básica e por seus graduandos nas escolas. Verificou-se, portanto, que ações estão sendo realizadas para prevenção desses eventos, principalmente no nível primário de assistência à saúde, pois esse é realmente o papel principal da atenção básica.

Contudo, o profissional que atua nesse setor deve também saber identificar e conduzir os casos atuando de forma intersetorial, e o nível hospitalar também deve incluir as atividades preventivas. Esse fato merece destaque, visto que é importante o aluno sair da sala de aula e se deparar com novos ambientes de aprendizagem, como por exemplo, ir até às escolas. Isso estimula o aprender a aprender, a relação teoria e prática e planejamento de ações intersetoriais.

Ainda relacionado aos diferentes cenários que estimulam a aprendizagem, é importante destacar que o Ministério da Saúde tem alguns programas e ações que incentivam a formação de universitários e a atualização de profissionais já inseridos nos serviços, para atuação de acordo com as necessidades do SUS, conforme as DCNs. Estes incluem

[...] Pró-Saúde e Programa de educação para trabalho em saúde (PET-Saúde), as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), a constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Saúde (FNEPAS), a formação de ativadores de processos de mudança, o reconhecimento, fortalecimento e expansão das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde (Pró-Residências), a educação permanente em saúde como eixo estruturante, o Programa Telessaúde Brasil Redes e a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) estão entre iniciativas relevantes. (HADDAD; CYRINO; BATISTA, 2018, p. 1305).

Segundo eles é muito relevante a aliança entre saúde e educação, pois a academia e o serviços poderão promover a qualidade da educação de diferentes categorias profissionais (HADDAD; CYRINO; BATISTA, 2018). Desse modo, são oferecidas oportunidades de atualização e informação a todos (alunos, docentes e profissionais dos serviços), mas muitos as desconhecem.

Na Tabela 12 seguem as respostas sobre a abordagem das temáticas durante o curso de graduação no qual estão inseridos como docente

Tabela 12 - Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação à questão: “Durante o curso de graduação no qual você está inserido como docente é abordado algum assunto relacionado à temática de acidentes/violência infantil?” (n=13)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Não tem certeza porque depende da vivência do aluno	5	38,5	Sim	5	45,5
Sim	3	23,0	Não tem certeza porque depende da vivência do aluno	5	45,5
Não sabe, pois atua em outra área	3	23,0	Não sabe, pois atua em outra área	1	9,1
Não	2	15,4	Não	1	9,1
-----	----	----	Não sabe	1	9,1
Total	13	100	Total	13	100

Fonte: autoria própria.

Segundo os docentes, os conteúdos sobre acidentes foram trabalhados “na disciplina de saúde da criança” e “no terceiro ano”, e, no caso da violência, na “disciplina de saúde da criança”.

A temática do acidente foi trabalhada com os alunos segundo eles por meio de “seminários”, “aulas teóricas”, “discussão em grupo”, “aproximação com crianças e educação continuada para pais”, sendo todas as categorias com frequência de um (16,7%). No caso da

violência, a categoria de resposta com maior frequência (3=42,9%) foi “quando aparece o caso na prática e o aluno traz para discussão de caso”.

Quando questionados sobre quais os aspectos positivos desse trabalho feito com os alunos em relação ao tema da violência, foi referido somente uma categoria de resposta, com frequência de um: “incluir questões de bioética na formação do aluno”. E, em relação ao acidente, também se verificou uma única categoria de resposta com frequência de um: “promover reflexão sobre acontecimentos rotineiros com crianças dentro e fora de casa que não são valorizados e podem resultar em acidentes”.

Sobre a abordagem das temáticas no curso de graduação em Enfermagem nos quais os entrevistados atuam como docentes verificou-se em relação ao acidente que cinco (38,5%) docentes não tinham certeza porque depende da vivência do aluno; três (23,8%) docentes disseram que o tema do acidente era abordado na graduação, três (23,8%) referiram não saber pois atuam em outra área e dois (15,4%) disseram que não.

No caso da abordagem da violência também foram observadas as seguintes categorias de resposta a essa questão: “sim” com frequência de cinco (45,5%), “Não tem certeza porque depende da vivência do aluno” com frequência de três (27,3%); “não sabe pois atua em outra área” com frequência de um (9,1%) e “não” também com frequência de um (9,1%).

Entre os que responderam que as temáticas são abordadas no curso de graduação foi detalhado que os temas são trabalhados nas disciplinas de saúde da criança/Enfermagem pediátrica por meio de discussão em grupos ou vivências nos estágios, sendo importante para discussão da ética profissional e para reflexão da e na prática.

Nesse âmbito percebe-se que o ensino precisa ser mais integrado, ou seja, que o docente tenha o envolvimento com as demais disciplinas e que participe ativamente da discussão sobre o Projeto Político Pedagógico.

Sobre isso Cação descreve que

Apesar e por causa da complexidade da prática pedagógica desenvolvida pelo docente, ele precisa apoiar-se em pré-elaborações, em planejamentos concebidos fora do seu âmbito de atuação, ou seja, para concretizar sua prática há necessidade de apoiar-se em referenciais curriculares e no currículo prescrito pelos órgãos normativos e deliberativos do sistema educacional - MEC e secretarias de educação estaduais e municipais. (CAÇÃO, 2015, p 35).

Novamente considera-se importante indicar que as temáticas de acidentes e violências não devam ser assuntos pontuais de uma ou duas disciplinas, uma vez que todos os grupos e gêneros estão susceptíveis a elas. Essa indicação, no caso da violência, corrobora com o discurso de Zanata et al. (2015), os quais relatam que não basta ter disciplinas que abordem

pontualmente uma temática relacionada à violência, mas ela deve ser trabalhada durante todo o curso e em todas as disciplinas, seguindo a ótica da integralidade do cuidado e por meio de metodologias que levem o aluno à crítica, à reflexão e ao diálogo sobre o assunto.

Sobre a abordagem da violência na formação esses autores ainda referem que

A preparação do futuro profissional pode se tornar um problema na medida em que a IES não é fomentadora de uma prática autônoma e não consegue delimitar o papel do enfermeiro, gerando controvérsias quanto à essa prática. Assim, o acadêmico deve vivenciar a autonomia precocemente e as atividades da graduação são boas oportunidades para desenvolvê-la. O docente deve orientar o estudante no sentido de incentivar e aperfeiçoar a responsabilidade profissional, oportunizando buscar alternativas de mudanças necessárias para a satisfação do futuro profissional, permitindo que o aluno tome decisões mais acertadas para uma situação, com maturidade, segurança e autonomia. (ZANATA et al, 2015, p. 82).

A atuação do docente irá refletir diretamente na formação do seu aluno, o qual, quando este estiver atuando enquanto profissional do serviço, colocará em prática o aprendizado apreendido durante sua formação. Caso não tenha tido contato com esses temas, as lacunas na formação poderão refletir negativamente na sua prática e conseqüentemente nas pessoas por ele atendidas.

Skinner (1972) aborda a atuação do professor no ensino superior descrevendo que muitos ensinam como foram ensinados, às vezes podem ter tido bons exemplos para continuar a ensinar. Contudo isso não é suficiente pois o professor deve conhecer os comportamentos dos alunos, fazendo uma análise funcional cuidadosa e arranjando contingências para um ensino eficaz. “ensinar como alguém tem ensinado não pode ser mais do que aprender com a experiência” (SKINNER, 1972, p. 243). Zanotto indica a importância do professor nesse contexto, desde o planejamento até à sua prática

[...] a eficácia da educação no preparo de indivíduos competentes e autônomos para atuar nas variadas instâncias da realidade social está diretamente relacionada à sua eficácia em preparar, de modo especial, aqueles que nela permanecerão para exercer aquela função: os professores. O fundamental papel social da educação inviabiliza-se quando os agentes que nela atuam não conseguem exercer, com competência e autonomia, sua função de ensinar (ZANOTTO, 2004, p.37).

Skinner (1972) ainda demonstra que o uso da pedagogia e de tecnologias de ensino pode fazer com que não se utilize o controle aversivo ou desmotive os alunos, mas permitir que o professor os ensine mais por meio das contingências necessárias e respeitando o ritmo de cada aluno.

Entender assim o conhecimento coloca o professor, sobretudo aquele que ensina como ensinar (professores de pedagogia, psicologia, magistério, etc.), em uma situação

delicada. Em geral, professores sabem mais sobre os assuntos que ensinam do que os utilizam; não usam seu conhecimento como deveriam (saber operacional). Comportam-se, portanto, de modo produtivo quando se trata do saber declarativo, mas o mesmo, muitas vezes, não se aplica ao saber operacional. Professores que ensinam técnicas de administração não são necessariamente bons administradores. Da mesma forma, professores que ensinam seus alunos como ensinar outros alunos podem não colocar em prática aquilo que ensinam (algumas das razões para isso vão muito além da simples capacidade – capacitação – do professor, e merecem uma reflexão própria e extensa, fugindo ao escopo deste trabalho) (TODOROV; MOREIRA; MARTONE, 2009, p. 290).

Em relação aos docentes do presente estudo, quando questionados se consideram a temática de acidentes e violência infantil importantes na formação do enfermeiro, verificou-se que todos consideram que “sim”. Os motivos apontados por eles podem ser vistos na Tabela 13.

Tabela 13 - Frequência de categorias de resposta dos docentes em relação à questão: “Você considera as temáticas do acidente e da violência infantil importantes na formação do enfermeiro? Por quê?” (n=13)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Para trabalhar questões de prevenção, promoção e recuperação da saúde	4	22,2	Porque é um problema que ocorre frequentemente e precisa aprender a diagnosticar e lidar com ele	7	63,6
É importante para mudar formação do enfermeiro	3	16,7	É um tema difícil e considera que devido à imaturidade dos alunos pode dificultar o entendimento da violência	1	9,1
Apurar o olhar para diferenciar ou associar acidentes e violência infantil	2	11,1	Tem que haver espaços para abordagem dos temas em diversos momentos da graduação	1	9,1
Deve ser discutido a partir da prática, não só na teoria	2	11,1	Devem ser preparados para realizar denúncias dos casos	1	9,1
Deve ter o envolvimento de todos os setores da sociedade	2	11,1	Porque é um agravo que atinge toda as etapas de desenvolvimento humano	1	9,1
Ter conhecimento e transmitir para os alunos e familiares	2	11,1	-----	---	-----
Outras categorias de respostas com frequência igual a 1	3	16,7	-----	---	-----
Total	18	100	Total	11	100

Fonte: autoria própria.

Foram feitas outras questões aos docentes para o detalhamento da importância dos conteúdos durante a graduação, sendo questionados em qual disciplina deveriam ser abordados.

Segundo as categorias de resposta, o tema do acidente infantil deveria ser abordado na “disciplina de saúde da criança/Enfermagem pediátrica” com frequência de sete (38,9%), “Urgência”, “saúde pública/saúde coletiva” todas com frequência de três (16,7%). E, com frequência de dois (11,1%) cada, verificaram-se outras duas categorias: “não deve ser abordado em uma disciplina específica, mas sim ampliar para outros momentos dependendo do contexto da formação” e “Direitos humanos/políticas públicas”. No caso do tema da violência infantil as categorias de respostas foram: “pediatria” com frequência de sete (53,8%), “saúde pública” com

frequência de cinco (38,5%) e “urgência” com frequência de um (7,7%). Segundo as categorias de resposta sobre quando a temática deveria ser abordada na graduação, verificou-se que, com frequência de dois (25%), as categorias foram: “desde o início do curso” e “questões teóricas no 3ª ano e questões práticas no 5º ano”.

No caso da abordagem da violência infantil, as categorias foram: “durante todo o curso” com frequência de quatro (36,4%), “no 6º termo / 3º ano” com frequência de três (27,3%) e “nos últimos anos do curso” com frequência de dois (18,2%). A Tabela 14 apresenta as categorias de resposta em relação à questão sobre se esses assuntos poderiam ser abordados na graduação.

Tabela 14 - Frequência de categorias de resposta em relação à questão: “De que forma as temáticas do acidente e da violência infantil poderiam ser abordadas na graduação?” (n=13)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Tudo dentro da temática é importante para ser abordado	1	20	Prevenção da violência de forma interdisciplinar	4	36,4
Associação com o tema da violência	1	20	Epidemiologia da violência a nível nacional e municipal	2	18,2
Temas relacionados às dúvidas trazidas pelos alunos	1	20	Tipos de violências e principais agressores	1	9,1
Assistência às vítimas de acidentes infantis em diversos ambientes	1	20	Seria um tema para uma pós-graduação na área da Enfermagem	1	9,1
Fatores de risco e complicações do acidente infantil	1	20	Assistência de enfermagem desde o diagnóstico até o acompanhamento	1	9,1
-----	-	---	Trabalhar com tema dos acidentes e violência infantil	1	9,1
-----	-	----	Abordar sobre os serviços de apoio e fluxos de atendimento	1	9,1
Total	5	100	Total	11	100

Fonte: autoria própria.

Os assuntos seriam trabalhados de diferentes formas, segundo as categorias de resposta, conforme a Tabela 15.

Na Tabela 16 constam as categorias de respostas em relação ao tipo de avaliação que poderia ser utilizado após a abordagem das temáticas do acidente e da violência infantil na graduação. E quando questionados sobre como poderia ser a atuação profissional do enfermeiro com a temática do acidente e da violência infantil, verificaram-se várias categorias de respostas apresentadas na Tabela 17.

Tabela 15 - Frequência de categorias de resposta em relação às estratégias de ensino que poderiam ser utilizadas para abordagem das temáticas do acidente e da violência infantil na graduação (n=13)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
De forma teórica com discussão em grupos	3	23,1	Discussões e sensibilização por meio de casos e das vivências dos alunos unindo teoria e pratica	5	38,5
Trabalhar com as histórias reais e experiências pessoais dos alunos	3	23,1	Busca por artigos científicos recentes	1	7,7
Por meio de Pesquisa	2	15,4	Filmes e vídeos	1	7,7
Articular a teoria na prática	2	15,4	Trazer pessoas especialistas no assunto, não ficar só na fala do professor	1	7,7
Outras categorias de respostas com frequência igual a 1	3	23,1	Trabalhar como se identifica os sinais de violência	1	7,7
-----	---	-----	Discutir eticamente o caso com a equipe	1	7,7
-----	---	-----	Conhecimento e usos das políticas públicas	1	7,7
-----	---	-----	Desde o início do curso da graduação	1	7,7
-----	---	-----	Sucessivas aproximações com o objeto de estudo	1	7,7
Total	13	100	Total	13	100

Fonte: autoria própria.

Tabela 16 - Frequência de categorias de resposta em relação ao tipo de avaliação que poderia ser utilizado após a abordagem das temáticas do acidente e da violência infantil na graduação (n=13)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Por meio da atuação do aluno em estágio se consegue verificar riscos no ambiente	4	44,4	talvez por meio de outra estratégia um pouco mais elaborada	1	25
Avaliar o conhecimento e a valorização dos alunos em relação à temática	1	11,1	Avaliação dos participantes	1	25
De forma escrita	1	11,1	O aluno será avaliado por meio de suas condutas que tomará frente a discussão dos casos	1	25
Desenvolver questões de aprendizagem para resolver o problema que o aluno trouxe	1	11,1	De como trabalhar isso na prática profissional	1	25
Retomada o assunto já trabalhado	1	11,1	-----	---	----
Elaboração e uso de instrumentos de avaliação de risco para acidentes	1	11,1	-----	---	----
Total	9	100	Total	4	100

Fonte: autoria própria.

Todos os docentes relatam que é importante a abordagem dessas temáticas para a formação do enfermeiro e sugeriram que se fossem trabalhadas desde a promoção e prevenção dos agravos, identificação e diferenciação dos sinais de violências e acidentes e envolvimento de outros setores, além da mudança na formação. Isso ocorreria, segundo eles, em diferentes disciplinas incluindo, além de pediatria e saúde coletiva, as áreas de urgência, direitos humanos e políticas públicas, demonstrando assim um aspecto interdisciplinar. Apesar de apresentarem outras categorias de resposta, a pediatria e a saúde coletiva tiveram maiores frequências, o que corrobora com a hipótese, pois os docentes reforçam por meio das categorias de resposta que essas duas áreas são as mais indicadas para trabalhar esses temas.

A forma de trabalhar esses conteúdos pelos docentes não foi indicada por meio de aulas teóricas tradicionais, mas foram verificadas categorias de resposta que envolviam discussão em grupo, experiência vivenciada e pesquisa, abordando temas como: atuação do enfermeiro, análise de indicadores epidemiológicos, visitas domiciliares, plano de cuidados, momentos de discussão IES, serviços e comunidades. As formas como seriam trabalhados esses objetivos de ensino deveriam ser elaboradas pelo professor.

Tabela 17 - Frequência de categorias de resposta em relação à questão: “Como poderia ser a atuação profissional do enfermeiro com a temática do acidente e da violência infantil?” (n=13)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Realização de ações educativas de prevenção em diversos ambientes com diferentes participantes	6	25,0	Realizar notificação, buscar orientar sobre serviços de apoio para as vítimas e anotar todo o atendimento	5	29,4
Verificar se há outros fatores além do acidente/ possível associação com violência	3	12,5	O enfermeiro tem um papel de elo com outros profissionais, pacientes e comunidades	4	23,5
Orientar pais responsáveis e cuidadores de crianças sobre prevenção de acidente nos atendimentos individuais e nas visitas domiciliares	3	12,5	Realizar ações educativas sobre o tema	3	17,6
Acompanhar indicadores/dados epidemiológicos sobre acidentes e propor plano de cuidados	3	12,5	Desenvolver trabalhos interdisciplinares e multidisciplinares	3	17,6
Estar inserido para discutir sobre esse tema na universidade, com a gestão/ equipes dos serviços de saúde	2	8,3	Precisa ter um olhar crítico, precisa saber diferenciar se é acidente ou não.	2	11,8
Não focar somente nos aspectos de doença e sim de prevenção, ter olhar integral de cuidado	2	8,3	-----	--	---
Ter postura crítica	1	4,2	-----	--	---
A atuação do enfermeiro vai depender do tipo de acidente ocorrido	1	4,2	-----	--	---
Fornecendo apoio à família	1	4,2	-----	--	---
Atuar de acordo com as políticas públicas vigentes	1	4,2	-----	--	---
Resposta inespecífica	1	4,2	-----	--	---
Total	24	100	Total	17	100

Fonte: autoria própria.

Para Vargas (1974, p. 3) “o professor é alguém que acelera aprendizagem” e a aprendizagem é uma mudança de comportamento, como já definiu Skinner. Vargas (1974) ainda descreve que as mudanças de comportamento devem ser para a sala de aula e também ocorrer fora do ambiente escolar, e relacionar essas mudanças também às atitudes dos alunos. O professor deveria planejar o ensino de forma cuidadosa e com objetivos mais voltados aos comportamentos do aluno.

O ensino planejado faz com que o professor otimize seu tempo, selecione as experiências de aprendizagem, mesmo com materiais padronizados pela instituição, comunique

objetivamente o que deve ser feito para que os alunos saibam quais serão os objetivos da aula, tendo clareza do que eles deverão saber, e possam avaliar o processo e se foram alcançados seus objetivos finais (VARGAS, 1974).

Todos os docentes consideram que o enfermeiro poderia atuar na temática de acidentes/violência infantil de forma integrada, nas unidades de saúde e em unidades escolares. E, ao serem questionados como seria essa atuação, as categorias de resposta em relação à prevenção de acidentes e de violência infantil seguem descritas na Tabela 18.

Tabela 18 - Frequência de categorias de resposta em relação à questão: “Você considera que o enfermeiro poderia atuar com as temáticas de acidentes/violência infantil de forma integrada nas unidades de saúde e em unidades escolares? Se sim: Como poderia ser essa atuação?” (n=13)

<i>Acidente Infantil</i>			<i>Violência Infantil</i>		
<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Trabalhando de forma intersetorial buscando integralidade no cuidado	5	45,4	Estimular e preparar o professor para ter um olhar crítico para o comportamento e outros sinais que o aluno apresente e os serviços de referências para atendimento	3	25,0
Preparar professores para reconhecer sinais de acidentes e violência infantil	2	18,2	Escola e serviços de saúde são responsáveis pelas crianças, têm que ser parceiros	3	25,0
Trabalho de prevenção com as próprias crianças por meio de teatros	2	18,2	Empoderando a própria criança para buscar ajuda	2	16,7
Por meio de encontros e oficinas com discussões e trocas de experiências com pais de alunos	1	9,1	É possível trabalhar o assunto com as famílias e comunidade com ações multidisciplinares	2	16,7
Enfermeiros podem orientar professores, pais e diretores sobre acidentes infantis na escola	1	9,1	Buscar apoio municipal para essas ações no ambiente escolar	1	8,3
-----	---	-----	Desenvolvendo ações educativas nas escolas privadas/ particulares	1	8,3
Total	11	100	Total	12	100

Fonte: autoria própria.

Sobre a atuação do enfermeiro no ambiente escolar, 100% dos docentes consideram que deva acontecer, sendo que o enfermeiro pode atuar realizando ações intersetoriais, no preparo dos professores e da própria criança, “empoderando-a” para reconhecer sinais de violência e evitando possíveis acidentes. Pode atuar também junto com as famílias e a comunidade para prevenção desses danos.

Segundo Algeri (2005), a universidade, como o próprio nome diz, deve ter envolvimento com questões universais, como é o caso da violência, possibilitando o preparo de profissionais com habilidades para enfrentar situações diversas. Ainda complementa que o trabalho do docente de universidades deve além de educar, mas auxiliar o aluno a qualificar e aprofundar o sentido da existência humana.

Cursino, Fujimori e Gaiva (2012) desenvolveram um estudo no qual analisaram a integralidade do ensino da saúde da criança na graduação de enfermagem por meio dos planos de ensino de oito instituições de ensino do sudeste e nordeste do Brasil. Concluíram que realmente há um ensino integral nessa área que envolve ações intersetoriais e cenários de prática diversificado, porém, ressaltam que está adequado burocraticamente nos planos de ensino, mas não se pode confirmar que realmente são realizados conforme suas descrições.

O professor deve ser o responsável por efetivar os planos de ensino, tornando realidade as propostas feitas para o aprendizado do aluno.

A importância da inclusão dessas temáticas na formação dos profissionais da saúde está prevista na política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências sendo descrito que deve haver

- a mobilização das universidades para que induzam investigações atinentes aos acidentes e às violências, não só divulgando-as em publicações científicas, mas de forma que contribuam, inclusive, para a melhoria e o aprimoramento da rede de serviços
- a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, educação, assistência social e direito de disciplina relacionada a acidentes e a violências (BRASIL, 2005, p. 41-42).

Almeida e Soares (2011) ressaltam que é importante que os enfermeiros tenham preparação política para o desempenho de sua profissão, porém, eles consideram que o enfermeiro que atua como docente também não foi preparado neste aspecto, por isso, a técnica relacionada aos conhecimentos específicos da enfermagem, bem como ensino conforme o modelo biologicista, ainda se sobressaem durante a graduação, “secundarizando os aspectos pedagógicos e os temas político-sociais” (ALMEIDA; SOARES, 2011, p. 7).

Para os autores isso consolida práticas conservadoras de ensino e dificuldades dos próprios docentes em articular os conteúdos das disciplinas com problemas reais relacionados ao contexto sócio-político, principalmente relacionados à saúde pública, o que leva a uma dificuldade de tornar real o que é solicitado pelas diretrizes curriculares nacionais do curso de Enfermagem (ALMEIDA; SOARES, 2011).

Observa-se que os docentes relatam sobre a importância da formação que envolva a teoria e a prática, assim como o conhecimento das políticas. Frente a essas respostas verifica-se que os docentes entendem que é necessário para a formação do enfermeiro as questões de assistir os indivíduos nas diferentes fases da vida para promover a saúde, prevenir agravos e reabilitar indivíduos, famílias e comunidades. Isso vem ao encontro das propostas das diretrizes curriculares nacionais para o curso de Enfermagem conforme se encontra a seguir

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas; II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões; IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional; V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso; VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança. (BRASIL, 2001, p.2).

Apesar de as DCNs do curso de Enfermagem não tratarem diretamente do acidente infantil, os docentes têm clareza e referem que é um problema de saúde comum dentro dos serviços de saúde, por isso a importância de ser trabalhado esse assunto durante a formação profissional. Assim como relataram os docentes entrevistados, Correa e Silva (2006) concluem que

O enfermeiro tende a contribuir de maneira muito significativa nesse processo de conscientização sobre a importância dos acidentes domésticos, na infância, que são considerados os mais passíveis de prevenção. Cabe ao profissional de enfermagem a utilização de sua competência a fim de contribuir para mudanças de comportamento da população e para a transformação de ações, principalmente daquelas que envolvam prejuízo do crescimento e desenvolvimento saudável da criança. (CORREA; SILVA, 2006, p. 401).

5.4 Conclusão

Concluiu-se que todos os docentes tinham um conhecimento prévio sobre as temáticas da violência e acidentes infantis, porém, não tão aprofundado, sobre as temáticas, conseguindo conceituar, em sua maioria por meio de exemplos, o que são acidentes e violências e alguns tendo já vivenciado situações que envolviam as temáticas em sua vida pessoal e profissional. Poucos têm conhecimento de ações preventivas, leis e documentos, tal qual a ficha de notificação de violência e acidentes. Todos os docentes consideram importante a abordagem dos temas na formação do enfermeiro, principalmente nas disciplinas de pediatria, saúde pública e urgência, mas poucos sabem se as temáticas são abordadas nos cursos nos quais atuam como docentes.

O desconhecimento de políticas públicas como a PNRMAV, a obrigatoriedade do preenchimento da ficha e das ações que envolvem violência e acidente por parte dos docentes faz refletir sobre a formação do enfermeiro para o SUS como é previsto pela DCNs. Como o aluno irá conhecer as políticas se o docente também não as desconhece? Conforme o que foi apresentado aqui, o professor é o responsável por criar as contingências de ensino para o aprendizado do aluno, todavia para isso ele deve ter também o acesso à informação para instruir seus alunos.

Mas assim como cabe ao professor criar contingências para o aluno, as instituições e a própria gestão Nacional, Estadual e Municipal devem ser responsáveis por capacitar continuamente os profissionais que estão inseridos nos serviços, bem como os docentes inseridos no contexto do SUS. Na experiência da pesquisadora, muitas vezes os docentes não são incluídos nessas atualizações e isso pode prejudicar a formação do aluno. O ensino e serviço devem ter uma aliança e um contribuir com o outro.

Os docentes apontaram achar viável e importante a atuação das universidades na escola para orientação de pais, professores e crianças. Apontam que é mais fácil trabalhar a prevenção de acidente do que a violência, pois para eles a violência depende de mudar o comportamento do indivíduo relacionando com aspectos da personalidade, uma vez que segundo eles a mudança do caráter das pessoas eleva mais tempo. Por outro lado, estudos como o de Dahlberg e Krug (2007) mostram que há diversas causas para violência e não há restrição somente ao aspecto individual. Outros dados também demonstram a existência de várias ações que já vem sendo feitas no país e no mundo em relação à prevenção desta temática que estão associadas a educação, saúde e questões socioeconômicas e culturais (WHO, 2014).

Considera-se que, durante as entrevistas com os docentes, houve momentos de reflexão sobre suas práticas, pois muitos deles, ao relatarem os casos atendidos e suas vivências enquanto profissionais e docentes, iam lembrando situações e, quando questionados sobre as formas de trabalhar os conteúdos, conseguiram demonstrar que é possível a abordagem das temáticas a partir da promoção e prevenção, em disciplinas e estágios supervisionados. Por isso considera-se que o estudo em si favoreceu reflexão dos docentes, assim, espera-se que o estudo possa ter corroborado no estímulo e maior interesse pelos temas tratados.

Tomando como referência os resultados obtidos nas entrevistas com os docentes e a partir da revisão da literatura, foram elaboradas as estratégias de ensino utilizadas nas ações educativas implementadas em uma das faculdades.

6 ESTUDO III - Ações educativas sobre prevenção acidentes e violência infantil com discentes do curso de Enfermagem

Para este terceiro estudo tem-se como hipótese que ações educativas sobre as temáticas de prevenção de acidentes e de violência infantil, elaboradas com base na investigação de conhecimentos e opiniões de docentes e de discentes de cursos de Enfermagem em relação a essas temáticas e aplicadas com os discentes durante atividade curricular de curso de graduação em Enfermagem, poderia auxiliar na formação, ampliando conhecimentos e estimulando propostas de ações voltadas para a prevenção de acidentes infantis e de violência.

6.1 Objetivos

Identificar conhecimentos e opiniões dos discentes do curso de Enfermagem sobre prevenção de violência e acidentes infantis.

Elaborar, aplicar e avaliar ações educativas sobre prevenção de violência e acidentes infantis com graduandos de Enfermagem.

6.2 Método

Da mesma forma que os estudos anteriores, o Estudo III foi um estudo descritivo e interventivo, com análise quantitativa e qualitativa.

6.2.1 Materiais

Foram utilizados TCLE planejamento de ensino das ações educativas (Apêndice B questionário (Apêndice C) e folhas de atividades (Apêndices D-G). Também foram utilizados materiais e recursos audiovisuais necessários para realização das ações, bem como computadores e impressoras.

6.2.2 Ambiente

Foi realizado em uma IES particular, que fez parte do Estudo I e II, localizada em um município do interior do Estado de São Paulo, com aproximadamente 220 mil habitantes. Mais especificamente, nas salas de aula de cada ano do curso de graduação em Enfermagem. Essa

faculdade foi escolhida por ter permitido o acesso da pesquisadora aos alunos do curso e por seu papel importante na região do Estado de São Paulo enquanto instituição de formação superior.

Para realização da atividade 2 deste estudo, torna-se necessária a caracterização do ambiente, ou melhor de cada sala de aula da IES, visto que cada uma delas tinha uma disposição diferente dos móveis.

Para cada uma das cinco salas em que estudavam os graduandos de cada ano do curso foi feito um *checklist* dos objetos presentes na sala antes de realizar a atividade. Foi comum a todas as salas aspectos de risco como janelas com vidro sem proteção, cadeiras próximas às janelas com estofados rasgados e com grades quebradas em baixo, tomadas baixas (aproximadamente a 30 cm do chão) e sem proteção, fios de computadores no meio da sala, mesas, piso escorregadio, ventiladores e ar condicionado.

As especificações detalhadas de itens diferentes em cada ambiente são descritas a seguir.

- Sala do 1º ano - cortinas soltas; mesa com pontas desprotegidas e com rodinhas; tachinhas pregadas no quadro de avisos que estava na parede; materiais escolares como lápis /canetas; bolsas no chão na passagem de pessoas; porta com vidro; saco de lixo; balde, giz; suporte para giz.
- Sala do 2º ano: cortina fácil de puxar; mesa com pontas desprotegidas e com rodinhas; materiais escolares de fácil acesso como lápis/canetas; bolsas no chão na passagem de pessoas; porta sem vidro; saco de lixo; balde; giz; suporte para giz; tachinhas pregadas no quadro de avisos que estava na parede.
- Sala do 3º ano: maca; cortina fácil de puxar, mesa com pontas desprotegidas e com rodinhas; materiais escolares de fácil acesso como lápis/canetas; bolsas no chão na passagem de pessoas; porta sem vidro, saco de lixo; balde; giz; suporte para giz; tripé do projetor; e paredes com pilares e quinas no fundo da sala.
- Sala do 4º ano: cortina fácil de puxar; mesa com pontas desprotegidas e com rodinhas; materiais escolares de fácil acesso como lápis/canetas; bolsas no chão na passagem de pessoas; porta sem vidro aberta com acesso a escadas; saco de lixo; balde.
- Sala do 5º ano: maca, cortina fácil de puxar mesa com pontas desprotegidas e com rodinhas; materiais escolares de fácil acesso como lápis/canetas; bolsas no chão na passagem de pessoas; saco de lixo; balde; giz; suporte para giz; tripé do projetor.

6.2.3 Participantes

Os participantes foram incluídos por meio de amostragem intencional e não probabilística.

Participaram 138 discentes do primeiro ao quinto ano do curso de Enfermagem que aceitaram participar da ação educativa assinando o TCLE, sendo 23 (16,7%) do primeiro ano, 23 (16,7%) do segundo ano, 42 (30,4%) do terceiro ano, 20 (14,5%) do quarto ano e 30 (21,7%) do quinto ano.

Em relação ao sexo, 105 (76,1%) participantes eram do sexo feminino e 33 (23,9%) eram do sexo masculino. A pesquisa de Coelho (2005, p. 347) demonstra que

Apesar de haver uma afinidade histórica das mulheres com o cuidar, reconhece que preconceitos de gênero restringiram a participação dos homens na profissão. Mas, embora a enfermagem seja construída culturalmente como prática sexuada, feminina, os homens na profissão são uma realidade cada vez mais presente, representando rupturas importantes com estereótipos de gênero relacionados à prática do cuidado.

Em relação à idade dos 138 alunos do curso de Enfermagem participantes foi verificado que a média de idade era de 25,08 anos e o desvio padrão de 5,6. Quando questionados se possuíam outra graduação foi verificado que 121 (87,7%) não possuíam outra graduação, três (2,2%) referiram que possuíam e 14 (10,1%) não responderam essa questão. Os três alunos que responderam ter outra graduação referiram ser graduados em Comércio Exterior, Gestão de Pessoas e Pedagogia.

Em relação aos alunos que estão atuantes no mercado de trabalho, 58 (42%) referiram que trabalham na área da saúde, 10 (7,2%) na área de cobrança, nove (6,5%) alunos atuam na área do comércio, quatro (2,9%) na área de atendimento; três (2,2%) na educação, dois (1,4%) na área financeira e também na área de tecnologia. Outras áreas foram mencionadas como as áreas de administração, alimentação, construção, indústria e vigilância. Outros 45 (32,6%) alunos não responderam essa questão. Já em relação ao tempo de trabalho, entre os alunos que referem estar no mercado de trabalho, a média de tempo é de 4,8 anos e o desvio padrão de 3,5.

As características dos alunos participantes do estudo estão em consonância com os resultados de uma pesquisa realizada sobre o perfil da Enfermagem no Brasil, na qual foi verificado que em 2013, dos 414.712 enfermeiros respondentes do estudo, 130.293 (31,4%) afirmaram ter realizado o curso de técnico ou auxiliar de Enfermagem antes de se graduarem. Já 275.664 (66,5%) relataram não ter realizado curso técnico e 8.775 (2,1%) não responderam essa questão. Dos enfermeiros que afirmaram ter realizado curso técnico antes da graduação foi verificado que 112.176 (86,1%) trabalhavam na área durante a formação (COFEN, 2016b).

Sendo assim é comum encontrar profissionais da saúde, principalmente com formação e atuantes como técnicos e auxiliares de Enfermagem nos cursos de graduação, evidenciando a busca por maior conhecimento e melhor colocação no mercado de trabalho.

6.2.4 Procedimentos

Após aprovação do CEP (Parecer n 1.502.439/2016), foram convidados a participar os alunos do curso de Enfermagem de duas IES, uma privada e uma pública. A proposta inicial era abordar alunos que já haviam passado por estágio supervisionado, pois entendia-se que o estágio pudesse proporcionar uma melhor integração entre teoria e prática, contato com casos reais, tal qual criar espaços de aprendizagem diferentes do que são apresentados a eles em sala de aula.

No período de contato com os alunos das duas IES, ocorreram alguns percalços que levaram à mudança da amostra. Isso porque na IES pública o contato inicial foi feito com os alunos por meio de um e-mail enviado pela coordenação do curso convidando-os para um primeiro encontro com a pesquisadora. Na data e local combinado pela IES nenhum aluno compareceu. Isso pode ter ocorrido, porque esses alunos estavam em período de estágio curricular durante o dia, sendo marcado esse encontro no período noturno para não interferir nas atividades da graduação, mas a data escolhida foi próxima a um feriado e muitos poderiam ter viajado para suas casas em outros municípios. Considerando que foi indicado que o contato pessoal com cada aluno só poderia ser feito após eles assinarem o TCLE nesse primeiro encontro, considerando a ausência dos alunos no primeiro contato, assim como o tempo enxuto para se realizar coleta de dados previsto no cronograma da pesquisa, foi necessário buscar novas alternativas.

Nesse momento a pesquisadora foi convidada por uma docente da IES particular para ir abordar o conteúdo de violência e acidentes na infância para os alunos do terceiro ano do curso de Enfermagem, na disciplina de saúde da criança, conteúdos que faziam parte da grade curricular. Frente ao convite, a pesquisadora iria aproveitar a oportunidade para a adequação da ação educativa, mas ao sair dessa aula foi convidada por outras docentes para apresentar o mesmo conteúdo nos outros anos do curso.

Considerando, então, a ausência dos alunos da outra IES e o cronograma da pesquisa para realização desta etapa do trabalho, a amostra foi estendida a todos os alunos do primeiro ao quinto ano do curso de Enfermagem da IES particular, não utilizando mais o critério do aluno já ter vivenciado estágios supervisionados.

As ações educativas foram elaboradas com base nos pressupostos teóricos da Análise do Comportamento, buscando se seguir os princípios fundamentais para o planejamento e condução de procedimentos de ensino, nos seguintes aspectos: formulação clara de objetivos, consideração de pré-requisitos para os aprendizados com avaliação do repertório prévio dos aprendizes e distribuição dos passos e designação dos recursos, resumidos por Abreu, Luna e Abreu (2014).

O propósito das ações educativas foi trabalhar a formação do enfermeiro para atuar na prevenção dos acidentes e de violências infantis com universitários e docentes responsáveis por disciplina e/ou estágio, igualmente oferecer subsídios práticos para posterior atuação na formação inicial e profissional, e estimular a adesão dos professores para a abordagem do tema em suas disciplinas.

Inicialmente a intervenção foi feita com os alunos do terceiro ano, no período noturno e teve duração de aproximadamente três horas. Nas outras turmas também houve a colaboração dos docentes em cederem um dia de aula para a realização da ação educativa. Foram agendados quatro dias no período noturno e um dia no período matutino e vespertino com os alunos do último ano do curso.

As atividades realizadas, que compuseram as ações educativas foram: aplicação do questionário inicial; atividade denominada “Riscos ambientais para acidentes infantis”; atividades voltadas para preenchimento da Ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada a partir de um caso fictício; atividades para elaboração de plano de intervenção sobre prevenção de acidentes ou violência infantil; avaliação da ação educativa desenvolvida; Caderno de estudo sobre prevenção de acidentes e de violências infantis durante a formação de enfermeiros.

Esse caderno de estudo foi elaborado e enviado em formato *Portable Document Format* (PDF) a pedido da docente responsável pela disciplina saúde da criança, com a descrição dos conteúdos e referências trabalhados, sendo entregue somente para o terceiro ano do curso, para que os alunos tivessem um conteúdo teórico da disciplina referente a essas temáticas, conforme a grade curricular desta IES.

O planejamento elaborado para ação educativa está disponível no Apêndice B com a descrição dos objetivos de aprendizagem dos alunos.

No Quadro 5 constam informações gerais referentes às atividades que compuseram as ações educativas, as quais serão mais detalhadas no tópico sobre os resultados, uma vez que os objetivos deste Estudo III compreendem a elaboração, aplicação e avaliação das ações educativas.

Quadro 5 - Informações gerais referentes às atividades que compuseram as ações educativas e foram realizadas com graduandos do 1º ao 5º ano curso de Enfermagem de uma IES privada

Atividade	Objetivo da pesquisadora	Participantes	Procedimentos
Questionário inicial	Caracterizar os conhecimentos prévios dos alunos sobre prevenção de acidentes e violências	138 alunos do 1º ao 5º ano do curso de Enfermagem de uma IES privada	Digitação e organização dos dados, análise por categorização, descrição de frequência de respostas e julgamento das mesmas por especialistas sobre os temas. Categorização dos itens (frequência) descritos pelos alunos sobre as ações educativas por eles elaboradas
“Riscos ambientais para acidentes infantis”	Verificar a percepção dos alunos sobre os riscos para acidentes presentes no ambiente antes e depois da abordagem do tema nas ações educativas	20 estudantes do primeiro ano, 22 estudantes do segundo ano, 41 estudantes do terceiro ano, 19 estudantes do quarto ano e 30 estudantes do quinto ano, totalizando 132 estudantes	Análises de estatísticas descritivas das palavras, tabelas com a contagem das palavras e a análise de <i>cluster</i>
Atividade para preenchimento da Ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada a partir de um caso fictício	Identificar as quantidades de preenchimento completo/correto, completo/incorreto, incompleto/correto incompleto/incorreto e incompleto dos campos de preenchimento obrigatório da Ficha de notificação de violência do SINAN	93 alunos: 10 do primeiro ano, 17 do segundo ano, 23 do terceiro ano, 14 do quarto ano e 29 do quinto ano	Orientações sobre o preenchimento da ficha. Digitação, análise dos dados identificação das quantidades de preenchimento de acordo com as categorias
Atividade para elaboração de plano de intervenção sobre prevenção de acidentes ou violência infantil	Avaliar a aprendizagem a partir da elaboração individual de propostas de ações preventivas para acidentes ou violências infantis, considerando que a prevenção é uma forma de diminuir a ocorrência desses eventos	39 alunos: 4 do primeiro ano; 8 do segundo; 7 do terceiro; 3 do quarto e 17 do quinto ano	Foi feita análise por categorização dos dados, descrição de frequência de respostas e julgamento das mesmas por especialistas sobre os temas. Categorização dos itens (frequência) descritos pelos alunos sobre os itens da ações educativas por eles elaborados
Avaliação da ação educativa desenvolvida	Verificar o que os alunos consideraram importante em todas as atividades realizadas, bem como a organização, aspectos positivos e negativos das mesmas e sobre a abordagem da pesquisadora durante a ação educativa	47 alunos sendo 6 do primeiro ano, 9 do segundo, 8 do terceiro ano, 5 do quarto e 19 do quinto ano do curso	As respostas também foram categorizadas para a análise de acordo com descrição de frequência de resposta e julgamento das mesmas por juízes

Fonte: autoria própria.

Ressalta-se que este estudo envolveu uma amostra de participantes discentes com faixas etárias e características diferentes, ou seja, idade, vivências e conhecimentos prévios relacionados a experiências pessoais e ou profissionais, pois muitos já trabalhavam na área. Esse fato fez com que houvesse uma ampliação dos resultados, uma vez que inicialmente a ideia

era um estudo somente com os últimos anos do curso. Assim sendo foi possível trabalhar a questão da prevenção com alunos iniciantes, os quais poderiam ter um conhecimento recebido fora do ambiente acadêmico, até os mais experientes em relação a formação, já que nessa IES especificamente, há esses conteúdos previstos na grade curricular de forma teórica no terceiro ano do curso e no estágio curricular supervisionado para os alunos do quinto ano.

O tempo disponibilizado para abordagem do conteúdo durante atividade curricular foi estabelecido pela IES, assim, foi necessário alterar seu conteúdo inicial, posto que essa ação educativa foi planejada inicialmente para ser realizada em oito horas com alunos do último ano, mas em decorrência do convite para realizar no momento de aula no período noturno em todas as séries do curso, houve adaptação do conteúdo para quatro horas, sendo que na realidade foi realizada em três horas, pois alguns alunos chegavam após o horário do início e iam embora antes do horário de término. Apesar desses ajustes novamente reforçasse que a informação foi dissipada para um maior número de alunos, e isso pode ter sido positivo para a formação.

Por outro lado, a devolutiva dos instrumentos utilizados na ação educativa não ocorreu como esperado e muitos dados não foram devolvidos pelos graduandos. O primeiro instrumento foi preenchido adequadamente por quase todos os alunos, mas houve diminuição do número de graduandos nas demais atividades, principalmente dos dois últimos (elaboração de uma ação educativa e avaliação da atividade). Assim, a estratégia foi entregar esses materiais para os graduandos preencherem no domicílio e devolverem em outro momento. Isso ocorreu também porque muitos alunos residiam em outras cidades e precisavam sair antes do término da aula, não concluindo as atividades propostas para a coleta de dados.

Uma outra ressalva importante foi que os docentes que cederam a aula não participaram ativamente das atividades propostas. Alguns permaneceram em sala e outros não, dificultando atingir o objetivo do envolvimento dos docentes nas ações educativas.

A despeito das ressalvas apontadas, muitos alunos demonstraram satisfação em trabalhar com os temas, pois vieram conversar com a pesquisadora ao final da aula, ou por e-mail ou por telefone. Por exemplo, uma aluna do terceiro ano convidou a pesquisadora para ser coorientadora do seu trabalho de conclusão de curso, já que gostaria de trabalhar com a temática dos acidentes infantis com profissionais da UBS de seu município.

Os resultados obtidos na ação educativa foram avaliados por meio das atividades nela realizadas e dos questionários preenchidos, a fim de verificar os conhecimentos dos participantes antes, durante as atividades e após as ações.

6.3 Resultados e discussão

Os resultados desse Estudo III, considerando que os objetivos eram elaborar, aplicar e avaliar, serão descritos de acordo com cada uma das cinco atividades que compuseram as ações educativas.

6.3.1 Atividade I- Questionário inicial

Objetivos

Os objetivos desse instrumento foram caracterizar os conhecimentos prévios dos alunos sobre prevenção de acidentes e violência infantil, como receberam informação sobre esses temas e o interesse neles em participar de uma ação educativa que envolvesse a abordagem da prevenção dos acidentes e violência infantil voltada para alunos de graduação em Enfermagem.

Método

- **Materiais:** foi elaborado um questionário para os alunos com base nas respostas das entrevistas realizadas com os docentes do curso de Enfermagem. Esse questionário era composto por 14 questões abertas e fechadas. Nas questões de múltipla escolha poderiam ser assinaladas mais de uma alternativa. Algumas questões continham subquestões para detalhamento das respostas. O questionário inicial foi composto por um bloco de questões sobre prevenção do acidente infantil, outro sobre prevenção da violência infantil e um terceiro sobre ação educativa sobre essas temáticas (Apêndice C). Como esse foi o primeiro instrumento entregue na ação educativa, todos os alunos fizeram a devolutiva do mesmo.

- **Participantes:** participaram 138 discentes do primeiro ao quinto ano do curso de Enfermagem que aceitaram participar da ação educativa assinando o TCLE, sendo 23 do primeiro ano, 23 do segundo ano, 42 do terceiro ano, 20 do quarto ano e 30 do quinto ano.

- **Procedimentos:** para adequação do questionário inicial foi realizada a sua aplicação com uma aluna do terceiro ano de Enfermagem de uma universidade particular do município. A discente assinou o TCLE e terminou o preenchimento em 30 minutos. Ela considerou que o instrumento estava um pouco repetitivo, pois as questões sobre acidentes e violências eram semelhantes, mas de fácil compreensão. Não houve alterações significativas nos itens do questionário, somente na ortografia.

Após a realização dessa adequação foi realizado o agendamento como a faculdade para início da ação educativa, com cada sala. Após a assinatura do TCLE os alunos foram convidados a responder o questionário inicial elaborado.

Para análise das respostas ao questionário foi feita a digitação e organização dos dados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 21, com a intenção de verificar a quantidade de vezes que as alternativas foram assinaladas pelos alunos, visto que eles poderiam assinalar mais de uma alternativa nas questões testes. Já nas questões abertas foi realizada a categorização das respostas assim como descrito no Estudo II.

Resultados e discussão

A primeira pergunta estava relacionada ao conceito de acidente infantil: “Em sua opinião o que é acidente infantil?”. Na Tabela 19 constam as categorias que emergiram das respostas dos alunos.

Tabela 19 - Frequências de categorias de resposta dos discentes em relação à questão: “Em sua opinião o que é acidente infantil?” (n =138)

Categoria	f	%
Causada por negligência dos responsáveis	28	14
Quando a criança se fere de modo não intencional	28	14
Qualquer intercorrência com a criança	19	9,4
Queimaduras	17	8,3
Queda	13	6,0
Traumas com consequências físicas e psicológicas	11	5,4
Não respondeu	11	5,4
Acontecimentos imprevisíveis	8	4
Violência e maus tratos	8	4
Riscos preveníveis	7	3,5
Acidente de trânsito	6	3
Acomete a saúde da criança	6	3
Intoxicação	6	3
Afogamento	5	2,5
Acidentes causados pela própria criança	5	2,5
Acidentes domésticos	5	2,5
Acidente na escola	3	1,5
Cortes	2	1
Causa dor e atrapalha o desenvolvimento	2	1
Causa danos graves e menos graves	2	1
outras respostas mencionadas apenas 1 vez	10	5
Total	202	100

Fonte: autoria própria.

Assim como na entrevista com os docentes, as respostas a essa questão estavam vinculadas aos exemplos e tipos de acidentes, suas causas e consequências, não havendo um conceito formal.

Sobre a segunda questão: “Você já recebeu informações sobre prevenção de acidentes infantis fora da universidade?”, foi verificado que do universo de 138 participantes, 68 (49,3%) responderam que “não tiveram informação sobre prevenção de acidentes fora da universidade”, enquanto 70 (50,7%) referiram que “receberam informações sobre prevenção de acidentes fora da universidade”. Verifica-se, portanto, que a maioria deles já tinha um conhecimento prévio

sobre o assunto. Outras questões foram feitas para os alunos que afirmaram ter recebido informação fora da universidade. A frequência em que as respostas foram mencionadas seguem na Tabela 20.

Tabela 20 - Frequências de categorias de resposta às subquestões referentes às informações recebidas fora da universidade sobre acidente infantil (n=70)

Qual o tipo de acidente mais abordado fora da faculdade?	
Categoria	f
Queimadura	49
Intoxicação	46
Atropelamento	35
Queda	26
Outros	13
Por quais meios receberam a informação sobre prevenção de acidentes fora da faculdade?	
TV	42
Internet	39
Palestra	39
Aulas no ensino fundamental	20
Materiais impressos	12
Qual o assunto foi trabalhado sobre prevenção de acidentes fora da faculdade?	
Cuidados com as crianças no domicílio	65
Responsabilidade dos pais ou responsáveis	42
Cuidados com crianças na escola	13
Responsabilidade da sociedade	13
Responsabilidade do poder público	8

Fonte: autoria própria.

Na questão 3, “Você recebeu informação sobre prevenção de acidentes infantis na universidade?”, foi verificado que dos 138 alunos, 77 (55,8%) responderam que “não receberam” e 60 (43,5%) responderam que “receberam informação sobre prevenção de acidentes infantis na universidade”. Somente um (0,7%) aluno não respondeu a essa questão. Para os alunos que responderam que haviam recebido informação sobre prevenção de acidentes infantis na faculdade foram feitas outras questões específicas sobre o assunto. A frequência em que as respostas foram mencionadas seguem na Tabela 21.

Sobre a questão “Você considera que o assunto sobre prevenção de acidentes na infância é importante para formação do enfermeiro?”, foi verificado que todos os alunos responderam que “o assunto da prevenção de acidente na infância é importante para a formação do enfermeiro”.

Quando questionado porque seria importante a abordagem desse assunto na formação do enfermeiro, emergiram as seguintes categorias apresentadas na Tabela 22.

Tabela 21- Frequências de categorias de respostas às subquestões referentes às informações recebidas na universidade sobre acidente infantil (n=60)

Qual o tipo de acidente mais abordado na faculdade?	
Queda	55
Queimadura	50
Intoxicação	50
Atropelamento	36
Outros	10
Por quais meios receberam a informação sobre prevenção de acidentes na faculdade?	
Aulas	54
Material impresso	29
Palestra	20
Estágios	7
Outros	3
Qual o assunto foi trabalhado sobre prevenção de acidentes na faculdade?	
Cuidados com as crianças no domicílio	55
Responsabilidade dos pais ou responsáveis	49
Cuidados com crianças na escola	26
Responsabilidade da sociedade	23
Responsabilidade do poder público	17
Outros	4

Fonte: autoria própria.

Tabela 22 - Frequências de categorias de resposta dos discentes em relação à questão: “Você considera que o assunto sobre prevenção de acidentes na infância é importante para formação do enfermeiro?” (n=138)

Categoria	f	%
Para conscientizar e orientar pais e responsáveis sobre como evitar acidentes	22	15,5
Enfermeiros trabalham com crianças e podem vivenciar essa situação	17	11,6
Para avaliar situações ocorridas e adequar/planejar o cuidado	14	9,6
Amplia conhecimento e melhora a prática	12	8,2
Para melhorar a assistência à criança e à família	11	7,5
Independente da área de atuação deve se ter conhecimento de assuntos diferentes	10	6,8
Para evitar acidentes com crianças	7	4,8
Promove qualidade de prevenção e boa saúde	6	4,1
Profissionais da saúde devem atuar na prevenção, principalmente o enfermeiro	6	4,1
Para realizar educação continuada com a equipe	3	2,0
Por ser acadêmicos e futuros profissionais	3	2,0
Atuar com prevenção em outros locais	3	2,0
Porque é um tema interessante e pouco divulgado	2	1,3
Prevenir sequelas	2	1,3
Crianças são irresponsáveis e se machucam	1	0,7
Não respondeu	27	18,5
Total	146	100

Fonte: autoria própria.

No estudo de Chihak (2009) foi verificado que a educação inicial bem como a educação continuada de profissionais da Enfermagem aumenta a chance de reconhecimento de sinais e denúncia de suspeita de violência por parte desses profissionais. Ainda refere que o profissional experiente tem maiores chances de proteger as crianças vítimas de violência e negligência.

Sobre a questão 5, “Você conhece alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes infantis? A

maioria dos alunos responderam que “não tinham conhecimento” e 20 (14,5%) responderam que “tinham conhecimento sobre alguma ação documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal que abordasse a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes infantis”. Somente dois (1,4%) alunos não responderam essa questão.

Apesar de 20 alunos responderem que tinham conhecimento a maioria deles não especificou qual ação, documento ou legislação que disseram conhecer, mas os que responderam e especificaram descrevendo o “ECA”, “Organizações não governamentais” (ONGs) e “ações de UBS”, não trazendo detalhes sobre eles.

Referiram também que o acesso ao conhecimento dessas leis, ações ou programas, relacionados à prevenção do acidente infantil, ocorreu “por meio das aulas na faculdade” e “e pela TV”, representadas respectivamente, sendo assinaladas 12 vezes cada.

Observa-se que muitas vezes as faculdades realizam visita em projetos e, desse modo, os alunos conhecem ações realizadas pelas ONGS no município. E novamente a TV é o meio pelo qual eles tomam conhecimento das informações como apresentado na Tabela 23.

Tabela 23 - Frequências de categoria de respostas às subquestões referentes ao conhecimento de alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes infantis (n=138)

Categoria	f
Aula teórica na faculdade	12
TV	12
Internet	8
Material impresso	7
Palestra	6
Estágio	3
Rádio	3
Outro	1

Fonte: autoria própria.

Na questão 6 “Você tem conhecimento de alguma ficha de notificação de acidente infantil?”, 129 (93,5%) alunos afirmaram “não ter conhecimento”, seis (4,3%) relataram “ter conhecimento” e três (2,2%) alunos assinalaram “não responderam essa questão”. Dos que afirmaram ter conhecimento, somente foi mencionado uma vez sobre uma “ficha de notificação usada na UBS”, porém, não especificou qual seria.

A seguir os alunos responderam o bloco de questões sobre a prevenção da violência infantil. As categorias de respostas estão descritas na Tabela 24.

Tabela 24 - Frequências de categorias de resposta dos discentes em relação à questão: “Em sua opinião o que é violência infantil?” (n= 138)

Categoria	f	%
Violência física	5849	22,5
Algo causado contra criança de forma proposital por outra pessoa ou responsáveis	37	14
Violência psicológica	28	11
Violência sexual	26	10
Danos físicos e psicológicos	34	13
Violência verbal	22	8,5
Há diversos tipos de violência	6	2,3
Não respondeu	6	2,3
Violação dos direitos da criança	6	2,3
Negligência	8	3,1
Algo que a criança não consegue se defender	4	1,5
Algo que compromete a vida da criança	3	1,2
Exploração	3	1,2
Violência doméstica	3	1,2
Ação não consentida pela criança	2	0,8
Bullying	2	0,8
Trabalho infantil	2	0,8
outras respostas mencionadas apenas 1 vez	7	3,5
Total	257	100

Fonte: autoria própria.

Na questão “Já recebeu informações sobre prevenção de violência infantil fora da universidade?” 58 (42%) dos 138 alunos referiram “não ter recebido informação sobre prevenção de violência infantil fora da faculdade” e 79 (57,2%) disseram que “receberam”. Somente um (0,7%) aluno não respondeu a essa questão.

Novamente foi solicitado que os alunos que receberam informação sobre prevenção de violência infantil fora da faculdade especificassem um pouco mais suas respostas, sendo as categorias descritas na Tabela 25.

Na questão 9 “Já recebeu informações sobre prevenção de violência infantil na universidade?”, foi verificado que 75 (54,3%) dos 138 alunos responderam que “não receberam informação” e 61 (44,2%) responderam que sim, ou seja, que “receberam informação sobre prevenção de violência infantil na universidade”. Somente dois (1,4%) não responderam a essa questão. Entre os alunos que afirmaram ter recebido informação sobre prevenção de violência infantil na universidade foi solicitado esclarecimento sobre o assunto. As categorias de resposta quanto ao tipo de violência abordado na universidade, por quais meios receberam a informação sobre prevenção de violência infantil na faculdade e qual o assunto foi trabalhado sobre prevenção de violência infantil na faculdade estão descritas na Tabela 26.

Tabela 25 - Frequências de categorias de respostas às subquestões referentes às informações recebidas fora da universidade sobre violência infantil (n=79)

Qual o tipo de violência mais abordado fora da faculdade?	
Violência sexual	81
Agressão física	66
Negligência	37
Outro	6
Por quais meios receberam a informação sobre prevenção de violência fora da faculdade?	
Palestra	47
Aulas	39
Material impresso	28
Outro	22
Estágio	5
Qual o assunto foi trabalhado sobre prevenção de violência fora da faculdade?	
Sinais de alerta para violência no atendimento a criança	71 vezes
Responsabilidade dos pais ou responsáveis	53
Responsabilidade da sociedade	28
Responsabilidade do poder público	23
Outro	6

Fonte: autoria própria.

Tabela 26 - Frequências de categorias de resposta das subquestões referentes às informações recebidas na universidade sobre violência infantil (n=61)

Qual o tipo de violência mais abordado na faculdade ?	
Violência sexual	60
Agressão física	56
Negligência	45
Outro	8
Por quais meios receberam a informação sobre prevenção de violência infantil na faculdade?	
Aula	55
Material impresso	35
Palestra	29
Estágio	6
Outros	6
Qual o assunto foi trabalhado sobre prevenção de violência infantil na faculdade?	
Sinais de alerta para violência no atendimento a criança	60
Responsabilidade dos pais ou responsáveis	46
Responsabilidade da sociedade	29
Responsabilidade do poder público	24
Outro	2

Fonte: autoria própria.

Em relação à questão 10 “Você considera que o assunto sobre prevenção de violência infantil é importante para formação do enfermeiro?”, verificou-se que 133 (96,4%) dos 138 alunos consideram que “sim” e somente dois (1,4%) consideram que “não” é importante para formação do enfermeiro. Outros três (2,2%) alunos não responderam a essa questão. Dentre as respostas, emergiram as seguintes categorias de respostas apresentadas na Tabela 27.

Tabela 27 - Frequências de categorias de resposta dos discentes em relação à questão: “Você considera que o assunto sobre prevenção de violência infantil é importante para formação do enfermeiro?” (n= 138)

Categoria	f	%
Não respondeu	36	24
Para saber identificar sinais/casos e saber lidar com a situação	23	15,5
Porque o enfermeiro deve saber como agir profissionalmente	16	11
Para orientação dos pais e responsáveis sobre prevenção e sinais de violência	13	8,7
Estar atento à saúde da criança e suas queixas	9	7,0
Porque o enfermeiro vai trabalhar com isso	8	5,4
Para ter conhecimento e melhorar a formação	8	5,4
O enfermeiro deve combater a violência	8	5,4
Porque a violência é um fato comum e importante	5	3,0
Porque o enfermeiro vai trabalhar com crianças	4	2,5
Saber orientar e auxiliar a família e a criança vítimas de violência	3	2,0
Para trabalhar a prevenção de violência nos diferentes grupos	3	2,0
Para o profissional estar seguro ao atender um caso de violência	3	2,0
Para melhorar o atendimento a criança	3	2,0
Para elaborar projetos educativos e sociais	2	1,3
Outras respostas mencionadas apenas 1 vez	4	2,8
Total	148	100

Fonte: autoria própria.

Na questão 11 “Você conhece alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção da violência infantil?”, verificou-se que 107 (77,5%) alunos, do universo de 138, apontaram que “não conhecem” e 28 (20,3%) relataram que “conhecem”. Apenas 3 (2,2%) alunos não responderam essa questão. As ações de prevenção de violências conhecidas pelos alunos envolviam o “ECA”. Outras ações foram citadas, como abrigos de criança, campanhas capacitação em enfermagem, cartilhas e leis protecionistas, mas não foram especificadas.

É importante ressaltar que a questão da violência é complexa e vários setores devem ser envolvidos para sua prevenção. Desse modo Minayo e Souza (1999) concluem em seu estudo sobre prevenção de violência que

[...] que qualquer projeto de prevenção da violência deve levar em conta a complexidade desse fenômeno que possui raízes macroestruturais, formas de expressão conjunturais e atualização na cotidianeidade das relações interpessoais. Por causa de seu caráter complexo, a partir de qualquer ângulo que seja abordado esse processo social, as análises têm que ser abrangentes e específicas simultaneamente, assim como devem envolver diferentes contextos e atingir os sujeitos que sofrem ou provocam intolerância, conflitos e agressões. (MINAYO; SOUZA, 1999, p. 21).

As respostas para a questão “Como teve conhecimento das ações ou documentos?” são apresentadas na Tabela 28.

Tabela 28 - Frequências em que foram mencionados os meios de informação pelos quais os alunos curso de Enfermagem referem ter tido conhecimento das leis, ações ou programas relacionados à prevenção da violência infantil (n=28)

<i>Categoria</i>	<i>f</i>
TV	20
Internet	19
Faculdade	16
Palestra	10
Materiais impressos	6
Rádio	3
Outra	0

Fonte: autoria própria.

Na questão 12 “Você tem conhecimento de alguma ficha de notificação de violência infantil?”, dos 138 alunos 125 (90,6%) apontaram que “não têm conhecimento de ficha de notificação de violência” e seis (4,3%) alunos disseram “ter conhecimento a ficha de notificação de violência”. Contudo, sete (5,1%) alunos “não responderam a essa questão”. Entre os alunos que disseram ter conhecimento, nenhum especificou qual ficha conhecem.

Na questão “Para você existe relação entre o tema da violência infantil e do acidente infantil?”, foi verificado que 78 (56,5%), do universo de 138 alunos. As demais categorias de respostas estão descritas na Tabela 29.

Tabela 29 - Frequências de categorias de resposta dos discentes em relação à questão: “Para você existe relação entre o tema da violência infantil e do acidente infantil?” (n= 138)

Categoria	f	%
Não respondeu	123	86,6
Estão interligados	4	2,9
As crianças podem se machucar tentando pedir ajuda	3	2,1
Ambos envolvem crianças	3	2,1
O acidente pode ser gerado por violência ou negligência	2	1,4
Abordam o cuidado e saúde da criança	2	1,4
Podem ocorrer simultaneamente	2	1,4
Outras respostas mencionadas apenas 1 vez	3	2,1
Total	142	100

Fonte: autoria própria.

Quando questionados se teriam interesse em participar de uma ação educativa sobre a temática da prevenção de acidentes e violência infantil voltada para estudantes de Enfermagem, verificou-se que 118 (85,5%) dos 138 alunos disseram que “teriam interesse em participar” e 15 (10,9%) “não teriam”. As principais frequências de respostas a essa questão e as suas subquestões estão apresentadas na Tabela 30.

Tabela 30 - Frequências de categorias de respostas a subquestões referente ao interesse dos alunos em participar de uma ação educativa sobre a temática da prevenção de acidentes e violência infantil (n=118)

De que forma deveriam ser abordados os temas de prevenção de violência e acidentes na infância em uma ação educativa?	
Palestra	126
Discussão de casos	102
Aula teórica e prática	87
Aula teórica	85
Outro	4
De que forma os assuntos deveriam ser abordados sobre os temas de prevenção de violência e acidentes na infância em uma ação educativa?	
Acidentes e violências mais comuns por idades	146
Formação e atuação do enfermeiro na prevenção desses agravos	135
Conceitos sobre as temáticas	103
Trabalho do enfermeiro no ambiente escolar	90
Orientação de pais e cuidadores	90
Dados epidemiológicos desses agravos	71
Legislações específicas	53
Outras	3
Qual a disponibilidade para a participação em uma ação educativa de prevenção de violência e acidentes na infância?	
Período da manhã durante a semana	89
Aos sábados	78
Período da tarde durante a semana	77
Período da noite durante a semana	58
Outros	16

Fonte: autoria própria.

Para melhor visualização e compreensão dos resultados do questionário inicial realizado com os alunos do curso de Enfermagem, referente às questões sobre prevenção de acidente e de violência infantil, foi elaborado o Quadro 6 com intuito de consolidar as principais respostas de cada questão.

Comparando as respostas dos alunos referentes aos blocos de questões sobre prevenção de acidente e violência infantil observa-se que em ambas as temáticas a maioria dos alunos trouxe como respostas causas, tipos e consequências, ao invés do conceito formal da palavra.

Observa-se também que 70% dos alunos mostraram ter recebido informação sobre os temas fora da universidade, mas o que os diferencia são os tipos de fontes de informação por eles relatados. No caso do acidente, apontaram a TV como principal fonte de informação, e no caso da violência as informações foram por meio de palestras. Já no caso da informação sobre essas temáticas na universidade mais de 60% dos alunos referiram já ter recebido informações sobre os temas, ambos por meio de aulas. Contudo, é importante ressaltar que nessa faculdade envolvida na coleta de dados da Tese, a abordagem desses agravos está prevista na grade curricular para ser trabalhado na disciplina de saúde da criança no terceiro ano do curso. Sendo assim, 46 alunos estavam no primeiro e no segundo ano, portanto, não tiveram contato com o tema, 36 eram do terceiro ano e estavam tendo contato naquele momento da ação educativa

desta pesquisa e os demais do quarto e quinto ano provavelmente já tinham conhecimento dos temas.

Quadro 6 - Comparações entre as principais respostas dos alunos sobre as questões do questionário inicial sobre prevenção de acidentes e violências infantis (n=138)

Conceito de acidentes	Conceito de violência
A maioria trouxe como respostas causas, tipos e consequências, ao invés do conceito formal da palavra	A maioria trouxe como respostas as causas, consequências e tipos de violência, ao invés do conceito formal da palavra
Recebeu informação de prevenção de acidente infantil fora da universidade?	Recebeu informação de prevenção de violência infantil fora da universidade?
70 (50,7%) responderam sim	79 (57,2%) responderam sim
Qual o tipo de acidente abordado?	Qual o tipo de violência abordada?
Queimadura foi mencionada 49 vezes	Violência sexual foi mencionada 81 vezes
Por quais meios?	Por quais meios?
TV foi mencionada 42 vezes	Palestras foi assinalada 47 vezes
O que foi trabalhado sobre o assunto?	O que foi trabalhado sobre o assunto?
Cuidados com as crianças no domicílio foi assinalada 65 vezes	Sinais de alerta para violência no atendimento à criança foi assinalada 71 vezes
Já recebeu informações sobre prevenção de acidentes infantis na universidade?	Já recebeu informações sobre prevenção de violência infantil na universidade?
60 (43,5%) responderam sim	61 (44,2%) responderam sim
Qual o tipo de acidente abordado?	Qual o tipo de violência abordada?
Queda foi assinalada 55 vezes	Violência sexual foi assinalada 60 vezes
Por quais meios recebeu estas informações?	Por quais meios recebeu estas informações?
Por meio das aulas foi assinalada 54 vezes	Por meio de aulas foi mencionada 55 vezes
O que foi trabalhado sobre esse assunto?	O que foi trabalhado sobre esse assunto?
Cuidados com as crianças no domicílio assinalada 55 vezes	Sinais de alerta para violência no atendimento à criança foi mencionada 66 vezes
Você considera que o assunto sobre prevenção de acidentes infantis é importante para formação do enfermeiro?	Você considera que o assunto sobre prevenção de violência infantil é importante para formação do enfermeiro?
138 (100%) responderam sim	133 (6,4%) responderam sim
Você conhece alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes infantis?	Você conhece alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção da violência infantil?
20 (14,5%) responderam sim	28 (20,3%) responderam sim
Como teve conhecimento delas?	Como teve conhecimento delas?
Por meio de aula teórica na faculdade e pela TV foram assinaladas 12 vezes cada	Por meio da TV foi mencionada 20 vezes
Você tem conhecimento de alguma ficha de notificação de acidente infantil?	Você tem conhecimento de alguma ficha de notificação de violência infantil?
6 (4,3%) responderam sim	6 (4,3%) responderam sim
Para você existe relação entre o tema da violência infantil e do acidente infantil?	
78 (56,5%) responderam sim	
Teriam interesse em participar de uma ação educativa sobre a temática da prevenção de acidentes e violência infantil voltada para estudantes de enfermagem?	
118 (85,5%) responderam sim	
De que forma gostaria que esses assuntos fossem trabalhados?	
Por meio de palestra foi assinalada 126 vezes	
Que assuntos gostaria que fossem abordados sobre esses agravos?	
Acidentes e violências mais comuns por idades foi assinalada 146 vezes	
Qual sua disponibilidade de horário para participar de uma ação educativa sobre essas temáticas?	
Período da manhã durante a semana foi assinalada 89 vezes.	

Fonte: autoria própria.

Segundo os alunos que afirmaram ter tido contato com os temas fora da faculdade o tipo de acidente mais abordado foi a queimadura. Já relacionado à informação obtida na faculdade, o tipo de acidente mais trabalhado foi queda e, em relação à violência tanto fora como dentro da faculdade, o tipo mais abordado foi a violência sexual.

Em relação ao que foi trabalhado tanto fora como dentro da faculdade no caso do acidente envolvia o cuidado com criança no domicílio e em relação a violência os sinais de alerta para violência no atendimento da criança. As respostas dos alunos estão em consonância com os conteúdos encontrados pela pesquisadora em relação a prevenção dos acidentes e violência na infância bem como o papel do enfermeiro nesse contexto.

Ablewhite et al. (2015), em seu estudo sobre os riscos de lesões em crianças no domicílio apresenta como barreiras na prevenção do acidente doméstico a inobservância dos pais e a falta de orientação sobre os riscos de acidentes no domicílio, tal qual, distração e cansaço por parte dos responsáveis, assim como a não previsão de riscos no ambiente doméstico e na sua estrutura. Também apontam o desconhecimento das fases de desenvolvimento infantil.

Por outro lado, aponta aspectos que podem ser desenvolvidos pelos pais, no próprio domicílio pra prevenção desses agravos como adaptação da casa com equipamentos de segurança de acordo com a idade da criança, busca por informações por parte dos responsáveis e troca de informações com outros pais, supervisão contínua da criança, igualmente ensiná-la por meio de regras simples sobre os riscos de acidentes.

Em um outro estudo desenvolvido na Croácia, por Brčina, et al. (2014) - com pediatras, enfermeiras de saúde pública e pais - os autores verificaram que há uma falta de conscientização sobre a prevenção de lesões na infância. Segundo eles essa informação poderia ajudar no esforço para alcançar ações de prevenção. Os autores não observaram um destaque maior em relação ao conhecimento de profissionais da saúde em decorrência ao conhecimento dos pais em todas as questões da prevenção e em algumas os pais tiveram maior porcentagem de acertos. Bhuvanewari et al. (2019) apresentam em seu estudo que

As lesões são um importante problema de saúde pública em todo o mundo, sendo responsáveis por 5 milhões de mortes, das quais lesões não intencionais respondem por 0,8 milhão de mortes em crianças. Embora existam muitos fatores responsáveis por lesões em casa, o ambiente desempenha um papel importante (BHUVANESWARI et al., 2019, p. 4).

Esse estudo acima descrito foi realizado na Índia e tinha os objetivos de estudar a magnitude e o padrão de lesões domiciliares em crianças de 0 a 14 anos e avaliar o risco ambiental associado a lesões domiciliares. Como resultado esse estudo apresentou que a

prevalência de lesões domiciliares foi de 39,7%, sendo maior em crianças na faixa etária de um a três anos, tendo as meninas com as principais vítimas, apresentando o tipo de lesão mais comum a queda, seguida de lesões perfuro cortantes e queimaduras. Os riscos ambientais descritos foram pontos elétricos inseguros, escadas inseguras, cozinha insegura com acesso a materiais perfurocortantes, acesso a fogo ativo e móveis inseguros e objetos. Com isso eles concluem que é importante educar os pais e as crianças, além da modificação ambiental para a prevenção de lesões no lar.

O atendimento no serviço de emergência na maioria das vezes, é a porta de entrada desses casos complexos e os profissionais devem criar vínculos para que a assistência seja adequada, porém, torna-se tão importante quanto o acompanhamento ambulatorial como forma de garantir a proteção da criança, com supervisão do caso e a longo prazo para conhecer contexto familiar e orientá-los sobre medidas preventivas de acidentes e violências (FERREIRA et al. 2014).

A capacitação e a atualização dos profissionais de urgência e emergência, assim como dos profissionais da saúde de forma geral, também está prevista na política nacional de redução de morbimortalidade por violências e acidentes (BRASIL, 2005) para que possam identificar e conduzir adequadamente as vítimas.

De acordo com Costa et al. (2015, p. 671)

Os acidentes com crianças e adolescentes são potencializados pela inobservância, ausência de comportamento preventivo das famílias e falha na vigilância do adulto responsável. Na maioria das ocasiões, os responsáveis pelos menores desconhecem as fases de crescimento, desenvolvimento e suas necessidades, o que favorece a ocorrência de acidentes.

Apesar do acidente no domicílio ter grande destaque entre os acidentes na infância, a escola é outro ambiente comum de ocorrência desses eventos. Por isso, também o enfermeiro deve ter esse local como um cenário para práticas educativas, podendo ser participantes os alunos, os seus responsáveis e os profissionais da educação.

Outro estudo faz referência às condições antigas e precárias de conservação dos ambientes escolares no Brasil, pois a falta de recursos financeiros, bem como a ausência de manutenção preventiva dos prédios faz com que esses ambientes ofereçam maior risco de acidentes. Visto que as crianças e adolescentes permanecem longos períodos no ambiente escolar eles estão susceptíveis aos acidentes nesse espaço (CONTI; ZANATA, 2014, p. 1-2).

Culturalmente as preocupações com as questões de segurança estão voltadas quase exclusivamente com a violência. Entretanto, características como imaturidade física e mental, inexperiência, curiosidade, tendência a imitar comportamentos adultos, falta de noção corporal ou de coordenação motora, somado a existência de rampas de

acesso inadequadas, fiações expostas, azulejos quebrados, ausência de placas de sinalização e de rotas de fuga e alarmes, botijões de gás expostos ou mal instalados, encanamentos e tomadas distribuídos ao alcance das crianças, promovem situações mais perigosas do que a própria violência em si.

No estudo de Venâncio (2014), realizado em escolas de Portugal para determinar a prevalência dos acidentes em espaço escolar, entre 2009-2012 e conhecer as concepções, atitudes e sentimentos que os agentes educativos frente ao acidente escolar e à sua prevenção. Ela concluiu que os acidentes no ambiente escolar ainda são vistos pelos profissionais da educação como eventos pouco frequentes e ocorrem na maioria das vezes devido às atividades de educação física. O tipo mais comum de acidente apontado nesse estudo foi a queda. A autora ainda demonstrou que não há boa relação entre saúde e educação para trabalhar a prevenção deste agravo no ambiente escolar.

Carmo et al. (2017) verificaram em seu estudo com professores que os principais danos à saúde infantil presenciados pelos educadores no ambiente escolar são convulsões, fraturas de membros, entorses, cortes com sangramento, quedas e engasgamentos, os quais devem receber assistência adequada no momento do acidente para que a criança não seja prejudicada. Dessa maneira eles concluem que a escola é um espaço privilegiado para a educação em saúde por receber indivíduos em etapa de formação e ser um ambiente que os expõe a riscos.

Assim como os acidentes a violência também está presente no ambiente escolar. Segundo Albuquerque, Willians e D’Affonseca (2013, p. 91) “há muitos tipos de violência na escola, sendo que a vitimização escolar pode ser praticada tanto por pares quanto por professores”.

Por outro lado, muitos casos de violência contra criança ocorrem principalmente dentro de suas próprias casas, e a criança pode buscar por ajuda em outros ambientes como na escola, com uma pessoa que ela tenha vínculo. Porém, nem todo profissional da educação está preparado ou busca informação em como lidar com uma situação de violência contra criança (BRINO; SOUZA, 2016).

Assim como o grupo de pesquisa EDACI vem desenvolvendo pesquisas e ações voltadas para prevenção do acidente e da violência infantil no âmbito da saúde e da educação com profissionais, pais e crianças, o Laboratório de Análise e Prevenção da Violência - LAPREV da Universidade Federal de São Carlos, também desenvolve ações e capacitações envolvendo profissionais da saúde e da educação para trabalhar medidas para prevenção da violência intrafamiliar e escolar nas diferentes fases da vida (LAPREV, c2012).

Ações como essas enriquecem o conhecimento de profissionais e indivíduos que compõe redes de atenção para a diminuição desses agravos. Além disso influenciam na

formação de novos profissionais e tem a possibilidade de devolver para a sociedade conhecimentos científicos aplicáveis a realidade.

Por isso o processo de formação deve ser planejado e avaliado constantemente pelo docente, que deve também primar por suas atitudes frente o aluno, para que esse possa sentir-se bem e ter garantido suas habilidades e competências profissionais sem o uso de métodos aversivos que podem desencadear comportamentos de fuga e esquiva dos alunos em formação.

É resultado satisfatório ter constatado que 100% dos alunos respondentes consideraram importante a abordagem da prevenção do acidente infantil e 96,4% consideram que a abordagem da violência infantil também é importante durante a formação.

Observa-se uma pequena porcentagem de alunos que afirmaram ter conhecimento de alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes e da violência infantil (14,5% e 20,3% respectivamente). Os poucos alunos que referiram conhecer algo, apresentam as aulas teóricas e a TV como fontes de informação. Da mesma forma poucos alunos referem conhecer a ficha de notificação de acidentes e violência. Somente 4,3% referiram conhecer ambas as fichas.

Conforme já foi descrito não há uma ficha de notificação que inclui todos os tipos de acidente infantil como existe a ficha para de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (SINAN). Como a porcentagem referente ao conhecimento foi a mesma e os alunos não especificaram qual ficha eles conheciam, pode-se considerar que para eles a mesma ficha pode ser utilizada para a notificação de ambos os agravos. Nota-se também que 56,6% dos alunos consideram que há relação entre os dois agravos e realmente há como já foi descrito na própria Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência-PNRMAV (BRASIL, 2005).

Sendo assim, realmente se torna importante a abordagem dessas temáticas na formação dos profissionais de saúde e mais especificamente na Enfermagem, pois se há políticas e diretrizes que descrevem o papel do enfermeiro em relação a prevenção, notificação e acompanhamento das crianças vítimas de abuso e violência, inseridos nos serviços públicos e particulares, bem como DCNs que abordam o perfil do profissional de Enfermagem que deve ser formado por instituições reconhecidas pelo MEC, que estejam em consonância com os princípios do SUS.

Trevisan et al. (2013, p. 336) concluem com seu estudo sobre o distanciamento da formação e da prática profissional do enfermeiro que

A formação universitária deve possibilitar visão crítica da profissão, mostrando a importância do papel social e político do enfermeiro na assistência, no gerenciamento, no ensino e na pesquisa, a fim de valorizar a profissão. O que também poderá promover melhores condições de trabalho e de formação.

A abordagem das temáticas durante a formação do enfermeiro e dos demais profissionais da saúde também se torna imprescindível para que esse profissional consiga distinguir um evento do outro durante o atendimento.

Em um estudo realizado em Israel, por Davison-Arad (2010), verificou-se que as crianças maltratadas e seus pais diferiam das vítimas de acidentes, tanto em certos aspectos psicossociais quanto nas impressões que deixavam nos profissionais do hospital. As crianças vítimas de maus-tratos tinham pelo menos, duas vezes mais chances de ter problemas de saúde do que o grupo de acidentes e crianças vítimas de negligência tinham três vezes mais chances de ter tido problemas de desenvolvimento antes da idade. Além disso os pais dessas crianças vítimas de violência ou negligência tinham outros problemas de saúde e socioeconômicos (DAVIDSON-ARAD et al., 2010).

Os autores ainda reforçam que o diagnóstico de uma criança negligenciada é ainda mais difícil. Eles apontam que deve ser levado em consideração além da clínica da criança aspectos como comportamento e fala dos pais e criança e informações da comunidade sobre a família (DAVIDSON-ARAD et al., 2010).

Em um documento publicado pela UNICEF no ano de 2017, chamado “*A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*”, constam os seguintes dados sobre a violência sexual no mundo.

As crianças estão em maior risco de exposição à violência sexual no contexto de relacionamentos próximos. Nos 28 países com dados disponíveis, 9 em cada 10 adolescentes que relataram sexo forçado dizem que ocorreu pela primeira vez nas mãos de alguém próximo ou conhecido, com namorados atuais ou anteriores, parceiros ou maridos, os perpetradores mais comumente relatados [...] (UNICEF, 2017, p. 7).

Em 38 países de baixa e média renda, cerca de 17 milhões de mulheres adultas relatam ter experimentado sexo forçado na infância. Em 28 países da Europa, cerca de 2,5 milhões de jovens relatam experiências de formas de contato e formas de violência sexual sem contato antes dos 15 anos[...]Em 20 países, cerca de 9 garotas adolescentes em 10 que foram vítimas de sexo forçado dizem que isso aconteceu pela primeira vez durante a adolescência. Com base em dados de 30 países, apenas 1% das meninas adolescentes que sofreram sexo forçado chegaram para obter ajuda profissional[...] (UNICEF, 2017, p. 73).

Esses dados apresentados demonstram o quão grande são os impactos da violência na vida de crianças e adolescentes e como ela se faz presente nos diferentes ambientes e países.

Taylor e Harrys (2018, p.147) verificaram que a questão do abuso e exploração infantil tem aumentado, mas apontam os enfermeiros como profissionais que podem identificar e intervir sobre isso, têm uma posição privilegiada na assistência a esse público. Os autores verificam que os currículos do curso de graduação em Enfermagem não abrangem rotineiramente esse assunto.

A segurança da criança deve ser um item crucial a ser trabalhado em qualquer ambiente. Segundo Mello et al. (2014, p. 605)

A necessidade de proteção física e segurança visa garantir condições favoráveis para a manutenção da integridade física e fisiológica da criança, envolvendo alimentação, higiene, sono, abrigo, movimentação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apoio aos hábitos saudáveis e proteção contra infecções e acidentes, bem como a regulamentação com base em legislação e outras medidas que protejam a criança de danos físicos, sociais e ambientais.

Nos estudos descritos aqui pela pesquisadora, é quase que um consenso que a educação por meio de informações sobre acidentes e violência infantil é uma das estratégias mais potentes para prevenção desses danos. Nota-se que tanto no âmbito da faculdade como fora dela, grande parte dos alunos referiram ter recebido informações sobre esses temas.

Observa-se que a mídia tem um papel crucial na disseminação de informações. Segundo a Pesquisa Brasileira de Mídia-PBM em 2016, a TV foi o principal meio de comunicação utilizado pelos brasileiros participantes da pesquisa representado por 63%, seguido pela internet com 26%, rádio com 7% e jornal com 3%. A internet é mais utilizada pela faixa etária de 16-24 anos e a televisão pelo público mais de 65 anos de idade principalmente pelas mulheres (BRASIL, 2016d).

Em relação ao grau de instrução, o público participante considerado analfabeto utiliza mais a TV, enquanto o público com nível superior completo e incompleto de escolaridade utiliza mais a internet. Ainda sobre os resultados da PBM, observa-se o uso das principais mídias de acordo com a ocupação. Por exemplo no caso do estudante que não trabalha há o maior uso da internet seguido pela TV. Esses foram os dois meios de informação mais citados pelos estudantes que participaram desta pesquisa. Desse modo o resultado apresentado com as respostas dos discentes está em concordância com as fontes de informações da pesquisa em relação a faixa etária dos participantes (BRASIL, 2016d).

Há grande visibilidade e disseminação nos meios de comunicação em relação à violência, tendo relação com a ficção ou por meio do jornalismo com fatos verídicos (NJAINÉ; VIVARTA, [201-]). Isso pode ser tanto positivo ou negativo para a sociedade.

Em relação à confiança das notícias apresentadas na TV foi verificado no Brasil (2016d) que 38% dos participantes referiram confiar poucas vezes no que está sendo apresentado, 28% confia e 8% não confia. Já nas notícias divulgadas pela internet foi verificado que 62% dos participantes confiam poucas vezes; 6% confiam sempre e 16% não confiam nas informações (BRASIL, 2016d). Assim sendo a formação crítica do profissional também irá promover um discernimento no aluno para que o mesmo busque ou saiba diferenciar as informações recebidas classificando-as como confiáveis em relação as fontes pesquisadas.

Muitos alunos também disseram conhecer programas, ONGs e outras ações relacionadas a violência e acidentes pelas mídias.

Contudo há também o desenvolvimento das práticas educativas propostas pelo setor da saúde e muitos deles citaram essas ações relacionando-as com as palestras, por exemplo, quando eles foram questionados sobre como deveria ser trabalhado os conteúdos da ação educativa sobre acidentes e violências na infância observou-se que 85,55% dos alunos teriam interesse em participar de uma palestra que abordasse o conteúdo referente a violências e acidentes mais comuns por idade.

Sobre o uso de palestras nas ações de saúde pode ser indicado que

A palestra, via de regra, tem como pressuposto a ideia de que a doença é determinada pela falta de cuidado do indivíduo com sua saúde, culpabilizando-o pelos problemas que apresenta. Habitualmente, se limita à simples transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado, uma vez que as práticas educativas não são percebidas pelos trabalhadores da saúde como fazendo parte de suas atividades [...] (ALVES; AERTS, 2011, p. 320).

Segundo Alves e Aerts (2011), as práticas educativas na saúde ainda ocorrem por meio de um modelo autoritário, pois os profissionais da saúde ainda assumem o papel de responsáveis pelo saber e os sujeitos de pessoas que acatam essas informações sem questioná-las, ou até sem a criação de vínculos entre esses dois atores.

Na prática da saúde pública, na qual a pesquisadora está inserida, percebe-se que realmente muitas ações relacionadas à educação em saúde envolvem ainda as palestras. Independente dos grupos e temas o profissional torna-se o responsável por “passar o conteúdo” e muitas vezes não há espaços para um diálogo mais aberto no qual os pacientes possam expressar suas experiências e necessidades.

Apesar da existência de leis e políticas que abordem a participação e a educação popular no SUS, como por exemplo, as leis 8080 e 8142 e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS Lei 2761 19/11/2013)

(BRASIL,1990b; BRASIL, 1990c; BRASIL, 2013), percebe-se ainda que os profissionais apresentam dificuldades para efetivá-las.

Realizar uma palestra sobre prevenção dos acidentes e violências não é somente dizer para os pais o que fazer ou deixar de fazer dentro do domicílio, mas sim orientar demonstrando meios (contingências) para que pais responsáveis educadores e até as próprias crianças compreendam e identifiquem riscos ou comportamentos que devem permanecer ou ser mudados para que se tenha melhor qualidade de vida, analisando as situações que podem desencadear esses agravos e apontar as consequências relativas a eles.

Conclusão

A relevância da prevenção de acidentes, que deve ser feita rotineiramente durante todo o acompanhamento da criança e do adolescente, deve estar adaptada às etapas de desenvolvimento e ao contexto de vida das famílias. As equipes de saúde precisam também estar preparadas para incluir a possibilidade de violência como um diagnóstico diferencial quando pertinente, sabendo conduzir o esclarecimento das suspeitas de modo acolhedor, a fim de não prejudicar o próprio processo de cuidado e nem a relação com a família.

Conclui-se com essa atividade que os alunos tinham um conhecimento prévio dos temas por meio da mídia e aulas na faculdade, mas a maioria dos alunos não conheciam aspectos importantes desses agravos como leis, documentos relacionados a eles e o papel do enfermeiro no atendimento a vítimas. Considera-se que as informações que foram planejadas para a ação educativa iriam contribuir para ampliação do conhecimento e da formação desses alunos. Isso porque eles referiram as temáticas importantes para sua formação e a grande maioria demonstrou interesse em participar de uma ação educativa sobre prevenção desses agravos.

6.3.2 Atividade II - Riscos ambientais para acidentes infantis

Objetivo

O objetivo desta atividade foi verificar a percepção dos alunos sobre os riscos para acidentes presentes no ambiente antes e depois da abordagem do tema na ação educativa.

Método

- **Materiais:** esse material elaborado continha duas folhas, nas quais os alunos deveriam descrever os riscos para acidentes identificados por eles em uma sala de aula antes e depois da abordagem do tema na ação educativa (Apêndice D).

- **Participantes:** participaram 132 graduandos: 41 do terceiro ano, 30 do quinto ano, 22 do segundo, 20 do primeiro e 19 do quarto. Tratou-se de amostragem não probabilística.

- **Procedimentos:** todos os alunos foram convidados a olhar o ambiente e imaginar que havia uma criança de aproximadamente 3 a 4 anos na sala. Sendo assim, eles teriam que escrever na primeira folha denominada “Observando o ambiente” (Apêndice D) no mínimo três riscos de acidentes para a criança no local e qual tipo de acidente estava a ele relacionado, por exemplo, tomada – choque elétrico.

Após terem anotado na folha, ela foi recolhida e foi realizada a apresentação da pesquisadora sobre o tema da prevenção de acidentes e os riscos existentes nos diferentes ambientes, e, então, foi novamente solicitado aos alunos que observassem o ambiente para verificar se eles conseguiram ampliar a sua percepção sobre os riscos do local. Foi distribuída a eles a segunda folha, denominada “Ampliando a observação do ambiente” (Apêndice D) e solicitado que eles deveriam escrever, além dos três riscos vistos inicialmente, mais outros três riscos, apontando o tipo e o que seria necessário para preveni-los. Por exemplo: tomada - choque elétrico - colocar protetor de tomadas.

Os dados coletados na atividade foram cadastrados em um arquivo no programa Excel. Inicialmente foi realizado um pré-tratamento dos dados, seguido da contagem de frequência de palavras ou sentenças, subsequente, um tratamento morfológico das palavras, com o propósito de uniformizar a ocorrência de palavras ou sentenças similares.

Por conseguinte, destacam-se os exemplos de tratamento: “colocar algo na boca” ou “enfiar objetos na boca” passou ser “ingestão de objetos”. Quando o estudante mencionou “cair” ou “queda”, mas não especificou, considerou-se apenas “queda” e quando foi mencionada “queda da janela” ou “queda da cadeira”, manteve a descrição. Um exemplo de junção de categoria, o estudante mencionou “prender mão” ou “prender dedo” ou “prender dedos e mãos”, considerou-se “prender dedos/mãos”, outro exemplo, “fio elétrico”, “fio energia no chão” ou “fio do notebook” ou “fio da extensão do computador” considerou-se “fio elétrico, computador, extensão”, entre outras palavras ou sentenças que necessitavam de tratamento. No entanto, não foi realizado o tratamento semântico das palavras ou sentenças, uma vez que esse estudo é baseado apenas na frequência de menções das palavras ou sentenças.

Após o tratamento de dados, utilizou-se o SPSS® para gerar as análises de estatísticas descritivas (média, desvio padrão, máximo e mínimo) das palavras, as tabelas com a contagem das palavras e a análise de *cluster*, indicando o relacionamento entre as palavras e a possível formação de grupos, sendo assim, visualizadas por meio de gráficos.

O critério metodológico adotado para análise dos dados foi técnica de coocorrência de palavras, que permitiu identificar a intensidade das associações entre as palavras mencionadas

em “Risco de acidente” e “Tipo de acidente”, antes da intervenção e “Risco de acidente”, “Tipo de acidente” e “Como prevenir”, após a intervenção do pesquisador.

Essa técnica é fundamentada na análise estatística conhecida como análise de *cluster* que permite agrupar as palavras descritas por meio do agrupamento chamado vizinho mais próximo (usando o cálculo da distância Euclidiana) (COURTIAL,1994; HE, 2008; NEFF; CORLEY, 2009).

Por fim, para o aprofundamento do estudo, partiu-se da intensidade das palavras ou sentenças registradas nas fichas (antes e depois da intervenção), com o propósito de evidenciar o contexto e as proximidades encontradas nas descrições apontadas pelos estudantes.

Resultados e discussão

Nessa análise, foram utilizadas as palavras descritas pelos estudantes antes da intervenção em “Risco de acidente” e a classificação em “Tipo de acidente”, resultando em 461 palavras ou sentenças, e depois da intervenção em “Risco de acidente”, “Tipo de acidente” e “Como prevenir”, totalizando 525 palavras ou sentenças.

As estatísticas descritivas das palavras ou sentenças mencionadas em “Risco de acidente” e “Tipos de acidentes” são apresentadas na Tabela 31.

Tabela 31- Estatística descritiva das menções de palavras ou sentenças referentes ao risco de acidentes potenciais pelos graduandos de Enfermagem (n=132)

Estatística descritiva - menções de palavras ou sentenças					
Atividade	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio padrão
Observando o ambiente	2	7	3	3,5	0,84
Ampliando a observação do ambiente	1	8	4	4	8,6

Fonte: autoria própria.

Nota-se que na atividade denominada “Observando o ambiente” os estudantes mencionaram em média 3,5 (desvio padrão 0,84) e mediana de 3 palavras ou sentenças e atividade, e na atividade “Ampliando a observação do ambiente” mencionaram em média 4 (desvio padrão de 8,6) e mediana de 4 palavras ou sentenças, evidenciando uma ampliação no repertório de palavras ou sentenças.

Optou-se por não listar aqui nos resultados todas as palavras ou sentenças, mas apenas palavras com frequência acima de um, deixando o espaço para análise do estudo no contexto em que apareceu a maioria das frequências.

A segunda atividade, “Ampliando a observação do ambiente”, realizada após a intervenção, teve o propósito de estender o olhar em relação aos riscos presentes em cada ambiente. Observa-se a descrição de 525 palavras ou sentenças. Essas palavras configuram a associação com o risco potencial de acidente infantil.

Nesse segundo momento da atividade, a inclusão das palavras quina da mesa, mesa, cortina, piso, entre outras, evidencia o aumento de palavras no repertório do estudante quando comparada com a primeira atividade. Ainda assim, as palavras mais frequentes também foram mencionadas novamente, a saber: tomada, janela, cadeira, giz e porta.

Na Tabela 32 observa-se as sentenças ou palavras descritas em relação ao risco de acidente no primeiro momento e no segundo momento da atividade.

Quanto à classificação desses riscos em tipos de acidentes antes e após a explanação da pesquisadora, as palavras ou sentenças são apresentadas na Tabela 33.

A classificação dessas palavras em tipo de acidentes segue apresentada na Tabela 35. Essa classificação do tipo de acidente indica o relacionamento entre as palavras mencionadas como risco de acidente, sendo as principais: janela, janela sem proteção, cadeira, mesa, quina da mesa, cortina, piso possivelmente com os eventos de queda ou corte ou perfuração ou trauma ou colisão ou pancada ou lesão ou escorregar, tomada, tomada sem proteção, fio elétrico, computador, extensão com choque elétrico, porta ou janela com prender dedo/mão, giz ou caneta com engasgo ou asfixia ou ingestão de objetos ou intoxicação.

Nessa etapa de classificação surgiram as palavras trauma, corte ou perfuração, colisão ou pancada, ingestão de objetos, lesão, escorregar, intoxicação, além de palavras tratadas de forma separada por apresentarem baixa frequência, como engasgo, asfixia, sufocamento, em seguida, reunidas em apenas uma categoria.

Quando comparada com a classificação do tipo de acidente da primeira atividade, há evidência de ampliação de palavras e tratamento específico quanto à classificação dos riscos, como por exemplo, a utilização das palavras trauma, lesão corte ou perfuração, intoxicação e entre outras palavras descritas, envolvendo terminologias específicas da área da saúde.

Na atividade “Ampliando a observação do ambiente” foi também solicitada a descrição das palavras ou sentenças quanto a prevenção, conforme apresentadas na Tabela 34.

A classificação dessas palavras em tipo de acidentes segue apresentada na Tabela 35. Essa classificação do tipo de acidente indica o relacionamento entre as palavras mencionadas como risco de acidente, sendo as principais: janela, janela sem proteção, cadeira, mesa, quina da mesa, cortina, piso possivelmente com os eventos de queda ou corte ou perfuração ou trauma ou colisão ou pancada ou lesão ou escorregar, tomada, tomada sem proteção, fio elétrico, computador, extensão com choque elétrico, porta ou janela com prender dedo/mão, giz ou caneta com engasgo ou asfixia ou ingestão de objetos ou intoxicação.

Tabela 32 - Frequências de palavras ou sentenças referentes “aos riscos” descritos na atividade I antes e na atividade II depois (n=132)

Frequências de palavras ou sentenças referentes “aos riscos” descritos na atividade “Observando o ambiente” (n= 132)			Frequências de palavras ou sentenças referentes “aos riscos” descritos na atividade “Ampliando a observação do ambiente” (n= 132)		
Palavras	f	%	Palavras	f	%
Tomada	89	19,3	Tomada	73	13,9
Janela	50	10,8	Janela	58	11,0
Cadeira	49	10,6	Cadeira	44	8,4
Giz	28	6,1	Giz	39	7,4
Janela sem proteção	23	5,0	Janela sem proteção	24	4,6
Queda	17	3,7	Porta	18	3,4
Porta	16	3,5	Fio elétrico, computador, extensão	16	3,0
Fio elétrico, computador, extensa	15	3,3	Queda	16	3,0
Choque elétrico	12	2,6	Quina da mesa	15	2,9
Choque elétrico na tomada	12	2,6	Choque elétrico	14	2,7
Caneta/lápis	11	2,4	Mesa	14	2,7
Canto da mesa	9	2,0	Cortina	12	2,3
Mesa	9	2,0	Piso	9	1,7
Queda da cadeira	8	1,7	Tomada sem proteção	9	1,7
Subir na cadeira	8	1,7	Caneta	8	1,5
Carteira	6	1,3	Piso escorregadio	8	1,5
Corte, perfuração	6	1,3	Prender dedo na porta	6	1,1
Piso	6	1,3	Queda da janela	6	1,1
Queda da janela	6	1,3	Queda da cadeira	5	1,0
Cadeira próximo da janela	5	1,1	Quinas de móveis	5	1,0
Cortina	5	1,1	Subir na cadeira	5	1,0
Mesa/cadeira	5	1,1	Cadeira e mesa	4	0,8
Prender dedos/mãos	5	1,1	Canto da mesa	4	0,8
Cadeira/mesa	4	0,9	Carteira	4	0,8
Ingestão de objetos	4	0,9	Corte, perfuração	4	0,8
Bater cabeça na mesa	3	0,7	Estofado da cadeira	4	0,8
Lixo sem proteção	3	0,7	Mesa e cadeira	4	0,8
Cadeira inapropriada	2	0,4	Tampa de caneta e borracha	4	0,8
Caneta/borracha	2	0,4	Pular a janela	3	0,6
Correr, escorregar	2	0,4	Quadro de avisos	3	0,6
Estofado da cadeira	2	0,4	Trauma	3	0,6
Interruptor de energia	2	0,4	Vidro	3	0,6
Materiais do estojo escolar	2	0,4	Cadeira e janela sem proteção	2	0,4
Piso escorregadio	2	0,4	Colocar dedo na tomada	2	0,4
Vidro	2	0,4	Correr	2	0,4
Outras palavras (apenas 1 vez)	31	6,7	Interruptor de energia	2	0,4
---	---	---	Janela aberta	2	0,4
---	---	---	Janela aberta e cadeira perto	2	0,4
---	---	---	Lápis	2	0,4
---	---	---	Objeto pequeno	2	0,4
---	---	---	Saco de lixo	2	0,4
---	---	---	Suporte de projetor	2	0,4
---	---	---	Vidro da janela	2	0,4
---	---	---	Outras palavras (apenas 1 vez)	59	11,2
Total	461	100%	Total	525	100%

Fonte: autoria própria.

Tabela 33 - Frequências de palavras ou sentenças referentes ao “Tipo de acidente” descritos na atividade I antes e na atividade II depois (n=132)

Frequências de palavras ou sentenças referentes ao “Tipo de acidente” descritos na atividade “Observando o ambiente” (n= 132)			Frequências de palavras ou sentenças referentes “ao tipo de acidente” descritos na atividade “Ampliando a observação do ambiente” (n= 132)		
Palavras	f	%	Palavras	f	%
Queda	135	25,7	Queda	149	28,4
Choque elétrico	101	19,2	Choque elétrico	99	18,9
Engasgar, asfixia, afogamento, sufocamento	27	5,1	Engasgo	28	5,3
Ingestão de objetos	19	3,6	Trauma	22	4,2
Prender dedos/mãos	19	3,6	Prender dedo/mão	18	3,4
Queda da janela	15	2,9	Corte, perfuração	12	2,3
Queda da cadeira	14	2,7	Queda da janela	11	2,1
Tomada sem proteção	14	2,7	Asfixia	10	1,9
Bater em algo	8	1,5	Colisão ou pancada	9	1,7
Machucado, lesão, trauma	8	1,5	Queda da cadeira	9	1,7
Corte, perfuração	6	1,1	Ingestão de objetos	8	1,5
Queda da mesa	6	1,1	Lesão	8	1,5
Acidente	5	1,0	Escorregar	7	1,3
Cantos da mesa sem proteção	5	1,0	Intoxicação	7	1,3
Machucado, lesão, trauma e morte	4	0,8	Tomada	6	1,1
Tropeçar	4	0,8	Machucado	5	1,0
Pular da janela	3	0,6	Subir e cair	5	1,0
Queda e machucado, lesão, trauma	3	0,6	Tropeçar	5	1,0
Queda e morte	3	0,6	Canto da mesa	4	0,8
Colocar objetos no ouvido/olhos	2	0,4	Janela	4	0,8
Escorregar e queda	2	0,4	Bater a cabeça	3	0,6
Intoxicação	2	0,4	Batera cabeça na mesa	3	0,6
Morte e engasgar, asfixia, afogamento, sufocamento	2	0,4	Cadeira	3	0,6
Subir na cadeira e queda da janela	2	0,4	Escorregar e queda	3	0,6
Tropeçar no fio	2	0,4	Fratura	3	0,6
Outras palavras (mencionadas apenas 1 vez)	114	21,7	Ingestão	3	0,6
-----	-----	---	Ingestão de giz	3	0,6
-----	-----	-----	Queda e machucado	3	0,6
-----	-----	-----	Queda e trauma	3	0,6
-----	-----	-----	Objetos pontiagudos	2	0,4
-----	-----	-----	Pendurar e cair	2	0,4
-----	-----	-----	Pular	2	0,4
-----	-----	-----	Outras palavras (mencionadas apenas 1 vez)	66	12,6
Total	525	100%	Total	525	100%

Fonte: autoria própria.

Nessa etapa de classificação surgiram as palavras trauma, corte ou perfuração, colisão ou pancada, ingestão de objetos, lesão, escorregar, intoxicação, além de palavras tratadas de forma separada por apresentarem baixa frequência, como engasgo, asfixia, sufocamento, em seguida, reunidas em apenas uma categoria.

Quando comparada com a classificação do tipo de acidente da primeira atividade, há evidência de ampliação de palavras e tratamento específico quanto à classificação dos riscos, como por exemplo, a utilização das palavras trauma, lesão corte ou perfuração, intoxicação e entre outras palavras descritas, envolvendo terminologias específicas da área da saúde.

Na atividade “Ampliando a observação do ambiente” foi também solicitada a descrição das palavras ou sentenças quanto a prevenção, conforme apresentadas na Tabela 34.

Tabela 34 - Frequências de palavras ou sentenças referentes a “como prevenir” descritos na atividade “Ampliando a observação do ambiente” (n= 132)

Palavras	f	%
Colocar tomada com proteção	72	13,7
Colocar protetores	63	12,0
Instalar rede de proteção	55	10,5
Não deixar objetos em locais de fácil acesso	29	5,5
Manter fora do alcance	28	5,3
Janela com proteção	23	4,4
Supervisão de um responsável	23	4,4
Colocar piso antiderrapante	13	2,5
Manter janela fechada	11	2,1
Proteger cantos da mesa	9	1,7
Manter giz fora do alcance	8	1,5
Orientar a criança	8	1,5
Atenção com a criança	7	1,3
Manter fio elétrico instalado adequado	7	1,3
Cadeira adequada	6	1,1
Manter porta fechada	6	1,1
Manter cadeira fora do alcance	5	1,0
Proteger lixo	5	1,0
Trancar porta	4	0,8
Colocar protetores na porta	3	0,6
Evitar piso escorregadio	3	0,6
Fio elétrico encapado	3	0,6
Colocar mesa e cadeira de forma correta	2	0,4
Diminuir número de móveis	2	0,4
Manter cortina presa	2	0,4
Manter janela fechada e orientar a criança	2	0,4
Manter mesa fora do alcance	2	0,4
Orientar a criança e supervisionar	2	0,4
Orientar a criança sentar	2	0,4
Retirar cortina	2	0,4
Outras palavras (mencionadas apenas 1 vez)	118	22,5
Total	525	100%

Fonte: autoria própria.

Análise inferencial: coocorrências de palavras ou sentenças

A análise descritiva das palavras ou sentenças caracterizou a utilização de palavras mais relevantes nesse estudo, mas ainda se torna necessário verificar se a proximidades das palavras pode apontar grupos de palavras que configuram evidências de que houve ampliação de

observação dos estudantes após a intervenção da pesquisadora com aplicação da atividade em um segundo momento.

Para isso, foi realizada uma análise de coocorrência de palavras ou sentenças utilizando a técnica de análise estatística conhecida de análise de *cluster*, empregando o método de agrupamento do vizinho mais próximo. Essa análise proporcionou a identificação de grupos de palavras ou sentenças que configuram o risco de acidente, tipo de acidente e prevenção, além de evidenciar o resultado satisfatório da ampliação da observação do ambiente descrito pelos estudantes. Dessa forma, as figuras 1, 2 e 3 apresentam o resultado da análise de coocorrência de palavras ou sentenças.

A Figura 1 mostram dois gráficos, risco de acidente: atividade “Observando o ambiente” aparece nas Figuras como atividade I - antes e o risco de acidente da atividade “Ampliando a observação do ambiente” atividade II - depois.

Ambos os gráficos apontam o relacionamento das palavras com o risco de acidente. No primeiro gráfico, indica a formação de grupos (indicada pelo círculo laranja), constituídos por proximidades de palavras, a saber: à direita, o primeiro grupo de palavras formadas de “tomada”, seguido do segundo grupo formado pela palavra “queda” e palavras próximas referindo a “queda de móveis”, “queda da cadeira”, “queda da carteira”, “queda da mesa”, “queda provocada fios”. No terceiro, localizado no centro da figura, as palavras, “janela”, “janela sem proteção”, “janela aberta”. O quarto grupo formado pela palavra “giz”. O quinto grupo, à esquerda, envolvem as palavras “choque elétrico”, “fios” em proximidade da palavra “correr, escorregar”. O sexto grupo, envolvem as palavras “cadeira”, “cadeira e canto da mesa”, “bater a cabeça na cadeira”.

O segundo gráfico indica a composição de mais grupos, evidenciando que os estudantes expandiram a visão do ambiente acrescentando mais palavras no contexto do risco de acidente. O primeiro grupo, à direita, em maior quantidade aparece as palavras “tomada” e “tomada sem proteção”. O segundo grupo, liderado pelas palavras “quedas”, “queda da cadeira”, “queda da carteira”, “queda da mesa” e “queda da mesa e lousa”. O terceiro grupo, as palavras “pisso” e “pisso escorregadio”. O quarto grupo, as palavras “porta” próxima de “prender o dedo na porta”, “prender dedos/mãos”. O quinto grupo, a palavra “giz”, “pó de giz” e “objetos pequenos”. O sexto grupo, as palavras “mesa”, “móveis” e “materiais do estojo em cima da mesa”. O sétimo grupo, no sentido à esquerda, as palavras “janela”, “janela sem proteção”, “janela aberta”. O oitavo grupo, as palavras “fios elétricos, computador e extensão”, “equipamentos na mesa e fios pendurados”. O nono grupo, a palavra “cortina”. O décimo grupo, as palavras “choque

A Figura 2 mostra dois gráficos com as classificações do tipo de acidente nas atividades “Observando o ambiente” e na atividade “Ampliando a observação do ambiente”. Nota-se que os gráficos apontam o relacionamento das palavras com o tipo de acidente e sugerem uma classificação dos tipos de acidentes em grupos. O primeiro gráfico indica a formação de grupos (indicada pelo círculo laranja), constituídos por proximidades de palavras, a seguir: à direita, o primeiro grupo, ainda em formação, a palavra “tomada sem proteção”. O segundo grupo, envolvendo a palavra “queda” (sem especificar o tipo de queda), “queda e morte”, “queda e corte com vidros”, “queda de móveis”, “queda da janela”, “queda da cadeira” e a proximidade com a palavra “pular da janela”. O terceiro grupo, as palavras “ingestão de objetos” e “ingestão de objetos e intoxicação”. O quarto grupo, as palavras categorizadas como “engasgar, asfixia, afogamento, sufocamento”. O quinto grupo, a palavra “choque elétrico”.

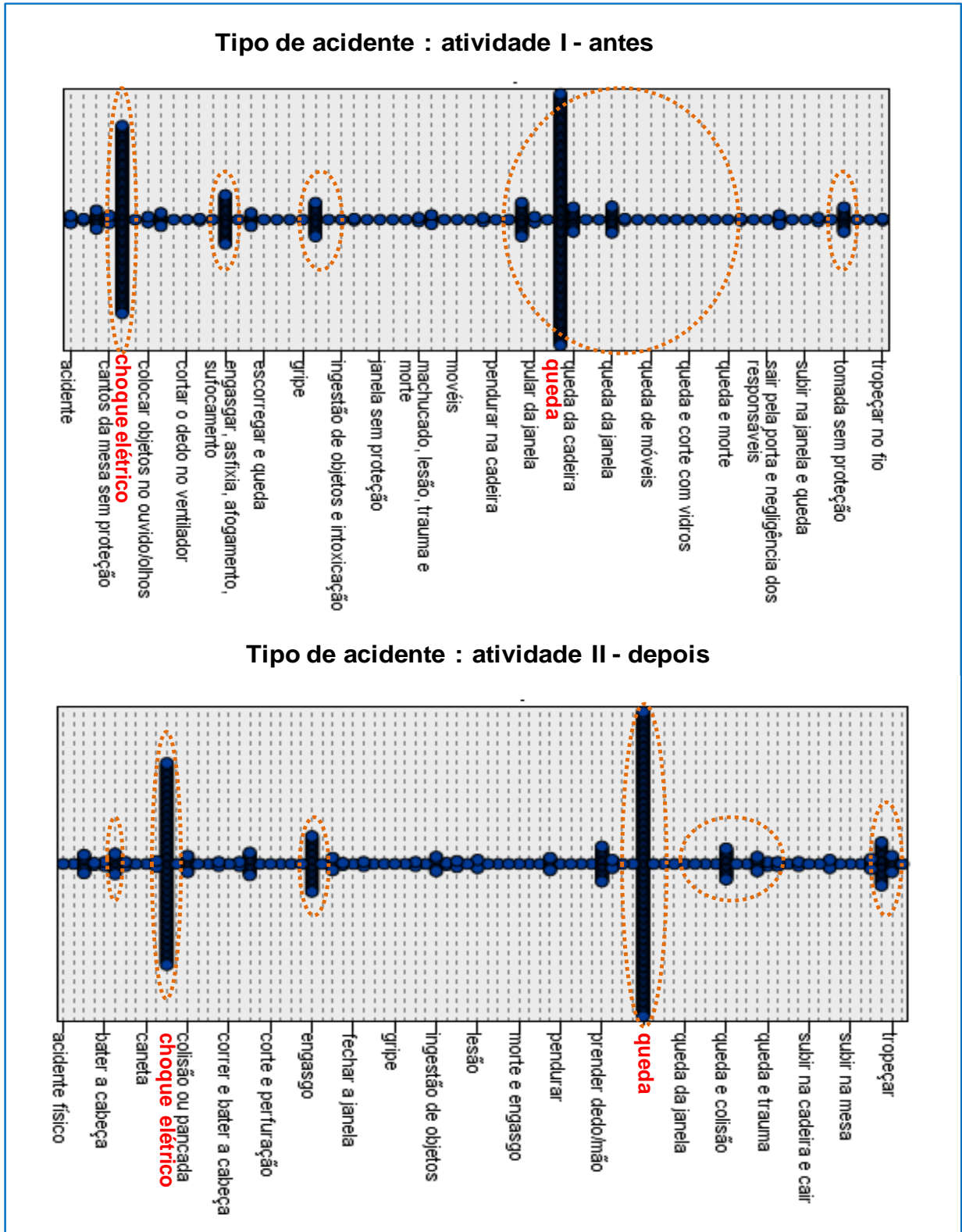
O segundo gráfico mostra o primeiro grupo, à direita, a palavra “tropeçar” e “tropeçar e cair”. O segundo grupo, as palavras “queda e trauma”, “queda e colisão”, “queda da janela”. O terceiro grupo concentrou-se apenas na palavra “queda”. O quarto grupo, à esquerda, a palavra engasgo. O quinto grupo, a palavra “choque elétrico” e o sexto grupo, a palavra “bater a cabeça”.

No entanto, quando se compara o primeiro e o segundo gráfico, aparentemente não ressalta mudanças na composição dos grupos com a ampliação de palavras, mas foram utilizadas palavras mais específicas para designar o tipo de acidente, tais como, “lesão, trauma, engasgo, colisão ou pancada” entre outras, isso pode indicar a preocupação do estudante com o uso adequado do vocabulário. O segundo gráfico ainda apresenta uma fragmentação dos grupos de palavras “queda” com a especificação do lugar ou motivo e sem especificar.

A Figura 3 mostra a forma de prevenção dos acidentes infantis segundo o risco e o tipo de acidente descrito na atividade “Ampliando a observação do ambiente”. Nela é possível observar a associação das sentenças com as formas de prevenção, sendo agrupadas da seguinte forma: à direita, o primeiro grupo, à direita, (indicada pelo círculo laranja), as sentenças “supervisão de um responsável”, seguida de “supervisão de um responsável e retirar a cadeira”, “supervisão de um responsável e manter janela fechada”. O segundo grupo, as sentenças “não deixar objetos em locais de fácil acesso”. No centro, o terceiro grupo, as sentenças, “manter fora do alcance” com a proximidade de “manter janela fechada”, “manter a janela fechada e ligar o ar condicionado” e “manter fios elétrico instalado adequado”. O quarto grupo, “janela com proteção”. O quinto grupo, “instalar redes de proteção”. O sexto grupo, à esquerda, as sentenças “ingestão de objetos”, “evitar colocar na boca” e “evitar caneta”. O sétimo grupo,

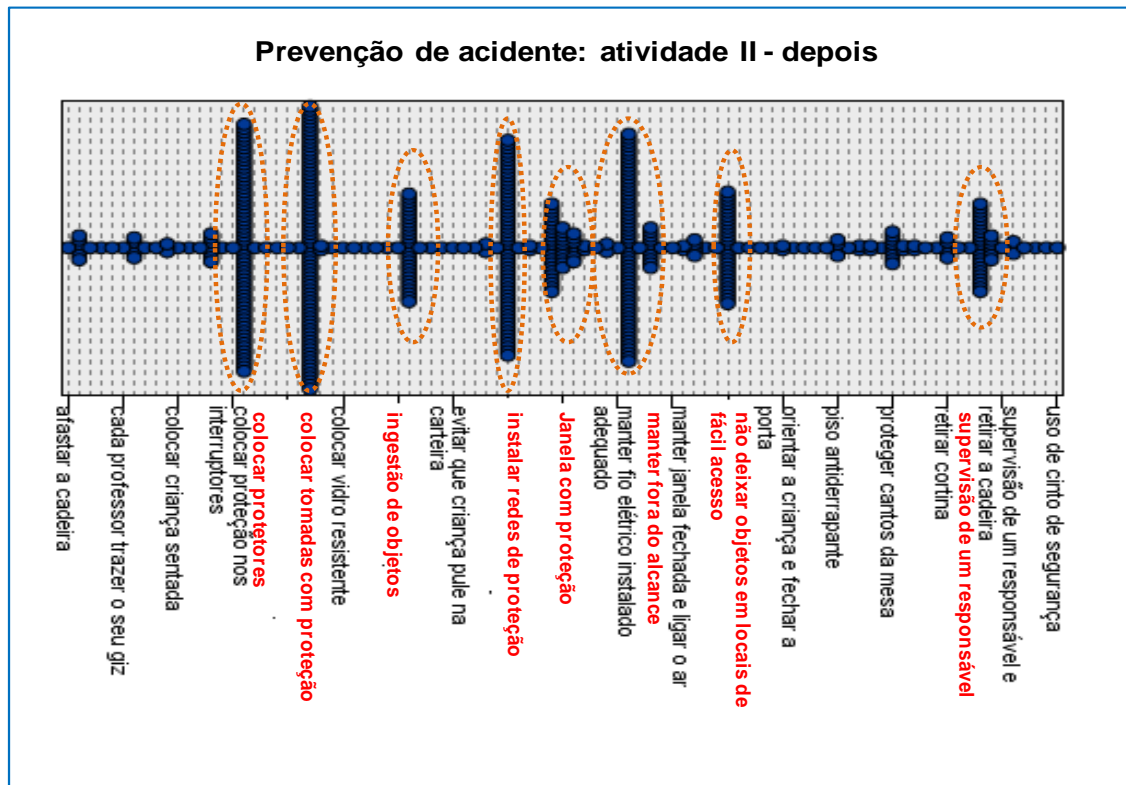
“colocar tomadas com proteção” e “colocar vidro resistente”. O oitavo grupo, a palavra “colocar protetores” (sem especificar os locais ou motivos).

Figura 2 - Palavras ou sentenças relacionadas com o tipo de acidente de acidente das atividades “Observando o ambiente” e da atividade “Ampliando a observação do ambiente”



Fonte: Adaptado da análise de cluster.

Figura 3 - Palavras ou sentenças relacionadas com a prevenção dos acidentes atividade “Ampliando a observação do ambiente”



Fonte: Adaptado da análise de *cluster*.

Nesse estudo, é importante observar que o tamanho amostral de estudantes por série e o tipo de amostragem intencional dificultam a generalização dos resultados para uma população de características semelhantes da amostra. As análises descritivas realizadas no início do estudo permitiram a caracterização do perfil e o comportamento das palavras ou sentenças.

A análise de coocorrência de palavras permitiu analisar o relacionamento entre risco de acidente, tipo de acidente e a prevenção e possibilitou a identificação de grupos de palavras ou sentenças que possuem características similares. Assim, com base nos resultados das atividades “Observando o ambiente” e da atividade “Ampliando a observação do ambiente”, pode-se concluir que os grupos obtiveram resultados diferentes evidenciando uma ampliação da percepção dos alunos sobre os riscos de acidentes infantis após a intervenção do pesquisador.

A ampliação do repertório de palavras com o uso de terminologias específicas da área corrobora com o disposto nas DCNs, que aponta que o enfermeiro deve possuir, também, competências técnico-científicas, ético-políticas, sócioeducativas contextualizadas que permitam entre outras coisas desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional (BRASIL, 2001).

De acordo com a busca realizada na literatura nacional e internacional, a pesquisadora não encontrou pesquisas com objetivos semelhantes a essa. Porém vários artigos que desenvolveram intervenções com alunos dos cursos de Enfermagem demonstraram mudanças significativas no seu comportamento quando inseridos em ações de orientação sobre determinados temas, influenciando assim em seu comportamento.

Como, por exemplo, no estudo de Bennett et al. (2018), os alunos do curso de Enfermagem participantes da pesquisa estavam inseridos em um contexto de estágio hospitalar de cuidados paliativos. Foram convidados a responder um questionário para avaliar scores de agressividade em relação aos cuidados de pacientes mais jovens e mais idosos com presença de um termo para não ressuscitação nessa situação de cuidado paliativo e depois participaram de uma curta palestra sobre essa área. Após a palestra, novamente, eles responderam a um novo questionário sendo verificado que os alunos diminuíram os seus níveis de agressividade de cuidado, mantendo o mesmo nível após a palestra entre o cuidado do paciente jovem e idoso com a indicação de não ressuscitação. E os autores concluem que momentos breves de intervenções de ensino podem auxiliar na formação dos alunos. Nesse estudo especificamente os resultados foram favoráveis ao cuidado dos pacientes no final da vida.

Infere-se que a todo momento entre docente e aluno a relação entre teoria e prática contribui para o processo formativo das pessoas. Isso testemunha o estudo de Prado, Breffa e Gonsales (2012, p. 106), no qual apontam que as

Descrições de contingências podem ser melhor e mais facilmente compreendidas se além do contato com elas houver também algum contato do aprendiz com as próprias contingências descritas. Por isso alunos de graduação fazem estágios, participam em projetos de iniciação científica, extensão.

Skinner (1984) faz referência ao conhecimento por descrição e o conhecimento por compreensão. O conhecimento por descrição diz respeito ao conceito de regras, ou seja, descrições de contingências, das relações de dependência entre a ocasião em que o comportamento chamado de eventos antecedentes do comportamento propriamente dito e os eventos consequentes. Já o conhecimento por compreensão é aquele adquirido por exposição direta a contingências.

Contudo, Skinner (1991) ainda descreve que normalmente o conhecimento se inicia geralmente por descrição, sendo isso também uma forma de aprendizagem e que se o aluno tiver interesse sobre o tema eventualmente irá adquirir o conhecimento por compreensão ao longo do tempo.

Conforme os conceitos descritos acima, considera-se provável que os alunos tenham adquirido conhecimento por descrição, visto que as contingências antecedentes, ou seja, a abordagem da temática dos acidentes pela pesquisadora, resultaram conseqüentemente na ampliação dos termos utilizados por eles na atividade final.

Em relação ao questionário inicial, foi visto que grande parte dos alunos já tinham conhecimento prévio sobre a temática dos acidentes na infância, mas com a intervenção alguns alunos adquiriram um conhecimento maior sobre as terminologias relacionadas ao assunto, como foi verificado na análise estatística. Observou-se também que um mesmo termo descrito por eles, como por exemplo, queda envolveu vários riscos, como queda da cadeira, queda da janela, queda da mesa, como foi verificada na análise de *cluster* e isso demonstra que foram identificados vários tipos de acidentes a partir de um único objeto/risco.

Isso é considerado um fator relevante pela pesquisadora, pois por exemplo, se for levado em consideração um ambiente da casa, como a cozinha por exemplo, pode-se prever vários riscos para diferentes tipos de acidentes como ferimentos corto-contusos, queimaduras com diversas causas, quedas decorrentes de vários objetos, como mesa ou cadeira, intoxicações com diversas substâncias, entre outras. Portanto foi importante estimulá-los e verificar diferentes tipos de acidentes a partir de um único risco. Isso poderá fazer a diferença ao realizarem uma visita domiciliar, ao atenderem uma vítima de acidente e durante a orientação de famílias educadores e próprias crianças.

Isso atesta o trabalho desenvolvido por Silva et al. (2010, p. 181) que descreve que

O processo e formação da(o) enfermeira(o), na contemporaneidade, se constitui num grande desafio, que é o de formar profissionais com competência técnica e política, dotados de conhecimento, raciocínio, percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, devendo estar capacitados para intervir em contextos de incertezas e complexidade.

Conclusão

Realizando uma avaliação do processo, durante essa atividade, a pesquisadora observou que houve uma boa participação e interesse de alunos, por meio de exemplos de casos vivenciados por eles. Uma pequena parte referiu conviver com crianças, porém a maioria referiu não ter crianças próximas no seu cotidiano. Infere-se que para os alunos que convivem com crianças, o conhecimento pode ter ocorrido por compreensão. Contudo ressalta-se que os alunos mais jovens e/ou aqueles que não convivem com crianças esse conhecimento por compreensão e poderá ser efetivado a partir dos estágios e da prática profissional conforme previsto também nas DCNs do curso de Enfermagem.

Observa-se que as limitações desse estudo estão relacionadas ao tempo disponível para a sua realização, às diferenças ambientais e estruturais de cada sala, bem como às características dos alunos e possíveis dificuldades de comunicação entre eles e a pesquisadora.

Verificou-se a ocorrência de uma ampliação relacionada ao repertório utilizado pelos alunos ao descreverem um número maior de riscos e formas de prevenção de acidentes no ambiente, além deles conseguirem expressar vários tipos de acidentes para um único fator de risco.

Torna-se importante ressaltar que assim como o trabalho realizado Bennett et al. (2018) citado anteriormente, momentos de orientação, mesmo que curtos, auxiliam o aluno a ampliar seus conhecimentos e estimula-os a ter uma visão mais crítica da situação a eles apresentada, como, nesse caso, eles conseguiram, em sua maioria, desenvolver um olhar crítico sobre o ambiente e os riscos potenciais para acidentes com crianças descrevendo também formas para preveni-los.

Espera-se que essa ação educativa tenha sido um estímulo em seu processo de formação, ou seja, para que os alunos observem outros ambientes e identifiquem neles riscos potenciais de acidentes, não só para crianças, já que todo indivíduo está susceptível a ele e intervenham diminuindo assim esse evento.

6.3.3 Atividade III – Preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada

Objetivo

Orientar sobre o preenchimento adequado da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada do SINAN, e identificar o preenchimento completo/correto; completo/incorreto; incompleto/correto e incompleto/incorreto dos campos pertencentes à ficha.

Método

- **Materiais:** foi utilizado um texto especificamente elaborado para a atividade e que trazia dados de um caso de violência infantil (Apêndice E) e uma ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada do SINAN (Anexo A).
- **Participantes:** 93 estudantes do curso de Enfermagem, sendo 10 do primeiro ano, 17 do segundo ano, 23 do terceiro ano, 14 do quarto ano e 29 do quinto ano. Foi uma amostragem não probabilística e de forma intencional.

- Procedimentos: foi realizada explanação sobre conceitos e principais tipos de violência, papel do enfermeiro e políticas existentes sobre o tema. Após, foi explicada a importância da ficha de notificação e seu preenchimento adequado. A seguir, foi entregue para cada aluno uma ficha de notificação interpessoal e autoprovocada do SINAN e um texto. Foi realizada explanação sobre o preenchimento adequado da ficha, reforçando a necessidade de preenchimento de todos os campos. Em seguida, foi solicitado aos alunos o preenchimento dos dados da ficha de acordo com o texto, e posterior devolução.

Essa atividade não foi preenchida por todos os alunos, pois, devido ao horário e à necessidade de utilizarem ônibus intermunicipal, muitos alunos saíram da sala antes do seu término. O tempo destinado à atividade foi de 40 minutos. Os dados foram digitados em um arquivo em Excel, em seguida foram cadastrados e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), contendo todas as informações da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN. Assim, procedeu a realização de uma análise das quantidades de preenchimento completo/correto; completo/incorreto; incompleto/correto e incompleto/incorreto em cada bloco de informação da ficha e em seus respectivos campos.

O instrutivo de preenchimento desta ficha informa que há itens considerados de preenchimento obrigatório, essenciais e chaves, sendo definidos como

Campo de preenchimento obrigatório é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no SINAN. Campo essencial é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional. Campo chave é aquele que identifica o registro no sistema Brasil. (BRASIL, 2015c, p.23).

Foi considerado o preenchimento completo/correto quando os quadrículos foram preenchidos com a informação correta segundo o texto, por exemplo, a hora da ocorrência (item 51) foi às 10 horas, conforme o caso elaborado. Foi considerado preenchimento completo/ incorreto o preenchimento dos quadrículos com uma informação divergente a apresentada pelo caso, por exemplo, o horário diferente da ocorrência da violência.

Foi considerado preenchimento incompleto/correto quando, por exemplo, nos blocos com opções múltiplas de preenchimento os alunos marcassem somente o item correspondente a informação correta, mas não completassem os demais. Por exemplo, no item encaminhamento (65) eles deveriam preencher com o número “1” referente ao “sim”, nos itens serviços de saúde, escola, conselho tutelar e delegacia da mulher e, nos demais itens, colocar o número “2” referente a não, os quais foram serviços que a criança e a mãe não haviam sido encaminhadas

conforme o caso fictício. Por consequência foi considerado incompleto/incorreto quando os quadrículos estivessem em branco, sem nenhum preenchimento.

Para esclarecimento sobre os itens da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN e análise do preenchimento feito pelos alunos, é importante descrever sobre os blocos que a compõem, tal qual os seus respectivos campos. Dessa maneira seguem os dados que o instrutivo do MS descreve como dados obrigatórios de preenchimento e também os itens que foram considerados importantes para análise na presente pesquisa na Tabela 35.

Tabela 35 - Blocos e classificação dos itens da ficha de notificação individual e autoprovocada do SINAN conforme o instrutivo de preenchimento do Ministério da Saúde

Blocos	Quantidade de itens	Quantidade de itens analisados	Campos obrigatórios	Campos essenciais	Campos chaves
Dados gerais	9 (1-9)	7*	4;6;7;8;9	-	3;5
Notificação individual	9 (10-18)	9	10-14	15-18	-
Dados da residência	14 (19-32)	10**	19;20	21-32	-
Dados da pessoa atendida	7(33-39)	6	36-37;39**	33-35;38	-
Dados da ocorrência	15 (40-54)	12****	40;41;52	50;51;53;54	
Violência	3(55-57)	3	55-56	57	-
Violência sexual	2(58-59)	2	-	58-59	-
Dados do provável autor da violência	5 (60-64)	5	60-62; 64	63	-
Encaminhamento	1 (65)	1	65	-	-
Dados finais	4 (66-69)	2	69	66-68*****	-

Fonte: autoria própria.

*os itens tipo de notificação (1) e agravo ou doença (2) já apresentam seus campos preenchidos;

**os itens distrito (21); Geo campo 1 (26) e Geo campo 2 (27) e o item (32) País (se residente fora do Brasil) não foram preenchidos;

*** item 39: caso a vítima tenha deficiência este item é de preenchimento obrigatório conforme o instrutivo, neste estudo não foi necessário;

****os itens distrito (42); Geo campo 1 (47) e Geo campo 2 (48) não era necessário preencher;

*****Itens 67 e 68 não foram preenchidos pois não tinha relação com trabalho.

A partir do bloco “dados finais” não há no instrutivo a obrigatoriedade de preenchimento dos campos informações complementares e observações e notificador. Porém, para análise, foram considerados os seguintes campos de preenchimento da ficha:

- Informações complementares e observações: nesse bloco consideraram-se três itens para preenchimento obrigatório sendo eles, nome do acompanhante, vínculo/grau de parentesco e telefone e não considerou o preenchimento das observações adicionais.

- Notificador foram considerados quatro campos para preenchimento dos alunos: município e unidade, nome, função e assinatura para análise nesta pesquisa.

Ressalta-se que a análise foi feita mediante a porcentagem do total de fichas em cada ano para cada categoria devido à diferença do número de fichas de notificação recolhidas em cada ano do curso.

Resultado e discussão

Nas tabelas estão descritos os dados relacionados aos itens de preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, os quais são considerados itens de preenchimento obrigatório, conforme o instrutivo do MS. Como já referido anteriormente, os itens foram categorizados em completo/correto (com cor); completo/incorreto (com_incor), incompleto/correto (incom_cor) e incompleto/incorreto (incom_incor).

Na Tabela 36, verifica-se, em relação ao bloco de dados gerais, mais especificamente ao item três, que faz referência à data da notificação, que houve o preenchimento completo e correto desse item da ficha em todos os anos do curso sendo maior que 90%. E em relação à categoria incompleta e incorreta deste item, o primeiro ano apresentou 90% de preenchimento inadequado deste campo.

Em relação à unidade de federação, verificou-se que houve uma variação entre o percentual de preenchimento correto e completo entre os anos, destacando-se o terceiro ano com 87% de acertos de preenchimento deste item.

No item “município da notificação”, verificou-se que a porcentagem de preenchimento completo e correto foi acima de 64% entre os anos do curso. O quarto ano apresentou uma maior porcentagem de preenchimento incompleto e incorreto desse item com valor de 57% das fichas preenchidas nessa turma.

Já o item referente à unidade notificadora, pôde ser verificado que o segundo e o quinto ano apresentaram um percentual maior que 90 % de preenchimento completo e correto desse item. O terceiro ano apresentou maior porcentagem de preenchimento incorreto e incompleto, ou seja, 22% e a maior porcentagem de preenchimento completo e incorreto representado por 26% entre suas fichas.

Em relação ao nome da unidade notificadora, observou-se preenchimento correto e completo variando de 70%-88% entre os anos do curso. O quarto ano teve 21% de preenchimento incompleto e incorreto e o primeiro ano 30% de preenchimento completo e incorreto neste item.

No item “nome da unidade de saúde”, o primeiro ano teve 90% de preenchimento completo e correto; e o quarto, a maior porcentagem de preenchimento incompleto e incorreto deste item, representado por 36%.

No item “data da ocorrência da violência”, verificou-se que o quinto ano realizou 100% do preenchimento completo e correto desse item. Os demais anos apresentaram o preenchimento completo correto variando de 70-88%. O preenchimento incompleto e incorreto desse item foi maior no terceiro ano representado com 26% das fichas.

Tabela 36 - Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco de dados gerais conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem

		Ano									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Data de notificação	com_cor	9	90	17	100	21	91	13	93	28	97
	incomp_incor	1	10	0	0	2	9	1	7	1	3
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Unidade de federação	com_incor	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0
	com_cor	6	60	10	59	16	70	5	36	20	69
	incomp_incor	4	40	7	41	7	30	8	57	9	31
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Município de notificação	com_incor	1	10	0	0	0	0	1	7	1	3
	com_cor	7	70	13	76	20	87	9	64	23	80
	incomp_incor	2	20	4	24	3	13	4	29	5	17
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Unidade notificadora	com_incor	1	10	0	0	6	26	1	7	1	3
	com_cor	8	80	16	94	12	52	10	59	26	90
	incomp_incor	1	10	1	6	5	22	3	18	2	7
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Nome da unidade notificadora	com_incor	3	30	0	0	2	9	1	7	1	3
	com_cor	7	70	15	88	19	83	10	71	25	86
	incomp_incor	0	0	2	12	2	9	3	21	3	10
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Unidade de saúde	com_incor	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0
	com_cor	9	90	14	82	15	65	6	43	21	72
	incomp_cor	0	0	1	6	2	9	3	21	0	0
	incomp_incor	0	0	2	12	6	26	5	36	8	28
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Data da ocorrência da violência	com_incor	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0
	com_cor	7	70	15	88	17	74	11	79	29	100
	incomp_incor	2	20	2	12	6	26	3	21	0	0
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100

Fonte: autoria própria.

O bloco da notificação individual tem os itens 10-14 considerados de preenchimento obrigatório. No item nome do paciente, observou-se 100% de preenchimento completo e correto em todos os anos com exceção do quarto ano que apresentou 4% de preenchimento completo e incorreto (Tabela 37).

Tabela 37 - Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco de notificação individual conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem

		Ano									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Nome do paciente	com_ incor	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0
	com_cor	10	100	17	100	22	96	14	100	29	100
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Data de nascimento	com_ incor	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0
	com_cor	9	90	17	100	21	92	14	100	29	100
	incomp_incor	1	10	0	0	1	4	0	0	0	0
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Idade	com_ incor	0	0	0	0	2	9	0	0	3	10
	com_cor	8	80	16	94	13	57	8	57	13	45
	incomp_cor	2	20	0	0	7	30	4	29	2	7
	incomp_incor	0	0	1	6	1	4	2	14	11	38
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Sexo	com_ incor	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0
	com_cor	10	100	17	100	21	92	14	100	29	100
	incomp_incor	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Gestante	com_cor	7	70	15	88	12	52	11	79	27	93
	incomp_cor	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0
	incomp_incor	3	30	2	12	11	48	2	14	2	7
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100

Fonte: autoria própria.

No item “data de nascimento”, houve 100% de preenchimento completo e correto no segundo, quarto e quinto ano do curso. O terceiro ano apresentou 4% do preenchimento completo e incorreto e 4% de preenchimento incorreto e incompleto.

Já no item “idade da vítima”, foi verificado que 94% dos alunos do segundo ano preencheram de forma completa e correta; 9% do terceiro ano preencheram de forma completa e incorreta. O preenchimento incompleto e incorreto deste item foi verificado em 38% das fichas do quinto ano do curso.

O item sexo do paciente apresentou 100% de preenchimento completo e correto em todos os anos com exceção do quarto ano, o qual apresentou 4% de preenchimento completo e incorreto e 4% de preenchimento incompleto e incorreto desse item.

No item relacionado à informação “gestante”, verificou-se que o preenchimento completo correto variou entre 52%-93% entre os anos do curso. O preenchimento incompleto e incorreto foi maior no terceiro ano e no primeiro ano (48% e 30% respectivamente).

Em relação ao bloco dados da residência, dois campos são de preenchimento obrigatório. O item 19, relacionado à unidade de federação, teve preenchimento completo e correto variando de 70%-90% entre os anos do curso. O preenchimento incompleto e incorreto foi maior no terceiro ano e no primeiro ano - 35% e 30% respectivamente - (Tabela 38).

Tabela 38 - Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco dados da residência conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem

		Ano									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Unidade de federação	com_cor	7	70	15	88	15	65	12	86	26	90
	incomp_cor	0	0	0	0	0	0	2	14	0	0
	incomp_incor	3	30	2	12	8	35	0	0	3	10
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Município de residência	com_incor	1	10	0	0	0	0	1	7	0	0
	com_cor	8	80	16	94	22	96	13	93	27	93
	incomp_incor	1	10	1	6	1	4	0	0	2	7
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100

Fonte: autoria própria.

No item 20, deveria ser descrito o município de residência. Foi verificado que o preenchimento completo e correto variou de 80%-96% entre os anos. O primeiro ano apresentou 10% de preenchimento completo e incorreto e 10% de preenchimento incorreto e incompleto entre o total de suas fichas.

O bloco dados da pessoa atendida tinha os itens 36-37 como obrigatórios para o preenchimento. No item 36, deveria ser assinalada a orientação sexual da vítima, sendo verificado que o preenchimento completo e correto variou de 74% a 93% entre os anos do curso. A porcentagem de 26% de preenchimento incompleto e incorreto também foi verificada no preenchimento deste item pelo terceiro ano do curso.

No item “identidade de gênero da vítima”, verificou-se 87% de preenchimento completo e correto do item no quinto ano do curso e 82% de acerto no segundo ano. Já no terceiro ano,

observou-se 43% e 36% de preenchimento entre os alunos do quarto ano de forma incompleta e incorreta do mesmo item (Tabela 39).

Tabela 39 - Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco dados da pessoa atendida conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem

		Ano									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Orientação sexual	com_ incor	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0
	com_cor	9	90	15	88	17	74	13	93	27	93
	incomp_cor	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0
	incomp_incor	1	10	0	0	6	26	1	7	2	7
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Identidade de gênero	com_ incor	1	10	1	6	0	0	0	0	1	3
	com_cor	7	70	14	82	13	57	9	64	25	87
	incomp_cor	0	0	2	12	0	0	0	0	0	0
	incomp_incor	2	20	0	0	10	43	5	36	3	10
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100

Fonte: autoria própria.

No bloco dados da ocorrência, os itens obrigatórios, segundo o instrutivo de preenchimento, relacionavam-se aos itens 40, 41, 52. Observou-se nesse bloco que no item 40 (unidade de federação) 80% das fichas do primeiro ano foram preenchidas de forma completa e correta e 65% das fichas do terceiro ano foram preenchidas de forma incompleta e incorreta. No item 41, referente ao município de ocorrência, verificou-se que o preenchimento completo e correto variou de 79% a 90% entre os anos do curso, e a porcentagem de preenchimento incompleto e incorreto desse item foi maior entre os alunos do quarto ano com 21%.

No item 52, no qual deveria ser assinalado o local da ocorrência da violência, foi verificado que o preenchimento completo e correto desse item variou também de 79% a 90% entre os anos do curso. O terceiro ano apresentou 4% de preenchimento completo e incorreto e 13% de preenchimento incompleto e incorreto neste item (Tabela 40).

Na Tabela 41, em relação ao bloco da violência, os campos obrigatórios incluíam os itens 55 e 56. No item 55, era solicitado assinalar a motivação da violência. Observou-se que 40% dos alunos do terceiro ano preencheram esse item de forma completa e incorreta, os alunos do primeiro ano preencheram 70% de forma completa e correta e 43% dos alunos do quarto ano preencheram de forma incompleta e incorreta. No item 56, na qual deveria ser assinalada o tipo de violência ocorrida, pode ser verificado que o segundo e o quarto ano apresentaram 29% de preenchimento completo e correto neste item, o quinto ano 28% de preenchimento incompleto e incorreto, e o primeiro ano 70% de preenchimento completo mais incorreto.

Tabela 40 - Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco dados da ocorrência conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem

		Ano									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Unidade de federação	com_incor	0	0	1	6	0	0	0	0	1	3
	com_cor	8	80	12	70	8	35	9	64	16	55
	incomp_incor	2	20	4	24	15	65	5	36	12	42
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Município de ocorrência	com_cor	9	90	15	88	21	91	11	79	25	87
	com_incor	1	10	1	6	0	0	0	0	1	3
	incomp_incor	0	0	1	6	2	9	3	21	3	10
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Local de ocorrência	com_incor	1	10	2	12	1	4	0	0	0	0
	com_cor	9	90	15	88	19	83	12	86	28	97
	incomp_incor	0	0	0	0	3	13	2	14	1	3
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100

Fonte: autoria própria.

Tabela 41 - Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco violência conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem

		Ano									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Violência motivada por	com_incor	2	20	6	35	9	40	2	14	5	17
	com_cor	7	70	7	41	7	30	4	29	18	63
	incomp_cor	0	0	0	0	1	4	2	14	1	3
	incomp_incor	1	10	4	24	6	26	6	43	5	17
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Tipo de violência	com_incor	7	70	4	24	5	22	1	7	6	21
	com_cor	1	10	5	29	2	9	4	29	3	10
	incomp_cor	1	10	6	35	12	52	7	50	12	41
	incomp_incor	1	10	2	12	4	17	2	14	8	28
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100

Fonte: autoria própria.

Em relação ao bloco dados do provável autor da violência, (Tabela 42) havia três itens considerados de preenchimento obrigatório. No item 60, relacionado ao número de envolvidos, foi verificado que 80% dos alunos do primeiro ano preencheram esse item de forma completa e correta, o quinto ano preencheu 80% desse item de forma completa mais incorreta, e o segundo ano apresentou 12% de preenchimento incompleto e incorreto no mesmo item.

Tabela 42 - Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco dados do provável autor da violência conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem

		Ano									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Número de envolvidos	com_incor	2	20	5	29	14	61	4	29	23	80
	com_cor	8	80	10	59	7	30	9	64	5	17
	incomp_incor	0	0	2	12	2	9	1	7	1	3
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Grau de parentesco com a vítima	com_incor	2	20	2	12	2	8	3	21	2	7
	com_cor	3	30	6	35	5	22	6	43	9	31
	incomp_cor	4	40	6	35	8	35	3	21	12	41
	incomp_incor	1	10	3	18	8	35	2	15	6	21
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
Sexo do provável autor da violência	com_incor	0	0	1	6	2	9	0	0	1	3
	com_cor	9	90	14	82	19	82	12	86	27	94
	incomp_cor	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0
	incomp_incor	0	0	2	12	2	9	2	14	1	3
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100
autorviolencia_64	com_incor	1	10	2	12	4	17	2	14	4	14
	com_cor	9	90	14	82	16	70	11	79	25	86
	incomp_incor	0	0	1	6	3	13	1	7	0	0
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100

Fonte: autoria própria.

No bloco 61, relacionado ao vínculo e grau de parentesco com a pessoa atendida observou-se que o preenchimento completo e correto desse item variou de 30% a 43% entre os anos. Já o preenchimento incompleto e incorreto variou de 10% a 35% entre eles. O quarto ano apresentou 21% de preenchimento completo e incorreto desse item e o preenchimento incompleto e correto variou de 21% a 41% entre todos os anos.

Em relação ao item 62 que abordava o sexo do provável autor da violência, verificou-se que o preenchimento completo e correto variou de 82% a 94% entre os anos do curso. A maior porcentagem de preenchimento incompleta e incorreta foi a do quarto ano representada por 14 %.

Ainda neste bloco, o item 64 relacionado ao ciclo de vida do provável autor da violência, indicou que a porcentagem de preenchimento completo e correto variou entre 70% a 90% nos diferentes anos do curso. No terceiro ano, houve maior porcentagem de preenchimento completo e incorreto e incompleto e incorreto desse item representado por 17% e 14% respectivamente.

No bloco encaminhamentos (65) da ficha, foi observado que a porcentagem de preenchimento completo e correto variou de 28% a 40%, houve 50% de preenchimento completo e incorreto desse item no primeiro ano do curso. O preenchimento incompleto e incorreto variou entre 10% a 22%. Em relação ao preenchimento completo e incorreto a maior porcentagem 41% estava relacionada as fichas do quinto ano (Tabela 43).

Tabela 43 - Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco encaminhamentos conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem

		Ano									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Encaminhamentos	com_incor	5	50	3	18	0	0	5	36	5	17
	com_cor	4	40	9	53	9	39	4	29	8	28
	incomp_cor	1	10	2	12	5	22	1	7	4	14
	incomp_incor	0	0	3	18	9	39	4	29	12	41
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100

Fonte: autoria própria.

O último item considerado obrigatório para preenchimento segundo o instrutivo foi o item 69 do bloco dados finais relacionado a data do encerramento. Os dados estão apresentados na Tabela 44. Verificou-se porcentagem de preenchimento completo e correto de 60-86% entre os cinco anos do curso. E em relação ao preenchimento incompleto e incorreto observou-se que o terceiro ano apresentou 70% de preenchimento desse item.

Pôde ser observado, portanto, que muitos alunos não preencheram adequadamente a ficha por não utilizarem os dados descritos no caso fictício, como por exemplo, nome do município, unidade notificadora, bem como apresentaram dificuldade em interpretar o texto para preenchimento de dados do provável autor da violência, encaminhamento entre outros itens, o que pode ter causado o preenchimento inadequado da referida ficha.

Tabela 44 - Porcentagem de preenchimento dos dados obrigatórios relacionados ao bloco dados finais conforme o instrutivo do Ministério da Saúde da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com categorias de análise nos cinco anos do curso de Enfermagem

		Ano									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Dados finais	com_incor	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0
	com_cor	6	60	14	82	7	30	11	79	25	86
	incomp_incor	4	40	2	12	16	70	3	21	4	14
Total		10	100	17	100	23	100	14	100	29	100

Fonte: autoria própria.

Observa-se, assim, que houve uma variação de preenchimento em cada item e em cada ano do curso. Não podemos afirmar com certeza que um ano específico da graduação preencheu mais corretamente, ou teve mais dificuldade em preenchê-la adequadamente. Por outro lado, verificou-se que houve mais preenchimentos completos e corretos nos itens obrigatórios do bloco de notificação individual (10/11) os quais apresentaram 100% na maioria dos anos do curso.

Os itens unidade de saúde (8), idade (12), orientação sexual (36), motivação da violência (55), tipo de violência (56), vínculo e grau de parentesco com a vítima (61), sexo do provável autor da violência (62) e encaminhamento (65) apresentaram as quatro categorias de análise, o que leva a considerar que houve maior dificuldade por parte dos alunos no preenchimento desses campos.

É importante ressaltar frente a essa análise que o ensino sobre o preenchimento de fichas de notificação deve fazer parte da formação de profissionais, mais especificamente dos enfermeiros, visto que há detalhes que precisam ser reforçados como o preenchimento de campos obrigatórios que auxiliarão na análise de dados epidemiológicos pela gestão. Por isso esses dados devem ser preenchidos corretamente para serem considerados confiáveis.

Para ressaltar a importância do preenchimento das fichas de notificações de agravos de notificação compulsória, no caso a de violência interpessoal e autoprovocada, tal como a necessidade de sua abordagem na formação de profissionais de saúde, especificamente na formação de enfermeiros, considera-se importante trazer alguns conceitos e conteúdos. De acordo com o Ministério da Saúde

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região[...] Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções. (BRASIL, 2017b, p. 2).

As doenças que devem ser notificadas compulsoriamente à autoridade de saúde estão descritas na Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 e devem ser realizadas pelos médicos,

profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2016a).

Atualmente há 48 doenças consideradas de notificação compulsória no país, e a violência e alguns tipos de acidentes estão descritos nessa listagem.

No estudo II já foi apresentada a discussão sobre a notificação dos acidentes e, no caso da violência, a ficha engloba ocorrência de violência interpessoal nos diferentes grupos populacionais e a tentativa de suicídio, ou seja, a violência autoprovocada.

No Art. 3º da portaria 204 de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016a, p. 2) está descrito que

A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 .

Grabin et al. (2015) ratifica sua pesquisa abordando o papel do profissional nesse contexto

Se para viver em sociedade precisa-se obedecer a regras e normas, no exercício da profissão não é diferente. Nesse contexto, além do dever de observância das regras gerais aplicadas a todos os cidadãos, o profissional deve atuar de acordo com as orientações normativas específicas e inerentes à função que exerce. (GRABIN et al., 2015, p. 1884).

Nesse sentido o autor ainda descreve que muitas vezes o profissional não notifica os casos, apesar de saber que é obrigatório, porque a legislação brasileira não dispõe de uma boa orientação aos profissionais.

Oliveira et al. (2018) ressaltam a importância da notificação pelos profissionais de saúde ao concluírem o seu estudo sobre códigos deontológicos e aspectos da assistência a violência

Com a análise dos códigos de ética, pôde-se perceber que nenhum dos códigos deixa explícita a obrigatoriedade da notificação, apenas citam a responsabilidade de promover e zelar pela vida, saúde e integridade dos pacientes. A maioria deles dispõe sobre a necessidade de denunciar esses casos aos respectivos conselhos, autoridades e órgãos competentes, mas não há ênfase no processo de notificação. Além disso, esses códigos de ética não abordam o tema de forma esclarecedora. Torna-se necessário, então, revisar cada um dos códigos deontológicos da área da saúde, para contemplar especificamente a questão da violência, considerando principalmente os dispositivos legais que definem violência contra as mulheres, crianças e idosos. É fundamental refletir sobre a necessidade de os códigos de cada área exigirem a notificação dos profissionais para que se sintam amparados e dispostos a atender aos ditames legais em relação a esse processo, atendendo à exigência das normas de sua própria profissão. (OLIVEIRA et al., 2018, p. 409).

Sendo assim é importante que todos os profissionais tenham acesso à informação de como preencher adequadamente as fichas de notificação compulsória de agravos, pois o

preenchimento correto auxilia a vigilância epidemiológica na análise da ocorrência de determinadas doenças, locais, faixa etária entre outros e, a partir desses dados, organizar medidas para quebra da cadeia de transmissão e realização de ações de prevenção e reabilitação das pessoas. No caso especificamente da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, observa-se que há uma subnotificação no país por falta de conhecimento dos profissionais ou mesmo receio em denunciar.

Em relação à literatura nacional, não foram encontrados estudos semelhantes a esse, no qual trabalha a formação do aluno de Enfermagem ou de outro profissional da saúde sobre o preenchimento da ficha segundo o instrutivo do Ministério da Saúde. Por outro lado, foram encontrados vários estudos que abordam a questão da análise do preenchimento das fichas de notificação de violências em determinados municípios, como por exemplo, o estudo de Ribeiro e Silva (2018), que investigaram o processo de notificação de violência contra crianças e jovens em uma cidade do sul do Brasil. Eles referiram que naquele contexto, a notificação era vista como denúncia e não como dado epidemiológico, e por isso a notificação era feita após a apuração do caso por uma equipe multiprofissional, não de imediato na suspeita.

O estudo de Cezar, Arpini e Goetz (2017) também objetivou apresentar dados epidemiológicos relacionados à violência contra crianças e adolescentes no sul do Brasil, no período de 2009-2013, para caracterizar o perfil das vítimas e agressores. Os autores concluíram que a notificação é um importante instrumento para efetivação das políticas de proteção à criança e adolescentes, mas ainda é um desafio para os profissionais da saúde pública.

Desse modo nota-se que, apesar da importância e da obrigatoriedade da notificação da violência, há uma subnotificação desse agravo não só no Brasil, mas no mundo. Por exemplo, em um estudo realizado nos Estados Unidos, por Sumner et al. em 2015, os autores descrevem que um dos motivos pelos quais a violência é pouco reconhecida no país é que os sistemas de denúncia de violência são compartimentalizados. Além disso, descreve que os profissionais médicos, profissionais de saúde pública, a polícia, assim como a justiça e as organizações assistencialistas, educacionais e comunitárias ainda não construíram mecanismos para respostas abrangentes e coordenadas à violência.

Estudos internacionais como o de Feng et al. (2012) sobre desafios éticos e legais dos profissionais que denunciam o abuso infantil, realizado com uma equipe multiprofissional in Taiwan (incluindo profissionais da saúde e educadores), demonstrou que os profissionais não

fazem a notificação imediata às autoridades, mesmo tendo o prazo de 24 horas após o atendimento para denunciar.

Os autores consideram que há conflitos e dilemas éticos por parte dos profissionais em relação à criança, à família e aos seus costumes, nos quais os pais podem educar por meio de “tapas”, igualmente ao tempo frente às demandas e burocracias do trabalho. Contudo, percebem que por meio das leis as crianças podem ser respaldadas e atendidas em seus direitos (FENG et al., 2012).

Em um outro estudo, foi verificado que 18 Estados americanos têm leis que falam sobre a notificação obrigatória de casos de abuso e negligência contra a criança e nos demais Estados pode ser feita uma denúncia por meio de relatório elaborado por adultos. Os autores relatam que a subnotificação traz muitos prejuízos para criança, pois não dá acesso a proteção. As pessoas principalmente os profissionais da saúde devem saber elaborar relatórios na suspeita de violência e negligência contra a criança para garantir acesso e segurança para essas vítimas (KRASE; DELONG-HAMILTON, 2015).

A questão legal da notificação de abuso infantil, nos Estados Unidos, também foi abordada no estudo de Palusci, Vandervort e Lewis (2016), em 2016. Eles fazem referência a um Sistema Nacional de Abuso e Negligência de Crianças “*The National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS)*” que recebe todas as informações desencadeadas por profissionais, os quais têm dever legal em reportar esses eventos. Discutem que, em alguns Estados americanos, os membros da igreja também são responsáveis legalmente por denunciarem tal fato. Nesse estudo especificamente eles fazem uma análise dos dados desse sistema para verificar se após a implantação da lei com a inclusão de denúncias por parte da igreja houve aumento dessas notificações. Os autores também referem que alguns Estados americanos não mantêm os dados atualizados no sistema nacional o que dificulta a análise dessa base de dados, mas consideram que as mudanças ocorridas na lei auxiliam na identificação de novos casos (PALUSCI; VANDERVORT; LEWIS, 2016).

Por outro lado, no Irã, a notificação de violência contra a criança não é obrigatória e os enfermeiros têm se tornado responsáveis em realizar essas denúncias à polícia, pois não há serviços de referências ou fluxos estabelecidos para assistência a essas crianças. Sendo assim, muitas vezes considera-se que as denúncias realizadas pelas enfermeiras se perdem e não são averiguadas (BORIMNEJAD; FOMANI, 2015). Os autores desse estudo ainda apontam que as enfermeiras iranianas ainda enfrentam barreiras culturais, sociais e religiosas do país e concluem que as leis e fluxos de atendimento precisam ser revistas. Elas relatam medo de denunciar devido às retaliações (BORIMNEJAD; FOMANI, 2015).

Isso posto observa-se que as barreiras na notificação não estão presentes somente entre a população brasileira. Realmente a violência é um fenômeno mundial e complexo que necessita de vários atores e cenários, ou melhor, de serviços que trabalhem em rede para buscar melhoria da qualidade de vida para a vítima, acompanhamento e punição para os agressores, tal como formação, treinamento e educação contínua para profissionais que estão diretamente nos cuidados com as crianças, para fortalecê-los e instrumentalizá-los sobre leis processos de trabalho e respaldo para atuação frente a esses casos.

No relatório mundial sobre a prevenção da violência da WHO (2014, p.46) está descrito que dos

[...] 133 países pesquisados dois terços dos países relatam a implantação de planos de ação nacionais para enfrentar maus-tratos contra criança e violência contra a mulher, enquanto cerca de 50% relatam planos de prevenção à violência juvenil; apenas 40% relatam planos de prevenção de abusos praticados contra idosos, violência armada e violência praticada por gangues.

Atividades de prevenção primárias estão sendo desenvolvidas em 50% dos países incluídos nesse relatório, também há serviços de referência para as vítimas em 50% deles e todas as leis citadas no documento em relação à violência aos diferentes grupos populacionais estão em vigor em 80% dos países participantes do estudo (WHO, 2014). Considera-se isso um ponto positivo no combate à violência mundial.

Esse relatório também descreve como importante a avaliação constante dos dados a partir da alimentação dos sistemas de informação por cada país, tanto quanto o compartilhamento e integração com outros programas de saúde, planejamento e execução de ações de prevenção, fazer cumprir as leis e o incentivo à pesquisa na área (WHO, 2014).

O relatório mundial citado anteriormente faz referência ao incentivo à pesquisa e ao atendimento de qualidade em relação à violência, porém também não descreve que durante a formação dos profissionais que irão atuar nessa área seja abordado essas temáticas. Na presente pesquisa, considerou-se que isso é ponto chave para que o profissional atue mais efetivamente, porque o conhecimento prévio sobre sinais de violência, seu papel nesse contexto a partir do conhecimento dos seus deveres e sobre o respaldo legal para ele, para vítima e até para o agressor fará com que ele realize uma assistência com maior segurança pois saberá o que deve ser feito (WHO, 2014).

Dada a importância da notificação, Grabin et al. (2015) concluem que

por meio da notificação, cria-se um elo entre a área da saúde e o sistema legal, delineando-se a formação de uma rede multiprofissional e interinstitucional de

atuação, fundamental para uma intervenção menos burocrática e mais eficiente dos casos[...] (GRABIN et al., 2015, p. 1888).

Portanto torna-se imprescindível que os alunos dos cursos da saúde tenham consciência da importância do preenchimento correto e saibam preenchê-la adequadamente para a condução adequada do caso que proporcionará a vítima uma nova expectativa de vida, livre de sofrimento.

Mas, para que o aluno aprenda, o docente também deve estar apto, ou seja, também deve ter esse conhecimento para oferecer as contingências necessárias de ensino aprendizagem. Nesse contexto do estudo, pôde perceber-se que tanto os docentes como os alunos desconheciam a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN e isso leva à reflexão sobre esse desconhecimento.

Em relação aos alunos, o desconhecimento pode ter sido causado pela falta de vivências pessoais e profissionais relacionadas à violência. Além disso, muitos estavam nos primeiros anos do curso e o assunto ainda não havia sido abordado. Já os alunos dos últimos anos da graduação podem não ter vivenciado situações na sua vida pessoal ou acadêmica de um atendimento relacionado à violência no campo de estágio. Mas e os docentes?

Os docentes referiram desconhecimento por não atuarem na área da pediatria ou saúde pública e essa afirmação valida a hipótese da presente pesquisa, no estudo II. Contudo, a ficha não envolve somente o grupo de crianças e adolescentes, mas também mulheres, idosos, indígenas e a população LGBT. Dessa forma outras questões surgem na análise dos resultados desta Tese, como por exemplo, as instituições de ensino, assim como os ambientes de estágio e serviços, que devem preparar esse aluno frente às demandas reais do SUS incluem os docentes nas capacitações e atualizações? O docente busca novos conhecimentos? Como ele se prepara para atuar como docente no ensino superior? Visto que a violência está presente em todos os cenários e atinge todos os grupos etários e classes sociais. Porque ainda é um tema pouco discutido pelos docentes e profissionais da saúde em sua prática e em sua formação?

Considera-se que a gestão deva ter um olhar mais ampliado para a preparação dos profissionais dos diferentes setores para a resolutividade dos casos de violência. Para isso, a ação inicial seria com a informação sobre o dever do preenchimento adequado da ficha de notificação, pois ela é a ferramenta que dispara as ações da rede de assistência. Enquanto esse evento for subnotificado, não é possível saber e analisar as potencialidades e as dificuldades existentes para lidar com as vítimas e os agressores, e principalmente enquanto houver a subnotificação à vítima, seja ela criança, mulher, idoso ou população LGBT estará sofrendo ou poderá morrer em decorrência da omissão dos profissionais e pela falta de organização e apoio da gestão.

Por isso, na presente pesquisa, considera-se fundamental a abordagem e o preenchimento adequado da ficha de notificação seja abordado nas IES e os futuros profissionais tenham ciência da importância dos seus atos enquanto profissionais da saúde.

Os resultados apontaram que as dificuldades de preenchimento foram semelhantes quando se comparam os anos do curso. Destaca-se a importância de o professor inserir em suas aulas os elementos que caracterizam as rotinas e os desafios do cotidiano da Enfermagem desde os primeiros anos do curso.

Conclusão

Apesar de não ter sido possível dar o feedback aos alunos sobre o preenchimento da ficha que responderam, concluiu-se que essa atividade do Estudo III alcançou seu objetivo, orientando sobre como preencher a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada do SINAN e identificando como os graduandos fizeram esse preenchimento, desse modo contribuiu para que o graduando e futuro profissional de saúde, especificamente o enfermeiro, esteja sensibilizado para a importância da notificação, pois é por meio dessa ficha em que serão traçados o perfil epidemiológico e elaborado o planejamento de ações. Ou seja, as fichas de notificação são ferramentas de trabalho desse profissional e o seu preenchimento adequado irá fortalecer ainda mais as suas ações.

Neste estudo, vale ressaltar que, embora o tamanho amostral de estudantes por série e o tipo de amostragem intencional dificultem a generalização dos resultados para uma população maior, os blocos de informação da ficha de violência interpessoal e autoprovocada SINAN e seus respectivos campos possibilitaram a compreensão das dificuldades dos estudantes no preenchimento da ficha e podem auxiliar pontos que devem ser trabalhados com os alunos em uma próxima oportunidade.

Observando os resultados dessa atividade com os alunos, considera-se que poderá ser interessante para estudos futuros o preenchimento da ficha pelos docentes, visto que, na presente pesquisa, no Estudo II, eles referiram não ter tido a oportunidade de preenchê-la na sua vida profissional.

6.3.4 Atividade IV - Elaboração de plano de intervenção sobre prevenção de acidentes e violência infantil

Objetivo

O objetivo dessa atividade foi estimular a aplicação dos conteúdos trabalhados em relação às temáticas abordadas para a elaboração e descrição individual de propostas de ações

preventivas para acidentes ou violências infantis, considerando que a prevenção foi apresentada a eles como uma ação potente que pode ser desenvolvida pelos enfermeiros para reduzir a ocorrência desses eventos.

Método

- **Materiais:** para facilitar o preenchimento, foi utilizado um roteiro com os itens que os alunos deveriam descrever (tipo/objetivos/participantes/materiais/procedimentos), conforme consta no Apêndice F.

- **Participantes:** participaram 39 alunos: quatro do primeiro ano; oito do segundo; sete do terceiro; três do quarto e 17 alunos do quinto ano.

- **Procedimentos:** foi entregue o roteiro aos alunos e orientado que eles deveriam descrever qual tema seria abordado em uma proposta de ação educativa, ficando a critério deles a escolha entre tema sobre violência ou acidentes, descrevendo o tipo (por exemplo, violência sexual ou queimaduras).

No outro item eles deveriam explicar o objetivo proposto para aquela atividade. Em seguida quem seriam os participantes (pais, crianças, professores, profissionais de saúde, etc), tal qual o local onde seria realizada (escola, unidades básicas de saúde, comunidade entre outros). No item procedimentos deveriam descrever como a atividade seria desenvolvida e avaliada. Essa atividade também teve pouca devolutiva pelos alunos, pois o material foi entregue a eles para preencherem fora do horário da aula, já que o tempo para a realização de todas as atividades programadas não foi suficiente para o desenvolvimento de tudo. A avaliação dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo, verificando as categorias de respostas de cada item com a descrição de frequência de respostas e respectivos julgamento pelos membros do grupo de pesquisa EDACI.

Resultados e discussão

Foi verificado que entre os 39 alunos respondentes, o tema da violência sexual apresentou uma frequência de sete (17,95%) entre os planos elaborados, sendo seguida com uma frequência de cinco (12,82%) da temática envolvendo choque elétrico, como apresentado na Tabela 45.

Quanto aos objetivos das ações educativas propostas por eles em relação aos temas escolhidos foram verificadas as seguintes categorias de respostas apresentadas na Tabela 46.

Na Tabela 47, seguem as categorias de respostas em relação aos participantes para o desenvolvimento da proposta de ação educativa. Quando questionados sobre os materiais necessários para o desenvolvimento da proposta de ações educativas por eles elaboradas foram verificadas as seguintes categorias de respostas descritas na Tabela 48.

Tabela 45 - Frequências de categorias de respostas referentes ao tipo de acidente ou violência escolhidas pelos alunos em suas ações educativas descritas (n=39)

<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Violência sexual	7	17,9
Choque elétrico	5	12,8
Acidentes em geral	4	10,3
Queimadura	4	10,3
Quedas	4	10,3
Acidentes com produtos de limpeza	2	5,1
Prevenção acidentes domésticos	2	5,1
Violência física	2	5,1
Violência psicológica	2	5,1
Resposta inespecífica	2	5,1
Asfixia	2	5,1
Afogamento	1	2,6
Acidente de trânsito	1	2,6
Violência doméstica	1	2,6
Total	39	100,00

Fonte: autoria própria.

Tabela 46 - Frequências de categorias de respostas referentes aos objetivos das ações educativas descritas pelos alunos (n=39)

<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Alertar e prevenir sobre os riscos de acidentes presentes no domicílio e na escola	7	17,5
Orientação sobre os riscos de queimaduras para diminuir os casos em crianças	5	12,5
Demonstrar como o descuido pode causar acidentes	4	10
Resposta inespecífica	3	7,5
Conscientizar a família e a sociedade sobre sinais do abuso sexual	3	7,5
Observar locais com risco de queda no ambiente	3	7,5
Prevenir a ocorrência de choques elétricos	2	5
Alertar profissionais da saúde, policiais, bombeiros e familiares sobre violência	1	2,5
Demonstrar que a violência não educa	1	2,5
Orientar professores sobre riscos de acidentes no ambiente escolar	1	2,5
Falar sobre sinais e sintomas de violência em crianças com idade escolar	1	2,5
Criar vínculo com a família da criança para cessar a violência	1	2,5
Avaliar e ampliar o conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes domésticos	1	2,5
Não respondeu	1	2,5
Redução de riscos de asfixia evitando óbitos	1	2,5
Orientar e esclarecer dúvidas sobre violência física	1	2,5
Usar o lúdico para trabalhar com crianças vítimas de violência sexual	1	2,5
Prevenção de afogamento	1	2,5
Orientar medidas para reduzir risco de acidentes no trânsito	1	2,5
Orientar serviços para denunciar a violência sexual	1	2,5
Total	40	100

Fonte: autoria própria.

Em relação a como eles iriam proceder o desenvolvimento da ação educativa de acordo com os objetivos, local, materiais e participantes descritos anteriormente, foi verificado as seguintes categorias de respostas na Tabela 49.

Frente às categorias de respostas a essa atividade, pode-se perceber que os alunos conseguiram compreender que a prevenção é uma das principais formas de diminuição desses

danos e o papel do enfermeiro pode ir além do atendimento individual no próprio serviço de saúde.

Tabela 47 - Frequências de categorias de respostas referente aos participantes das ações educativas descritas pelos alunos (n=39)

<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Pais familiares e responsáveis	18	40,9
Profissionais da saúde de diferentes categorias profissionais	9	20,5
Pais e filhos	7	15,9
Professores e funcionários de escolas	4	9,1
A mãe e a criança	3	6,8
Crianças	1	2,3
Conselho tutelar	1	2,3
Comunidade	1	2,3
Total	44	100,00

Fonte: autoria própria.

Tabela 48 - Frequências de categorias de respostas referente aos materiais necessários para realização das ações educativas descritas pelos alunos (n=39)

<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Cartazes e panfletos	9	15,8
Vídeos e slides	7	12,3
Materiais de escritório	6	10,5
Salas com presença de riscos de acidentes	5	8,8
Data show computadores	5	8,8
Notebook e internet	3	5,3
Produtos de limpeza de uso doméstico	3	5,3
Cenário de uma cozinha com seus utensílios	3	5,3
Materiais informativos	2	3,5
Banners	2	3,5
Jogos	2	3,5
Balde com água	1	1,7
Balas medicamentos	1	1,7
Bonecos para simulação	1	1,7
Janelas com mesas e cadeiras	1	1,7
Nenhum	1	1,7
Materiais para anamnese e exame físico	1	1,7
Caixas de sapato	1	1,7
Bexigas	1	1,7
Massa de modelar	1	1,7
Música e som	1	1,7
Total	57	100,00

Fonte: autoria própria.

De acordo com as categorias de respostas, eles conseguiram descrever que o enfermeiro pode atuar junto com pais, responsáveis e outros setores realizando ações educativas sobre o tema nas escolas e comunidades. Sugeriram a realização de atividades que são exequíveis com materiais relativamente de baixo custo.

Analisando as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, verifica-se que, em relação ao perfil do formando, esse deve ser capacitado para atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania como promotor da

saúde integral do ser humano e em relação as competências e habilidades deve saber interagir, se comunicar e usar tecnologias para facilitar essa ação, bem como aprender a aprender, ter compromisso com a educação de futuros profissionais (BRASIL, 2001).

Tabela 49 - Frequências de categorias de respostas referente aos procedimentos das ações educativas descritas pelos alunos (n=39)

<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Orientar sobre prevenção desses agravos por meio de cartazes e vídeos	11	20,0
Palestras com slides	7	12,7
Pedir para participantes olharem ambiente e colocarem adesivos nos locais com risco de acidente para posterior orientação sobre acidentes com criança	5	9,1
Prevenção de riscos de queimaduras nos diferentes ambientes simulados do domicílio	3	5,4
Não respondeu	2	3,6
Discussão de casos	2	3,6
Grupos de orientação e campanhas	2	3,6
Reuniões e grupos em escolas para falar dos acidentes nesse ambiente e também no domicílio	2	3,6
Realização de visitas domiciliares para identificar riscos e possíveis agressores	2	3,6
Palestras na UBS como sala de espera	2	3,6
Abordar sobre sinais e sintomas de violência sexual com pais e cuidadores	2	3,6
Promover reflexão a partir de contação de história	1	1,8
Ensinar sobre anamnese e exame físico	1	1,8
Envolvimento de profissionais e serviços sobre orientação dos direitos da criança	1	1,8
Abordagem sobre a epidemiologia da violência	1	1,8
Orientar como identificar sinais e sintomas da violência	1	1,8
Encaminhar casos para conselho tutelar	1	1,8
Sugerir adaptação da casa para evitar riscos	1	1,8
Abordagem das fases do desenvolvimento infantil com pais e cuidadores	1	1,8
Orientação pra prevenção de engasgos e asfixia com alimentos e objetos pequenos	1	1,8
Prevenção e causas da violência física	1	1,8
Realizar uma atividade que exponha o participante a um risco de acidente para ele se conscientizar da importância da prevenção	1	1,8
Orientar os participantes a escreverem o relato de alguma violência que já tenha sido vivenciada	1	1,8
Abordagem e orientação sobre prevenção de afogamento	1	1,8
Simular situação de prevenção ao acidente de trânsito	1	1,8
Orientar primeiros socorros com auxílio de bonecos para orientação dos pais	1	1,8
Total	55	100

Fonte: autoria própria.

As mesmas diretrizes também descrevem que o enfermeiro deve ter competências e habilidades específicas para atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos e responder às especificidades regionais de saúde por meio de intervenções planejadas estrategicamente para promoção, prevenção e reabilitação individual, familiar e coletiva. Além disso, atender aos princípios do SUS e ter as habilidades e competências para atuar como agente de transformação social; usar tecnologias e habilidade de comunicação; identificar necessidades de saúde individuais e coletivas; intervir no processo saúde e doença; planejar implementar e avaliar programas de educação considerando especificidades dos diferentes grupos; reconhecer o papel social do enfermeiro (BRASIL, 2001).

Para Almeida e Soares (2011), a Enfermagem é um campo de saber que auxilia nos processos de saúde e utiliza a educação em saúde como instrumento. Por isso esse profissional deve se manter atualizado constantemente. No estudo desses autores, foi verificado que o ensino de educação em saúde nos cursos de Enfermagem do estado de São Paulo está vinculado principalmente ao modelo biomédico preventivo.

Contudo é importante ressaltar que a elaboração de ações educativas ainda não é algo muito claro para os alunos, pois necessitaria de mais tempo com os discentes para esclarecer como se elabora uma ação educativa desde o levantamento de um problema até a sua avaliação.

Considera-se necessário que isso seja trabalhado também durante a formação, pois durante sua atuação profissional, independentemente de seu local de trabalho, esse aluno poderá desenvolver uma ação educativa. Destarte, há a necessidade de demonstrar a importância do planejamento durante a graduação, uma vez que o ato de planejar é importante e permite melhor aproveitamento do tempo e dos recursos, aumentando as chances de alcançar os objetivos propostos para as ações. O planejamento está presente no nosso dia a dia. É uma ferramenta fundamental para administrar situações cotidianas e no processo de trabalho.

Na literatura internacional está descrito sobre um campo da Enfermagem chamado de enfermagem comunitária que se assemelha muito ao trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Em um estudo realizado em Luanda, na Angola descreve que

A enfermagem de saúde comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, competindo-lhe integrar a equipa multidisciplinar no que diz respeito à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, para consequente implementação de projetos de intervenção [...] (SILVA et al., 2018, p. 2653).

Nesse estudo se descreve a importância de um diagnóstico situacional que deve ser feito para averiguar principais problemas e recursos favoráveis por meio de um mapeamento das necessidades para posterior elaboração de projetos para intervenção comunitárias frente aos problemas de maior magnitude. E concluem em relação ao papel da enfermagem nesse processo que

A enfermagem comunitária assume um papel de vital importância, uma vez que os profissionais desta área são, por excelência, detentores de competências que lhes permitem responder de forma adequada às necessidades das pessoas, grupos e comunidades, partindo da avaliação multicausal dos principais problemas de saúde e prosseguindo, desenvolvendo programas/ projetos de intervenção, com vista ao empoderamento e ao exercício da cidadania. (SILVA et al., 2018, p. 2656).

O planejamento a partir da análise do comportamento traz um outro conceito que diz respeito à análise funcional. Esse termo nada mais é do que “a identificação de relações

funcionais entre comportamentos de indivíduos e suas consequências” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p. 147), pode também ser chamado de análise de contingências.

Assim sendo, ao se deparar com um problema (comportamento), deve-se questionar o que aconteceu primeiramente para que o problema surgisse e depois questionar o que aconteceu, ou seja, as consequências. Conhecendo o que causou, poderemos arranjar contingências para alterar as consequências. Nomeando os determinantes do comportamento podemos predizê-lo, quer dizer, prever sua ocorrência e controlá-lo aumentando ou diminuindo sua ocorrência (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Esse termo controlar precisa ser esclarecido, porque não faz referência à obrigação de fazer algo. Para análise do comportamento significa dispor de condições necessárias e suficientes para que o comportamento desejado se torne mais provável de acontecer. Como sugestões de várias possibilidades de ações com o intuito de conseguir outras respostas ou novos comportamentos (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Considera-se importante destacar que a escolha de uma estratégia ou outra para mudança do comportamento fica a critério dos envolvidos e não centrado em uma única pessoa. Ressalta-se também que para análise do comportamento pensamentos, sentimentos, criatividade e memória são considerado também como comportamentos.

Segundo esses princípios, então, o enfermeiro pode planejar suas ações educativas e avaliá-las utilizando desse referencial teórico para trabalhar com alunos, pais, e comunidades a partir do conhecimento do contexto e das pessoas que estão próximas.

A WHO (2014) aponta que o planejamento de ações voltadas para a prevenção de violência no mundo deve partir dos dados epidemiológicos disponíveis nos sistemas de informação desse agravo. Os planos nacionais de ação, como é referido nesse documento deve envolver todas as formas de violência.

Da mesma forma considera-se que pode ser realizado para os acidentes, mas para isso deve existir sistemas, instrumentos ou documentos que ajudem a quantificar e caracterizar melhor essa complicação, pois como já foi referido são poucos os tipos de acidentes aqui no Brasil que tem ficha de notificação compulsória, não abrangendo todos os seus tipos.

Considera-se que para a maioria dos alunos essa teria sido a primeira vez que elaboraram uma ação educativa, mas conseguiram atingir o objetivo proposto, uma vez que o instrumento exigia dados simples de um planejamento.

Observa-se também que a metodologia que os alunos descreveram para realizar as ações educativas incluíram discussão em grupo, dinâmicas e visitas e reunião com diversos setores, mas também incluíram palestra. É necessário que o enfermeiro em formação tenha o preparo

para realizar ações educativas nas quais o profissional não seja um mero transmissor de informação, mas consiga planejar as contingências necessárias para que as outras pessoas envolvidas no processo possam ser melhor preparadas e apreender os conteúdos trabalhados e utilizar a informação no seu dia a dia

Em um estudo realizado por Bezerra et al. (2014) no qual realizaram uma revisão sistemática para descrever as práticas educativas realizadas por profissionais da saúde tendo como referência a política de promoção a saúde foi verificado que é importante a realização de ações de educação nos diferentes contextos (atenção primária escolar e hospitalar). Contudo

embora essas vivências tenham sido implementadas, em sua maioria, com vista à promoção da saúde, destacando elementos como autonomia, empoderamento e tomada de decisão, perceberam-se ainda ações de educação em saúde normativas, o que fragilizam o processo de empoderamento dos indivíduos. (BEZERRA et al., 2014, p.255).

Considera-se importante que os alunos dos cursos de saúde conheçam ações educativas por meio das publicações recentes para que possam visualizar suas futuras atuações. Isso porque há uma gama de ações que podem ser realizadas com diferentes temas, locais e participantes. É importante sempre ressaltar que o profissional deve atuar tanto na prevenção, na promoção e na reabilitação e a educação em saúde pode se fazer presente sempre, principalmente na promoção e prevenção.

Durante a ação educativa, mais especificamente nesse momento do planejamento, apresentou-se aos alunos exemplos de ações que eram desenvolvidas pelo grupo de pesquisa EDACI no ambiente escolar para exemplificar.

Foi esclarecido o seguinte trabalho sobre prevenção de acidente desenvolvido em uma escola municipal de educação infantil, com 30 alunos (cinco a seis anos de idade), a professora e os alunos do curso de fonoaudiologia que estagiavam nessa escola. Foi aplicado um questionário inicial para a professora e depois foram realizados três encontros com as crianças onde foram trabalhados conteúdos relacionados a prevenção de acidentes por meio de atividades lúdicas. As crianças também eram avaliadas por meio das atividades. Após a ação, a professora respondeu a um novo questionário para avaliar o que havia sido feito. Concluíram, portanto, que a realização de ações intersetoriais tendo a escola como ambiente para essa aplicação realização é algo possível e está amparada nas leis brasileiras (NASCIMENTO et al., 2013).

Outro estudo que traz uma ação realizada por uma universidade no ambiente escolar foi desenvolvido por SILVA et al. (2017). O Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN iniciou um projeto para o desenvolvimento de ações

clínicas e educativas, capacitação de educadores, pais e crianças visando à prevenção de acidentes violência e saúde infantil. Considera-se importante que nesse contexto era função do acadêmico a identificação de como poderia ser a ação dos enfermeiros para aprimorar o cuidado da criança no ambiente escolar. Para isso ele contaria com o apoio dos educadores infantis e dos docentes. Segundo os autores esse processo permitiu aos alunos de enfermagem vivências reais da família, a partir de seus contextos culturais e sociais respeitando as diversidades e trabalhando em parceria com a escola e a família observando situações que podem interferir na saúde da criança. Assim torna-se importante que os alunos ainda em formação superior sejam inseridos e estimulados a pensar e realizar ações educativas e intersetoriais, pois com isso eles poderão ser mais críticos, responsáveis e correlacionar teoria com a prática como previsto nas DCNs.

Conclusão

Concluiu-se que o objetivo previsto para a atividade foi alcançado. Apesar de pouca devolutiva desse material, os alunos respondentes demonstraram o entendimento a partir do conteúdo trabalhado em sala descrevendo corretamente nos planos por eles elaborados sobre os tipos de acidentes e violências, descrevendo os materiais necessários para realização das atividades propostas, bem como os participantes sugeridos por eles eram pessoas que estavam diretamente vinculadas ao cuidado de crianças e às próprias crianças.

Eles souberam apresentar a forma simples como iriam trabalhar suas respectivas propostas sugerindo ações de prevenção de forma interdisciplinar e intersetorial, demonstrando que ações para diminuição desses eventos são mais resolutivas quando trabalhadas em rede.

Entende-se que deva existir um momento durante a formação de enfermeiros em que o planejamento e a avaliação de ações educativas em saúde possa ser trabalhado com os alunos, então fará parte da atuação desse profissional, visto que o enfermeiro também pode ser considerado como um educador, utilizando referenciais teóricos que os ajudem a planejá-los. Considera-se que a análise do comportamento pode auxiliá-los nesse processo.

6.3.5 Atividade V - Avaliação da ação educativa desenvolvida

Objetivo

O objetivo dessa atividade foi verificar o que os alunos consideraram importante em todas as atividades realizadas, igualmente a organização, os aspectos positivos e negativos e sobre a abordagem da pesquisadora durante a ação educativa.

Método

- **Materiais:** foi utilizado um roteiro para a avaliação das ações educativas (Apêndice G), que continha questões abertas e fechadas, além de ter o espaço para que os participantes pudessem deixar sugestões.
- **Participantes:** participaram 47 alunos de todos os anos, que devolveram o instrumento respondido (seis alunos do primeiro ano, nove alunos do segundo, oito alunos do terceiro ano, cinco alunos do quarto e 19 alunos do quinto ano).
- **Procedimentos:** como já descrito anteriormente, o material foi entregue aos alunos para preenchimento e devolução posterior. Contudo, antes da entrega do roteiro, foi realizada uma orientação sobre o preenchimento do documento e de sua importância para melhorar o conteúdo, método, e atividades para uma futura ação educativa. Ressalta-se que essa foi uma avaliação final dos conteúdos apresentados. A cada atividade realizada com os alunos nesse Estudo III, foi realizada uma avaliação do processo por meio de perguntas e respostas no diálogo com os alunos sempre que era apresentado por eles um caso vivenciado, referente às dúvidas no preenchimento dos materiais, e de acordo com o tempo disponibilizado pelo docente responsável pela sala para que a atividade fosse realizada da melhor forma possível. Para os alunos que realizaram todas as atividades da ação educativa foi enviado, por email, um certificado de participação com uma carga horária de quatro horas, disponibilizado pelo grupo EDACI. Na análise dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo, verificando as categorias de respostas de cada item com a descrição de frequência de respostas e julgamento pelos membros do grupo de pesquisa EDACI.

Resultados e discussão

Em relação à primeira questão: “Considera que a ação educativa contribuiu com sua formação em seu curso de graduação?” foi verificado que todos os alunos (100%) referiram que houve contribuição para sua formação e quando questionados em que contribuiu foram elencadas as seguintes categorias de respostas apresentada na Tabela 50. Considera-se que, de acordo com as categorias de resposta descritas, as ações educativas realmente causaram impacto positivo, demonstrando interesse pelo tema, ou consigam identificar esses eventos em outros cenários como na própria casa, família, nos estágio e na vida profissional.

Em relação a questão: “Considera que a ação educativa contribuirá com sua futura atuação profissional?” 100% responderam que sim. Então foram convidados a responder outra questão (porém nem todos continuaram a responder as demais questões): “Se sim, que tipo de atuação preventiva poderá realizar sobre as temáticas abordadas?” sendo observadas as categorias de respostas presentes na Tabela 51.

Tabela 50 - Frequências de categorias de resposta da questão referente a questão: “Considera que a ação educativa contribuiu com sua formação em seu curso de graduação?” (n=47)

<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ampliou o conhecimento profissional sobre o cuidado com a criança durante o seu atendimento em qualquer ambiente	17	34,7
Estimulou a pensar e propor ações de promoção e prevenção desses agravos em diferentes ambientes	10	20,4
Orientou formas para reconhecer os sinais e sintomas desses agravos	6	12,2
Orientou como o enfermeiro deve agir aos atender os casos de crianças vítimas de acidentes e violências	5	10,2
Conhecer programas e serviços existentes que abordam esses temas	2	4,1
Complementou o conteúdo trabalhado nas disciplinas do curso	2	4,1
Fez refletir que são problemas reais por meio de dados epidemiológicos que os enfermeiros irão dar assistência	2	4,1
Estimulou a ter abordagem interdisciplinar e intersetorial para lidar com esses agravos	1	2,0
Assunto importante para o profissional que for atuar na atenção básica	1	2,0
Contato com a ficha de notificação de violência	1	2,0
Esclareceu dúvidas sobre os temas	1	2,0
Abordou sobre as leis importantes sobre os direitos da criança	1	2,0
Total	49	100,00

Fonte: autoria própria.

Tabela 51 - Frequências de categorias de resposta da questão referente a questão: “Que tipo de atuação preventiva poderá realizar na sua futura atuação profissional sobre as temáticas abordadas?” (n=47)

<i>Categorias</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Poderá observar sinais de risco desde o domicílio até as relações familiares promovendo a prevenção desses agravos	9	22,5
Orientação de familiares profissionais e demais pessoas sobre a prevenção desses agravos	8	20,0
Poderá realizar palestras sobre prevenção de acidentes e violência infantil nos diferentes ambientes	8	20,0
Fazendo ações educativas para prevenção de acidentes na infância de acordo com o seu desenvolvimento	3	7,5
Resposta inespecífica	3	7,5
Grupos de discussão na comunidade com relatos de casos	2	5,0
Abordar e realizar a notificação de casos de violência contra a criança	2	5,0
Auxiliar pessoas para evitar que elas se tornem vítimas de acidentes ou violências	1	2,5
Poderá fazer uso do conhecimento para abordar os mesmos com a realidade da pessoa idosa	1	2,5
Identificação de pessoas/crianças vítimas de violência por meio de exame físico e anamnese	1	2,5
Abordando temas como violência sexual	1	2,5
Encaminhar casos de crianças vítimas de violência para os serviços de referência	1	2,5
Total	40	100

Fonte: autoria própria

Nota-se novamente o impacto positivo das ações educativas quando os alunos por meio das categoria de respostas trazem os conteúdos trabalhados em sala na sua avaliação, pois foi abordado pela pesquisadora durante a ação educativa sobre a prevenção dos agravos, tal qual os tipos, a responsabilidade dos pais e dos serviços, o papel do enfermeiro e da equipe, a necessidade de notificação dos casos, a necessidade de encaminhamentos para serviços especializados e o trabalho interdisciplinar e intersetorial.

O estudo de Bennett et al. (2018), já descrito anteriormente, que verificou impacto positivo no comportamento de estudantes em relação a pacientes em fase terminal (jovens e idosos que optaram pela não ressuscitação) após uma curta intervenção com orientações, e outro estudo realizado por Borsky et al (2016), que também mostrou que houve efeito em uma orientação de 30 minutos com alunos dos cursos de saúde ingressantes na universidade sobre a denúncia de violência no namoro. Eles verificaram que estudos mais aprofundados com mais recursos e mais longos tem impacto maior, uma vez que a mudança de comportamento leva mais tempo. Todavia nesse caso eles consideram que foi significativa pelos dados avaliados do pré e pós-teste com o grupo intervenção reforçam a significância sobre as ações educativas com universitários.

Isso corrobora com a hipótese de ações educativas sobre os temas da violência e acidentes na infância podem auxiliar na formação de alunos do curso de Enfermagem, visto que por meio da análise das atividades anteriores desse Estudo III, a avaliação foi positiva, ou seja, os alunos ampliaram seu repertório e o olhar sobre os riscos ambientais, preencheram, pela primeira vez uma ficha de notificação, apesar das dificuldades de preenchimento em alguns campos, desenvolveram um planejamento de uma ação educativa descrevendo tema, objetivos, participantes e procedimentos. Dessa forma considera-se que, mesmo dentro das limitações, o objetivo da pesquisa foi atingido.

Campos, Faria e Santos (2010, p. 81) relatam que “a avaliação pode ser entendida como uma atividade que envolve a geração de conhecimento e emissão de juízo sobre diversas situações e processo”. Frente a esse conceito observa-se que os alunos conseguiram por meio de suas respostas emitir seus apontamentos sobre a ação realizada.

Quando questionados se tinham mais alguma consideração/sugestão (positiva ou negativa) com uma frequência de 11 (27,5%) foi verificada a categoria de resposta “não”, e com frequência de dois (5%) que “considerou muito produtiva para trabalhar orientações para pais e crianças”, assim como a categoria “conteúdo foi extenso e cansativo” também com frequência de dois (5%) conforme a Tabela 52.

Foram descritos mais aspectos positivos do que aspectos negativos e isso valida o impacto positivos das atividades realizadas, confirmando que as contingências de ensino planejadas estavam adequadas para o objetivo proposto pela pesquisa. Entretanto é necessário reforçar que os aspectos negativos apontados foram importantes e servirão de base para a elaboração de próximas ações e próximos estudos.

Tabela 52 - Frequências de categorias de resposta da questão referente a questão: “Tem mais alguma sugestão (positiva ou negativa) sobre a ação educativa?” (N=47)

<i>Categoria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Não respondeu	16	40
Não	11	27,5
Considera muito produtiva para trabalhar orientações para pais e crianças	2	5
Teve um conteúdo extenso e cansativo	2	5
Realizar essas ações em escolas	1	2,5
Considera que outros alunos deveriam receber essa mesma orientação	1	2,5
Poderia ter oferecido um <i>coffee break</i>	1	2,5
Essas ações deveriam ser contínuas	1	2,5
Foi uma atividade dinâmica	1	2,5
Estes temas devem ser trabalhados com equipe multidisciplinar	1	2,5
Contribuiu com conhecimento para vida pessoal, pois tem filhos pequenos	1	2,5
Gostaria que fosse trabalhado este tema voltado para população idosa	1	2,5
É necessário ações de conscientização como essa	1	2,5
Total	40	100

Fonte: autoria própria.

Fazendo uma avaliação geral das atividades do Estudo III e conforme refere Vargas (1974) que objetivos claros de um planejamento auxiliam na avaliação da aprendizagem, pode-se perceber, a partir dos objetivos de cada atividade da ação educativa em relação ao comportamento dos alunos que foram atingidos, pois eles observaram o ambiente e descreveram três riscos para acidentes, preencheram a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN, participaram ativamente das discussões, fizeram relatos orais de experiências e questionaram quando tinham dúvidas em relação ao conteúdo. Além disso, escreveram um plano de ação sobre prevenção de violência/acidente infantil e avaliaram a atividade com sugestões e críticas para a pesquisadora.

Porém essa foi uma avaliação geral, pois, conforme foi descrito durante cada atividade, foi verificado que o número de alunos participantes foi diminuindo a partir da segunda atividade do Estudo III. Contudo é importante ressaltar que os alunos que participaram de todas as atividades atingiram os objetivos propostos.

Todorov, Moreira e Martone (2009, p. 290) descrevem que

Conhecer é comportar-se de forma produtiva. Isso fica evidente no simples fato de submeter estudantes a testes teóricos e práticos. Raramente aprova-se um aluno que diz: “Eu sei isso, só não sei escrever/dizer/fazer”. Sabemos o que os outros sabem vendo-os se comportar e produzir desempenhos adequados: isto é, vendo-os executar uma tarefa, elaborar uma redação ou relatório, proferir uma palestra, resolver um problema de ordem prática ou teórica, responder questões de um questionário ou teste etc [...]

Verificou-se, por meio dos materiais elaborados, que as ações educativas despertaram mudança de comportamento nos alunos do curso de Enfermagem naquele momento de

intervenção. Espera-se que esse processo inicial de aproximação com as temáticas possa despertá-los para o interesse sobre os agravos.

Conclusão

Conclui-se que as ações educativas despertaram mudanças de comportamentos nos alunos do curso de Enfermagem que participaram das atividades. Verificou-se que o conteúdo de fato era extenso, poderia ter sido feito um intervalo um pouco maior e ter sido oferecido um café para os alunos, porque considera-se que isso poderia motivá-los a participar mais ativamente e proporcionar maior interação com a pesquisadora. Ou seja, essa etapa do Estudo III foi muito importante para que a pesquisadora verificasse o seu comportamento também frente aos alunos. Realmente esse momento de coleta de dados em sala de aula, ou melhor, em diferentes salas de aulas, foi parte de um processo de desenvolvimento profissional da pesquisadora, pois até então não havia atuado como docente do ensino superior.

Portanto foi uma experiência única de colocar em prática seu papel de docente e aprender a lidar com um conteúdo preparado previamente e adaptá-lo frente às demandas de cada turma. Foi um processo difícil, trabalhoso, porém prazeroso.

Quanto aos graduandos, espera-se que esse processo inicial de aproximação com as temáticas possa despertá-los para o interesse sobre os agravos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Estudo I com a investigação dos currículos dos cursos presenciais de graduação em Enfermagem reconhecidos pelo MEC no Estado de São Paulo, por meio de suas *homepages*, foi verificado que, de 130 faculdades selecionadas, 13 eram privadas e 117 particulares. Frente a isso, entende-se que seria necessário um aprofundamento dessa investigação para determinar como está o processo de formação desses enfermeiros e onde estão inseridos enquanto profissionais.

Entre as 130 faculdades selecionadas no Estudo I, a minoria disponibilizava o Projeto Político pedagógico nas suas *homepages*, desconsiderando a sua importância conforme a determinação do MEC. Somente cinco IES públicas e 15 privadas abordavam a temática dos acidentes e violência em suas disciplinas prevalecendo as áreas de saúde da criança, saúde do trabalhador, saúde do idoso, saúde da mulher.

Entende-se que novos estudos podem ser desenvolvidos a partir desse aprofundamento, por meio de contato com as faculdades que apresentam disciplinas relacionadas às temáticas aqui elencadas, para conhecer com maior propriedade os conteúdos trabalhados, avaliando assim também o processo de ensino aprendizagem, concepções de alunos e professores e da gestão da IES sobre esses conteúdos.

No Estudo II foi feita a abordagem com docentes sobre sua formação, conhecimento e opiniões sobre as temáticas da prevenção do acidente e violência infantil. Nele observou-se que os docentes que atuam nas áreas de pediatria e saúde pública demonstram maior contato com as temáticas, como descrito na hipótese para o Estudo. Porém, considera-se que, a partir desse momento, os docentes conseguiram ampliar o olhar e apresentar interesse pelos temas.

Todos consideraram importante a abordagem na formação de enfermeiros e a maioria relatou não ter sido abordado as temáticas de forma mais aprofundada durante a formação. A maioria relata desconhecer ações e leis que abordem esses agravos, bem como as fichas de notificação e a abordagem dos temas nas IES em que atuam como docentes.

Novamente as instituições de ensino e o governo tem responsabilidade em realizar momentos de capacitação para esses docentes, uma vez que eles serão responsáveis pela formação dos futuros profissionais.

As universidades podem contribuir ainda mais para a formação, como por exemplo, o próprio cenário de estágios supervisionados, nos quais o docente e os profissionais dos serviços devem conduzir os alunos a se envolverem com os problemas reais. Também os projetos de extensão e inserção em grupos de pesquisa são oportunidades para que os alunos aprendam com

integração teórico-prática e planejar ações de acordo com as necessidades de saúde, aplicando conhecimentos à realidade para avaliar os impactos. Eles também pontuaram sobre a realização de ações nas escolas, afirmando a importância de tal ação com pais professores e as próprias crianças.

Sugere-se futuras investigações sobre a formação docente no curso de Enfermagem relacionadas aos conteúdos trabalhados sobre acidentes e violência na formação de enfermeiros, para verificar o que realmente é trabalhado e as condições o nível de aprofundamento do ensino.

No tocante ao Estudo III, as ações educativas elaboradas e aplicadas com alunos do curso de Enfermagem, distribuídas em cinco atividades diferentes, foram avaliadas pelos graduandos como pertinentes à sua formação. Na atividade I, com o questionário inicial, foi verificado que a maioria dos alunos tinha recebido informação fora da faculdade, principalmente por meio da TV, no caso dos acidentes, e por palestras, no caso da violência. Mais da metade dos alunos referiu ter recebido informação na faculdade sobre as temáticas por meio das aulas, principalmente sobre cuidados com crianças no domicílio, no caso dos acidentes; sinais de alerta no atendimento de crianças, no caso da violência. Assim como os docentes, os alunos em sua maioria desconheciam ações, leis e fichas de notificações. Infere-se que isso pode ser reflexo do conhecimento do docente, visto que esse profissional deve ter o conhecimento para elaborar contingências de ensino para a aprendizagem dos alunos.

Assim como os docentes, os alunos consideraram importante a abordagem dos temas na graduação, acharam viável a atuação do enfermeiro no ambiente escolar e a maioria demonstra interesse em participar de ações educativas relacionadas à prevenção de acidentes e violência infantil, pois referiram que os auxiliará ampliando conhecimento e na sua futura prática profissional.

A demonstração inicial de interesse pelos temas por parte dos alunos pode ter sido uma indicação de que os conteúdos trabalhados posteriormente nas outras atividades teriam boa aceitação por parte dos alunos, e talvez tenha sido uma forma de estimulá-los a pesquisar mais sobre o tema e se interessar por utilizar as informações em sua vida pessoal e profissional.

Na atividade II verificou-se que os alunos conseguiram ampliar o olhar para os riscos ambientais em uma sala de aula e ampliaram seu repertório de palavras relacionadas ao tipo, aos riscos e à prevenção de acidentes. Além disso, de acordo com a análise de *cluster*, verificou-se que um único objeto descrito como risco apresentou vários tipos de acidentes relacionados, por exemplo, mesa, queda da mesa, bater na quina da mesa etc.

Na atividade III, que compreendia a leitura de um texto e o preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, a qual os alunos não tinham

conhecimento, verificou a dificuldade em preenchê-la adequadamente, mesmo após a explanação da pesquisadora. Após a análise dos dados, concluiu-se que houve uma variação de preenchimento em cada item e em cada ano do curso. Não é possível afirmar que uma turma teve mais acertos que a outra ou teve mais dificuldade em preenchê-la adequadamente. Verificou-se que houve mais preenchimentos completos e corretos nos itens obrigatórios do bloco de notificação individual (10/11) os quais apresentaram 100% na maioria dos anos do curso. E distribuição entre as quatro categorias de análise nos 8, 12, 36, 55, 56, 61, 62 e 65 o que leva a considerar que houve maior dificuldade por parte dos alunos no preenchimento desses campos.

Verificou-se escassez de estudos que demonstram como o aluno do ensino superior aprende sobre o preenchimento das fichas de notificação. Os estudos geralmente englobam a questão da subnotificação e análise de dados epidemiológicos a partir dos sistemas de informação.

Dessa maneira sugere-se que novos estudos sejam realizados para investigar se há e como é feito o ensino do preenchimento de fichas do SINAN, independente do agravo, já que as fichas de notificação compulsória de qualquer doença são utilizadas para traçar perfil epidemiológico e respectivos planos de ações para a o agravo em questão. Também pode ser pesquisado como avaliar o conhecimento dos docentes sobre o preenchimento da ficha de avaliação de violência interpessoal e autoprovocada, uma vez que os docentes participantes dessa pesquisa também referem não ter feito o preenchimento dela.

Na atividade IV, cujo objetivo foi estimular a elaboração e descrição individual de propostas de ações preventivas para acidentes ou violências infantis, verificou-se que, apesar do número reduzido de devolutiva desse material, os alunos conseguiram elaborar planejamentos simples de ações de prevenção envolvendo principalmente a violência como tema, com propostas de uso de materiais de baixo custo e com ações exequíveis, voltados para pais, professores e alunos.

Mas, considera-se necessário ter um momento à parte para orientar alunos sobre planejamento de ações educativas, porque envolve passos mais complexos do que foi realizado na atividade. Ações educativas são uma potente ferramenta do enfermeiro para trabalhar a prevenção de problemas de saúde em qualquer cenário e nível de atenção à saúde.

Na atividade V, que compreendeu uma avaliação das quatro atividades anteriores que compuseram as ações educativas, relacionada aos conteúdos, método e abordagem da pesquisadora, houve pouca devolutiva, mas foi verificado que os alunos conseguiram

compreender o conteúdo e demonstraram satisfação em ter participado e ampliado conhecimento.

Considera-se que os objetivos dos três estudos foram atingidos e que as ações educativas sobre temáticas de prevenção de acidentes e violência infantil contribuíram para a formação conhecimento e opiniões de discentes e docentes do curso de Enfermagem. Por outro lado, considera-se que novos estudos mais aprofundados com alunos e docentes, podem favorecer para que a aprendizagem seja ainda mais efetiva.

Uma contribuição da presente pesquisa foi também trazer conteúdos internacionais que reportam a experiência de cuidado em relação à saúde da criança que difere do Brasil. Por exemplo, nos países como Japão, Estado Unidos e Israel, existe uma equipe especializada para lidar com o abuso, negligência e acidente na infância, composta por profissionais especializados, como médicos pediatras, enfermeiras pediátricas, assistentes sociais e psicólogas, que ajudam a conduzir casos desde a suspeita, o diagnóstico até o acompanhamento da criança e da família.

Torna-se necessário, portanto, que as abordagens dessas temáticas estejam previstas nos currículos das IES e que docentes estejam aptos para abordá-las, planejando o ensino com contingências necessárias para que o aluno adquira competências e habilidades que possam ser usadas em diversas situações e cenários nos quais ele provavelmente vai se deparar em sua atuação profissional.

Nesse âmbito, verifica-se que a análise do comportamento é um referencial teórico no qual docentes podem recorrer para elaboração de um planejamento de suas atividades, com criação de objetivos de ensino, os quais descrevem os comportamentos que o aluno deve apresentar ao final da abordagem de um determinado tema. Mas, para que isso ocorra, o professor deve fazer uma avaliação do repertório prévio do aluno e avaliar continuamente o comportamento e as habilidades dos alunos adequando assim o seu planejamento.

Segundo a análise do comportamento, o ensinar está relacionado à produção da aprendizagem e o aprender tem relação com a transformação de uma situação atual em uma ação desejável por meio das ações individuais das pessoas.

A pós-graduação pode auxiliar muito nesse contexto por meio de incentivo à pesquisa na área da formação de enfermeiros, desenvolvendo estudos sobre novas práticas de ensino aprendizagem, sobre a formação docente e sobre a abordagem de currículos com temas transversais, como é o caso da violência e acidente, pois por meio do conhecimento científico haverá mais argumentos e melhor formação, tanto relacionada à prática como também nas teorias que embasam o saber da profissão.

Considera-se que ações educativas realizadas com docentes e alunos de Enfermagem sobre prevenção de acidentes e violência podem transformar a formação em Enfermagem sobre essas temáticas. Momentos de orientação, mesmo que curtos, podem proporcionar estímulo e interesse por parte dos alunos sobre temas que contribuirão para ampliação do conhecimento.

Espera-se com essa Tese que as instituições de ensino e seus gestores e docentes se sensibilizem com a abordagem desses dois agravos durante a formação dos discentes, conhecendo e apresentando as leis e políticas aos alunos, para que possam ter acesso à informação e atuarem com segurança na sua prática profissional, cientes de seu papel e de suas responsabilidades profissionais e legais. Espera-se também que as instituições de ensino sejam inseridas nos cenários de prática, para que os enfermeiros possam ter cenários ampliados e poder atuar na prevenção promoção e recuperação de saúde dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ABLEWHITE, J.; PEEL, I.; MCDAID, L.; HAWKINS, A.; GOODNOUGH, T. DEAVE, T.; STEWART, J.; KENDRICK, D. Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study. **BMC Public Health**, London, v. 15, n. 280, p. 1-9, mar. 2015.
- ABREU, J. H. S. S.; LUNA, S. V.; ABREU, P. R. Avaliando a pesquisa sobre o ensino de análise funcional para professores no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 50-69, jan. 2014.
- ACKER, J. I. B. V.; CARTANA, M. H. F. Construção da participação comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.62, n.1, p. 64-70, jan./fev. 2009.
- AGAPITO, A. P. F. Ensino superior no Brasil: expansão e mercantilização na contemporaneidade. **Temporalis**, Brasília, DF, v. 16, n. 32, p. 123-140, jul./dez. 2016.
- ALBUQUERQUE, P. P.; WILLIANS, L. C. A.; D' AFFONSECA, S. M. Efeitos Tardios do Bullying e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Crítica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 91-98, jan./mar. 2013.
- ALGERI, S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 308-315, dez. 2005.
- ALMEIDA, A. H.; SOARES, C. B. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. [08 telas], maio/jun. 2011.
- ALMEIDA, A. O. **Unidades não hospitalares de atendimento a urgência e emergência da região metropolitana de Campinas**: aspectos organizacionais e conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar. 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdades de ciências médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.
- ALMEIDA, R. B.; NUNES, V. F.; VAEZ, A. C.; ARAÚJO, D. C.; PINHEIRO, F. G. M. S.; OLIVEIRA, S. J. G. S. Violência e acidentes: percepção do enfermeiro sobre a assistência e o registro. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v.3, n.3, p.13-26, 2016. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/2530/1984>. Acesso em: 13 dez. 2017.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, set. 2011.
- APOSTÓLICO, M. R. **Potencialidades e limites da CIPESC® para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde da população infantil**. 2011. 305 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- APOSTÓLICO, M. R.; HINO, P.; EGRY, E.Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Revista da escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 320-327, jul. 2013.

ARAÚJO, E. C.; BATISTA, S. H.; GERAB, I. F. A produção científica sobre docência em saúde: um estudo em periódicos nacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 486-492, ago. 2011.

ARAÚJO, J. P.; SILVA, R. M. M.; COLLET, N.; NEVEZ, E. T.; TOSO, B. R. G. O.; VIEIRA, C. S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 6, p. 1000-7, nov./dez. 2014.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Um cenário em (des)construção. Brasília, DF: UNICEF, [200-].

BARCELOS, R. S.; DEL-PONTE, B.; SANTOS, I. S. Interventions to reduce acidentes in childhood a systematic Review. **Journal of Pediatric**, Porto Alegre, v. 94, n.4, p.351-367, jul./ago. 2018.

BENNETT, M. P.; LOVAN, S.; HAGER, K.; CANONICA, L.; TAYLOR, B. A one hour teaching intervention can improve end-of-life care. **Nurse, Education Today**, Edinburgh, v. 67, p. 93-99, ago. 2018.

BEZERRA, I. M. P.; MACHADO, M. F. A. S.; SOUZA, O. F.; ANTÃO, J. Y. F. L.; DANTAS, M. N. L.; REIS, A. O. A.; MARTINS, A. A. A.; ABREU, L. C. O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 24, n.3, p. 255-262, out. 2014.

BHUVANESWARI, N.; PRASUNA, J. G.; GOEL, M. K.; RASANIA, S. K. An epidemiological study on home injuries among children of 0–14 years in South Delhi. **Indian Journal Public Health**, Calcutta, v 62 p.4-9, jan./mar. 2019.

BITENCOURT, C. L.; QUELHAS, O. L. G. **Histórico da evolução dos conceitos de segurança**. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, p. 1-6, 1998. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep1998_art369.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017.

BORIMNEJAD, L.; FOMANI, F. K. Child abuse reporting barriers: iranian nurses' experiences. **Iran Red Crescent Medical Journal**, Dubai, v. 17, n.8, p1.-7, aug. 2015.

BORSKY, A. E.; MCDONNELL, K.; TURNER, M. M.; RIMAL, R. Raising a red flag on dating violence: evaluation of a low-resource, college-based bystander behavior intervention program. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 33, n. 22, p. 3480-3501, mar. 2016.

BOTOMÉ, S. P; KUBO, O. M. Responsabilidade social dos programas de pós-graduação e formação de novos cientistas e profissionais de nível superior. **Interação em Psicologia**, Paraná, v. 6, n. 1, p. 81-110, jan./jun. 2002.

BOTOMÉ, S. P; TOSI, P. C.S. Desenvolvimento de comportamentos para orientar a formação de graduandos na atuação profissional. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva**, Curitiba, v.8, n.1, p. 103-110, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, Brasília, DF, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 14 set 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto nacional de ensino e pesquisa educacionais Anísio Teixeira -INEP. **Dados da Sinopse de Estatística da Educação Superior – 2017**. disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>. Acesso em: 30 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 40, de 12 de dezembro de 2007**. Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da educação superior no sistema federal de educação, e o Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos Superiores e consolida disposições sobre indicadores de qualidade, banco de avaliadores (Basis) e o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) e outras disposições. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16763-port-norm-040-2007-seres&Itemid=30192. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**: Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf . Acesso em 20 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016**. 2016 a. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. 2016a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 05 Dez 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. 2018 a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-saude-na-escola> 2018. Acesso em: 20 dez 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 44 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf. Acesso em: 14 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças,**

adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em 12 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Instrutivo ficha de violência interpessoal e autoprovocada.** Brasília: Ministério da saúde, 2015c. Disponível: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Instrutivo_notificacaodeviolencia_versao5_1_final21_12_15.pdf. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em 12 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências:** Portaria MS/GM n.737, de 16/5/01, publicada no DOU n.96 seção 1E de 18/5/01. 2. ed. Brasília, DF, 2005. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf . Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014:** uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf . Acesso em: 20 fev. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil.– **Lei nº 8069 de 13/7/1990a.** Brasília: DF. 1990a_Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 3 ago. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Lei nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Lei nº. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília: DF. 1990c. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: DF. 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Lei nº 10778 de 24 de novembro 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a

mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: DF. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 10 out 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF, 5 dez. 2007a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, DF:2009 b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm. Acesso em: 3 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Comunicação Social. **Pesquisa brasileira de mídia 2016: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira**. – Brasília, DF: Secom, 2016c. 120 p .Disponível em: http://pesquisademidia.gov.br/files/E-Book_PBM_2016.pdf. Acesso em 28 dez 2018.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Comunicação Social. **Pesquisa brasileira de mídia 2016: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira**. – Brasília, DF: Secom, 2016d. Disponível em: <http://pesquisademidia.gov.br/#/Geral/details-917>. Acesso em: 28 dez 2018.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição federativa do Brasil**. 2016b. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRČINA, N.; MUJKIĆ, A.; MILOŠEVIĆ, M.; MIŠKULIN, M.; WALLIS, A. B. Comparison of knowledge, attitudes and behaviour of health professionals and parents regarding child injuries. **Central European journal of public health**, Prague, v. 22, n. 4, p.245-250, dec. 2014.

BRINO, R. F; SOUZA, M. A. O. Concepções sobre Violência intrafamiliar na área educacional. **Educação e realidade online**, Porto Alegre, v.41, n.4, p. 1251-1273, ago. 2016.

BRITO, C. O.; NASCIMENTO, C. R. R.; ROSA, E. M. Conselho tutelar: rede de apoio socioafetiva para famílias em situação de risco? **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 179-192, jun. 2018.

BROERING, A. S. A “descoberta” da infância ocidental na modernidade: quais crianças foram “colocadas nesse berço?” **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 16, n. 30, p. 270 – 285, jan./abr. 2015.

CAÇÃO, M. I. O currículo e suas concepções: teoria e pratica. In: MIGUEL, J.C; REIS M. **Formação docente perspectivas teóricas e práticas docentes**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: cultura acadêmica, 2015, p. 27-46.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2778.pdf>. Acesso em: 3 mar 2018.

CARMO, H. O.; SOUZA, R. C. A.; ARAÚJO, C. L. O.; FRANCISCO, A. G. Atitudes dos docentes de educação infantil em situação de acidente escolar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei , v.7, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1457>. Acesso em: 3 mar 2018.

CARNEIRA, L.; MYRICK, K. M.; Diagnosing Child Abuse: The Role of the Nurse Practitioner. **The Journal for Nurse Practitioners**, [s.l.], v.11, n. 6, p. 640-46, jun. 2015.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF. v.37, n.2, p. 432-445, abr./jun. 2017.

CHAVES, V. L. J.; AMARAL, N. C. A educação superior no Brasil: os desafios da expansão e do financiamento e comparações com outros países. **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 51, n. 37, p. 95-120, jan./abr. 2015.

CHIHAK, A. The nurse's role in suspected child abuse. **Pediatrics and child health**, Melbourne, v. 19, n. 2, p. 211-213, dec. 2009.

CIUFFO, L. L. **Assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual**. 2008. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, n. 58, v.3, p. 345-348, mai./jun. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Anexo da Resolução COFEN Nº 0564/2017. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 14 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 159/1993**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-1591993_4241.html. Acesso em: 28 ago. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. CNJ serviço: o que faz um conselho tutelar? . Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/83767-cnj-servico-o-que-faz-um-conselho-tutelar> . Acesso em: 15 dez 2018.

CONTI, K. L. M.; ZANATA, S. C. Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor pde. Acidentes no ambiente escolar: uma discussão necessária. **Caderno PDE**, v.1, p. 2014, Paraná. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_unespar-paranavai_cien_artigo_kesia_liriam_meneguel.pdf. Acesso em: 14 set. 2017.

CORREA, I.; SILVA, F. M. Prevenção de acidentes domésticos à criança menor de 5 anos: percepção materna. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 397-401, out./dez. 2006.

CORTEGOSO, A. L.; COSER, D. S. Elaboração de programas de ensino: material instrucional produzido para a capacitação de alunos do curso de graduação em psicologia da USFCAR para elaborar programas de ensino. In: CORTEGOSO, A. L.; COSER D. S. **Elaboração de programas de ensino material instrutivo**. São Carlos: EDUSFSCar, 2011. p. 9-18.

COSTA, A. C. P.; PEREIRA, E. C. S.; MACHADO, A. L. G.; MARTINS A. K. L.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. Prevenção de acidentes em crianças e adolescentes na estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 668-73, set./out. 2015.

COSTA, N. S. **Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto**. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2016.

COSTA, Y. H. S.; FERMOSELI, A. F. O.; LOPES, A. P. Análise do comportamento no processo de ensino- aprendizagem na educação. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 2, n.1, p. 213-226, mai./ago. 2014.

COURTIAL, J. P. A co-word analysis of Scientometrics. **Scientometrics**, Netherlands, v. 32, n. 3, p. 251-260, nov. 1994.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2002.

CRIANÇA SEGURA BRASIL. **Os acidentes em números-2016**. 2018?.São Paulo. 2018 Disponível em: https://criancasegura.org.br/dados-de-acidentes/?gclid=CjwKCAiAuMTfBRAcEiwAV4SDkVF1AvD6nbPMiJLN1t0jT2O8wmZwuA6F-PXzpeQkRHc_5at869GIwhoCHmMQAvD_BwE. Acesso em: 13 dez. 2018.

CURSINO, E. G.; FUJIMORI, E.; GAÍVA, M. A. M. Integralidade no ensino da saúde da criança na graduação em enfermagem: análise de planos de ensino. **Ciências Cuidado da Saúde**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 799-807, out./dez. 2012.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. Sup, p. 1163-1178, 2007.

DANNA, M. F.; MATTOS, M. A. **Aprendendo a observar** – 3. ed. - São Paulo: EDICON, 2015.

DAVISON-ARAD, B.; BENBENISHTY, R.; CHEN, W.; GLASSER, S.; ZUR, S.; LERNER-GEVA, L. Distinguishing neglect from abuse and accident: analysis of the case files of a hospital child protection team in Israel. **Health and Social Care in the Community**, Oxford, v. 18, n. 6, p. 614–623, jun. 2010.

DE ROSE, J. C. Análise comportamental da aprendizagem de leitura e escrita. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 29-50, 2005.

DESLANDES, S. F.; CAMPOS, D. S. A ótica dos conselheiros tutelares sobre a ação da rede para a garantia da proteção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2173-2182, 2015.

DIAS, E. P.; CANO, M. A. T.; FIGUEIREDO, G. L. A.; RESENDE, T. C. Enfermeiros no atendimento de casos de violência doméstica infantil em unidades básicas de saúde. **Revista LEVS/UNESP**, Marília, n. 12, p. 118-135, nov. 2013.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1162, nov. 2013.

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

FENG, J. Y.; CHEN, Y.W. , FETZER, S.; FENG, M. C.; LIN, C. L. Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. **Children and youth services review**, New York, v. 34, n. 1, p. 276-280, jan. 2012.

FERREIRA, A. L.; FERREIRA, J. M.; SILVA, P. M. C.; CONSTANCIO, D. F. Queimadura de genitália: acidente ou violência? Preocupações que transcendem o tratamento das lesões. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 286-290, 2014.

FORNAZARI, S. A.; KIENEN, N.; TADAYOZZI, D. S.; RIBEIRO, G. D.; ROSSETO, P. B. Capacitação de professores em análise do comportamento por meio de programa educativo informatizado. **Psicologia e Educação**, São Paulo, n. 35, p. 24-52, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141469752012000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 out. 2017.

GIMENEZ, F. V. M.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; Ambiente virtual de aprendizagem na educação a distância e a formação em enfermagem no Brasil: produções recentes. *In: ENCONTRO IBERO-AMERICANO DE EDUCAÇÃO*, 10., 2015, Araraquara. **Anais...** Araraquara: UNESP/Universidade de Alcalá, 2015. v. 1. p. 1-1.

GRABIN, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBINS, A. J. I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1879-1890, 2015.

GURGUEIRA, L. H.; CORTEGOSO, A. L. Avaliação de um programa de ensino para capacitar mães como agentes favorecedoras do estudar. **Psicologia da Educação**, São Paulo, v. 27, p. 5-30, 2º semestre. 2008.

HADDAD, A. E.; CYRINO, E. G.; BATISTA, N. A. Pró-Ensino na Saúde: pesquisas sobre formação docente e os processos de ensino e trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na reorientação da formação profissional na Saúde. **Interface comunicação saúde e educação**, Botucatu, v. 22, n. 1, p. 1305-7, 2018.

HE, Q. Knowledge discovery through co-word analysis. **Library Trends**, Illinois, v. 48, n. 3, p. 133-159, 2008.

HENKLAIN, M. H. O.; CARMO, J. S. Contribuições da análise do comportamento à educação: um convite ao diálogo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 43, n. 149, p. 704-723, mai./ago. 2013.

HEROLD, B.; ST CLAIR, K.; SNIDER, S.; NARAVAN, A. Integration of the nurse practitioner into your child abuse team. **Journal of Pediatric Health Care**, St Louis, v. 32, n. 3 p. 313-318, mai./jun. 2018.

INFANTE, L. P. P. **Clima organizacional e Burnout**: um estudo com servidores públicos federais. 2016. 96f. Dissertação (Mestrado em psicologia da saúde) - Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo dos Campos, 2016.

INMETRO. **CONHEÇA O Inmetro**. 201?. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/inmetro/oque.asp>. Acesso em 05 jan. 2019.

KATCHER, M. L.; MEISTER, A. N.; SORKNESS, C.A.; STARESINIC, A.G.; PIERCE, S.E; GOODMAN, B. M.; PETERSON, N.M.; HATFIELD, P. M.; SCHIRMER, J. A. Use of the modified Delphi technique to identify and rate home injury hazard risks and prevention methods for young children. **Injury Prevention**, London, v.12, p.189–194, jun. 2006.

KEMME, L. Strengthening distance nursing laboratory courses through application of theoretical foundations: a literature review. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, Berkeley, v. 14, n. 1, p. 1-9, may. 2017.

KRASE, K. S.; DELONG-HAMILTON, T. A. Comparing reports of suspected child maltreatment in states with and without Universal Mandated Reporting. **Children and youth services review**, New York, v. 50, p. 96-100, mar. 2015.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino–aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 5, 2001. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewArticle/3321>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

LABORATÓRIO de análise e prevenção da violência (LAPREV). **Bem-vindo**. São Carlos, c2012. Disponível em: < <http://www.laprev.ufscar.br/fotoslideshow>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

LAMOTHEA, J.; COUVRETTEB, A.; LEBRUND, G.; YALE-SOULIÈRED, G.; ROYD, C.; GUAYA, S.; GEOFFRIONE, S. Violence against child protection workers: A study of workers' experiences, attributions, and coping strategies. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 81, p.308-321, jul. 2018.

MAIA, F. N. O.; MORAIS, A.; BARBOSA, L. M.; FERRARI, M. F. Aprendi a não brigar, não surrar e não espancar?: a convivência ética pede passagem!. In: VI CBE - Congresso Brasileiro de Educação, 2017, Bauru. **Anais do VI Congresso Brasileiro de Educação**. Bauru - SP: Unesp. v. 1. p. 312-312.

MALTA, D. C.; LEMOS, M. S. A.; SILVA, M. M. A.; RODRIGUES, E. M. S.; GAZAL-CARVALHO, C.; MORAIS NETO, O. L. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.16, n.1, jan./ mar. 2007.

MALTA, D.C.; MASCARENHAS, M. D. M.; BERNAL, R. T. I.; VIEGAS, A. P. B.; SÁ, N. N. B.; SILVA JUNIOR, J. B. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas – Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2247-2258, 2012.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. *In*: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (org.). **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: EdUEL, 2003. p. 12-13.

MAQUIBARA, A.; HURTIGB, A. K.; VIVES-CASESC, C.; ESTALELLA, I.; GOICOLEA, I. Nursing students' discourses on gender-based violence and their training for a comprehensive healthcare response: A qualitative study. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 68, p. 208-212, sep. 2018.

MARANHÃO, E. A. A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação na saúde: uma contribuição para o sistema único de saúde. *In*: ALMEIDA, M.; MARANHÃO, E. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede unida, 2003. p.7-16.

MARTINS, C. B. G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, online, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p. 344-348, maio/jun. 2006.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 464-9, 2007.

MARTINS, D.C.; GOIS, O. J. O.; SILVA, J. O. M.; ROSA, M. P. R. S.; GONÇALVES, M. C. Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracajú, v. 4, n. 2, p. 155-168, out. 2017.

MAUL, K. M.; NAEEMB, R.; KHANB, U. R.; MIANC, A. I.; YOUSAFZAID, A. K.; BROWNE, N. Child abuse in Pakistan: a qualitative study of knowledge, attitudes and practice amongst health professionals. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 88, p. 51-57, feb. 2019.

MCCUTCHEON, L. R. M.; ALZGHARIB,S.K.; LEEC, Y.R.; LONGC, W. G.; MARQUEZ, R. Interprofessional education and distance education: A review and appraisal of the current literature. **Currents in Pharmacy Teaching and Learning**, [s. l], v. 9, p.729–736, jul. 2017.

MELLO, D. F.; HENRIQUE, N. C. P.; PANCIERI, L. VERISSIMO, M. L. O. O.; TONETE, V. L.P.; MALONE, M. A segurança da criança na perspectiva das necessidades essenciais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 604-10, jul./ago. 2014.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.7-32, 1999 .

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de Análise do Comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MÜLLER, F.; HASSEN, M. N. A. A infância pesquisada. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 465-480, 2009.

NASCIMENTO, E. N.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; SEBASTIÃO, L. T.; FERREIRA, N. P. Inter-sector actions to prevent accidents in children education: Teacher's assessments and students' knowledge. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 99-106, 2013.

NEFF, M. W.; CORLEY, E. A. 35 years and 160,000 articles: a bibliometric exploration of the evolution of ecology. **Scientometrics**, Netherlands, v. 80, n. 3, p. 657-682, 2009.

NJAINE, K.; VIVARTA, V. **Violência na mídia excessos e avanços**. Brasília, DF: UNICEF, [201-]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_04.pdf . Acesso em: 10 jan. 2018.

OLIVEIRA B. G.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. **Revista Bioética**, Brasília, DF. v. 26, n. 3, p. 403-411, 2018.

OLIVEIRA, E. B; SANTOS, F. N. Pressupostos e definições em interdisciplinaridade: diálogo com alguns autores. **Interdisciplinar**, São Paulo, v. n. 11, p.01-151, 2017. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/interdisciplinaridade> . Acesso em: 10 nov. 2017.

ORTI, N. P.; GIROTTI, V. B. S.; BOLSONI-SILVA, A. T. Social skills training in behavior therapy with college students diagnosed with depression. **International Journal of Current Research**, India, v. 7, n. 04, p.15382-15391, apr. 2015.

ORTIZ, J.; KOLLER, S. H.; CARBONEEL, A. O. B. Evaluación de impacto de la intervención módulo ambientes seguros para la prevención de accidentes domésticos durante la primera infancia. **Revista Latino-americana de Psicología**, Bogotá, v. 49, p. 203-212, set./dez. 2017.

PALUSCI, V. J.; VANDERVORTB, F. E.; LEWIS, J. M. Does changing mandated reporting laws improve child maltreatment reporting in large U.S. counties? **Children and Youth Services Review**, New York, v. 66, p. 170-179, jul. 2016.

PASQUALI, L. Análise dos itens. In: PASQUALI, L. **Psicometria teoria dos testes na psicologia da educação**. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. p. 106-156.

PASQUALINI, E.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Software educativo para universitários sobre prevenção de acidentes de trânsito. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 27, n. 65, p. 582-603, maio/ago. 2016.

PASSOS, H. S. F. **Mortes por acidentes e violências em crianças e adolescentes de Minas Gerais: um enfoque sobre a natureza da lesão**. 2013. 124 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais. 2013.

PEREIRA, M. E. M.; MARINOTTI, M.; LUNA, S. V. O compromisso do professor com a aprendizagem do aluno: contribuições da Análise do Comportamento. In: HUBNER, M. M. C.; MARINOTTI, M. (org.) **Análise do comportamento para a educação: contribuições recentes**. Santo André: ESETec, 2004. p.11-32.

PIRES, A. S.; SOUZA, N. V. D. O.; PENNA, L. H. G.; TAVARES, K. F. A.; D'OLIVEIRA, C. A. F. B.; ALMEIDA, C. M. A formação de enfermagem na graduação: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v 22, n. 5, p. 705-11, set./ out. 2014.

PIRES, F. V. **Higienização das mãos em Centro de Material e Esterilização**. 2013. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiânia, Goiânia, 2013.

PRADO, P. S. T.; BEFFA, M. J.; GONSALES, T. P. Análise de contingências em situação pedagógica. In: **Contribuições da análise do comportamento à prática educacional**. (org.) CARMO, J. S.; RIBEIRO, M. J. F.. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2012.

PRADO, S. I. **Vivências de enfermeiros no cuidado a criança, vítima de violência intrafamiliar: Uma análise fenomenológica**. 2009. 108f. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PRISZKULNIK, L. Psicologia em pediatria. Proteção da criança: qual criança? **Pediatria moderna**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 186-190, maio 2015. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6129. Acesso em: 14 jan. 2017.

RANKING universitário da Folha. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://ruf.folha.uol.com.br/2016/ranking-de-cursos/enfermagem/>. Acesso em: 3 fev. 2016.

RESENDE, A. D. S; BORGES, F. S. Programando contingências para aumento do desempenho em tarefas escolares. **Psicologia: o portal dos psicólogos**, 2015. Disponível em: <http://docplayer.com.br/9215946-Programando-contingencias-para-aumento-do-desempenho-em-tarefas-escolares.html>. Acesso em: 01 set. 2017.

RIBEIRO, R. U. P.; SILVA, A. L. Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais? **Revista LEVS/UNESP**, Marília, n. 21, maio 2018.

ROCHA, B. B. O. **Relação entre o sítio de implantação do cateter venoso central de inserção periférica e as causas da sua remoção**. 2015. 85 f. Dissertação (Mestrado em atenção à saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Belo Horizonte, 2015.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, A. L.; SOUZA, J. R. M.; LUCIO, S. R.; VIEIRA, M. H. F.; GÓES, F. G. B.; RODRIGUES, D. P.; BRAGA, A. L. S. Acidentes domésticos infantis: as ações do enfermeiro como ferramenta para prevenção. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.7, n. 12, p. 6747-6754, dez. 2013.

RODRIGUES, M. E. Behaviorismo radical, análise do comportamento e educação: o que precisa ser conhecido?. *In*: CARMO, J. S.; RIBEIRO, M. J. F. X. **Contribuições da análise do comportamento a prática educacional**. 1Ed. Santo André: ESETC, 2012, p. 37-72.

ROLIM, A. C. A. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em municípios cearenses**. 2013. 102f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Fortaleza, Ceará, 2013.

SALIBA, O; SALIBA, C. A.; GARBIN, A. J. I.; GARBIN, A. P. D. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p.472-477, 2007.

SALTO, D. J. To profit or not to profit: the private higher education sector in Brazil. **High Educ**, Amsterdam, v.75, p. 809-825, aug. 2018.

SANTOS FILHO, J. C. Pesquisa quantitativa versus pesquisa qualitativa: o desafio paradigmático. *In*: SANTOS FILHO, J. C.; GAMBOA, S. S. (org.) **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 13-59.

SANTOS, G. C., V.; KIENEN, N.; VIECILI, J.; BOTOMÉ, S. P.; KUBO, O. M. “Habilidades” e “competências” a desenvolver na capacitação de psicólogos: uma contribuição da análise do comportamento para o exame das diretrizes curriculares. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 131-145, 2009.

SARAIVA, R. J.; ROSAS, A. M. T. F.; VALENTE, G. S. C.; VIANA, L. O. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, v. 18, n. 1, p. 17-27, 2012.

SÊCCO, I. A. O. **Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do norte do Paraná**. 2006. 291f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2006.

SILVA, C. A.; TAVARES, E. O.; PINHEIRO, T. S.; JOSÉ, H. M. G. J. Health diagnosis: a responsibility of community health nursing in Angola. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, Brasília, DF, v. 71, n.5, p. 2506-10, set./out. 2018.

SILVA, C. F. A. **Ambiente domiciliar de crianças entre 12 e 24 meses: Potenciais e fragilidades para a promoção do desenvolvimento infantil**. 2015. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SILVA, D. I. **Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da estratégia Saúde da Família**. 2013. 138 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Paraná. 2013.

SILVA, E. C. S.; FERNANDES, M. N. F.; SÁ, M. C. N.; SOUZA, L. M.; GORDON, A. S. A.; COSTA, A. C. P. J. *et al.* The effect of educational intervention regarding the knowledge of mothers on prevention of accidents in childhood. **The Open Nursing Journal**, [s. l], v. 10, p.113-121, 2016.

SILVA, F. R.; ASSIS, S. G. Prevenção da violência escolar: uma revisão da literatura. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 44, p. 1-13, 2018.

SILVA, M. F. A.; SANTOS, P. F. B. B.; WESP, L. H. S.; SILVA, L. L.I.; BISPO, W. F. A enfermagem nas instituições de educação infantil – refletindo sobre essa parceria. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3310-6, ago.2017.

SILVA, M. G.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. S.; SILVA, R. M. O. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-84, jan./ mar. 2010.

SKINNER, B. F. Contingências de reforço. In: SKINNER, B. F. **História das grandes ideias do mundo ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1975. v.51. cap.1, p. 9-27. (Os Pensadores).

SKINNER, B. F. . **Contingências do reforço**: uma análise teórica. São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Os Pensadores, v. 2),

SKINNER, B. F. Educação. In: SKINNER, B. F. (Org.). **Ciência e comportamento Humano**. Trad. João Carlos Todorov; Rodolfo Azzi. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 437-448.

SKINNER, B. F. **Questões recentes na análise comportamental**. Campinas: Papirus, 1991.

SKINNER, B. F. **Tecnologia do ensino**. São Paulo: Herder/EDUSP, 1972.

SOUZA, A. C. C.; MUNIZ FILHA, M. J. M.; SILVA, L. F. MONTEIRO, A. R. M. FIALHO, A. V. M. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 6, p. 805-807, nov./ dez. 2006.

SOUZA, E. R.; PENNA, L. H. G.; FERREIRA, A. L.; TAVARES, C. M. M.; SANTOS, N.C. O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 13-19, jan./mar. 2008.

SOUZA, S. S. Lei do estupro e suas consequências. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 13, n. 79, ago. 2010. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8236. Acesso em: ago. 2017.

SOUZA, V. B.; ORTI, N. P.; BOLSONI-SILVA, A. T. Role-playing como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 102-122, dez. 2012.

SUMNER, S. A.; MERCY, J. A.; DAHLBERG, L. L.; HILLIS, S. D.; KLEVENS, J. HOURY, D. Violence in the United States: status, challenges and opportunities. **JAMA**. Chicago, v. 314, n. 5, p. 478-488, ago. 2015.

TANOUE, K.; SENDA, M.; AN, B.; TASAKI, M.; TAGUCHI, M.; KOBASHI, K.; OANA, S.; MIZOGUCHI, F.; SHIRAISHI, Y.; YAMADA, F.; OKUYAMA, M.; ICHIKAWA, K. National survey of hospital child protection teams in Japan. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 79, p. 11-21, maio 2018.

TAVARES, A. P. C.; LEITE, B. S.; SILVEIRA, I. A.; SANTOS, T. D.; BRITO, W. A. P.; CAMACHO, A. C. L. F. Analysis of Brazilian publications on distance education in nursing: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 214-22, jan./fev. 2018.

TAYLOR, L. E.; HARRIS, H. S. Stewards of children education: Increasing undergraduate nursing student knowledge of child sexual abuse. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 60, p. 147-150, jan. 2018.

TODOROV, J. C.; MOREIRA, M. B.; MARTONE, R. C. Sistema personalizado de ensino, educação à distância e aprendizagem centrada no aluno. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 289-296, jul./set. 2009.

TOZZE, K. F.; BOLSONI-SILVA, A. T. A supervisão de estágio e a formação de terapeutas comportamentais. **Acta comport**, Guadalajara, v. 26, n.1, p. 93-110, 2018.

TREVISAN, D. D.; MINZON, D. T.; TESTI, C. V.; RAMOS, N. A.; CARMONA, E. V.; SILVA, E. M. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 331-337, abr./jun. 2013

TRIVIÑOS, A. N. Alguns temas no desenvolvimento da pesquisa. In: TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992. p. 91-115.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **A familiar face: violence in the lives of children and adolescents**. New York: UNICEF, 2017.

VARGAS, J.S. **Como formular objetivos comportamentais úteis**. Tradução de Mary Lou Paris. São Paulo, EPU; 1974, p. 193.

VENÂNCIO, M. A. V. D. **Prevalência dos acidentes em espaço escolar e percepção dos agentes educativos**. 2014. 141 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem comunitária) - Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal, Viseu, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2559/1/VENANCIO%2c%20Maria%20Alice%20Varanda%20Duarte%20-%20DissertMestrado.pdf>. Acesso em 23 fev. 2018.

VILAÇA, L.; CARDOSO, P. R. Intoxicações na infância: panorama geral do perfil das intoxicações em diferentes países. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 21-25, 2014.

XAVIER-GOMES, L. M.; ROCHA, R. M.; ANDRADE-BARBOSA, T. L.; SILVA, C. S. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 394-400, 2013.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012 crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2012.

WERT, M. V. MISHNAB, F.; TROCMÉA, N.; FALLONB, B. Which maltreated are at greatest risk of aggressive and criminal behavior? Na examination of maltreatment dimensions and cumulative risk. **Child Abuse & neglect**, Edinburg, v. 69, p. 49-61, jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on violence prevention 2014**. World Health Organization. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/145086>. Acesso em 05 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing youth violence: an overview of the evidence**. Tradução do Núcleo de Estudos da Violência. Geneva: World Health Organization Press, c2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181008/9789241509251-por.pdf;jsessionid=5117806590A904DD1BB0E4B556E470F6?sequence=5>. Acesso em: 05 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence, injuries and disability**. Biennial report 2008-2009. Geneva: World Health Organization Press, 2012.

ZANATTA, E. A.; SCHNEIDER, A. C.; KLOH, D.; VENDRUSCULO, C.; KRÜGER, J. H.; HERMES, T. C.; FERRAZ, L. Violence in the health training context: bibliometric study. **Revista saúde, Natal**, v. 9, n.3-4, p 81-92, 2015.

ZANELATTO, P. F. **Significados de violência na infância por profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2010. 185 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2010.

ZANOTTO, M. L. B. Ensinar é arranjar contingências de reforço. *In*: ZANOTTO, M. L. B. (org.) **Formação de professores**: a contribuição da análise do comportamento. São Paulo: EDUC, 2000. p. 41-60.

ZANOTTO, M. L. B. Subsídios da Análise do Comportamento para a formação de professores. *In*: HUBNER, M. M. C.; MARINOTTI, M. (org). **Análise do Comportamento para a educação**: contribuições recentes. Santo André: ESETec Editores Associados, 2004, p. 33-48.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro da entrevista semiestruturada com os docentes do curso de Enfermagem



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Marília



Faculdade de Filosofia e Ciências

Prevenção de violência e acidentes infantis: conhecimentos e opiniões de docentes de Enfermagem

Projeto de pesquisa – Programa de Pós-Graduação em Educação

Docente: Fabiana Veronez Martelato Gimenez

Orientadora: Prof.^a D.ra Sandra Regina Gimenez-Paschoal

I Acidentes infantis

1- Em sua opinião, o que é acidente infantil? Poderia citar exemplos?

2- Fora de sua formação inicial e de sua prática profissional, você já vivenciou alguma situação que envolvesse acidentes infantis?

Se sim:

- 2.1 Qual o tipo de acidente que ocorreu?
- 2.2 Quais pessoas estavam presentes?
- 2.3 Poderia contar como foi?
- 2.4 Onde foi?
- 2.5 Como e onde foi feito o atendimento?
- 2.6 Qual o profissional que prestou assistência?
- 2.7 Qual foi o desfecho do caso?

3- Na sua graduação/formação foi abordada a temática da prevenção dos acidentes infantis?

Se sim:

- 3.1 O que foi trabalhado sobre isso?
- 3.2 Em qual ano/semestre do curso foi trabalhado essa temática?
- 3.3 Em qual disciplina e/ou estágio isso foi trabalhado?
- 3.4 Quais metodologias de ensino aprendizagem foram utilizadas?
- 3.5 O que achou da informação recebida ou da atividade realizada?
- 3.6 Você utiliza essa informação e/ou atividade na sua prática?

4- Você já participou de algum curso de formação e/ou atividade sobre este tema?

Se sim:

- 4.1 Quando foi?
- 4.2 Quem era responsável pelo curso ou atividade?
- 4.3 Quais assuntos foram trabalhados?
- 4.4 Quais metodologias de ensino aprendizagem foram utilizadas?
- 4.5 O que achou da informação recebida ou da atividade realizada?
- 4.6 Você utiliza essa informação na sua prática?

5- Durante sua prática profissional, você já teve alguma experiência com acidente infantil?

Se sim:

- 5.1 Qual o tipo de acidente que ocorreu?
- 5.2 Quais pessoas estavam presentes?
- 5.3 Poderia contar como foi?
- 5.4 Onde foi?
- 5.5 Como e onde foi feito o atendimento?
- 5.6 Qual o profissional que prestou assistência?
- 5.7 Qual foi o desfecho?

6- Você conhece alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes infantis?

Se sim:

- 6.1 Qual você conhece?

6.1 Quando e como teve conhecimento dessas ações documentos ou legislações?

7- Você tem conhecimento de alguma ficha de notificação de acidentes infantis?

Se sim:

7.1 Qual você conhece?

7.2 Quando e como teve conhecimento dela?

7.3 Já teve oportunidade de preencher essa ficha de notificação?

7.4 Considera que os alunos do curso de enfermagem tenham conhecimento dela?

7.5 Se sim, em qual disciplina e/ou estágio do curso?

8- Em sua opinião seria possível prevenir os acidentes infantis?

8.1 Se sim, como?

8.2 Se não, por que?

9- Você tem conhecimento de alguma ação ou estratégia para redução e/ou prevenção de acidentes infantis?

Se sim:

9.1 Qual ação ou estratégia você tem conhecimento?

9.2 Quem são responsáveis pela realização dessas ações ou estratégias?

9.3 Quem é o público alvo dessas ações e estratégias?

9.4 Onde elas são realizadas?

9.5 Qual assunto é abordado nessas ações e/ou estratégias?

9.6 Quando essas ações e/ou estratégias são realizadas?

9.7 Como as ações e/ou estratégias são realizadas?

10- Durante o curso de graduação no qual você está inserido como docente é abordado algum assunto relacionado à temática dos acidentes infantis?

Se sim:

10.1 Quais assuntos foram trabalhados?

10.2 E em qual disciplina e ou estágio e ano isso é trabalhado?

10.3 De que forma é trabalhado com os alunos?

10.4 Quais os aspectos positivos desse trabalho feito com os alunos?

10.5 Quais os aspectos negativos desse trabalho feito com os alunos?

10.6 Esse trabalho foi avaliado? Se sim, de que forma?

11- Você considera a temática de acidentes infantis importante na formação do enfermeiro? Por quê?

Se sim:

11.1 Em qual disciplina e/ou estágio?

11.2 Em qual ano/semestre do curso?

11.3 Qual assunto deveria ser abordado?

11.4 Como seria trabalhado com os alunos?

11.5 Como poderia ser avaliado?

12- Como poderia ser a atuação profissional do enfermeiro com essa temática?

13- Você considera que o enfermeiro poderia atuar na temática de acidentes infantis de forma integrada nas unidades de saúde e em unidades escolares?

Se sim:

13.1 Como poderia ser essa atuação?

II - Violência Infantil.

14- Em sua opinião o que é violência infantil? Poderia citar exemplos?

15- Fora de sua formação inicial e de sua prática profissional você já vivenciou alguma situação que envolvesse violência infantil?

Se sim:

15.1 Qual o tipo de violência que ocorreu?

15.2 Quais pessoas estavam envolvidas?

15.3 Poderia contar como foi?

15.4 Onde foi?

15.5 Como e onde foi feito o atendimento?

15.6 Qual o profissional que prestou assistência?

15.7 Qual foi o desfecho do caso?

16- Na sua graduação/formação foi abordada a temática da prevenção da violência infantil?

Se sim:

16.1 O que foi trabalhado sobre isso?

16.2 Em qual ano/semestre do curso foi trabalhado essa temática?

16.3 Em qual disciplina e/ou estágio isso foi trabalhado?

16.4 Quais metodologias de ensino aprendizagem foram utilizadas?

16.5 O que achou da informação recebida ou da atividade realizada?

16.6 Você utiliza essa informação na sua prática?

17- Você já participou de algum curso de formação ou atividade sobre este tema?

Se sim:

17.1 Quando foi?

17.2 Quem era responsável pelo curso ou atividade?

17.3 Quais assuntos foram trabalhados?

17.4 Quais metodologias de ensino aprendizagem foram utilizadas?

17.5 O que achou da informação recebida ou da atividade realizada?

17.6 Você utiliza essa informação na sua prática?

18- Durante sua prática profissional, você já teve alguma experiência com violência infantil?

Se sim:

18.1 Qual o tipo de violência que ocorreu?

18.2 Quais pessoas estavam envolvidas?

18.3 Poderia contar como foi?

18.4. Onde foi?

18.5 Como e onde foi feito o atendimento?

18.6 Qual o profissional que prestou assistência?

18.7 Qual foi o desfecho?

19- Você conhece alguma ação, legislação Municipal, Estadual ou Federal que aborde a questão da redução e/ou prevenção da violência infantil?

Se sim:

19.1 Qual você conhece?

19.2 Quando e como teve conhecimento dessas ações e legislações?

20- Você tem conhecimento de alguma ficha de notificação de violência infantil?

Se sim:

20.1 Qual você conhece?

20.2 Quando e como teve conhecimento dela?

20.3 Já teve oportunidade de preencher essa ficha de notificação?

20.4 Considera que os alunos do curso de enfermagem tenham conhecimento dela?

20.5 Se sim, em qual disciplina e/ou estágio do curso?

21- Em sua opinião seria possível prevenir a violência infantil?

21.1 Se sim, como?

21.2 Se não, por que?

22- Você tem conhecimento de alguma ação e/ou estratégia para redução e/ou prevenção da violência infantil?

Se sim:

22.1 Qual ação e/ou estratégia você tem conhecimento?

22.2 Quem são responsáveis pela realização dessas ações ou estratégias?

22.3 Quem é o público alvo dessas ações e estratégias?

22.4 Onde elas são realizadas?

22.5 Qual assunto é abordado nessas ações e/ou estratégias?

22.6 Quando essas ações e/ou estratégias são realizadas?

22.7 Como as ações e/ou estratégias são realizadas?

23- Durante o curso de graduação, no qual você está inserido como docente, é abordado algum assunto relacionado à violência infantil?

Se sim:

- 23.1 Quais assuntos foram trabalhados?
- 23.2 E em qual disciplina e ou estágio e ano isso é trabalhado?
- 23.3 De que forma é trabalhado com os alunos?
- 23.4 Quais os aspectos positivos desse trabalho feito com os alunos?
- 23.5 Quais os aspectos negativos desse trabalho feito com os alunos?
- 23.6 Esse trabalho foi avaliado? Se sim, de que forma?

24- Você considera a temática da violência infantil importante na formação do enfermeiro? Por quê?

Se sim:

- 24.1 Em qual disciplina e/ou estágio?
- 24.2 Em qual ano/semestre do curso?
- 24.3 Qual assunto deveria ser abordado?
- 24.4 Como seria feito?
- 24.5 Como poderia ser avaliado?

25- Como poderia ser a atuação profissional do enfermeiro com essa temática?

26- Você considera que o enfermeiro poderia atuar na prevenção da violência infantil de forma integrada nas unidades de saúde e em unidades escolares?

Se sim:

- 26.1 Como poderia ser essa atuação?

III - Opiniões sobre ações educativas de prevenção de acidentes e violência infantil:

27- Em sua opinião, você considera que exista relação entre o tema da violência infantil e os acidentes infantis?

28- Você considera importante a realização de ações educativas sobre essas temáticas para os alunos da enfermagem?

Se sim:

- 28.1 Quais assuntos deveriam ser trabalhados?
- 28.2 Em qual disciplina e ou estágio e ano isso deveria ser trabalhado?
- 28.3 De que forma deveria ser trabalhado com os alunos?
- 28.4 Qual a carga horária ou duração deveria ter?
- 28.5 Quem poderia participar da condução dessas ações educativas?
- 28.6 Quais os aspectos positivos dessas ações com os alunos?
- 28.7 Quais os aspectos negativos dessas ações com os alunos?
- 28.8 Como essas ações educativas deveriam ser avaliadas?

IV- Apreciação geral da entrevista

29- Tem algum comentário e/ou sugestão a fazer sobre o que foi tratado na entrevista?

30- Quais os aspectos positivos da entrevista?

31- Quais os aspectos negativos da entrevista?

Identificação:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ E-mail: _____
 Telefone: _____ Curso(s) de graduação: _____ Faculdade: _____
 Curso(s) de Pós-graduação: _____ Universidade: _____ Tempo de Formação: _____
 Tempo de inserção na faculdade: _____ Disciplina ou estágio que ministra: _____

Posfácio: Agradeço muito sua disponibilidade em participar desta entrevista. Tenha certeza de que sua opinião é muito importante. Realizarei a audição da entrevista e, caso eu tenha alguma dúvida, você se importaria de procurá-lo(a) novamente? Caso você tenha alguma dúvida ou queira completar alguma informação que julgar pertinente, estarei à disposição para conversarmos, bem como minha orientadora. Os contatos constam no Termo de Consentimento. Agradecemos muito! Fabiana Veronez Martelato Gimenez.

Apêndice B - Planejamento de ensino e de avaliação de aprendizagem de ação educativa sobre prevenção de violência e de acidentes infantis para graduandos de Enfermagem



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



Faculdade de Filosofia e Ciências

Descrição dos conteúdos trabalhados na ação educativa com os alunos do 1º ao 5º ano do curso de Enfermagem

Identificação:				
Curso: Enfermagem				
Disciplina:				
Turma: 1º ao 5º ano do curso de Enfermagem.				
Duração: 3hs				
Objetivos Gerais do Programa de Ensino				
Propiciar a aprendizagem de conteúdos sobre a temática da prevenção de acidentes infantis e violência infantil				
Objetivos Específicos do Programa de Ensino				
1-Apresentar os conceitos relacionados aos tipos de acidentes e violências com crianças bem como suas causas e consequências;				
2-Apresentar os documentos ministeriais que tratam da temática e o conceito de previsibilidade dos acidentes e violência;				
3-Identificar possíveis formas de prevenção dos acidentes e violências e compreender como agir diante deles;				
4-Avaliar as atividades realizadas pela pesquisadora por meio de instrumentos e atividades aplicadas aos discentes do curso.				
Conteúdo Programático – Correspondente a 3 horas/1 hora-aula				
Assunto	Objetivos da Unidade (Comportamentos do aluno)	Material	Procedimentos de ensino (Comportamentos do pesquisador/tutor)	Avaliação da unidade (Comportamentos do pesquisador/tutor)
- Apresentação da pesquisa. - Distribuição dos Termos de Consentimento. - Explicação a respeito do funcionamento da ação educativa. - Aplicação do Questionário inicial	- Decidir participar ou não da pesquisa. - Responder ao Questionário Inicial a respeito da prevenção de acidentes infantis e violência infantil	- Termos de consentimento - Questionário inicial	-Apresentação da pesquisa -Distribuição dos termos -Aplicação de questionário	-Entrega do Termo de Consentimento assinado ou não - Questionário inicial respondido pelos alunos.
Prevenção de acidentes infantis	Observar o ambiente e identificar nele no mínimo 3 coisas que poderiam ser risco de acidente para uma criança de 3-4 anos. Escrever esses 3 dados do papel e entregar para pesquisadora	Papel e caneta	-Orientar os alunos a descreverem o risco que o ambiente oferece para uma criança. -Ter uma lista com os riscos presentes na sala para comparar com os riscos apontados pelos alunos -Falar sobre a importância da orientação dos cuidadores	-Entrega dos papéis com a descrição dos riscos identificados pelos alunos -Verificar se os alunos trazem experiências vivenciadas com acidentes infantis

Causas e consequências dos acidentes infantis	-Assistir à apresentação sobre conceitos e dados epidemiológicos dos acidentes infantis -Levantar questionamentos sobre os dados apresentados	-Slides Vídeo Materiais impressos sobre os riscos do domicílio	-Apresentação de conceitos e dados epidemiológicos dos acidentes infantis mais comuns -Entrega de material ilustrativo sobre o ambiente doméstico e os riscos e as formas de prevenção (ONG criança segura) Apresentação de vídeo	-Participar oralmente respondendo ou questionando sobre o conteúdo apresentado -Comentários dos alunos sobre os materiais entregues. -Descrever exemplos de acidentes infantis que eles tivessem conhecimento
Prevenção da violência infantil	-Preenchimento da ficha de notificação depois da abordagem da mesma -Questionamento sobre o preenchimento da mesma -Entrega da ficha de notificação para a pesquisadora	Ficha de notificação Texto com um caso Slides	Orientar os alunos a preencher uma ficha de notificação de violência de acordo com seus conhecimentos após a abordagem da mesma Recolher as fichas preenchidas	Verificação da quantidade de acertos e erros no preenchimento da ficha
Causas e consequências da violência infantil	-Assistir à apresentação sobre conceitos e dados epidemiológicos da violência infantil -Levantar questionamentos sobre os dados apresentados	-Slides vídeo	-Apresentação de conceitos e dados epidemiológicos mais comuns da violência infantil	-Participar oralmente respondendo ou questionando sobre o conteúdo apresentado -Comentários dos alunos sobre os materiais entregues. -Descrever exemplos de violência infantil que eles tivessem conhecimento
-Legislação sobre acidentes e violência infantil	-Assistir à apresentação de ações e das leis que preconizam o ensino da temática dos acidentes e violência (PNMAV, PSE, ECA, códigos de ética, notificação). Fluxo de atendimento e serviços de apoio. -Atuação dos profissionais da saúde	-Slides -Trazer / apresentar referências das leis e políticas públicas sobre violência e acidentes infantis	-Apresentar as leis que preconizam o ensino da temática dos acidentes infantis e violência na formação dos profissionais da saúde -Orientar sobre os serviços de apoio às vítimas de violência -Apresentar a preocupação ministerial com a temática.	-Participar oralmente respondendo ou questionando sobre o conteúdo apresentado -Citar exemplos de serviços de apoio
-O papel do enfermeiro na prevenção desses agravos	-Escrever plano de ação no qual o enfermeiro possa atuar na prevenção desses agravos -Apresentar exemplos de ações	-Papel caneta	-Orientar os alunos a escrever um plano de ação sobre prevenção de acidentes e violência -Abordar a importância do	-Verificar quantos alunos devolveram o plano preenchido -Verificar quantas propostas foram feitas e a característica de cada uma delas

	preventivas desses agravos		trabalho inter e multidisciplinar	-Participar oralmente respondendo ou questionando sobre o conteúdo apresentado
-Avaliação das atividades realizadas	-Responder a avaliação sobre os temas trabalhados e sobre a satisfação com o conteúdo	-Instrumento de avaliação	-Verificar as opiniões a respeito das atividades realizadas.	-Verificar quantos alunos preencheram e devolveram a avaliação final -Espera-se que os alunos avaliem as atividades realizadas para feedback da pesquisadora sobre o programa de ensino. -Espera –se que os alunos deem sugestões de como esse assunto possa ser trabalhado durante a graduação

Apêndice C - Questionário inicial elaborado para os alunos do curso de Enfermagem



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



Faculdade de Filosofia e Ciências

QUESTIONÁRIO INICIAL - CONHECIMENTOS E OPINIÕES DOS ALUNOS DO CURSO DE ENFERMAGEM

Por favor, coloque um X no parêntese correspondente à(s) alternativa(s) escolhida(s) em cada questão. E descreva a resposta, quando for o caso. Se necessitar de mais espaço para anotações, utilizar o final do questionário e/ou o verso da folha, indicando o número do item.

I – PREVENÇÃO DOS ACIDENTES INFANTIS

1. Na sua opinião, o que é acidente infantil?

2. Já recebeu informações sobre prevenção de acidentes infantis fora da universidade?

A () Não. [Continue a responder na questão 3]

B () Sim. [Especifique as questões a seguir]

2.1 Qual o tipo de acidente abordado?

A () Queda

B () Queimadura

C () Intoxicação

D () Atropelamento

E () Outro, especifique: _____

2.2 Por quais meios?

A () TV

B () Rádio

C () Internet

D () Material impresso

E () Palestra

F () Aulas no ensino fundamental ou médio

G () Outro, especifique: _____

2.3 O que foi trabalhado sobre o assunto?

A () Cuidados com as crianças no domicílio

B () Cuidados com crianças na escola

C () Responsabilidade dos pais ou responsáveis

D () Responsabilidade do poder público

E () Responsabilidade da sociedade

F () Outro, especifique: _____

3. Já recebeu informações sobre prevenção de acidentes infantis na universidade?

A () Não. [Continue a responder na questão 4].

B () Sim. [Especifique as questões a seguir]

3.1. Qual o tipo de acidente abordado?

A () Queda

- B () Queimadura
 C () Intoxicação
 D () Atropelamento
 E () Outro, especifique: _____

3.2. Por quais meios recebeu estas informações?

- A () Material impresso
 B () Palestra
 C () Aulas
 D () Estágio
 E () Outro, especifique: _____

3.3. O que foi trabalhado sobre esse assunto?

- A () Cuidados com as crianças no domicílio
 B () Cuidados com crianças na escola
 C () Responsabilidade dos pais ou responsáveis
 D () Responsabilidade do poder público
 E () Responsabilidade da sociedade
 F () Outro, especifique: _____

4. Você considera que o assunto sobre prevenção de acidentes infantis é importante para formação do enfermeiro?

- A () Sim
 B () Não
 Por quê? _____

5. Você conhece alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção dos acidentes infantis?

- A () Não. [*Continue a responder na questão 6*]
 B () Sim. [*Especifique qual e continue respondendo as questões a seguir*]

5.1. Como teve conhecimento dessas ações, documentos e leis?

- A () Aula teórica na faculdade
 B () Estágios
 C () TV
 D () Rádio
 E () Internet
 F () Material impresso
 G () Palestra
 H () Outra, especifique: _____

6 Você tem conhecimento de alguma ficha de notificação de acidente infantil?

- A () Não
 B () Sim
 Qual? _____

II – PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA INFANTIL

7 Na sua opinião, o que é violência infantil?

8 Já recebeu informações sobre prevenção de violência infantil fora da universidade?

A () Não. [Continue a responder na questão 9].

B () Sim. [Especifique as questões a seguir]:

8.1. Se sim, qual o tipo de violência foi abordado?

A () Violência sexual

B () Agressão física

C () Negligência

D () Outro, especifique: _____

8.2. Por quais meios recebeu estas informações?

A () Material impresso

B () Palestra

C () Aulas

D () Estágio

E () Outro especifique: _____

8.3. O que foi trabalhado sobre esse assunto?

A () Sinais de alerta para violência no atendimento a criança

B () Responsabilidade dos pais ou responsáveis

C () Responsabilidade do poder público

D () Responsabilidade da sociedade

E () Outro, especifique: _____

9. Já recebeu informações sobre prevenção de violência infantil na universidade?

A () Não [Continue a responder na questão 10]

B () Sim [Especifique as questões a seguir]

9.1 Qual o tipo de violência foi abordado?

A () Violência sexual

B () Agressão física

C () Negligência

D () Outro, especifique: _____

9.2 Por quais meios recebeu estas informações?

A () Material impresso

B () Palestra

C () Aulas

D () Estágio

E () Outro especifique: _____

9.3 O que foi trabalhado sobre esse assunto?

A () Sinais de alerta para violência no atendimento a criança

B () Responsabilidade dos pais ou responsáveis

C () Responsabilidade do poder público

D () Responsabilidade da sociedade

E () Outro, especifique: _____

10. Você considera que o assunto sobre prevenção de violência infantil é importante para formação do enfermeiro?

A () Sim

B () Não

Por quê? _____

11. Você conhece alguma ação, documento e/ou legislação Municipal, Estadual ou Federal, que aborde a questão da redução e/ou prevenção da violência infantil?

- A () Não. [Continue a responder na questão 12]
 B () Sim. [Especifique qual e continue seguindo as questões a seguir] _____

11.1 Como teve conhecimento dessas ações, documentos e leis?

- A () Na faculdade
 B () TV
 C () Rádio
 D () Internet
 E () Material impresso
 F () Palestra
 G () Outra, especifique _____

12. Você tem conhecimento de alguma ficha de notificação de violência infantil?

- A () Não
 B () Sim
 Qual? _____

13. Para você existe relação entre o tema da violência infantil e do acidente infantil?

- A () Sim
 B () Não
 Por quê? _____

14. Você teria interesse em participar de uma ação educativa sobre a temática da prevenção de acidentes e violência infantil voltada para estudantes de enfermagem?

- A () Sim. [Continue a responder na questão 14.1].
 B () Não. Por quê? _____

14.1. De que forma gostaria que esses assuntos fossem trabalhados?

- A () Aula teórica
 B () Palestra
 C () Aula teórica e prática
 D () Discussão de casos
 E () Outro, especifique: _____

14.2. Que assuntos gostaria que fossem abordados sobre esses agravos?

- A () Conceitos sobre as temáticas
 B () Acidentes e violências mais comuns por idade
 C () Dados epidemiológicos desses agravos
 D () Formação e atuação do enfermeiro na prevenção desses agravos
 E () Trabalho do enfermeiro no ambiente escolar
 F () Orientação de pais e cuidadores
 G () Legislações específicas
 H () Outros especifique _____

14.3. Qual sua disponibilidade de horário para participar de uma ação educativa sobre essas temáticas?

- A () Período da manhã durante a semana
 B () Período da tarde durante a semana
 C () Período da noite durante a semana
 D () Aos sábados
 E () Outro, especifique _____

III - IDENTIFICAÇÃO

15. Nome: _____

16. Data de nascimento: ____/____/____
17. Sexo: () M () F
18. Instituição de ensino que faz a graduação: _____
19. Tem outra graduação? () Não () Sim. Especificar qual _____
20. Está trabalhando? () Não () Sim.
- 20.1. Em qual área? _____
- 20.2. Há quanto tempo? _____
- Data de preenchimento do questionário: ____/____/____

Agradecemos a sua atenção e colaboração!

Apêndice D – Atividade sobre riscos ambientais para acidentes infantis



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus Marília-SP
Faculdade de Filosofia e Ciências



ATIVIDADE: OBSERVANDO O AMBIENTE

Observe a sala e descreva o risco e qual o tipo de acidente que poderia ocorrer se houvesse uma criança neste ambiente. Escreva no mínimo 3 riscos potenciais para acidente infantil presente nesta sala.

Risco de acidente	Tipo de acidente

Nome: _____ Turma: _____

ATIVIDADE: AMPLIANDO A OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE

Observe novamente o ambiente da sala e amplie o olhar! Descreva se há outros riscos e quais tipos de acidentes infantis poderiam ocorrer se houvesse uma criança neste ambiente, além daqueles que você já descreveu. Descreva também como todos os riscos que você observou poderiam ser evitados.

Risco de acidente	Tipo de acidente	Como prevenir

Nome: _____ Turma: _____

Apêndice E – Texto sobre violência



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus Marília-SP
Faculdade de Filosofia e Ciências



ATIVIDADE: LEITURA DE CASO E PREENCHIMENTO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Leia atentamente este caso sobre violência. Após a leitura, preencha a ficha de violência interpessoal/autoprovocada para a criança conforme seus conhecimentos e de acordo com os dados disponíveis no texto.

A história de Luís

A enfermeira Cida está realizando o acolhimento na Unidade de Saúde da Família (USF) DO VALE quando recebe um telefonema da escola de sua área de abrangência. A diretora liga muito aflita dizendo que tem notado um comportamento estranho de um menino do 4º ano. Seu nome é Luís Pedro Ferreira. Ele tem 9 anos (DN 12/10/2007), mora com a mãe Maria Ferreira (25 anos DN: 13/07/1991) e o padrasto João da Silva (27 anos DN: 11/05/1989). Eles residem na rua das Flores nº 3, no centro da cidade de Vista Bela/SP, que fica perto da igreja matriz. Segundo a diretora o menino tem se mostrado muito quieto e isolado, tem usado roupas de frio mesmo quando está calor, tem emagrecido e nunca traz lanche para escola, também não está conseguindo acompanhar a turma no rendimento das atividades. A mãe já foi chamada para conversar, mas na primeira vez não compareceu por causa do trabalho e na segunda vez em foi até à escola, disse que em casa a criança estava normal, porém, referiu que iria ficar atenta ao seu comportamento. A mãe também não é muito comunicativa. A diretora comenta que não conhece o padrasto.

A diretora então pede ajuda da Unidade para realizar uma visita domiciliária ou chamá-los para consulta e ver se a criança está se desenvolvendo bem ou precisa ser encaminhada para algum especialista. A enfermeira Cida se dispõe a ajudar e diz que logo dará um retorno.

Naquele dia em reunião de equipe, a enfermeira Cida conversa com o agente comunitário, o dentista e o médico sobre o caso de Luís. A dentista logo lembra que a mãe trouxe Luís, no mês passado, com um dente quebrado comentando que o menino caiu e quebrou o dente. Mas lembra que ele tinha um hematoma também próximo ao olho. Ela disse que ele era muito levado!

Já o médico olhando o prontuário viu que ele não passava em consulta, há vários anos, e não fazia acompanhamento de saúde ali, mas tinha várias passagens na Unidade em que era levado ao pronto atendimento, devido a dores abdominais, diarreia e quedas.

A agente comunitária então contou que não é uma casa muito fácil de entrar para visitas. Disse que Maria trabalha o dia todo e o marido, padrasto de Luís, trabalha no período noturno e que fica com o menino no período da tarde quando ele volta da escola. João não costuma deixar a casa aberta, pois diz que tem que dormir.

A enfermeira, então, discute com a equipe de tentar fazer uma visita na casa para trazê-los para consulta médica, odontológica ou de enfermagem, para avaliar a criança e estreitar o vínculo com a família.

O médico e a enfermeira vão até a casa junto com a agente comunitária. Maria está de folga do serviço e recebe-os. A casa é simples e limpa. Contudo eles observam que os produtos de limpeza, higiene e medicamentos ficam sobre a mesa e a pia sendo de fácil acesso, inclusive para o Luís, que segundo ela é muito arteiro. Luís estava

no seu quarto e o marido João estava dormindo no outro cômodo. Ela falava baixo para não o acordar. Luís espiou pela porta e voltou para o quarto dele.

Foi oferecida consulta para Maria e para o Luís e ela aceitou comparecer na Unidade no dia seguinte. Ambos passaram pela consulta de enfermagem. Cida então pôde conhecer melhor Maria e o Luís. Viu que Luís não estava dentro do peso desejado para sua idade. No exame físico, Cida percebeu que ele tinha algumas marcas parecidas com cintadas e queimaduras de cigarro. Durante o exame físico, a criança estava quieta. Cida percebeu que a mãe começou a chorar e o menino ficou assustado e também chorou. Cida, então, solicitou a presença da psicóloga da Unidade e começaram uma conversa mais séria com a mãe.

Ela explicou que João é muito nervoso; há alguns meses, tem chegado do trabalho alcoolizado e tenta agredi-la, mas Luís tenta defendê-la e ele acaba apanhando também. E, no período da tarde, quando os dois ficam sozinhos, ele também bate nele sem motivo algum. Ela solicita ajuda, pois ela e o filho não podem continuar submetidos a isso. Ontem isso aconteceu novamente por volta das 10hs da manhã.

Como Maria estava muito nervosa, a enfermeira Cida não realizou a notificação do SINAN ali, naquele momento, mas já anotou os dados necessários sobre a criança e sobre a mãe para o posterior preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (Raça da criança branca, sexo masculino, Cartão Nacional do SUS:700 001002003004, casa, CEP 17.000.000, Bairro Altos da Colina, zona urbana, telefone 14 32214566, código da unidade 01020304, código IBGE 012345, código CNES 3278990).

A enfermeira chama também o médico. Os profissionais da USF orientam que Maria pode ir atrás de seus direitos e dos direitos da criança na delegacia da mulher. Após orientações e encaminhamentos, a equipe notifica o caso e comunica o conselho tutelar e a escola sobre o ocorrido. Maria conta o fato para seus familiares, que os acolhem, afastando o agressor deles e podendo criar Luís com carinho e amor.

Apêndice F – Elaboração do plano de intervenção



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus Marília-SP
Faculdade de Filosofia e Ciências

**ATIVIDADE: ELABORAÇÃO DE PROPOSTA VOLTADA PARA PREVENÇÃO**

Tomando como referência a sua atuação enquanto enfermeiro(a) frente à prevenção, elabore uma proposta de atividade voltada para a prevenção dos acidentes infantis ou voltada para a prevenção da violência infantil. Considere os seguintes itens para descrever as características da sua proposta de atividade.

- 1- Escolha um tipo de acidente ou um tipo de violência que ocorre com crianças e que você queira abordar.
- 2- Defina o(s) objetivo(s) da atividade.
- 3- Defina quem serão os participantes.
- 4- Liste quais materiais serão necessários para o desenvolvimento da atividade.
- 5- Descreva como vai proceder para realizar a atividade proposta e verificar se os objetivos foram alcançados.
6. No quadro a seguir, complete com as descrições de cada característica da atividade

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA ATIVIDADE
Tipo	
Objetivo(s)	
Participantes	
Materiais	
Procedimentos	

Nome: _____ Turma: _____

Apêndice G – Avaliação final



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus Marília-SP
Faculdade de Filosofia e Ciências



APRECIÇÃO DA AÇÃO EDUCATIVA

Por favor, coloque um X no local correspondente à(s) alternativa(s) escolhida(s) e descreva a resposta, quando for o caso. Se necessitar de mais espaço para anotações, utilize o verso da folha, indicando o número do item.

1- Qual sua opinião sobre o desenvolvimento da ação educativa em relação a cada um dos seguintes itens?

	Ótimo	Bom	Regular	Péssimo	Outro (especifique)
Questionário inicial					
Conteúdo teórico sobre prevenção de acidentes infantis					
Conteúdo teórico sobre prevenção de violência					
Slides					
Atividades práticas de prevenção de acidentes					
Atividades práticas de prevenção de violência					
Vídeos					

2) Considera que a ação educativa contribuiu com sua formação em seu curso de graduação?

A) sim () B) não () C) outro ()

especificar: _____

Se não, Por quê? _____

sim, em que contribuiu? _____

3) Considera que a ação educativa contribuirá com sua futura atuação profissional?

A) sim () B) não () C) outro ()

especificar: _____

Se não, Por quê? _____

Se sim, que tipo de atuação preventiva poderá realizar sobre as temáticas abordadas? _____

4) Tem mais alguma consideração/sugestão (positiva ou negativa) sobre a ação educativa?

Nome: _____ Turma: _____

Anexo A – Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
 “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
 Campus de Marília



Faculdade de Filosofia e Ciências

República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde

SINAN
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
 FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual									
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA									
	3	Código (CID10)		Y09									
	4	UF	5	Município de notificação									
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora				7	Nome da Unidade Notificadora		8	Unidade de Saúde			
	9	Data da ocorrência da violência				10	Nome do paciente		11	Data de nascimento			
	12	(ou) Idade		13	Sexo		14	Gestante		15	Raça/Cor		
	16	Escolaridade				17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe			
Dados de Residência	19	UF	20	Município de Residência		21	Distrito		22	Bairro			
	23	Logradouro (rua, avenida,...)				24	Número		25	Complemento (apto., casa, ...)			
	26	Geo campo 1				27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência			
	29	CEP				30	(DDD) Telefone		31	Zona			
Dados Complementares													
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social				34	Ocupação		35	Situação conjugal / Estado civil			
	36	Orientação Sexual				37	Identidade de gênero:		38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?			
	39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?				40	UF	41	Município de ocorrência		42	Distrito	
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida,...)		45	Número		46	Complemento (apto., casa, ...)		
Dados da Ocorrência	47	Geo campo 3		48	Geo campo 4		49	Ponto de Referência		50	Zona		
	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				52	Local de ocorrência				53	Ocorreu outras vezes?	
	54	A lesão foi autoprovocada?				55	Local de ocorrência				56	Ocorreu outras vezes?	
	57	Local de ocorrência				58	Local de ocorrência				59	Ocorreu outras vezes?	

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: <input type="checkbox"/> 01-Sexismo <input type="checkbox"/> 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia <input type="checkbox"/> 03-Racismo <input type="checkbox"/> 04-Intolerância religiosa <input type="checkbox"/> 05-Xenofobia <input type="checkbox"/> 06-Conflito geracional <input type="checkbox"/> 07-Situação de rua <input type="checkbox"/> 08-Deficiência <input type="checkbox"/> 09-Outros <input type="checkbox"/> 88-Não se aplica <input type="checkbox"/> 99-Ignorado		
Violência Sexual	56 Tipo de violência: <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> 57 Meio de agressão: <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro		
Dados do provável autor da violência	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Encaminhamento	59 Procedimento realizado: <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados finais	60 Número de envolvidos: <input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
62 Sexo do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
63 Suspeita de uso de álcool: <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			
65 Encaminhamento: <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			
66 Violência Relacionada ao Trabalho: <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT): <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX			
69 Data de encerramento:			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 136 Central de Atendimento à Mulher 100 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde: _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES: _____
	Nome: _____	Função: _____	Assinatura: _____
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015