

**A percepção dos profissionais da equipe de saúde da família acerca do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência em município do sertão de Alagoas**

**The perception of family health team professionals regarding the care of children and adolescent victims of violence in a municipality in the sertão of Alagoas**

DOI:10.34117/bjdv8n12-085

Recebimento dos originais: 04/11/2022

Aceitação para publicação: 07/12/2022

**Fabiana Torres Valadares**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Tiradentes (UNIT)

Endereço: Av. Comendador Gustavo Paiva, 5017, Cruz das Almas, Maceió - AL,  
CEP: 57038-000

E-mail: fabiana.torres@souunit.com.br

**Kleber Valadares Coelho Junior**

Bacharel em Direito

Instituição: Ministério Público do Estado de Alagoas (MPAL)

Endereço: Rua Dr. Pedro Jorge, R. Jorge de Melo e Silva, 79, Poço, Maceió - AL,  
CEP: 57025-400

E-mail: kleber.valadares@yahoo.com.br

**Wessileany Ferreira Filho**

Graduando em Direito

Instituição: Faculdade Cesmac do Sertão

Endereço: Rua Béliio Montenegro, 285 - 286, Palmeira dos Índios

E-mail: lany-ferreira2016@outlook.com

**Layane Xavier Sales**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Tiradentes (UNIT)

Endereço: Av. Comendador Gustavo Paiva, 5017, Cruz das Almas, Maceió - AL,  
CEP: 57038-000

E-mail: layane.x.sales@gmail.com

**Vera Laura Andrade Bittencourt**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Tiradentes (UNIT)

Endereço: Av. Comendador Gustavo Paiva, 5017, Cruz das Almas, Maceió - AL,  
CEP: 57038-000

E-mail: andradevera231@gmail.com

**Lucas Sachsida Junqueira Carneiro**

Pós-graduado em Direito Constitucional pela Escola de Direito Público e em Gestão Jurídica da Empresa pela Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Instituição: Ministério Público do Estado de Alagoas

Endereço: Rua Dr. Pedro Jorge, R. Jorge de Melo e Silva, 79, Poço, Maceió - AL,  
CEP: 57025-400

E-mail: lucas.carneiro@mpal.mp.br

**Maely Nunes Araújo**

Especializações em RH e Terapia Cognitivo Comportamental

Instituição: Gabinete de Políticas Públicas para Mulheres de Maceió

Endereço: Rua Sá e Albuquerque, 235, Jaraguá, Maceió - Alagoas

E-mail: maelynunes@yahoo.com.br

**Linda Concita Nunes Araújo**

Mestrado em Enfermagem

Instituição: Centro Universitário Tiradentes (UNIT)

Endereço: Av. Comendador Gustavo Paiva, 5017, Cruz das Almas, Maceió - AL,  
CEP: 57038-000

E-mail: lindaconcita@hotmail.com

**RESUMO**

Objetivo: O estudo busca entender a percepção dos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) acerca da violência contra a criança e o adolescente e a forma de atuação na prevenção e combate, bem como as dificuldades enfrentadas. Método: Trata-se de pesquisa qualitativa por meio de entrevista nas USF de Santana do Ipanema-AL com profissionais da saúde, com vínculo de ensino médio e de ensino superior. Resultados: A dificuldade no entendimento das violências sofridas por menores; a forma de identificá-las por meio de visitas domiciliares, consultas, denúncias e a importância dos Agentes Comunitários de Saúde nesse contexto. Foi possível identificar que a principal medida adotada no caso de violência contra criança e adolescente é confirmar e acionar o Conselho Tutelar, mas nota-se o medo de retaliação. Dentre as formas de combate conhecida estão as ações em saúde. Conclusão: O estudo reflete a realidade das USFs que não abordam a temática devido ao despreparo dos profissionais. Estes não têm clara compreensão do tema ou reduzem a importância deste, atrasando notificações. Embora saibam da relevância das ações em saúde e orientações, não há implementação destas na prática da unidade.

**Palavras chaves:** violência, maus-tratos infantis, saúde da criança, saúde do adolescente, atenção primária à saúde.

**ABSTRACT**

Objective: The study seeks to understand the perception of professionals from Family Health Units (FHU) about violence against children and adolescents and the way they act to prevent and combat it, as well as the difficulties they face. Method: This is a qualitative research through interviews in the USF of Santana do Ipanema-AL with health professionals, with high school and higher education bonds. Results: The difficulty in understanding the violence suffered by minors; the way to identify them through home visits, consultations, denunciations and the importance of Community Health Agents in this context. It was possible to identify that the main measure adopted in the case of

violence against children and adolescents is to confirm and call the Guardianship Council, but the fear of retaliation is noted. Among the forms of combat known are health actions. Conclusion: The study reflects the reality of the USFs that do not address the theme due to the lack of preparation of professionals. These professionals do not have a clear understanding of the theme or reduce its importance, delaying notifications. Although they know the relevance of health actions and guidelines, there is no implementation of these in the practice of the unit.

**Keywords:** violence, child maltreatment, child health, adolescent health, primary health care.

## 1 INTRODUÇÃO

A infância e adolescência são consideradas ciclos cruciais no desenvolvimento humano, permeados pelo crescimento em vários âmbitos (físico, comportamental ou cognitivo). Por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Brasil considera criança quem tem até doze anos incompletos, enquanto o adolescente possui de doze anos completos até dezoito anos incompletos (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal (CF/1988) impede que crianças e adolescentes sofram qualquer forma de violência. Para promover tal garantia, no ano de 2014, foi sancionada a Lei 13.010 (*Lei da Palmada*), que proibiu a prática de castigo físico, tratamento cruel ou degradante como forma de disciplina. Tal diploma legal acresceu ao ECA a obrigatoriedade de noticiar ao Conselho Tutelar da localidade todos os casos confirmados e suspeitos referentes às condutas vedadas (BRASIL, 2014; BRASIL, 1990).

A violência contra menores é definida pelo Ministério da Saúde como qualquer ato ou omissão dos pais, familiares, responsáveis, assim como das instituições e da sociedade, que cause danos físico, emocional, sexual e moral às vítimas (BRASIL, 2010).

Apesar das políticas públicas que favorecem o cuidado integral da criança e do adolescente, os índices relacionados aos crimes contra menores ainda são elevados. No relatório de 2019 do Disque Direitos Humanos, foram registradas 86.837 denúncias de violação dos direitos dos menores, constando 33% destas em relação à negligência, 23% quanto à violência psicológica, 21% acerca de violência física e 11% sobre violência sexual. Outro ponto relevante do relatório é o local de ocorrência das violências: 52% dos casos ocorrem na casa da vítima e 20% na residência do próprio suspeito (BRASIL, 2021).

Acerca dos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (ESF), é de responsabilidade de todos a realização da teorização e mapeamento da área de atuação,

identificando as pessoas e famílias vulneráveis. Além disso, todos os profissionais devem realizar atividades no domicílio e nos espaços da comunidade conforme a identificação de necessidade. E mais importante ainda é o dever de todos os integrantes da atenção primária no sentido de promoverem a busca ativa de casos de violência, bem como realizarem a notificação compulsória de doenças e agravos (BRASIL, 2017).

Este estudo tem como objetivo compreender a percepção dos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) acerca da violência contra a criança e adolescente, sua atuação na prevenção e combate, bem como as dificuldades enfrentadas.

## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, realizado nas USF localizadas em Santana do Ipanema-AL. O município faz parte da segunda macroárea de saúde de Alagoas, com quatorze (14) USF, sendo oito (08) na zona urbana e seis (06) na zona rural.

Foram entrevistados dois profissionais de cada unidade, sendo um de ensino médio e outro de nível superior. Como critério de inclusão, foram selecionados os profissionais vinculados à ESF do município selecionado com o tempo mínimo de atuação de três meses. Como critério de exclusão, não foram selecionados os profissionais que no período da coleta de informações estivessem no gozo de férias ou licença médica.

As entrevistas foram aplicadas individualmente, possibilitando ao entrevistado responder livremente todos os quesitos, conforme seus conhecimentos, sem induzi-lo nas respostas, e solicitando melhor explicação do que foi dito quando não restava claro ao entrevistador. Objetivando a valorização de todas as falas e evitar interrupções, foi utilizado um gravador na captação dos áudios. A coleta de informações foi iniciada por meio de um instrumento composto por perguntas para caracterização do sujeito e perguntas norteadoras do estudo.

As perguntas foram: 1 - Quais são os tipos de violência que a criança e o adolescente podem sofrer? 2 - Como, na sua prática profissional, o senhor (a) identifica a violência contra a criança e adolescente? 3 - Qual a conduta que o(a) senhor (a) toma ao identificar um possível caso de violência contra criança e adolescente? 4 - Qual o papel de sua categoria profissional no combate contra violência de crianças e adolescentes?

Quando necessário, foram realizadas perguntas complementares ao final para melhor compreender o contexto local das unidades e como os(as) profissionais entendiam o assunto: se o(a) profissional entendia que a negligência era um tipo de violência. Foi

questionado acerca da existência da gravidez na adolescência, qual idade da mais jovem que engravidou, quais as providências a serem tomadas se a gravidez ocorre em caso de a menor contar com 13 anos.

A análise das informações foi realizada primeiramente pela transcrição dos áudios, com posterior leitura para entender como é a visão de cada profissional acerca da temática. Já no segundo momento, realizou-se leitura das respostas referentes a cada pergunta. Como terceiro passo, procedeu-se à nova leitura de cada resposta grifando aquelas comuns e as afirmações que atraíram destaque. No quarto momento foi realizada comparação entre os excertos destacados. Para finalizar, analisou-se literatura acerca da temática e as assertivas dos entrevistados, o que possibilitou o entendimento sobre as dificuldades dos profissionais.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, vinte e sete (27) profissionais foram considerados elegíveis, dos quais, sete (07) eram Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sete (07) técnicos em enfermagem, oito (08) enfermeiros, três (03) médicos, um (01) psicólogo e um (01) cirurgião dentista. Todos os entrevistados (27) afirmaram nunca terem realizado qualquer curso de capacitação sobre a violência contra crianças e adolescentes.

<b>Categoria Profissional</b>		
Médico	3	23,08%
Enfermeira	8	61,54%
Cirurgião Dentista	1	7,69%
Psicólogo	1	7,69%
<b>Faixa etária</b>		
20 - 29 anos	4	30,77%
30 - 39 anos	6	46,15%
40 - 49 anos	2	15,38%
50 - 59 anos	1	7,69%
60 anos ou mais	0	0,00%
<b>Tempo de atuação profissional</b>		
1 - 3 anos	4	30,77%
4 - 6 anos	2	15,38%
7 - 9 anos	2	15,38%
10 - 14 anos	3	23,08%
15 anos ou mais	2	15,38%
<b>Especialização voltado a APS</b>		
Sim	4	30,77%
Não	9	69,23%

Capacitações sobre violência contra criança e adolescente		
Sim	0	0,00%
Não	13	100,00%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Quando comparados os profissionais de ensino superior em relação aos de ensino médio, foi verificada uma grande diferença no tempo de atuação nas unidades. Quanto àqueles, 30,77% têm entre 1 e 3 anos de atuação e apenas 15,38% têm 15 ou mais anos de atuação na sua USF. Já em relação aos de ensino médio, 21,24% têm entre 1 e 3 anos de atuação e 50% atuam há 15 anos ou mais na sua USF.

Categoria Profissional		
Agente Comunitário de Saúde	7	50,00%
Técnico em Enfermagem	7	50,00%
Faixa etária		
20 - 29 anos	3	21,43%
30 - 39 anos	5	35,71%
40 - 49 anos	6	42,86%
50 - 59 anos	0	0,00%
60 anos ou mais	0	0,00%
Tempo de atuação profissional		
1 - 3 anos	3	21,43%
4 - 6 anos	0	0,00%
7 - 9 anos	4	28,57%
10 - 14 anos	0	0,00%
15 anos ou mais	7	50,00%
Capacitações sobre violência contra criança e adolescente		
Sim	0	0,00%
Não	14	100,00%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

### 3.1 OS TIPOS DE VIOLÊNCIAS SOFRIDOS POR CRIANÇA E ADOLESCENTE SOB A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

É relevante compreender e diferenciar as principais formas de violência para saber reconhecê-las, sob pena de o diagnóstico restar prejudicado. As violências que os profissionais mais citaram eram: a física, psicológica, sexual e domiciliar, além do *bullying*. Recorte:

*“Abuso sexual, violência doméstica, agressão dos pais, bullying inicialmente são essas [...]”* (Entrevistado 05)

*“[...] A sexual seriam olhares, toques, esse tipo de coisa; já a violência psicológica são palavras insanas que não se fala com criança, como chamar uma adolescente de gostosa. Isso é muito vulgar e agressivo, forte, porque ninguém é comestível [...] Bullying na escola pode acontecer e também é muito comum no ambiente familiar [...]”* (Entrevistado 19)

*“Violência doméstica é aquela criança que sofre de violência dentro de casa da mãe, pai, padrasto que batem nessa criança seja verbalmente ou com agressividade causando danos ao corpo [...] Existem os maus tratos também que são crianças pequenas que os pais colocam para trabalhar para ter uma remuneração [...]” (Entrevistado 07)*

A violência física é aquela ação contra menores que provoca uma ofensa à integridade, saúde corporal ou que causa sofrimento físico. Esse tipo de violência tem o fator histórico-cultural muito enraizado nas famílias em que os pais realizam um comportamento agressivo contra os filhos como forma de educação conforme foi vivido por eles próprios durante sua criação (PLATT, GUEDERT, COELHO, 2020). Recorte:

*“A depender, eu não acho que é uma agressão o ensinamento do pai, mas a depender pode ser [...] “Eu não acho que seja uma violência quando o pai ensina e fala: olha se você fizer assim vai levar uma chinelada, você vai apanhar; aí o filho faz então levar uma sentada, um chinelada; e depois fala ‘olha você apanhou por isso’ [...]” (Entrevistado 06).*

Já a violência psicológica pode ser diferenciada de três formas: a primeira ocorre na situação de exposição do menor a crime violento contra um membro de sua família. Essa primeira forma não foi citada pelos entrevistados. A segunda forma de violência psicológica é a alienação parental, enquanto a terceira é o *bullying*, sendo esta uma conduta de discriminação, depreciação e desrespeito que pode comprometer o desenvolvimento psicológico ou emocional (BRASIL, 2017).

Outro ponto de destaque sobre a violência sexual é o fato de que as crianças e adolescentes ainda não têm maturidade emocional para consentir ou não com uma relação sexual. Diante disso, tal tipo de violência pode ser dividido em três formas: violência sexual sem contato físico (ocorrendo pela exposição visual ou verbal a partir de cenas obscenas do próprio corpo ou de materiais pornográficos). Esta foi citada durante a entrevista como exemplo de tipo de negligência. Recorte:

*“Um exemplo é a negligência familiar, eu tive um caso [...] a mãe dele arrumou um boliviano e eles faziam sexo na frente dele, ele tinha 12 anos e eles colocavam vídeos pornográficos e achavam normal assistir com ele os vídeos. Um dia o menino relatou para a professora falando que iria se matar se continuasse assim; a professora falou comigo, eu falei com a equipe e aí nós procuramos a melhor forma de chegar nele porque ele contou para a professora em confissão. Ele não queria que ninguém soubesse. Aí nós fomos chegando neles; o boliviano fugiu e depois a mãe foi morar em Maceió com o menino” (Entrevistado 12).*

A segunda forma de violência sexual é pelo contato físico, o qual ocorre pelo coito, sua tentativa, outro ato libidinoso, ou através da exploração sexual na prostituição

infantil. Essa segunda forma correspondeu aos exemplos mais citados pelos entrevistados.

Recorte:

*“Tinha uma que a mãe colocava a criança para se prostituir, a mãe levava os homens para dentro de casa para ter relações e a mãe recebia dinheiro.” (Entrevistado 1)*

A terceira forma de violência sexual é o contato físico com emprego de violência, como no caso do assassinato, intimidação e ameaça (SEIXAS; DIAS, 2013). Recorte:

*“Já teve caso de violência sexual; essa foi mais fácil. Era uma criança pequena; o ato em si não aconteceu e foi resolvido judicialmente, onde a avó ficou com a guarda da criança. Então esse caso foi mais fácil.” (Entrevistado 12)*

Quando questionados acerca da existência de gravidez em infante com 13 anos ou menos e qual a conduta nestes casos, as respostas eram restritas às ações do pré-natal, não entendendo que esta é uma situação de notificação compulsória (entrevistados 16, 21, 26, e 27). Apenas o entrevistado 23 narrou acreditar na necessidade de notificar quando menor que 14 anos, devido ao seu trabalho no serviço de saúde de média complexidade; mas, salientou que no caso ocorrido na sua unidade não houve notificação. Essa não é uma realidade exclusiva de Santana do Ipanema, pois também foi percebida em Maceió no ano de 2018 pelo Ministério Público Estadual, que implementou o projeto *Abuso sexual: notificar é preciso* objetivando reduzir tais subnotificações por meio de capacitação dos profissionais de saúde e educação acerca de tal necessidade (MP-AL, 2018). Recorte:

*“Sim, acontece muita gravidez de 12 anos para cima, principalmente nesse povoado aqui perto para eles é normal tem muita adolescente grávida. É um local que nos dá muito trabalho, tem mais alcoolismo, mais grávidas, mais drogas, mais tudo [...] O acompanhamento da gente é o pré-natal e depois acompanhar a criança ao nascer [...] Não, não notificamos o Conselho Tutelar porque é comum para a comunidade engravidar assim”. (Entrevistado 21)*

Acerca de tal ponto, o sistema jurídico brasileiro considera estupro de vulnerável a prática de qualquer ato libidinoso com menores de 14 anos, mesmo que haja consentimento (Art. 217-A CP). Portanto, quando uma criança de 13 anos comparece a uma unidade de saúde para realização de pré-natal, mesmo que acompanhada dos pais, responsáveis e/ou parceiro sexual, devem ser notificados os órgãos competentes.



Já em relação à negligência, foi o tipo de violência menos citada, mas, quando questionados acerca da sua existência, os profissionais reconheceram-na como tal, exemplificando com a negligência profissional (entrevistados 03 e 17), a omissão vacinal (entrevistados 18, 06 e 26) e a falta de cuidado com as crianças. Recorte:

*“Sim, é muito comum para quem trabalha na periferia[...] Tem uma família agora que a mãe é usuária de droga e o pai também. Eles saíam e deixavam a criança sozinha. O Conselho Tutelar já interferiu [...]”* (Entrevistado 11)

Tratando-se de violência domiciliar, pode ser qualquer uma das citadas acima quando praticada por uma pessoa que coabita a mesma casa: pais, irmãos, tios, padrastos, entre outros.

Foi percebida ainda durante as entrevistas uma redução da importância dos casos de violência dentro da área de atuação da unidade (Entrevistados 01, 09, 15, 21 e 26). Ao serem questionados sobre o tema, a primeira resposta foi negativa; mas, quando perguntados se o Conselho Tutelar acompanhava alguma criança, a resposta foi afirmativa com a menção a casos de violência. Tal problema pode estar relacionado às diversas terminologias existentes, dentre as quais agressão, violência, maus tratos, exploração entre outros (KNOW VIOLENCE IN CHILDHOOD, 2017). Recorte:

**Entrevistador:** *“Já houve alguma situação de violência contra crianças e adolescentes na unidade?”*

**Entrevistado 09:** *“Aqui no tempo que eu estou não”.*

**Entrevistador:** *“Já houve algum caso de atuação do Conselho Tutelar no território da UBS?”*

**Entrevistado 09:** *“Não, mas vai acompanhar uma criança que é mal cuidada, que acaba sendo uma violência, essa criança está com miíase na cabeça e muito piolho. [...]Hoje ela está internada, mas quando voltar vai ficar acompanhada na unidade e no Conselho Tutelar...”*

Embora não tenha sido citada, é importante ressaltar a violência institucional que é aquela praticada por um agente público revitimizando a vítima. As perguntas que devem ser realizadas são apenas as necessárias, não para sanar meras dúvidas ou por senso de curiosidade, evitando assim o questionamento dos detalhes acerca da violência vivida (BRASIL, 2010; BRASIL 2017).

### 3.2 A IDENTIFICAÇÃO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE

Nesse quesito, foi importante a percepção dos profissionais no consultório e nas visitas domiciliares no sentido de estarem atentos aos sinais físicos e à mudança de

comportamento das crianças e adolescentes (Entrevistados 04, 02, 26), bem como conhecê-los. A mudança de comportamento pode ocorrer de diversas formas: um bebê de colo pode ficar agitado e choroso no colo do agressor; as crianças de forma geral podem ter um retardo do desenvolvimento ou até regressão; os adolescentes podem apresentar problemas como sono, depressão, ansiedade, envolvimento com drogas, entre outros comportamentos (BRASIL, 2010). Recorte:

*“Já tivemos a experiência de identificar uma violência contra uma menina de 11 anos de idade que a mãe não sabia. A criança veio à consulta, toda reclusa e durante a consulta quando citou um certo membro da família o olho dela ficou diferente; então esses pequenos detalhes você consegue identificar [...] é possível identificar as marcas, ver que são maltratadas, mal cuidadas. A depender da criança ela pode começar a chorar só em você ser carinhosa com ela [...] mas temos a dificuldade da distância [...] deles chegarem na unidade. A Secretaria dá tudo: carro, motorista, mas se chover? Se a estrada cortar? Se no meu dia de atendimento aquele paciente vai para a roça?”* (Entrevistado 13)

*“Nós acompanhamos o começo da gravidez e vai por toda a vida, então você conhece a criança por meio do olhar atento; pode perceber que está acontecendo alguma coisa. O adolescente é da mesma forma, já houve inclusive uma adolescente que engravidou e quem descobriu fui eu.”* (Entrevistado 22)

*“[...] a história está mal contada; aí você começa a anamnese com a pessoa que trouxe a criança e suspeita que o que foi dito não é verdade. [...] vai fazer o exame físico, você percebe as lesões que a criança tem: hematoma, contusões, até uma fratura de membro. Você vê que a história não é compatível com o exame. [...] a primeira coisa é suspeitar que essa criança poderia ser vítima de violência, de maus-tratos infantis [...] O adolescente [...] referindo ideias suicidas [...] não tenho motivo para viver, não quero viver mais, meus pais não gostam de mim. Não quero voltar para casa, eu prefiro morar na rua que voltar para casa. Às vezes automutilação [...] Ele também pode chegar com alguma marca no corpo e ele chega referindo que caiu, escorregou ou bateu em algo, mas na verdade foi alguém que bateu”.* (Entrevistado 07)

*“Conversando com a criança é possível perceber que ela vai ficar olhando para o pai ou para mãe na hora de falar; ela vai apresentar algum sinal, mas é difícil perceber. Mas na consulta tem como identificar. A criança é muito espontânea e, quando ela está com medo, ela fica travando, olhando para os pais sem querer falar, pode ser timidez também, então tem que ter cuidado para não confundir.”* (Entrevistado 09)

Os profissionais de unidades volantes citaram a dificuldade de identificação por estarem mais distantes da sua população, os atendimentos serem em datas espaçadas, bem como mencionaram desafios quanto ao deslocamento (devido às intempéries) e à disponibilidade dos usuários em comparecerem na unidade de saúde.

A importância dos ACS foi ressaltada por diversos profissionais (17, 11, 21, 24) devido ao maior contato com a população da sua microárea, incluindo aqueles que

frequentam a unidade de saúde e as famílias atendidas nas visitas domiciliares, as quais são conhecidas pelos ACS. Estes têm um tempo de atuação local mais longo que os demais profissionais, o que leva a um vínculo de confiança. Recorte:

*“O ACS tem uma função importantíssima porque eles estão ali perto, estão na comunidade, dentro das casas das famílias eles vêem tudo. Às vezes eles passam para a gente como é a realidade dessa família”. (Entrevistado 24)*

*“Na própria visita domiciliar, você percebe o comportamento dos pais xingando o filho, falando mal, que é doido, que não presta. Então a psicológica é possível nós presenciarmos e a física por meio de denúncia os vizinhos falam [...]”. (Entrevistado 20)*

É importante ter um momento a sós, durante o atendimento, com os menores que já têm a capacidade de se expressar; tal momento fortalece o vínculo com o profissional promovendo maior acolhimento. Durante essa ocasião, fazem-se perguntas para o reconhecimento de uma situação de risco (BRASIL, 2010). Recorte:

*“[...] No final das consultas, pergunto se tem mais alguma coisa que queira falar? Tem alguma coisa que eu não perguntei? [...] Os agentes de saúde também contam muito, porque eles conhecem a área em que eles atuam e às vezes eles falam: é bom nós ficarmos de olho nessa família ou falam que chegou uma família nova. Aí nós vamos fazer uma visita domiciliar e ficamos acompanhando.” (Entrevistado 17)*

### 3.3 MEDIDAS ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS APÓS IDENTIFICAÇÃO DE UM POSSÍVEL CASO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE E DIFICULDADES ENFRENTADAS

Após a identificação ou denúncia de um possível caso de violência faz-se necessário que os profissionais saibam como agir. A Política Nacional de Ação Integral à Saúde da Criança (PNAISC) de 2018 traz como um dos eixos a atenção integral àqueles em situação de violência tendo como estratégia de ação a implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

Tal instituto foi criado em 2010 e defende: cuidado integral aos menores a às famílias das vítimas de violência, por meio do acolhimento como uma política de aproximar usuários, unidade e profissionais; cuidados profiláticos em favor de vítimas de violência sexual; notificação e atendimento conforme a necessidade de cada caso; e o registro no prontuário de forma completa acerca de todas as providências tomadas, assim

como anamnese (das vítimas e das demais pessoas envolvidas) e exame físico, além da atuação de uma rede intra e intersetorial de proteção. Recorte:

*“O primeiro de tudo é o acolhimento daquela criança para ela se sentir segura, a mãe se sentir segura para poder identificar de onde está vindo aquela violência. Eu aciono a equipe multidisciplinar da Secretaria de Saúde aí vem psicólogo, nutrição, assistente social [...] A depender do caso nós temos que notificar, muitas vezes as mães não querem, mas hoje nós temos respaldo para notificar as violências contra criança. [...] Tem um papel o SINAN, um de agravo [...] no hospital eu posso acionar a polícia, aqui não, eu notifico pelo SINAN e a Secretaria faz o restante me ajudando nas demais notificações [...] Eu também aciono a assistência social que aciona mais um órgão: o Conselho Tutelar. Eu também preencho o SINAN e a ficha de investigação.” (Entrevistado 13)*

Ressalte-se que a violência doméstica, sexual e outras são consideradas doenças ou agravos de notificação compulsória por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), preenchida sempre pelo profissional de saúde. Tal procedimento foi citado apenas por dois entrevistados, o 07 e 13. A notificação do SINAN ocorre em três vias: uma é anexa ao prontuário do usuário; outra encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS); e a terceira deve ser remetida ao Conselho Tutelar da região nos casos de violência contra menores. A notificação ao Conselho Tutelar pode ser realizada, também, por ligação, *e-mail* e outras formas, conforme necessidade do caso. Recorte:

*“[...]Eu acionei o Conselho Tutelar. Quando é uma situação de maus tratos, quando nós pedimos para a mãe ter algum cuidado ou quando fazemos um encaminhamento e a mãe não segue, não leva, aí nós temos que acionar, nós também nos comunicamos com a Secretaria e com a coordenação da atenção básica [...] a gente ligou e conversou com o Conselho e depois mandou mensagem só para deixar o registro escrito e também deixamos anotado no prontuário [...] temos que ter o cuidado de captar aquele paciente porque se você agir e afastar eles da gente, nós não fizemos nada porque aí nós não conseguimos mais cuidar deles, tem que ter o cuidado [...]” (Entrevistado 09)*

É necessário manter o vínculo com a vítima e a família mesmo após a denúncia, demonstrando os benefícios que tal conduta pode gerar, como a aproximação da assistência social e a maior agilidade na marcação de consultas (BRASIL, 2010).

Muitos profissionais citaram a resistência das famílias devido à cultura de violência, compreendendo aquela situação como normal. Por vezes, a mãe tem uma dependência emocional e financeira em relação ao agressor ou este é um membro da família cujos parentes querem proteger (Entrevistados 01, 09, 07, 14). Recorte:

*“A primeira coisa é saber como lidar com a família [...] a dificuldade de convencer a família a aceitar que é uma violência e de ficar do lado da vítima quando quem realiza a agressão é alguém da família, como o pai. Às vezes a própria mãe também é uma vítima e não consegue reagir e acaba sendo vítima e negligenciadora da violência que os filhos sofrem. A violência é muito hereditária então é difícil as pessoas entenderem.” (Entrevistado 20).*

É importante ressaltar que o atendimento e conduta a ser tomada deve ser individualizada levando em consideração cada caso e se há risco de vida à vítima, bem como se o autor está dentro ou fora da casa, se existe um risco para a equipe, se o caso está confirmado ou se é apenas uma suspeita; portanto, a existência de um fluxo faz-se importante para nortear as diversas situações com as quais o profissional se depara, mas tal fluxo pode ser adaptado conforme o caso para melhor proteção das vítimas.

*“Dar assistência, fazer ficar no ambiente observando e entrar em contato com os órgãos que competem, nós não podemos ter muita ação porque como estamos direto com a pessoa, podendo haver ameaça. O nosso envolvimento não é muito direto, entramos em contato com a unidade e ficamos monitorando nos bastidores sem se expor muito.” (Entrevistado 16)*

Nos casos em que só há uma suspeita, pode ser feita uma investigação pela própria equipe para descartá-la ou confirmá-la, sempre levando em consideração a possibilidade e os limites de ação, a segurança da vítima e da equipe. Vale ressaltar ainda que nem sempre o profissional de saúde tem meios para confirmar a agressão, devendo então estar atento aos limites da sua capacidade para não retardar o atendimento à vítima. Ademais, o Conselho Tutelar sempre deve ser notificado mesmo que só haja a suspeita ou a denúncia promovendo assim uma ação em conjunto e articulada. O recorte, abaixo, do entrevistado 27 demonstra a importância da investigação e de acionar o Conselho Tutelar. Já o recorte do entrevistado 10 mostra um equívoco quando da omissão em acionar o Conselho Tutelar. Recorte:

*“[...] Nos casos que são verbais que são muito frequentes os agentes de saúde nos comunicam, marcamos a visita domiciliar ou chama o familiar para fazer uma visita na unidade junto com a criança para investigar. Caso o familiar se recuse a vir na unidade nós fazemos a visita domiciliar. Falamos com eles, observamos a casa como é, anotamos todos os dados necessários, conversamos com os vizinhos que moram ao lado e encaminhamos ao Conselho Tutelar por meio do telefone” (Entrevistado 27)*

*“[...] O vizinho até me questionou por que eu não fazia a denúncia e eu expliquei que só poderia denunciar se eu constataste e disse que ele mesmo poderia fazer a denúncia; então ele falou que queria o número do Conselho Tutelar e eu falei que não tinha (Entrevistado 10)*

Assim como o entrevistado 10, faz-se necessário trazer o recorte dos entrevistados 16 e 21 que não estão em consonância com a atuação de um profissional de saúde. Compõem as diretrizes da atenção básica a participação da comunidade contribuindo no enfrentamento das condicionantes e determinantes de saúde, portanto, quando alguém da população adstrita da área traz uma informação a um profissional de saúde, mesmo que de maneira informal, é necessário que esta seja considerada como uma denúncia a qual traz a obrigação do profissional tomar as medidas cabíveis e notificações, mesmo que sem o consentimento familiar ou do denunciante, não devendo em hipótese alguma ser ignorada, principalmente quando está diante de um caso de violência que põe em risco a vida e integridade de uma pessoa vulnerável, com as crianças e adolescentes. Tal omissão de informação é considerada uma infração constante no artigo 245 do ECA (Estatuto da Criança e Adolescente). Recorte:

*“[...] Na minha comunidade só de boatos, nada comprovados, ninguém nunca fez denúncia, manteve nos bastidores. Já aconteceu um, que me relataram por alto. A adolescente está passando por problemas psicológicos, tentou tomar medicação para se matar, mas os familiares só falaram por alto que ela tava sofrendo assédio por um parente que se dizia próximo. Mas não entraram muito nesse assunto.” (Entrevistado 16)*

*“É muito difícil, porque quando tem um caso, há todos os órgãos a serem acionados e notificamos. Aí nós chamamos e explicamos como vamos proceder e muitas vezes eles voltam atrás, não querem denunciar; eles ficam com medo [...]” (Entrevistado 21)*

É relevante ressaltar as ações profiláticas que podem ser feitas na USF as quais não devem ser retardadas, principalmente nos casos de violência sexual que são as realizações dos testes rápidos e profilaxias com medicações de anticoncepção e para IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis); e nos casos de gravidez o encaminhamento para os hospitais especializados para realização do procedimento abortivo se houve necessidade pelo risco de vida da criança ou adolescente ou no caso em que a vítima grávida desejar fazê-lo (BRASIL, 2010; BRASIL, 2020).

*“[...] Nos casos sexuais, nós somos orientados a realizar os testes rápidos: HIV, sífilis e hepatite B e C; é realizado dentro da unidade. Em caso de positivo, nós encaminhamos para o médico e ele já toma a conduta para encaminhar para o hospital e tratamento de referência.” (Entrevistado 27)*

O medo de agir foi um ponto mencionado pelos entrevistados, o qual ocorre em decorrência da proximidade à comunidade e conseqüentemente, próximos ao agressor,

com o risco em potencial de represália pelas suas ações (Entrevistados 02, 08, 10 e 16). O profissional 03 mencionou em uma entrevista que sente-se mais seguro por não morar no município, estando ali só nos dias de trabalho. Portanto, os profissionais precisam do apoio dos demais órgãos envolvidos no combate à violência para proteção da equipe.

*“Precisamos do respaldo dos órgãos envolvidos. Como trabalho em área de risco, se a gente não tiver respaldo dos órgãos, nós ficamos vulneráveis e expostos à retaliação da comunidade. Então tentamos agir de forma rápida, mas com respaldo das instituições para não ficarmos expostos.”* (Entrevistado 25)

### 3.4 MECANISMOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA COMBATER A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Além da identificação e das notificações, é muito importante o combate contra esse tipo de violência, principalmente quando se trata de um padrão sociocultural a conduta de usá-la na orientação dos filhos.

*“É mais ligada à promoção em saúde, não só na parte curativa, mas na parte preventiva evitando que as pessoas fiquem doentes. Trabalhamos com palestras na sala de espera [...] O maior papel é na conscientização da família que aquilo é errado. Para a criança que foi criada naquele ambiente violento a violência é algo normal, o caos é normal. Eu tenho crianças aqui nessa unidade que estão na escola e são muito agressivas com as outras crianças, falam palavrões porque veem isso em casa, aí nós chamamos os pais para conversar. Às vezes o ACS já chega e fala com a família e nós já acionamos a assistência social [...] Às vezes é o pai que bate e aí pensa ‘é o pai eu tenho que aceitar’. A mãe muitas vezes não sabe como expor aquilo e acaba acatando.”* [...] (Entrevistado 13)

Faz parte das ações de todos os profissionais da atenção primária a promoção e prevenção da saúde individual e coletiva realizadas por meio de planejamento, atenção e implementação de ações públicas. O espaço físico das USF é considerado um espaço de educação, sendo importante utilizá-lo para orientar o seu usuário por meio das ações em saúde. No caso em questão os profissionais podem apresentar aos pais uma forma diferente de educar seus filhos já que muitas vezes esses passaram por isso na sua infância e compreendem o castigo físico como algo normal. Além disso, pode a USF expor aos pais os riscos de uma educação baseada em violência física e ameaças estimulando assim uma cultura de paz, mas é necessária uma ação de educação permanente que pode ser iniciada desde o pré-natal dos pais (BRASIL 2010; BRASIL 2017).

Além do espaço físico das USF também devem ser adotados outros locais para alcançar as crianças e adolescentes nas escolas ensinando-lhes a identificar o que é

violência, os meios de proteção e denúncia. Além disso, é importante atingir os profissionais da educação, pois esses também têm a obrigação de cuidado e proteção das crianças e adolescentes para que estejam aptos a identificar e agir nos casos de suspeita e denúncia. Não pode ser esquecido que essas crianças e adolescentes são a próxima geração, portanto eles devem ser educados para não perpetuarem a cultura de violência.

*“Educar as crianças e adolescentes para não se tornarem adultos que não pratiquem violência [...] A orientação para crianças e adolescentes educando eles para que no futuro eles não façam isso [...] Sinceramente eu acho que tenho que estudar mais sobre isso. Temos que educar as crianças para que elas não se tornem adultos revoltados [...]”* (Entrevistado 23).

Embora, quando perguntados sobre as ações de combate à violência, a grande maioria dos profissionais discorreu sobre as ações educativas nas escolas e as ações em saúde nas USF. Quando questionados se alguma ação nesse sentido havia sido realizada, a resposta de apenas dois profissionais foi positiva (Entrevistados 09 e 12). E perguntados se havia algum planejamento para realização da ação no ano foi respondido negativamente ou que não possuíam conhecimento ou ainda que talvez fosse realizado no PSE. O entrevistado 09 citou que, embora a violência não tenha sido tema do PSE, tal ação foi feita por meio de sala de espera. Nas unidades que foram visitadas após o PSE, foi relatado que não foi tratado sobre a temática, pois o direcionamento foi outro.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A compreensão incipiente acerca dos tipos de violência contra as crianças e adolescentes, assim como, a dificuldade de caracterizá-las em todas as formas, como a exemplo da violência sexual, foi amplamente identificado durante as entrevistas. Para além destes fatos, existem também aqueles que obtém a percepção de violência a partir das suas experiências pessoais, reconhecendo-a como forma de educação. Vale acrescentar que a maioria dos profissionais entrevistados apresentaram em suas falas relatos que reduziram a importância dos casos que ocorrem na unidade de saúde a qual está vinculado.

Os profissionais demonstraram conhecimento acerca de como prevenir a violência por meio de palestras, ações em saúde e orientações, porém tais atividades não estavam inseridas na programação das ações da unidade. Além disso, a falta de capacitação e compreensão na área impede que essas ações sejam realizadas de forma adequada. Quando se trata de combate, os profissionais demonstraram conhecer os órgãos de



realização de denúncia, mas apresentaram atraso no acionamento destes e falta da notificação no SINAN.

Portanto, identifica-se a ausência de conhecimento na área como a principal dificuldade dos profissionais para identificarem casos de violência sofrida pelos infantes, assim como, dificuldade para conduzir junto à vítima, família e órgãos de defesa dos direitos da criança e adolescente. Ademais, foi percebido o receio quanto à integridade física caso os agressores saibam que partiu deles a denúncia, principalmente quando a família da vítima é conivente com as agressões.

Por fim, sugere-se a capacitação da equipe de saúde com o apoio do estado e municípios em todo o fluxo de assistência nos casos de violência contra criança e adolescente, equipe interdisciplinar e ações intersetoriais em prol da intervenção assertiva nos casos confirmados ou suspeitos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa Civil. *Disque 100 registra mais de 119 mil denúncias de violência contra crianças e adolescentes, em 2021*. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2021/outubro/disque-100-registra-mais-de-119-mil-denuncias-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-em-2021>. Acesso em: 07 de abril de 2022.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 28 Março 2022.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. *Código Penal*. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 07 de abril de 2022.

BRASIL. Lei nº 13.010, de junho de 2014. *Institui a Lei da Palmada*. Alterando a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm). Acesso em 25 de julho de 2018.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017. *Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm). Acesso em: 07 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015. *Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/> . Acesso em 30 Março 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. *Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS*. Diário Oficial da União. 202 ago. 28; Seção 1. p. 359.

BRASIL. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. *Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde*. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968\\_25\\_10\\_2001\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html). Acesso em: 07 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf). Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. ***Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)***. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 07 de abril de 2022.

FRANÇA, Genival Veloso D. ***Medicina Legal, 11ª edição***. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017. 9788527732284. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732284/>. Acesso em: 08 abr. 2022.

GIL, Antonio C. ***Como Elaborar Projetos de Pesquisa***. Barueri- SP : Grupo GEN, 2022. 9786559771653. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559771653/>. Acesso em: 09 abr. 2022.

Know Violence in Childhood. 2017. ***Ending Violence in Childhood: Overview. Global Report 2017. Know Violence in Childhood***. New Delhi, India.

PLATT, Vanessa Borges, GUEDERT, Jucélia Maria e COELHO, Elza Berger Salema ***VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: NOTIFICATION AND ALERT IN TIMES OF PANDEMIC***. Revista Paulista de Pediatria [online]. 2021, v. 39 [Acessado 22 Março 2022] , e2020267. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020267>>. Epub 28 Out 2020. ISSN 1984-0462.

SEIXAS, Maria Rita D.; DIAS, Maria L. ***Violência Doméstica e a Cultura da Paz***. São Paulo: Grupo GEN, 2013. 978-85-412-0296-1. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-412-0296-1/>. Acesso em: 08 abr. 2022.