

O trabalho da enfermeira em um serviço de acolhimento institucional

The nurse's work in a institutional care service

El trabajo de la enfermera en un Servicio de Atención Institucional

Elisa Maria Dias¹, Eliete Maria Silva², Tânia Maria Coelho Leite³

Resumo

Este estudo teve como objetivo conhecer o trabalho da enfermeira na atenção a crianças e adolescentes, vítimas de violência em um Serviço de Acolhimento Institucional – SAI. Utilizou-se pesquisa qualitativa hermenêutica com triangulação metodológica de três ferramentas: diário de campo da pesquisadora durante a vivência com a enfermeira da instituição, entrevistas semiestruturadas com a equipe técnica e análise de documentos internos do serviço. Após a coleta de dados, os registros foram organizados por temáticas, destacando-se os pontos referentes à gestão do trabalho no cuidado da saúde das crianças e adolescentes, resultando em quatro categorias: contextualizando o SAI; redes de apoio; características e demanda das crianças e adolescentes institucionalizados e o trabalho da enfermeira na instituição. Observou-se que a presença da enfermeira é fundamental ao cuidado direto e indireto, pela articulação com as redes de apoio e colaboração com a equipe multiprofissional na atenção às crianças e adolescentes em situação de violência.

Descritores

Enfermagem, Violência, Institucionalização, Criança, Adolescente

Abstract

This study aims to assess the work of the nurse in the care of children and adolescents victims of violence who are sheltered by the “Serviço de Acolhimento Institucional – SAI” (governmental institution responsible for child protection). This hermeneutical qualitative evaluation was based on the methodological triangulation of three parameters: field diary about the researcher's experience with the nurse in the institution, semi-structured interviews with the technical team of SAI and analysis of internal documents of the service. After the data collection, the records were organized by theme, highlighting the points regarding the management of the work in the health care of children and adolescents, resulting in four categories: contextualizing SAI; support networks; characteristics and demand of the institutionalized children and adolescents; and the work of the nurse in the institution. It was observed that the presence of the nurse is critical to the direct and indirect care, for his/her articulation with the support networks and collaboration with the multidisciplinary team in the care of children and adolescents in situation of violence.

Keywords

Nursing, Violence, Institutionalization, Child, Adolescent

Resumen

Estudio con objetivo de conocer el trabajo de la enfermera en el cuidado de los niños y adolescentes víctimas de la violencia en un “Servicio de Acogimiento Institucional – SAI”. Se utilizó pesquisa cualitativa hermenéutica con triangulación metodológica de tres herramientas: diario de campo de la investigadora de acompañamiento de la enfermera de la institución, entrevistas semiestructuradas con el personal técnico y el análisis de documentos internos del servicio. Después de la recogida de datos, los registros fueron organizados por temas, destacando los puntos con respecto a la gestión del trabajo en el cuidado de la salud de los niños y adolescentes, lo que resultó en cuatro categorías: contextualizando el SAI; redes de apoyo; características y demandas de los niños y adolescentes institucionalizados y el trabajo de la enfermera en la institución. Se observó que la presencia de la enfermera es fundamental para la atención directa e indirecta para la articulación con las redes de apoyo y colaboración con el equipo multiprofesional en la atención de niños y adolescentes en situación de violencia.

Palabras clave

Enfermería, Violencia, Institucionalización, Niño, Adolescente

¹Enfermeira - Universidade Estadual de Campinas – Unicamp e Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Mauá, São Paulo-SP.

²Doutora em Enfermagem - Universidade de São Paulo; Livre Docente - Universidade Estadual de Campinas – Unicamp e Professora Associada -Faculdade de Enfermagem – Unicamp, São Paulo-SP.

³Doutora em Enfermagem - Universidade Estadual de Campinas – Unicamp; Docente do Colégio Técnico de Campinas – Unicamp, São Paulo-SP.

Autor correspondente: Elisa Maria Dias - elisamdias@gmail.com

Introdução

As primeiras instituições brasileiras para crianças órfãs foram instaladas por religiosos e datam do século XVIII. Mas, estas instituições passaram por inúmeras transformações quanto à sua atuação, estrutura e concepção. Deixaram de ser internatos e foram consideradas como casas de abrigamento.⁽¹⁾ O abrigamento, prática em constante transformação, permanece na sociedade brasileira até os dias de hoje, compondo uma das políticas públicas da rede de apoio social, com o objetivo de acolher crianças e adolescentes que vivem em situação de risco e vulnerabilidade social.

Estas instituições vêm passando por inúmeras transformações quanto a sua atuação, estrutura e concepção, apresentando diferentes formatos e melhor organização política e pedagógica, além da proposta de adequação e capacitação da equipe responsável pela gestão e cuidado das crianças e adolescentes institucionalizados.⁽²⁾ Entende-se que o abrigamento caracteriza-se como uma medida de Proteção Social Especial de alta complexidade e que, para tanto, é necessário preparo profissional.

Estudos, realizados com enfermeiras da Atenção Básica, apontam a importância da formação e do trabalho em equipe multiprofissional e intersetorial na prevenção e atenção às crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias, bem como o papel fundamental dos profissionais de saúde, particularmente da enfermeira, na detecção precoce, notificação e intervenção da situação de violência, entretanto revelam que ainda há grande dificuldade deste profissional no manejo dos casos de violência.⁽³⁻⁴⁾

Nesse sentido, a enfermagem pode desempenhar um papel fundamental na atenção, no diagnóstico e reconhecimento precoce da violência contra crianças e adolescentes, deve estar apta a realizar os devidos cuidados e intervenções, uma vez que seu foco é a assistência integral e direta à saúde do paciente em todos os seus campos de atuação.⁽⁵⁾ É necessário sensibilidade e percepção, saber escutar, observar e investigar os casos suspeitos e também identificar os fatores de risco e trabalhar com medidas preventivas.

Entretanto, o manual de “Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes”⁽²⁾ não prevê a inserção do profissional de enfermagem na equipe técnica do Serviço de Acolhimento Institucional (SAI), deixando sua atuação a cargo do

Programa Saúde da Família e demais instituições de saúde. Diante desta reflexão e entendendo a complexidade do tema, a pesquisa teve como objetivo conhecer o trabalho da enfermeira na atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência inseridas em um serviço de acolhimento institucional, buscando compreender a atuação e relevância desta profissional na equipe.

Método

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo hermenêutico, no qual se utilizou a triangulação das ferramentas metodológicas, de forma a integrar diferentes perspectivas do fenômeno em estudo.⁽⁶⁾ Foi realizado em um SAI, localizado em uma cidade no interior do Estado São Paulo; sem contar com auxílio material ou financeiro, além do apoio institucional.

Os informantes da pesquisa foram os sete profissionais da equipe técnica do SAI que atenderam os seguintes critérios de inclusão: compor a equipe técnica do SAI e aceitar participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: não compor a equipe técnica e negar-se a participar da pesquisa. A equipe técnica era formada por duas assistentes sociais, sendo que uma exercia a função de coordenadora do SAI, uma enfermeira, uma psicóloga, um coordenador pedagógico e dois profissionais de nível médio que exerciam a função de apoio técnico. Os cuidadores por não comporem a equipe técnica contribuíram indiretamente no diário de campo, mas não foram entrevistados.

Os dados foram coletados entre julho e setembro de 2011, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados estruturou-se com a organização de informações do diário de campo, entrevistas semiestruturadas e documentos da instituição fornecidos pelos informantes chaves tais como: documento da história da Instituição desde sua construção, Manual Interno de Normas e Rotinas e Estatuto da Instituição.

O diário de campo foi construído baseado nas vivências da pesquisadora principal durante o acompanhamento das atividades da enfermeira na instituição.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com a equipe técnica do SAI; o anonimato dos entrevistados foi mantido, sendo identificado por números sequenciais de E1 a E7.

Além disso, os registros presentes nos documentos da instituição foram usados para a compreensão do contexto e das transformações sociais.

Os dados foram analisados a luz de referenciais teóricos que possibilitaram a reflexão e discussão sobre o tema. A gama de informações coletadas para a compreensão do contexto e suas peculiaridades apontaram, durante toda a pesquisa, para um complexo cenário determinante na atuação da enfermeira e foram relevantes para alcançar o objetivo do estudo. Desta forma, os dados foram organizados com o intuito de desenhar uma linha de raciocínio que proporcionasse a compreensão não somente do trabalho específico da enfermeira no SAI, mas também a conjuntura em que estava inserida, parcerias e demandas. Assim, foram organizados em quatro categorias: “Contextualizando o Serviço de Acolhimento Institucional”, “Rede interna e externa”, “Características e demandas das crianças do serviço” e “O trabalho da enfermeira em um Serviço de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes”.

Todos os princípios éticos que regem as pesquisas com seres humanos foram observados e respeitados, conforme a Resolução 196/96 sobre pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde vigente à época. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp Parecer nº 480/2011 de 28 de junho de 2011; CAAE: 0410.0.146.146-11.

Resultados e Discussão

Contextualizando o Serviço de Acolhimento Institucional

O Conselho Nacional de Assistência Social apresentou em 11 de novembro de 2009 a Resolução nº 109, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, e aponta que o SAI representa um Serviço Social Especial de Alta Complexidade, cuja função é realizar o acolhimento provisório e excepcional de crianças e adolescentes, respeitando sua identidade, integridade e história de vida e oferecendo condições para o seu pleno desenvolvimento biopsíquico, até que seja possível o retorno à família de origem ou encaminhamento para uma família substituta.⁽⁷⁾

Para atender a estas exigências, o SAI deve ser semelhante a uma residência e destinado ao atendi-

mento de até 20 crianças e adolescentes, com o intuito de manter as crianças com vínculos de parentescos na mesma unidade. Além disso, é indicado que os educadores/cuidadores trabalhem em turnos fixos diários, a fim de garantir a estabilidade das tarefas de rotina diárias e disponibilizar espaço específico para acolhimento imediato e emergencial em período de funcionamento ininterrupto (24 horas), com profissionais preparados e capacitados para o acolhimento enquanto se realiza o diagnóstico detalhado de cada situação para os encaminhamentos necessários.⁽⁷⁾

Dessa forma, no momento da pesquisa, o serviço estava configurado em uma casa com capacidade estimada para 20 crianças e adolescentes na modalidade de Acolhimento Institucional e cinco vagas como referência de crianças de zero a 6 anos e 11 meses, e uma sede administrativa próxima a casa, composta por escritórios, salas de reunião, espaços para realização de oficinas com as crianças e adolescentes, brinquedoteca, almoxarifado e um local para receber as famílias.

A casa possuía cinco quartos e as crianças e adolescentes estavam divididas por grupos de acordo com a faixa etária, mas não separadas fisicamente. O grupo denominado Berçário I ou BI era formado pelas crianças de zero a 2 anos, divididas em dois quartos, totalizando 13 crianças, acompanhadas por quatro educadoras/cuidadoras.

As crianças de 3 a 6 anos e 11 meses compunham o grupo denominado de Berçário II ou BII, totalizando 7 crianças, que dividiam um mesmo quarto e eram acompanhadas por duas educadoras/cuidadoras.

As crianças de 7 a 9 anos eram denominadas de Grupo II ou GII, os pré-adolescentes de 10 a 12 anos eram denominados de Grupo III ou GIII. Os dois grupos compartilhavam os mesmos quartos, sendo um quarto de meninas e outro de meninos. No total, estavam com 7 meninas, e 5 meninos acompanhados por duas educadoras/cuidadoras. O SAI em estudo não abrigava maiores de 12 anos e 11 meses, quando o pré-adolescente completava 13 anos era encaminhado para outro SAI no mesmo município. No momento da pesquisa a casa estava abrigando 3 pré-adolescentes, sendo 2 meninos e 1 menina.

Assim, o total de crianças e adolescentes na instituição no momento da pesquisa era de 32, apresentan-

do um número significativamente acima de sua capacidade e do estipulado pela nova proposta do serviço. A justificativa para isso era que se tratava do único SAI municipal, funcionando como porta de entrada. Conforme depoimento:

"...eu acho que a questão da saúde hoje no abrigo, não só no nosso, mas como em outros abrigos, passa muito pelo espaço físico, pela superlotação, muito mais que no atendimento à rede de saúde (...), eu acho que trabalhar essa questão da importância do espaço físico com relação a sua saúde, eu vejo que chega a ser insalubre..."(E6)

A casa também possuía uma sala onde foi construída outra divisória para reservar um espaço para estudos e leitura; um refeitório, uma cozinha, uma área de lazer em frente à casa e nos fundos, e uma sala administrativa que funcionava como um apêndice da sede, utilizada pela enfermeira e pelo apoio técnico, os demais profissionais que compunham a equipe técnica ficavam na sede administrativa. Ainda que o objetivo fosse deixar a instituição com um aspecto de casa, com menor circulação de funcionários, foi necessário manter esta pequena área administrativa, pois, como já foi dito, o número de crianças e adolescentes era muito alto e cada uma possuía suas demandas e especificidades.

Nessa sala havia um armário, no qual a enfermeira da instituição guardava as medicações, materiais de primeiros socorros e uma pasta individual de cada criança para arquivo do cartão de vacinação, receitas e documentações médicas, resultados de exames e dados das últimas consultas, entre outros documentos referentes aos cuidados e acompanhamentos em serviços de saúde. A sala também possuía uma mesa que era utilizada pelo apoio técnico.

Rede Interna

De acordo com o manual de "Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Criança e Adolescentes"⁽²⁾, a equipe mínima deve ser formada por: um coordenador com formação mínima de nível superior, dois profissionais com formação mínima de nível superior, para compor uma dupla psicossocial, um educador/cuidador com formação mínima de nível médio e um auxiliar de educador/cuidador com formação mínima de nível fundamental para cada dez crianças/adolescentes.

Vale ressaltar que ambas as categorias de educador/cuidador devem ser aumentadas caso haja crianças/adolescentes com necessidades especiais. O serviço contava com uma equipe ampliada em relação ao que é estipulado na legislação, sendo composto por: um chefe de setor, uma psicóloga, uma assistente social, um orientador pedagógico, uma enfermeira, dois profissionais de apoio técnico, oito educadoras/cuidadoras por período, duas cozinheiras por período, serviço de limpeza, lavanderia, segurança e motorista escolar terceirizado, além da presença esporádica de estagiários de diversas formações.

Durante o período de vivência na instituição, foi observado que apesar do número de educadoras/cuidadoras estar adequado para a quantidade prevista de crianças e adolescentes, o quadro apresentava-se insuficiente, pois frequentemente as educadoras/cuidadoras acompanhavam as crianças/adolescentes em diversos serviços da rede, conforme as necessidades, deixando a casa em vários momentos com número reduzido de profissionais.

Contudo, as educadoras/cuidadoras não estavam sozinhas, a presença da equipe técnica no respaldo e atenção às crianças/adolescentes acompanhando-os nas questões de saúde, escolares, no processo jurídico e comunicação com as famílias e a articulação que realizavam com os outros serviços oferecia maior segurança às educadoras/cuidadoras, como observado no relato:

"... eu penso que para o monitor poder exercer seu trabalho de forma mais tranquila ele tem que ter uma retaguarda, ter certeza que se aquela criança tiver alguma intercorrência ou algum problema que ele não saiba como cuidar, ele vai ter toda uma retaguarda da área de saúde pra orientar, pra cuidar, pra atender..."(E2)

A articulação da equipe técnica também possibilitava discutirem e organizarem coletivamente os processos de cuidado de cada criança/adolescente, podendo compartilhar os diferentes pontos de vista, de acordo com os referenciais de cada profissional. Entretanto, grande parte do cuidado era realizada de forma fragmentada, como apontado no relato abaixo:

"...ainda existe um descompasso, a gente não consegue no dia a dia fazer com que todos estejam acompanhando tudo que está acontecendo com aquela criança, está tudo compartimentalizado. Eu acho que a criança tem a perder com tudo isso, muito, infelizmente, né? Mas penso que isso pode melhorar..."(E2)

Rede Externa

Apesar da organização interna entre os profissionais com o objetivo de minimizar os malefícios causados às crianças e adolescentes, a mesma mostrava-se insuficiente diante da complexidade do tema e das peculiaridades de cada criança e adolescente. Assim, o enfrentamento da violência exigia da instituição, parcerias e apoio de outros serviços, instrumentos de governança presentes nas esferas de poder, que possibilitassem vários olhares completando e qualificando a abordagem.

O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, propõe um modelo de rede intra e intersetorial, composta por serviços e programas por ele desenvolvidos, compreendendo a importância do trabalho descentralizado e articulado em rede que busque a horizontalidade do cuidado e atenção às famílias em situação de violência.⁽⁸⁾

Em 2004, o município de Campinas-SP viveu a experiência do projeto “Rotas Recriadas: crianças e adolescentes livres da exploração sexual”, desenvolvido pela organização em rede horizontal dos serviços presentes no município. A meta era transformá-lo em uma Política Pública.⁽⁹⁾ Ainda que durante sua execução o projeto tenha esbarrado em questões organizativas e competitivas, apontando os abismos presentes entre as secretarias e deixando transparecer suas falhas, reconhece-se a relevância e necessidade da atuação multiprofissional conjunta.⁽¹⁰⁾

A rede de atenção à saúde que dava suporte ao serviço era: Centro de Saúde (CS), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Hospital Universitário Estadual, Hospital Municipal, Hospital Universitário Filantrópico, Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE), quatro Institutos de Reabilitação, além da parceria com as instituições de ensino técnico e universitárias, que desenvolviam atividades pontuais.

A existência da rede de serviços de suporte, resguarda no cuidado à saúde da criança e do adolescente foi apontada como fundamental pela enfermeira, assim como por toda a equipe. A segurança de saberem que as crianças tinham prioridade nos atendimentos fazia total diferença na atuação cotidiana da equipe técnica e das educadoras/cuidadoras. Entretanto, não foi observado nenhum cuidado ou

suporte psicossocial, atividades de educação permanente e espaços de reflexão e supervisão no processo de trabalho da equipe.

Características e demandas das crianças e adolescentes do serviço

Ainda que se reconheça que a violência contra as crianças e adolescentes não esteja restrita apenas às classes mais pobres, observa-se que estas estão mais vulneráveis e sujeitas a sofrerem privações que comprometam seu crescimento e desenvolvimento.⁽¹¹⁾ As crianças e adolescentes acolhidos na instituição estudada eram predominantemente da cor negra e provenientes de famílias de baixa renda com histórico de uso e venda de drogas lícitas e ilícitas.

Embora a institucionalização seja, a princípio, uma medida transitória e provisória, ela representa mais um fator estressante na vida da criança e do adolescente e um período em que os traumas podem tomar dimensões maiores, deixando marcas irreparáveis.⁽¹²⁾ Assim, a opção pela institucionalização deve ser avaliada com cautela, e o SAI deve estar preparado e seguramente qualificado para trabalhar não somente com a vítima, mas também com sua família e possível agressor, buscando as condições para a desinstitucionalização.⁽¹³⁾

Dessa forma, é importante conhecer quem são as crianças e adolescentes da instituição, suas histórias de vida, sua singularidade e individualidade, buscar compreender o que significa para elas estarem abrigadas, seus medos e esperanças, para assim, poder prestar um cuidado diferenciado que dê continuidade ao seu desenvolvimento de forma positiva, tornando o período de institucionalização menos traumático.⁽¹⁴⁾

Não foi realizado um levantamento estatístico das necessidades, doenças e/ou condição de saúde das crianças e adolescentes acolhidos, mas, na observação participante, documentada em diário de campo, foi possível registrar suas características e principais demandas. Durante o período da coleta de dados o serviço estava com 32 crianças, sendo 13 com menos de 3 anos e, destas, 2 apresentavam limitações motoras, o que exigia das educadoras/cuidadoras maior dedicação com a estimulação do desenvolvimento.

Além disso, as crianças do BI eram, em sua maioria, pré-termos, com históricos de internação por complicações respiratórias; filhos de mães usuárias de drogas durante a gestação e com histórico de pré-natal inadequado. Frágeis, inseguros, desprovidos dos cuidados maternos, se é que estes lhes foram apresentados algum dia. Necessitavam dividir a atenção das escassas educadoras/cuidadoras com outras crianças, que, apesar de não serem do mesmo núcleo familiar, compartilhavam o mesmo teto. Esta percepção estava presente entre a equipe, como no relato a seguir:

“...primeiro que as nossas crianças chegam num estado, muitas vezes, bastante complicado né? (...) com relação à saúde por conta da negligência, por conta do abandono, né...? éh... por falta de cuidados, né...? muitas vezes desnutridas, machucadas é...”(E7)

Quanto às crianças e adolescentes do GII e GIII, estas apresentavam baixo rendimento escolar, problemas de convívio social, além de crescimento e desenvolvimento incompatíveis com a idade. Em sua maioria, expressavam marcas de suas histórias e comportamentos agressivos agindo, muitas vezes, de forma violenta, como lhes foi ensinado.

É importante ressaltar que, dentro do grupo havia crianças em acompanhamento na APAE, no Centro de Reabilitação e, especialmente, no CAPSi, uma vez que crianças que sofrem violência estão mais propensas a desenvolverem distúrbios mentais.⁽¹⁵⁾ A violência experienciada exige da criança uma carga emocional a qual ela não está preparada para administrar, que pode repercutir em comportamentos depressivos e agressivos.⁽¹⁶⁾

Foi observado que, apesar das crianças e adolescentes serem acompanhadas pelo CAPSi e terem prioridade no atendimento de saúde mental, este acompanhamento era bastante limitado por inúmeros motivos, como por exemplo, a falta de educadora/cuidadora para acompanhar a criança no CAPSi, a sobreposição das agendas da enfermeira, psicóloga, assistente social e pedagogo diante da imprevisibilidade da demanda, impossibilitando-as de dispendem maior tempo para cada criança e adolescente, e a própria sobreposição da agenda da criança e adolescente que tinha que se dividir entre as atividades escolares, lazer, acompanhamentos clínicos, entrevista com o juiz e visita de familiares.

O trabalho da enfermeira em um Serviço de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes

As orientações técnicas para serviços de acolhimento para criança e adolescentes⁽²⁾ não menciona a necessidade de um profissional de enfermagem para compor a equipe técnica, entretanto foi observado durante a coleta de dados o papel fundamental da enfermeira na equipe.

Sempre que chegava uma criança/adolescente nova à instituição, a equipe realizava uma busca por informações referentes à sua história de vida e a enfermeira a encaminhava para uma primeira consulta no Centro de Saúde (CS) de referência do SAI, para avaliação clínica. Além disso, a enfermeira, juntamente com a psicóloga e assistente social, buscavam outras informações relacionadas à saúde da criança e adolescente no CS que, a princípio, era sua referência.

Cabia à enfermeira o contato com os serviços de saúde de referência, o controle da agenda das consultas e, consequentemente, a rotina de cada criança e adolescente. Diariamente, ela verificava quais crianças e adolescentes tinham consultas agendadas e o apoiador técnico organizava quais as educadoras/cuidadoras iria acompanhá-las nas consultas. Ainda que o SAI possuísse uma enfermeira com dedicação exclusiva, o cuidado com a saúde das crianças e adolescentes era de responsabilidade de todos, e a enfermeira tinha o papel de orientar a equipe sobre as especificidades dos cuidados de saúde de cada criança e adolescente.

Dessa forma, após ter sido verificado quais educadoras/cuidadoras iriam acompanhar cada criança e adolescente ao serviço de saúde, a enfermeira passava as orientações necessárias ao acompanhante, para que pudesse transmitir ao profissional de saúde os dados sobre a criança e adolescente e, também, compreender a conduta indicada pelo serviço de saúde, sobretudo, quando a pessoa que acompanhava a criança não era a mesma que cuidava dela na casa.

Além disso, a enfermeira, juntamente com a equipe do CS de referência, desenvolveu um instrumento, o qual poderia ser preenchido por qualquer profissional do SAI, para registrar informações relevantes sobre o comportamento e estado físico da

criança e do adolescente nas últimas 24 horas. Assim, mesmo que a educadora/cuidadora que acompanhava a criança ao serviço de saúde não fosse a mesma que cuidava dela na casa, ela conseguia passar informações do estado geral da criança ou adolescente a equipe de saúde do CS.

Esse impresso ia dentro da pasta de saúde individual que cada criança e adolescente possuía e que era levado junto, sempre que ela fosse a um serviço de saúde. Nesta pasta também havia um impresso que o profissional deveria preencher após atender à criança, contendo os seguintes dados: sinais e sintomas/questões levantadas ao médico, diagnóstico, parecer médico, medicação prescrita, exames solicitados e data da próxima consulta. E um impresso preenchido pelo SAI, com alguns dados sociais da criança, com as seguintes informações: nome, filiação, data de nascimento, residência, data de ingresso, escolaridade, CS de origem, tipo de violência, breve histórico, atendimento atual e atendimento solicitado.

A elaboração dos impressos foi a estratégia que as equipes do SAI e do CS encontraram para facilitar a troca de informações sobre a criança e também para organizar seus dados e histórico. Assim, a enfermeira organizava o cuidado das crianças e adolescentes, mantendo-se próxima desse cuidado ainda que não conseguisse acompanhar todas as crianças e adolescentes nos serviços de saúde.

Esta forma de organizar o cuidado de saúde das crianças e adolescentes é resultado do processo de transformação da gestão do SAI, conforme observado nos documentos institucionais. Os relatos históricos da instituição apontam que a enfermeira realizava o cuidado direto das crianças e adolescentes dentro do próprio serviço, articulando-se de forma limitada com os outros serviços de saúde da rede, reforçando o processo de exclusão social e restringindo a atuação das cuidadoras/educadoras.

Diante da reformulação da concepção do que deve ser um serviço de acolhimento para crianças e adolescentes e a importância do trabalho compartilhado em rede, foi possível mudar as atribuições da enfermeira do SAI, que passou a assumir um papel de gerência e coordenação do cuidado de saúde das crianças e adolescentes e capacitar as cuidadoras/educadoras no cuidado direto e integral, servindo como referência para as crianças e os adolescentes.

Mas, cabe ressaltar que a enfermeira possui outras ferramentas que podem complementar seu trabalho e proporcionar à criança um cuidado diferenciado, como por exemplo, o brinquedo terapêutico, o qual poderia ser utilizado com o objetivo de proporcionar maior entendimento da criança quanto à sua condição de institucionalização, conhecer seus medos, desejos, além de poder auxiliar no preparo do retorno ao lar ou outro encaminhamento.⁽¹⁷⁾

Entretanto, acreditamos que, para que isso fosse possível, seria necessário ampliar o quadro de recursos humanos, favorecendo a organização do processo de trabalho e dando condições para que os profissionais realizassem um cuidado diferenciado, explorando todas as competências que sua formação possibilita.

Dando continuidade à organização da atenção à saúde, a enfermeira também elaborou um modelo de prescrição medicamentosa individual contendo um local para colocar o nome da criança ou adolescente, a medicação, a dose e uma tabela para colocar os dias, os horários, além de um espaço para a educadora/cuidadora checar a medicação administrada, para ser usado sempre que uma criança ou adolescente necessitasse tomar uma medicação, seja casual ou de uso contínuo, como, por exemplo, os psicotrópicos. Assim, enquanto as educadoras/cuidadoras acompanhavam e auxiliavam os tratamentos das crianças e adolescentes, a enfermeira realizava a articulação com os serviços de referência e a aquisição das medicações, tanto as que estão disponíveis na rede, como as medicações de alto custo, que requerem outras documentações e, em alguns casos, até a interferência da Secretaria Estadual de Saúde.

Todas as condutas e encaminhamentos das crianças eram discutidos entre a enfermeira e os profissionais dos serviços da rede. Por meio dessa parceria, a equipe otimizava a realização de exames, agendamento de consultas, procedimentos e laudos médicos e discutia em conjunto, o melhor plano de cuidado para a criança e adolescente. Além disso, o CS de referência do serviço possuía parceria com a Universidade Estadual do município e, parte dos atendimentos era realizada por docentes e estudantes de medicina e/ou enfermagem, o que facilitava a referência e contra referência com os serviços oferecidos de saúde pela instituição de ensino.

A complexidade do tema exige profissionais treinados e uma atenção multiprofissional, o que aponta para a necessidade da enfermeira interagir com outros profissionais, buscando somar forças com o objetivo de oferecer atendimento integral, completo, voltado às necessidades e singularidades de cada criança e adolescente.⁽⁵⁾

Sempre que uma criança ou adolescente necessitava de um serviço especializado como a APAE, os Serviços de Reabilitação, o CAPSi entre outros, a enfermeira estabelecia o primeiro contato, realizava o encaminhamento da criança com a equipe do CS e ia até o serviço para discutir o caso, orientava a educadora/cuidadora sobre o tratamento a ser realizado e acompanhava a evolução do problema, avaliando melhoras e pioras e, sempre que necessário, acompanhava a criança ou adolescente e a educadora/cuidadora às consultas.

Diante disso, é inegável que a presença do profissional de saúde de nível superior na articulação com os outros serviços proporciona a ampliação da qualidade da assistência às crianças e adolescentes. A enfermeira dentro de um SAI não deve se limitar aos cuidados diários, pois precisa buscar parcerias e promover uma atenção especializada envolvendo todos da equipe.⁽¹⁸⁾

Entretanto, os tratamentos de saúde, assim como os outros acompanhamentos que as crianças realizavam durante o período de permanência no SAI, não ficavam restritos à criança/adolescente e à rede de serviços. Sempre que possível a enfermeira e a equipe inseriam a família nesses cuidados e convidavam-na para acompanhar a criança as consultas. Ainda que esta seja uma prática incipiente, não deixava de ser uma estratégia de aproximação das instituições e da criança com a família, o que possibilitava maior compreensão do contexto histórico e da problemática social que resultou na institucionalização.

O período de permanência na instituição é um momento delicado tanto à família como à criança e ao adolescente, assim, é importante à atuação do profissional de saúde na atenção às mesmas. A enfermeira e a equipe possuem o papel fundamental de transmitir segurança e oferecer suporte emocional, mas para isso, é necessário que estes profissionais tenham condições físicas e apoio emocional para a realização desse cuidado.⁽¹⁹⁾

A elaboração do plano de cuidado para cada criança e/ou adolescente e sua família, com o objetivo de auxiliar na condução de seu caso e respaldar as decisões judiciais, era pautado nas documentações e informações levantadas pela equipe multiprofissional e Conselho Tutelar, na busca de informações nos locais de convivência da família e das longas reuniões entre os serviços da rede.

Mas, mesmo que as crianças e adolescentes institucionalizados tenham prioridade de atendimento nos serviços e, ainda que haja uma equipe multiprofissional comprometida e uma satisfatória articulação com os outros serviços, elas são reféns do tempo e dos obstáculos que existem para as tomadas de decisões, o que, muitas vezes, acabam retardando os encaminhamentos judiciais e proporcionando uma estadia longa na instituição, durante uma fase preciosa de seu crescimento e desenvolvimento, o que representa mais uma marca em sua história.

Conclusão

Diante do exposto, discutir o cuidado de saúde de crianças e adolescentes institucionalizados mostra-se uma tarefa delicada, uma vez que significa falar simultaneamente de saúde - que é o pilar da qualidade de vida - voltado para um público infante juvenil - que representa o futuro da sociedade - mas em uma condição inusitada.

Dentro de um olhar metafórico, pode-se comparar o SAI para crianças e adolescentes vítimas de violência a uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI, uma vez que ambos representam instrumentos de alta complexidade para a manutenção da vida, ou seja, são respectivamente, a última medida e o último recurso, utilizados para a retirada dos sujeitos da situação de risco e vulnerabilidade, proporcionando reabilitação para a continuidade da vida.

Inquestionavelmente, a violência e a institucionalização representam um vasto problema social, de altíssima complexidade. São várias as questões envolvidas: as condições da violência sofrida, as diferenças culturais, o afastamento das crianças de seus lares e a consequente exclusão social, as perspectivas questionáveis sobre o desenvolvimento e o futuro de cada criança e adolescente, marcados pelas condições que lhes foram impostas. A institucionalização podendo funcionar, neste caso, como mais uma forma de violência.

Acreditamos que tais condições influenciam no desenvolvimento das crianças e adolescentes, mas não o determinam e que, quando institucionalizados, não estão fadados a uma vida sem grandes expectativas. Isto dependerá de como os equipamentos irão se articular para minimizar os danos.

Para isso, é de fundamental importância saber como a instituição propõe-se a trabalhar com a problemática apresentada e, até que ponto, se reconhece como agente transformador e apoiador na mudança da realidade das crianças e adolescentes institucionalizados. A instituição tem um potencial de ação que não se encerra em si mesma, pois, possui relações de interdependência, uma vez que está inserida em um contexto social de construção de políticas públicas.

Assim, é importante questionar até que ponto os atores envolvidos na construção e elaboração das políticas públicas, bem como os profissionais do SAI reconhecem, de fato, que a instituição tem interesse e poder de contribuir e incentivar para a resiliência das crianças e adolescentes.

O modelo de uma casa menor, com menos crianças, adolescentes e profissionais circulando no ambiente, entre outros fatores apontados anteriormente, demonstra a preocupação em oferecer um acolhimento humanizado e resiliente, entretanto, foi observado na pesquisa, que a equipe mínima proposta pelas orientações técnicas para o SAI é insuficiente para proporcionar um cuidado qualificado atendendo suas especificidades.

Após o período de coleta de dados, constatou-se que a coordenação do cuidado da saúde dos institucionalizados demanda a necessidade de um profissional especializado e exclusivo para essa função, além da presença de profissionais de outras áreas do conhecimento, constituindo uma equipe multiprofissional que atue direta e indiretamente na atenção às crianças e aos adolescentes.

A atuação da enfermeira na articulação com as redes de apoio mostrou-se essencial para oferecer um cuidado diferenciado, integral e individualizado, tanto na articulação com a rede de apoio interna e externa, como com a inserção da família no cuidado da criança. Seu trabalho complementa a equipe multiprofissional e oferece suporte para as decisões judiciais.

Vale ressaltar, que a atenção à violência contra crianças e adolescentes não é responsabilidade somente do SAI. Todos os serviços, tanto de saúde quanto de assistência social tem o papel fundamental na detecção e prevenção de casos suspeitos de violência e reconhecimento de populações em situação de risco e vulnerabilidade. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a reflexão e avaliação dos caminhos percorridos pela institucionalização de crianças e adolescentes.

Referências

1. Rizzini I, Rizzini I. A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: Ed PUC - Rio; São Paulo: Loyola, 2004. 94p.
2. Brasil. Orientações Técnicas: Serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. Brasília, 2009. 120p.
3. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscolo TS, Souza SL, Gomes R. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem, na atenção básica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: 20 nov. 2014];21(Spec):[07 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_22.pdf.
4. Salcedo-Barrientos DM, Gonçalves L, Oliveira Junior M, Egly EY. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. Av. Enferm. 2011; 29(2):353-362.
5. Saraiva RJ, Rosas AMTF, Valente GSC, Viana LO. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. Ciencia y enfermería. 2012; 18(1):17-27.
6. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União de 25 de novembro de 2009. Brasília, 2009. 43p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência - Orientação para Gestores de Profissionais de Saúde. Brasília, 2010. 104p.
9. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Rotas Recriadas: crianças e adolescentes livres da exploração sexual. Cartilha de divulgação. Campinas: Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente. Prefeitura Municipal de Campinas, Laboratório Cisco, 2004a. (mimeogr.).
10. Rimoli J. Direito à Delicadeza: crianças e adolescentes livres da exploração sexual [Tese Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2005. 222p.
11. Silva ERA. O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. IPEA/CONANDA. Brasília, 2004. 416p.
12. Poletto M, Koller SH, Dell'Aglio DD. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. Cien. Saúde Colet. 2009; 14(2):455-466.
13. Oliveira APG, Sapiro CM. Políticas Públicas para Adolescentes em Vulnerabilidade Social: Abrigo e Provisoriamente. Psicol cienc prof. 2007; 27(4):622-635.
14. Gabatz RIB, Neves ET, Beuter M, Podoin SMM. O Significado de cuidado para crianças vítimas de violência intrafamiliar. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2010; 14(1): 135-142.
15. Moffitt TE, Klaus-Grawe. Childhood exposure to violence and lifelong health: clinical intervention science and stress biology research join forces. NIH-PA. Dev Psychopathol. 2013 November; 25 (402):1-28. Doi: 10.1017/S0954579413000801.
16. Avanci J, Assis S, Oliveira R, Pires T. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. Ciên. Saúde Colet. 2009; 14(2):383-394.
17. Giacomello K, Melo LL. Do faz de conta à realidade: compreendendo o brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência por meio do brinquedo terapêutico. Ciên. Saúde Colet. 2011; 16(1):571-1580.

18. Ferriani MGC, Bertolucci AP, Silva MAI. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. Rev Bras Enferm. 2008; 61(3):342-348.
19. Woiski ROS, Rocha DLB. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2010; 14(1):143-150.