

Notificação e capacitação como desafios para a estratégia saúde da família no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes

Notification and training as challenges for the family health strategy in tackling sexual violence against children and adolescents

DOI:10.34117/bjdv7n1-270

Recebimento dos originais: 10/12/2020

Aceitação para publicação: 11/01/2021

Vera Lúcia Mendes Trabbold

Doutora

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva; Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro – Avenida Rui Braga, S/Nº – Vila Mauricéia- Montes Claros, MG, Brasil CEP 39401-089
E-mail vera.trabbold@unimontes.br

Marise Fagundes Silveira

Doutora

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Ciências Exatas; Programa de Pós-Graduação Stritu Sensu em Ciências da Saúde e Cuidados Primários em Saúde; Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro – Avenida Rui Braga, S/Nº – Vila Mauricéia- Montes Claros; MG, Brasil
E-mail ciaestatistica@yahoo.com.br

Cissa Thainá Fonseca Guimarães

Graduada em Engenharia Civil pela Universidade Estadual de Montes Claros, Endereço Rua José Olegário Lacerda, 478, centro;Claro dos Porções , MG, Brasil
E-mail cissatfguimaraes@outlook.com

Maria Ivanilde Pereira Santos

Doutora

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva; Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro – Avenida Rui Braga, S/Nº – Vila Mauricéia- Montes Claros, MG, Brasil
E-mail: ivanildps@yahoo.com.br

RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender como os profissionais que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma cidade de médio porte mineira notificam os casos de crianças e adolescentes em situação de violência sexual e se os profissionais deste serviço são capacitados para esta tarefa. Método: Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com amostra constituída por 151 profissionais de saúde pertencentes a 40 equipes da ESF de uma cidade mineira de médio porte. Foi realizada pesquisa de campo e o instrumento de coleta de dados foi um questionário autoaplicável submetido a estes profissionais. Para análise dos dados utilizou-se o programa SPSS - versão 21 por meio do qual foram realizadas análises descritivas das variáveis por meio de suas distribuições de frequência. Resultados: A inexistência de casos nos territórios,

apontada por mais da metade dos profissionais, pode estar relacionada a uma não notificação ou notificação incorreta, declarada pela maioria dos profissionais. Constatou-se ausência de capacitação para a maioria dos profissionais, os quais deseja recebê-la por não se sentirem preparados para o manejo da violência sexual infantojuvenil, sugerindo a existência de espaços importantes para investimentos em capacitação nos serviços da ESF nesta área.

Palavras-chave: violência sexual, crianças, adolescentes, profissional da saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF)

ABSTRACT

The objective of the study was to understand how the professionals who work in Family Health Strategy (FHS) teams in a medium-sized city in Minas Gerais notify the cases of children and adolescents in situations of sexual violence and whether the professionals in this service are trained for this. assignment. Method: This is a cross-sectional study with a quantitative approach, with a sample consisting of 151 health professionals belonging to 40 FHS teams in a medium-sized mining town. Field research was carried out and the data collection instrument was a self-administered questionnaire submitted to these professionals. For data analysis, the program SPSS - version 21 was used, through which descriptive analyzes of the variables were carried out through their frequency distributions. Results: The lack of cases in the territories, pointed out by more than half of the professionals, may be related to a non-notification or incorrect notification, declared by most professionals. There was a lack of training for most professionals, who want to receive it because they do not feel prepared to handle child and adolescent sexual violence, suggesting the existence of important spaces for investment in training in ESF services in this area.

Keywords: sexual violence, children, adolescents, health professional, Family Health Strategy (FHS)

1 INTRODUÇÃO

A obrigação da família, da sociedade e do Estado de proteger a criança e o adolescente de toda forma de exploração, violência e crueldade está prevista na Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 em 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990). No entanto, a violência sexual é uma das formas de violência que ainda atinge muitas crianças e adolescentes no Brasil e no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que no mundo “uma em cada cinco meninas sofreu abuso sexual durante a infância” e que essa estimativa pode chegar a “uma em cada três” (OMS, 2015, p. 14). No Brasil, os dados do sistema VIVA/Sinam do Ministério da Saúde, do período de 2009 a 2011, apontam Minas Gerais como o quinto estado brasileiro com maior número de notificações, da ordem de 76 por mil habitantes, de violência doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2013).

A alta incidência da violência, tanto em nível nacional quanto mundial, e seu impacto, fizeram com que esta questão se transformasse numa prioridade da saúde pública mundial, e pela sua complexidade envolve a conscientização e a participação efetiva dos profissionais da saúde e de toda a sociedade. Além disso, a violência, pelas graves consequências físicas, emocionais e sociais às vítimas e suas famílias, torna-se mais onerosa para o sistema de saúde do que os procedimentos convencionais (MINAYO, 2010).

O Ministério da Saúde conceitua violência sexual como sendo o envolvimento de crianças e adolescentes em algum ato ou jogo sexual, homo ou heterossexual, para satisfazer sexualmente o agressor. Tais atos se constituem em crime por serem uma prática erótica imposta à criança ou ao adolescente por ameaça, violência física ou indução de sua vontade, produzindo sérios agravos de ordem física, psíquica e social para as vítimas e seus familiares (BRASIL, 2010; Lei 12.015/2009; OMS, 2015).

A notificação da violência sexual constitui uma importante estratégia para o enfrentamento desse problema. Esse dispositivo obriga os profissionais da Educação e da Saúde a realizarem a notificação dos casos suspeitos ou confirmados, com penas previstas para a não comunicação aos órgãos de proteção existentes. Assim, além de dar início a um processo que visa interromper a violência, a notificação dá visibilidade epidemiológica e social ao problema, “subsidiando as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz (BRASIL, 2017, P. 9).

Conforme o Ministério da Saúde, “a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas é uma das ações de vigilância em saúde, sendo um dos passos da linha de cuidado” (BRASIL, 2017, p. 6), e está prevista em normativas do Ministério da Saúde, sendo uma delas a Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001). Tal política prevê a estruturação e a organização da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), para prestação de serviços às vítimas de acidentes e violências, de forma que se possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários do SUS e acolher suas demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atendimento. Dessa forma, o Ministério da Saúde considera que “a rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para identificação, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência”, bem como para orientação de suas famílias [...] (BRASIL, 2010, p. 11).

Desde 2001 o Ministério da Saúde tornou obrigatório o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes, por parte de

todas as instituições de saúde públicas e/ou conveniadas ao SUS em todo o território nacional. Entretanto, somente a partir do ano de 2011, a violência sexual foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional pela Portaria 104 de 25/1/2011), a qual foi revogada pela Portaria 1.272 de 6/6/2014, mantendo-se a obrigatoriedade da notificação. Em 2015, o Ministério da Saúde publicou uma nova versão da ficha de notificação, designada como Ficha de Notificação/Investigação Individual – Violência interpessoal / autoprovocada, e lançou um Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (BRASIL, 2015). Em 2016, a Portaria GM/MS no 204/2016, definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde públicos e privados em todo território nacional, e deu outras providências, entre elas a obrigatoriedade imediata de repasse aos órgãos competentes da notificação em até 24 horas (Brasil, 2016).

Entretanto, além das dificuldades das vítimas e familiares para romperem o silêncio sobre as agressões sexuais sofridas, estudos demonstram a existência de subnotificação da violência sexual no setor de saúde por várias razões, como: o medo dos profissionais sofrerem uma retaliação do agressor, insegurança para a identificação dos casos, ausência de capacitação específica, receio de infringir o sigilo profissional, dentre outros (SALIBA et al., 2007; SCHAEFER, ROSSETTO & KRISTENSEN, 2012), dificultando o desenvolvimento de políticas públicas e a formação de uma rede de proteção.

Tais considerações justificaram a realização da presente pesquisa, que se deu em Montes Claros, cidade de porte médio de Minas Gerais, considerada referência macrorregional de saúde. O objetivo do estudo foi compreender como os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) notificam os casos de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, e se estes profissionais estão capacitados para tal tarefa.

Espera-se que essa pesquisa possa subsidiar o planejamento e a gestão de políticas públicas de saúde voltadas para o enfrentamento da violência sexual infantojuvenil no município.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa, com amostra constituída de profissionais de saúde pertencentes a 40 equipes da ESF, atuando na cidade de Montes Claros (MG), dentre as 78 lá existentes em 2013 (51% de

abrangência). As equipes foram selecionadas por amostragem aleatória simples. Montes Claros é um dos seis maiores municípios de Minas Gerais, em população (conforme censo demográfico de 2010), localizada ao norte do estado, sendo referência macrorregional em saúde (IBGE, 2010).

Foram convidados a participar da pesquisa um profissional por categoria (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e cirurgião-dentista), perfazendo um total de 151 profissionais que efetivamente responderam ao questionário e 23 que não responderam.

O presente estudo enfocou as situações que envolvem violência sexual contra crianças e adolescentes, entendendo-se por crianças, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), sujeitos com até 9 anos incompletos e adolescentes de 10 a 19 anos de idade (BRASIL, 2005). Houve sorteio das equipes a serem pesquisadas, a partir de uma lista fornecida pela Secretaria de Saúde do município. Apresentou-se a pesquisa aos gerentes das unidades de saúde, juntamente com a permissão dada pela Secretaria de Saúde para realização da pesquisa, para a coleta de dados. O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado autoaplicável, que foi submetido a 151 profissionais, contendo informações socioeconômicas dos profissionais e onze questões fechadas, dentre as quais as que abordavam a existência de casos de violência sexual contra criança e adolescentes nos territórios dos profissionais, a aplicação da notificação compulsória e a capacitação recebida para a realização deste serviço. Os questionários, em sua maioria, foram respondidos no momento de sua disponibilização aos profissionais, os quais assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para a participação na pesquisa.

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados e submetidos a tratamento e análise estatística por meio do programa SPSS- versão 21. Foram realizadas análises descritivas das variáveis investigadas por meio de suas distribuições de frequência. Para comparar as categorias dos profissionais quanto à capacitação relacionada à violência sexual contra criança e adolescentes, a existência de casos nos territórios, a aplicação da notificação compulsória e a capacitação para o serviço, foi utilizado o teste qui-quadrado adotando-se nível de significância de 0,05. A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando as normas para pesquisas com seres humanos, e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, sob o Parecer no 890.169 em 27/11/2014.

3 RESULTADOS

Perfil do profissional de saúde que participou do estudo

Do ponto de vista da abrangência do estudo, o mesmo abarcou 51% das equipes da ESF em atuação na cidade no ano de 2013. Dos 151 profissionais que responderam ao

Fonte: Pesquisa de campo/questionário aplicado, 2015

Notas:

questionário, 36 (24%) eram Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 28 (18,5%) Auxiliares de Enfermagem (AE), 28 (18,5%) Enfermeiros (E), 27 (18%) Médicos (M) e 32 (21%) Cirurgiões-Dentistas (CD), conforme Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das Respostas sobre Características dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família-ESFs, Montes Claros – 2015.

Característica	Cargos na ESF*					Total n (%)
	ACS n (%)	AE n (%)	E n (%)	M n (%)	CD n (%)	
Sexo						
Feminino	29 (82,6)	19 (67,9)	23 (82,1)	15 (55,6)	27 (84,4)	113 (74,8)
Masculino	6 (16,7)	8 (28,6)	5 (17,9)	12 (44,4)	5 (15,6)	36 (23,8)
Não relatado	1 (2,8)	1 (3,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2 (1,3)
Idade (anos)						
21 a 28	10 (27,8)	4 (14,3)	16 (57,1)	12 (44,4)	7 (21,9)	49 (32,4)
29 a 33	6 (16,7)	6 (21,4)	8 (28,6)	4 (14,8)	11 (34,4)	35 (23,2)
34 a 39	7 (19,4)	5 (17,9)	2 (7,1)	8 (29,6)	9 (28,1)	31 (20,5)
40 ou mais	12 (33,3)	13 (46,4)	1 (3,6)	2 (7,4)	4 (12,5)	32 (21,2)
Não relatado	1 (2,8)	0(0,0)	1 (3,6)	1 (3,7)	1 (3,1)	4 (2,6)
Escolaridade						
Ensino médio/ superior incompleto	27 (75,00)	19 (67,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	46 (30,5)
Ensino superior	7 (19,4)	7 (25,0)	7 (25,0)	16 (59,3)	5 (15,6)	42 (27,8)
Especialista/ Residência	1 (2,8)	1 (3,6)	20 (71,4)	8 (29,6)	25 (78,1)	55 (36,4)
Mestrado/ doutorado	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,6)	3 (11,1)	2 (6,2)	6 (4,0)
Não relatado	1 (2,8)	1 (3,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2 (1,3)
Tempo de serviço na ESF (anos)						
Menos de 1	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,6)	1 (3,7)	0 (0,0)	2 (1,3)
1 a 2	6 (16,7)	4 (14,3)	12 (42,9)	5 (18,5)	9 (28,1)	36 (23,8)
3 a 6	7 (19,4)	9 (32,1)	7 (25,00)	3 (11,1)	6 (18,7)	32 (21,2)
7 ou mais	16 (44,4)	9 (32,1)	0 (0,0)	7 (25,9)	6 (18,7)	38 (25,2)
Não relatado	7(19,4)	6 (21,4)	8(28,6)	11(40,7)	11(34,4)	43(28,5)

Fonte: Pesquisa de campo/questionário aplicado, 2015

Notas: * ACS = Agente Comunitário de Saúde; AE = Auxiliar de enfermagem. E=Enfermeiro. M=Médico CD=Cirurgião Dentista.

Existência de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes na ESF e sua notificação

Quando perguntados sobre a *existência de casos* de violência sexual contra crianças e adolescentes no território da ESF durante o tempo que nele trabalham, das 178 respostas obtidas, 55,6% delas referiam-se a “nunca terem tido um caso de violência sexual em seu território”. Dentre essas, por categoria profissional temos que os ACS

representaram 62,2%, os AE 51,5%, os E 51,4%, os M 44,4% e os CD 67,6%. Depreende-se então que houve ocorrência de casos nos territórios de 44,4% do total de profissionais.

Com relação aos tipos de violência sexual que *foram notificados* pelas equipes investigadas, dentre as 108 respostas positivas obtidas, 25,9% se referiram a toques e carícias libidinosas; 19,4% sobre relações com penetração (genital, anal ou digital); 11,1% sobre dar presentes ou fazer promessas em troca de contato sexual, 11,1% casos de *voyeurismo* ou exibicionismo do agressor, 11,1% de casos de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, 9,3% de casos de adolescentes apenas em situação de exploração sexual comercial; 6,5% envolvendo sexo oral e 5,6% de exposição a material pornográfico.

Foram também apresentadas seis possibilidades de condutas relacionadas à notificação obrigatória nos casos de violência sexual contra crianças ou adolescentes para que os profissionais assinalassem aquelas que representassem suas condutas. Constatou-se que das 153 respostas dadas pelos profissionais, 37,3% se referiam a notificar sempre na confirmação ou suspeita dos casos de violência sexual contra crianças ou adolescentes; 24,8% de não notificação, mas de repasse dos casos para outros órgãos; 17,6% de não notificação por não saber como fazê-lo; 13,7% de notificação apenas na confirmação de casos; 5,9% de não notificação por receio das consequências (retaliação pelo agressor, ser chamado para depor, etc.) e 0,7% das respostas se referiam a não notificação por ter outras atividades mais importantes a fazer (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de respostas quanto à notificação obrigatória da violência sexual contra criança/adolescente pelos profissionais das equipes da ESF (MG), 2015.

Notificação **	Cargo do profissional na ESF					Total n (%)
	ACS* n (%)	AE * n (%)	E* n (%)	M* n (%)	CD* n(%)	
Não notifico, mas repasso os casos para outro órgão.	14(35,9)	13(44,8)	1 (3,6)	4 (14,8)	6 (20,0)	38(24,8)
Não notifico, tenho receio de me envolver pelas consequências que podem trazer a mim como profissional (sofrer retaliação pelo agressor, ser chamado para depor, etc.)	6 (15,4)	1 (3,4)	2 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (5,9)
Não notifico, porque não sei como fazê-lo.	7 (17,9)	8 (27,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	12(40,0)	27(17,6)
Não notifico, porque tenho atividades/ atendimentos mais importantes para fazer.	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)
Notifico sempre quando confirmo um caso de violência sexual contra crianças/ adolescentes.	4 (10,3)	4 (13,8)	7 (25,0)	2 (7,4)	4 (13,3)	21(13,7)
Notifico sempre quando confirmo ou suspeito de um caso de violência sexual contra crianças/ adolescentes.	7 (17,9)	3 (10,3)	18(64,3)	21(77,8)	8 (26,7)	57(37,3)

Fonte: Pesquisa de campo/questionário aplicado, 2015

Notas: *ACS = Agente Comunitário de Saúde; AE = Auxiliar de enfermagem. E=Enfermeiro. M=Médico CD=Cirurgião Dentista.

** Permitido assinalar mais de uma alternativa n=153

Fonte de aquisição de conhecimento dos profissionais da ESF e capacitação

No tocante à forma de aquisição de conhecimentos sobre a questão da violência sexual envolvendo crianças e adolescentes, dentre as 292 respostas dadas pelos profissionais que atuam nas ESF tem-se que: 32,2% informaram ter adquirido conhecimento a este respeito através de “leituras”; 30,1% por meio de televisão; 17,5 através de palestras; 10,9% através de cursos; 5,5 através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e 3,8% referiram-se a outros meios.

Em relação à capacitação dos profissionais da ESF pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sobre violência sexual contra crianças ou adolescentes, apenas 22,5% do total de 151 profissionais declarou ter participado de uma capacitação ministrada pela SMS do município. Sendo que, por categoria profissional de ambos os sexos, tem-se que 33,3% dentre os profissionais ACS; 35,7% dentre os AE; 32,1% dentre os E; 3,7% dentre os M e 6,3% dentre os CD (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de respostas sobre capacitação dos profissionais para a questão da violência sexual contra crianças/adolescentes, dadas pelos profissionais das equipes da ESF (MG), 2015.

Formas de capacitação sobre Violência com crianças/adolescentes	Cargo do profissional na ESF n (%)					Total n (%)
	ACS* n (%)	AE* n (%)	E* n (%)	M* n (%)	CD* n (%)	
Participou de capacitação pela Secretaria de Saúde do município **	12 (33,3)	10 (35,7)	9 (32,1)	1 (3,7)	2 (6,3)	34 (22,5)
Se fosse convidado para fazer uma capacitação***						
Difícilmente faria por falta de tempo.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,2)	2 (1,35)
Não preciso, pois tenho informações necessárias.	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	2 (7,7)	0 (0,0)	3 (2,0)
Faria, pois não tenho informações adequadas para esse atendimento.	23 (65,7)	18 (60,0)	17 (68,0)	13 (50,0)	19 (59,4)	90 (60,8)
Faria só se fosse dispensado do serviço para ir.	10 (28,6)	11 (36,7)	7 (28,0)	9 (34,6)	10 (31,2)	47 (31,8)
Não faria, pois não é minha função ou responsabilidade.	2 (5,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	2 (7,7)	1 (3,1)	6 (4,05)
Melhor forma de se ministrar uma capacitação****						
Uma palestra	13 (28,9)	10 (28,6)	9 (30,0)	7 (25,0)	4 (12,1)	43 (25,1)
Um breve curso	11 (24,4)	7 (20,0)	4 (13,3)	10 (35,7)	6 (18,2)	38 (22,2)
Dividida em módulos mensais	8 (17,8)	8 (22,8)	4 (13,3)	4 (14,3)	8 (24,2)	32 (18,7)
Na forma de "construção de caso clínico"	12 (26,6)	10 (28,6)	12 (40,0)	6 (21,4)	14 (42,4)	54 (31,6)
Outro	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (3,6)	1 (3,0)	4 (2,3)

Fonte: Pesquisa de campo/questionário aplicado, 2015

Notas: * ACS = Agente Comunitário de Saúde; AE = Auxiliar de enfermagem. E=Enfermeiro. M=Médico CD=Cirurgião Dentista.

** Permitido assinalar mais de uma alternativa n=151 profissionais

*** Permitido assinalar mais de uma alternativa n= 148 respostas

**** Permitido assinalar mais de uma alternativa n= 171 respostas

Na questão referente aos profissionais serem convidados a fazer uma capacitação, dentre as 148 respostas obtidas, 60,8% delas correspondia à alternativa de que fariam por não terem informações adequadas para esse atendimento; 31,8% se referiam a fazer a capacitação se fossem dispensados do serviço para tal; 4,0% informaram não fariam por não ser sua responsabilidade ou função; 2,0% não fariam por já possuírem informações necessárias e 1,4% informaram que dificilmente fariam por falta de tempo (Tabela 3).

Sobre a melhor forma de se ministrar uma capacitação sobre o tema, das 171 respostas obtidas, 31,6% delas se referiam à forma de “construção de casos clínicos”, forma essa especificada no questionário aplicado como o acionamento de profissionais de referência que iriam até a unidade de saúde para discutir os encaminhamentos do caso com toda equipe multidisciplinar da ESF; outras 25,1% apontavam uma palestra como a melhor alternativa; 22,2% sugeriram um breve curso; 18,7% sugeriram cursos em módulos mensais e 2,3% outras formas. Sendo que, por categoria profissional de ambos os sexos, predominou o meio de palestra por 28,9% profissionais ACS e para 28,6% dos AE; a forma de “construção de caso clínico” predominou para 40% dos E e para 42,2% dos CD; e, a forma de um breve curso para 35,7% dos M. (Tabela 3).

4 DISCUSSÃO

Perfil do profissional da ESF

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) assegura que historicamente a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, havendo um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e da coletividade, inclui-se aqui a Atenção Primária em Saúde (APS).

A reorganização dos serviços de APS no Brasil, proposta pelo Ministério da Saúde desde 1994, se faz através da crescente implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), operacionalizando-se por meio da atuação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas são compostas, no mínimo, por um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, para uma área com um máximo de 3.000 pessoas. Pode-se acrescentar a essa equipe os cirurgiões-dentistas generalistas ou especialistas e o auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 1997). Por essa razão,

a amostra do presente estudo foi composta pelos profissionais Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos e Cirurgiões-Dentistas, presentes em 2013 nas equipes da ESF atuantes na cidade pesquisada.

Nesta pesquisa, observou-se que o perfil dos profissionais que trabalhavam nas 40 equipes da ESF abordadas era composto por 32% de jovens entre 21 a 28 anos de idade, faixa essa predominante entre os médicos (44%) e enfermeiros (57%). Na distribuição dos profissionais por sexo predominou o sexo feminino (75%). Corrobora esta informação outros estudos que apontam predominância do sexo feminino nas UBS, chegando a representar 79,4% do contingente de profissionais (MARSIGLIA, 2011) e 57% entre os profissionais da ESF de alguns municípios (COTTA et alli., 2006).

Esses dados, colhidos no último trimestre de 2014, apontam para um significativo contingente de profissionais cada vez mais jovens atuando nas equipes da ESF, o que diverge um pouco dos achados, no mesmo município, de GONÇALVES et al. (2014), os quais encontraram como faixa etária predominante, profissionais entre 27 a 31 anos de idade, em coleta realizada entre 2010 e 2011 em 20 equipes da ESF, evidenciando que, ao longo do tempo, tem havido uma mudança no perfil dos profissionais que atuam na saúde neste município.

Em relação ao nível de escolaridade predominou entre os profissionais médicos que atuam na ESF apenas a graduação e entre os enfermeiros e os cirurgiões dentistas o nível de especialização ou residência. No nível técnico da Saúde (ACS e AE) predominou o ensino médio ou superior incompleto. No entanto, o nível de qualificação entre os profissionais da ESF varia conforme a realidade estudada, como no município de Teixeira (MG), no qual 75% dos médicos têm alguma especialidade na área de concentração em saúde pública, a residência foi realizada por 50% dos médicos que atuam neste programa naquele município e 33% dos enfermeiros já cursaram algum tipo de especialização (COTTA et ali, 2006).

Ocorrência de violência sexual nos territórios

Sobre a ocorrência de casos de violência sexual no âmbito da ESF, é importante enfatizar que o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) entende que a Atenção Primária à Saúde (APS), representada pelas equipes da ESF, é um importante campo para o primeiro atendimento nos casos de violência sexual. Isso se deve ao fato da APS ter como principais objetivos justamente a prevenção e promoção da saúde, a atenção integral. Neste sentido, as visitas realizadas pelas equipes da ESF nos seus territórios de

abrangência e os próprios procedimentos demandados pelos usuários às equipes (consultas, procedimentos, atendimentos odontológicos) podem possibilitar a suspeita ou constatação de casos de violência sexual. Para isso, as equipes da ESF precisam estar preparadas, através de uma “escuta sensível” e um “olhar ampliado”, que vá além dos sintomas ou marcas visíveis que a vítima possa apresentar, já que muitos dos sinais de violência nem sempre são evidentes, podendo aparecer apenas no relato das vítimas ou de algum informante (SCHAEFER, ROSSETTO & KRISTENSEN, 2012). No entanto, no presente estudo prevaleceu o achado de que das 178 respostas dadas pelos profissionais, 55,6% delas se referiram a “nunca ter havido um caso de violência sexual envolvendo crianças e adolescentes em seu território”, dado corroborado pelo estudo de Moreira et al. (2013) para três municípios do estado do Ceará, no qual 62,8% dos profissionais negavam a ocorrência deles. Tais dados podem estar refletindo uma baixa identificação dos casos existentes de crianças e adolescentes em situação de violência sexual pelos profissionais pesquisados.

Os profissionais que admitiram a ocorrência de violência sexual em seus territórios da ESF (44,4%) e, portanto, a identificaram, indicaram como tipos predominantes os toques e carícias libidinosas (25,9%) e as relações com penetração genital, anal ou digital (19,4%).

Os dados publicados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sobre o estupro no Brasil estimam que “a cada ano 0,26% da população brasileira sofre violência sexual, indicando haver anualmente 527.000 tentativas ou casos de estupros consumados no país, dos quais apenas 10% são reportados à polícia” (IPEA, 2014, p. 6). O mesmo órgão realizou um importante estudo com 12.087 notificações compulsórias de casos de estupro ocorridos em 2011 no Brasil (equivalendo a cerca de 23% do total registrado na polícia em 2012), registrados no Sistema Sinam, do Ministério da Saúde, coletados através da análise da Ficha de Notificação/Investigação Individual preenchida nas unidades do SUS. O estudo do IPEA revelou que 88,5% das vítimas eram do sexo feminino, mais da metade delas tinha menos de 13 anos de idade e que 70% dos estupros vitimaram crianças e adolescentes. (IPEA, 2014, p.7).

Entre as ocorrências admitidas pelos profissionais na presente pesquisa aparecem em menor porcentagem os casos envolvendo dar presentes ou fazer promessas em troca de contatos sexuais, *voyeurismo* e exibicionismo, exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, exploração sexual comercial apenas de adolescentes, sexo oral e exposição a materiais pornográficos.

Em relação aos casos que envolvem promessas e presentes em troca de contatos sexuais, esse dado confirma que a violência sexual ocorre também por indução da vontade de crianças e adolescentes, sem agressão ou violência física por parte do agressor (BRASIL, 2010). Demonstra ainda que ela pode ocorrer sem contato físico com a criança ou adolescente, como no caso dos atos de *voyeurismo*, exibicionismo e exposição à materiais pornográficos. Talvez isso se deva ao fato de serem mais usuais na vida cotidiana tais atos, e por isso são tomados como “inócuos” e naturalizados. Além disso, a violência sexual pode ter seu início de forma sutil, com atos ou situações que estimulem sexualmente a criança e o adolescente, numa progressão para contatos mais íntimos (HABIGZANG, KOLLER & MACHADO, 2005). Todavia, estudos mostram que são imprevisíveis os impactos psíquicos advindos de quaisquer uma das formas consideradas como violência sexual para a criança ou adolescente (BOUHET, PÉRARD & ZORMAN, 1997).

Quanto aos casos de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes nota-se que eles foram apontados em maior ocorrência quando envolviam ambos, crianças e adolescentes (11,1%), em relação a sua ocorrência apenas com adolescentes (9,3%). Tais dados confirmam os estudos de Trabbold et al (2016) que apontam possíveis atitudes de omissão de alguns profissionais de saúde diante da questão, bem como dificuldade de manejo e intervenção das equipes nesses casos. Cabe frisar, no que concerne à forma de exploração sexual comercial envolvendo especificamente adolescentes, há um menor reconhecimento social de violência, ou seja, há uma menor compaixão pelos adolescentes, sendo-lhes “emprestadas intenções ou uma maturidade que não possuem, particularmente nas situações em que a sexualidade está em jogo”, como aponta Alvin (1997, p.72).

O Brasil não tem dados globais sobre a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, contudo uma visão da gravidade do fato presente em nosso país pode ser deduzida através dos dados publicados sobre o mapeamento de pontos vulneráveis para exploração sexual de crianças e adolescentes nas Rodovias Federais, realizado pela Polícia Rodoviária Federal em 2013-2014. Este mapeamento identificou 1.969 pontos vulneráveis em rodovias federais de todo o Brasil, dos quais 29% são considerados pontos críticos, por terem como características condições favoráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes (CHILDHOOD BRASIL, 2018).

No tocante à exposição de crianças e adolescentes a material pornográfico, é um crime previsto na Lei 11.829/2008, que alterou a redação dos artigos 240 e 241 no

Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), criando novos tipos penais. Dentre eles o artigo 241-D, explicita punição para quem “aliciar, instigar, assediar ou constranger, por qualquer meio de comunicação, criança, com o fim de com ela praticar ato libidinoso”. No entanto, observa-se uma lacuna nesse artigo da lei, uma vez que o adolescente não é contemplado por ele, apenas a criança (pessoa com até 12 anos incompleto), fato este que desconsidera serem os adolescentes os mais expostos a esse tipo de aliciamento ou assédio, seja ou não mediado por meio virtual.

Notificação dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes

Para que seja acionada a rede de proteção para as crianças e adolescentes em situação de violência sexual, o primeiro passo é a revelação pela vítima da violência que a tem sofrido ou a sofreu, a alguém de sua confiança, como a uma pessoa responsável pelo seu cuidado ou a um profissional (SANTOS, DELL AGLIO, 2011; 2013). Tal informação pode continuar em segredo ou pode se tornar pública através da notificação do fato, ou seja, através de uma comunicação oficial do fato a uma autoridade competente. O Ministério da Saúde em sua norma técnica enfatiza que tanto nos casos suspeitos como nos confirmados de violência sexual contra crianças e adolescentes, “[...] independente do tipo ou natureza da violência cometida, a notificação é obrigatória e o profissional de saúde que não o fizer estará cometendo negligência no atendimento [...]” (BRASIL, 2012, p. 27). A Portaria 1.271/2014 do Ministério da Saúde enfatiza que a notificação é obrigatória também para os responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, aos responsáveis por estabelecimentos públicos e privados educacionais, ou a qualquer cidadão que recorra a uma autoridade de saúde para fazê-la. Essa notificação deve ser realizada em até 24 horas do atendimento da violência (BRASIL, 2014).

Essa obrigação consta também como dever nos Códigos de Ética de algumas profissões, os quais estabelecem a responsabilidade dos profissionais na promoção da saúde, como respeito aos direitos humanos, prevendo “sanções de natureza jurídica e ético-disciplinar” para o seu descumprimento (MOREIRA et al., 2013, p. 1884).

Dada à importância deste procedimento de notificação, o Ministério da Saúde lançou um documento em 2017 com orientações sobre a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. O documento enfatiza que a notificação é uma dimensão da Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência, prevendo “o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das

ações de vigilância, prevenção de violências e promoção da saúde e da cultura da paz” (BRASIL, 2017, p. 7). Recomenda que o profissional que fez o atendimento também faça a notificação, mas fica a critério do serviço de saúde definir quem da equipe fará a notificação. Orienta ainda que, para proteção dos profissionais que farão a notificação, seja feita uma cópia da notificação em “informe sintético”, que não identifique o profissional ou serviço que notificou, com vistas às comunicações exigidas por lei (BRASIL, 2017, p.11).

No entanto, o presente estudo indicou que das 153 respostas dadas pelos respondentes sobre a notificação, apenas 37,3% delas se referiam a notificar nos casos suspeitos ou confirmados, como previsto em lei. Por outro lado, 62,7% das respostas ou indicam que uma grande parte dos profissionais não notifica estes casos, ou o faz de forma incorreta: seja por repasse dos casos sem notificar a outros órgãos, por desconhecimento de como fazer a notificação, ou ainda por notificarem apenas na confirmação de violência sexual (e não nos casos de suspeita).

A baixa notificação realizada nos casos de violência contra crianças e adolescentes nas equipes da ESF se confirma em outros estudos, como o de Arruda da Silva et al. (2016), o qual conclui não estar incorporada na rotina dos profissionais do setor saúde essa prática. A subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica à Saúde é uma constatação na realidade brasileira, conforme Assis *et al.* (2012). Existem também estudos internacionais sobre essa lacuna, inclusive em países desenvolvidos que dispõem de um sistema de apoio e proteção mais consolidado (BEM NATAN *et al.*, 2012; WEKERLE, 2013).

Em relação ao desconhecimento dos profissionais da ESF sobre como fazer a notificação de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, outros estudos também chegam a resultados semelhantes, sendo que muitos são os fatores que contribuem para a não notificação dos casos. Estudo realizado sobre a subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica à Saúde apontam que “o fato de ter menos de cinco anos de trabalho na ESF aumentou 1,62 vezes a chance de o profissional não notificar as situações de maus-tratos”; “não conhecer a ficha de notificação e não ter a ficha na unidade de saúde elevou mais que o dobro a chance da subnotificação”; “não confiar nos órgãos de proteção aumentou 1,57 vezes a possibilidade de não ser efetivado o ato notificador”; “não saber para onde encaminhar os casos elevou quase o triplo a chance da não notificação”. “Ter medo de envolvimento legal aumentou 2,15 vezes a chance da subnotificação” destes casos (ROLIM et al., 2014, p, 799).

Capacitação dos profissionais para além da notificação

Para realizar uma notificação de forma adequada os profissionais precisam ser capacitados. Entretanto, este estudo revela que apenas 22% dos profissionais que atuavam na ESF informaram terem sido capacitados para identificação, acompanhamento e encaminhamento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, apesar da capacitação estar contemplada na “Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências” (BRASIL, 2001, p. 18). Nesta pesquisa, constatou-se que a existência de capacitação predominou entre os profissionais ACS (33,3%), AE (36%) e E (32%). Em minoria, em relação à capacitação, aparecem os profissionais M (4%) e os CD (6%).

Possivelmente, a não capacitação de grande parte dos profissionais do presente estudo se deva ao fato de que, dentre os que declararam o tempo de serviço, somente 25% possuíam 7 anos ou mais de trabalho na ESF. Ou seja, a entrada de novos profissionais nas equipes e a reciclagem dos que lá estão há mais tempo sem capacitação são dados que demandam a realização de capacitações mais frequentes sobre violência sexual. Assim, a necessidade de capacitação permanente, “com atualizações sistemáticas a respeito do que se tem produzido em termos de conhecimento nessa temática e dos novos avanços em termos de políticas sociais”, se faz necessária para que os profissionais sejam qualificados e não se sintam desamparados (SANTOS & DELLÁGLIO, 2010, p. 334).

É importante ressaltar também, como propõe o Ministério da Saúde, que a capacitação dos profissionais de saúde deve ir além do preenchimento de uma ficha de notificação. Ela deve “sensibilizar e capacitar todos os profissionais, mesmo os que não atuam diretamente com a pessoa agredida, quanto à importância do sigilo, acolhimento e encaminhamento adequados” (BRASIL, 2012, p. 30). Entende-se por acolhimento das vítimas e seus familiares “o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos (as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência”, envolvendo “um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livre de quaisquer julgamentos morais” (BRASIL, 2012, p.21). Enfatiza ainda que “a equipe de saúde deve apoiar pessoas e famílias no reconhecimento do problema da violência, propiciando espaços de escuta nas unidades de saúde, nas escolas ou na comunidade, com o objetivo de identificar situações de risco e traçar medidas preventivas e de promoção” (BRASIL, 2012, p. 29).

Corroborando com o achado referente à falta de capacitação dos profissionais da ESF, o fato de que as respostas dadas pelos profissionais pesquisados indicarem como

fontes para aquisição de conhecimento sobre violência sexual infantojuvenil as leituras (32%) e a televisão (30%), as quais nem sempre estão embasadas com informações científicas e/ou baseadas em evidências. As palestras, breves cursos e cursos promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde aparecem em proporções menores (17%, 11% e 5% respectivamente) como fontes de conhecimento sobre o assunto. Aqui se confirma a ausência de amparo institucional aos profissionais, fato que contribui para “gastos mais altos com atendimento de saúde”, uma vez que a violência sexual repercute tanto na saúde física, pelo risco de uma gravidez indesejada ou uma Doença Sexualmente Transmissível; como na saúde mental, com quadros de ansiedade, depressão ou distúrbios psicossomáticos, entre outros (BRASIL, 2012, p.14).

Em relação às formas de capacitação que gostariam de receber, os profissionais que participaram desta pesquisa indicaram a capacitação sob a forma de “construção de caso clínico” (32%). Salienta-se que na construção do “caso clínico”, diferentemente da “discussão do caso”, parte-se do princípio de que não há “um saber pronto” da equipe ou de determinados profissionais em relação ao caso. Haverá uma discussão do caso, por todos os integrantes da equipe da ESF, levando em conta sua singularidade, contrapondo-se a uma posição positivista e mecanicista de soluções universalizadas (DINARD & ANDRADE, 2005). Na resposta “outros” (2,3%), alguns profissionais escreveram que poderiam ser capacitados por micro área e na educação permanente, forma essa prevista pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p. 21).

Entretanto, se forem somadas as respostas que se referem a palestras (25%) e breve curso (22%) como possibilidade de capacitação, totalizam 47% que pensam assim, podendo-se inferir que a maioria dos profissionais pesquisados, mesmo reconhecendo a falta de conhecimento sobre o tema, preferem uma forma mais breve/superficial, subestimando a complexidade e as especificidades que envolve o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

Com relação à escassez de capacitação para atuar na ESF, outros estudos apontam para esta mesma realidade, denotando que existem espaços importantes de investimento neste quesito nas ESFs brasileiras. Em algumas situações, os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) não receberam qualquer tipo de treinamento ou capacitação para atuar neste serviço detectando violência sexual (COTTA et alli., 2006). O mesmo foi apontando no estudo de Rover et al (2020) em relação aos cirurgiões dentistas, que também fazem parte da equipe da ESF. Já os ACS e os auxiliares de enfermagem foram treinados no próprio PSF (COTTA et alli., 2006).

5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa aponta importantes desafios para a ESF, no que se refere à atenção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

Foi assinalada por mais da metade dos profissionais participantes do estudo (55,6%) a inexistência de casos de violência sexual envolvendo crianças e adolescentes nos territórios. Tais dados possivelmente estão subnotificados uma vez que 62,7% das respostas dos profissionais sobre notificação de violência sexual contra crianças e adolescentes indicam que eles ou não notificam estes casos ou o fazem de forma incorreta.

Uma das possíveis razões para essa subnotificação está relacionada a ausência de capacitação institucional dos profissionais pesquisados, sendo a mesma imprescindível pela entrada de novos profissionais e para reciclagem ou capacitação dos que estão em serviço há mais tempo. Como forma de suprir essa lacuna os profissionais apontaram como suas principais fontes de aquisição de conhecimentos sobre violência sexual as leituras e a televisão, fontes essas que nem sempre estão embasadas com informações científicas e/ou baseadas em evidências, ou ainda não abrangem a complexidade e a profundidade que o tema exige.

A ausência de respaldo institucional para com os profissionais da ESF no que tange à capacitação se reflete no dado de que a maioria dos profissionais estudados aponta não se sentir preparada para o enfrentamento da problemática da violência sexual envolvendo crianças e adolescentes. Entretanto, a maioria deles prefere formas mais “resumidas” de capacitação, como palestras ou breve curso, subestimando assim a complexidade que envolve os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

Conclui-se que, sendo a ESF uma das principais portas de entrada para os casos de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, uma política de capacitação adequada envolvendo sensibilização, conhecimento científico atualizado e instrumentalização das equipes se faz imprescindível e urgente para que os profissionais deste serviço possam atuar com ética, respaldo técnico-científico e com mais segurança, além de garantir uma atenção com maior qualidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à FAPEMIG pela bolsa de Iniciação Científica concedida, e em especial às alunas Layra Christine Almeida Amarante; Isabela Soares Garajau; Lorena Batista e Camila Rodrigues Ribeiro por terem colaborado na coleta de dados.

e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2016 fev 18; Seção 1:23.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 1.271, de 06 de junho de 2014. 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. **Diário Oficial da União** 2014; 07 Jun.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2011 jan 25; Seção 1:37.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.206, Seção 1, p.86, 26, out, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html>. Acesso em: 27 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017. 22 p.: il. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf>. Acesso em: 27 maio 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA/ Instrutivo Notificação de Violencia Interpessoal e Autoprovocada. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/16/instrutivo-ficha-sinan-5-1--vers--o-final-15-01-2016.pdf>>. Acesso em: 22 maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Vigilância em violência domestica, sexual e/ou outras violências: Viva-Sinam. Brasília: **Ministério da Saúde**, v.44, n. 9, 12 p., 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--9---VIVA-SINAN.pdf>>. Acesso em: 5 jun 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf> . Acesso em: 5 jun 2018.

_____. Ministério da Saúde - MS. 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, DF: **Brasília**: 2010. 104, p.: il, Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf> . Acesso em: 5 jun 2018.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes_violências2.htm>. Acesso em: 27 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. **Ministério da Saúde**, 1997. 36p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018. BOUHET B.; PÉRARD D.; ZORMAN M. Da importância dos abusos sexuais na França. In: Gabel M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus; 1997. p. 29-42

CHILDHOOD BRASIL. **Números da Causa**. Disponível em: <<http://www.childhood.org.br/numeros-da-causa>> . Acesso em 27 maio 2018

COTTA, R.M.M. et al . Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006 . Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2018.

DINARD, R.; ANDRADE, R. Discussão x Construção do caso clínico. **Rev. Mental**. Barbacena, n. 4, v. 4, p. 45-58, jun. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000100004> . Acesso em 27 de outubro de 2017.

GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, n. 38, v. 100, 26-34, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0026.pdf>> . Acesso em 27 de outubro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>> . Acesso em: 9 jun. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. (2014). *Nota técnica. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde (versão preliminar)*. Brasília: **IPEA**, 2014. Disponível em: <http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf> . Acesso em: em 27 de outubro de 2017.

HABIGZANG, L. F. et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.21, n. 3, p. 341-348, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000300011&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 05 Jun. 2018.

LUNA, G.L.M.; FERREIRA, R.C.; VIEIRA, L.G.E.S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 481-491, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200025&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 25 Mai 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200025>.

MARSIGLIA, R.M.G. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.900-911, São Paulo: 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400008&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 05 June 2018.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro , v. 11, supl. p. 1259-1267, 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 05 June 2018.

MOREIRA, G. A. R. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, n. 31, v. 2, p.223-230, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200014&lng=pt&tlng=pt> . Acesso em 27 de outubro de 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014*. São Paulo: **Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo**, 2015. Disponível em: < <http://nevusp.org/blog/2015/11/09/relatorio-mundial-sobre-a-prevencao-da-violencia-2014> >. Acesso em: 5 jun 2018.

ROLIM, A . et al. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 794-804, Dec. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400794&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 05 June 2018.

ROVER, A.L.P et al. Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v.6, n. 7, p. 43738-43750 jul. 2020. INSS 2525-8761

SALIBA, O.; GARBIN, A.J.; DOSSI, A.P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Públ.** , n. 41, v. 3, p. 472-7, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021 . Acesso em 27 de outubro de 2017.

SANTOS, S. S.; DELL'AGLIO, D. D. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis , v. 22, n. 2, p. 328-335, Aug. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000200013&lng=en&nrm=iso . Acesso em:05 June 2018.

SANTOS, S.S. dos; DELL'AGLIO, D.D. O processo de revelação do abuso sexual na percepção de mães. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 50-64, abr. 2013 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100004&lng=pt&nrm=iso . acessos em 24 abr. 2018.

SCHAEFER, L. S.; ROSSETTO, S.; KRISTENSEN, C. H.. Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, n. 28, v. 2, p. 227-234, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000200011> . Acesso em 27 de outubro de 2017.

TRABBOLD, V.L.M. et al. Concepções Sobre Adolescentes em Situação De Violência Sexual. **Psicologia & Sociedade**, 28(1), 74-83, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n1/1807-0310-psoc-28-01-00074.pdf> . Acesso em: 22 de janeiro de 2018.

WEKERLE, C. Resilience in the context of child maltreatment: connections to the practice of mandatory reporting. **Child Abuse Negl.**, New York, v. 37, n. 2-3, p. 93-101, fev./mar., 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213412002451>>. Acesso em 5 jun 2018.