



Violência contra crianças e adolescentes: (in)visibilidades e problematizações

Violencia contra los niños y adolescentes: (in)visibilidad y problematizaciones

Violence against children and adolescents: (in)visibilities and problematizations

Letícia Maísa Eichherr

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Rio Grande do Sul - Brasil

Lilian Rodrigues da Cruz

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Rio Grande do Sul - Brasil

RESUMO

Este artigo é o resultado de uma pesquisa-intervenção realizada com profissionais de duas Unidades de Saúde do município de Porto Alegre/RS. Para produção de dados, utilizou-se como dispositivo o grupo focal e como ferramenta de análise das informações, a Análise de Conteúdo. A narrativa transcorre a partir das reflexões decorrentes dos grupos focais que objetivaram investigar como a violência contra crianças e adolescentes, em suas diferentes formas, se expressa no cotidiano de profissionais de saúde, apontando três categorias de análise: diferentes violências, (in)visibilidade da violência sexual e estratégias de enfrentamento e sentimentos predominantes. A partir das falas dos profissionais, destaca-se o quanto a violência contra crianças e adolescentes está presente no cotidiano, tanto em formas explícitas, como a violência no território, quanto de forma mais silenciosa e invisibilizada, como a violência sexual. Foram identificados sentimentos de medo, frustração e impotência relacionados às questões da denúncia e da notificação dos casos e angústia frente à resolutividade das mesmas. A educação permanente em saúde e a capacitação envolvendo esta temática, além da ação intersetorial e multiprofissional são consideradas fundamentais para o trabalho efetivo diante da violência contra crianças e adolescentes.

Palavras-chaves: Violência. Abuso sexual na infância. Violência doméstica. Saúde pública.

RESUMEN

Este artículo es el resultado de una investigación/intervención realizada con profesionales de dos Unidades de Salud del municipio de Porto Alegre/RS. Para la producción de datos, se utilizó como dispositivo el grupo focal y como herramienta de análisis de las informaciones, el Análisis de Contenido. La narrativa transcurre a partir de las reflexiones resultantes de los grupos focales que objetivaron investigar como la violencia contra niños y adolescentes, en sus diferentes formas, se expresa en el cotidiano de profesionales de salud, señalando tres categorías de análisis: diferentes violencias, (in)visibilidad de la violencia sexual y estrategias de enfrentamiento y sentimientos predominantes. A partir de las narraciones de los profesionales, se destaca cuánto la violencia contra

niños y adolescentes está presente em elcotidiano, tanto en formas explícitas, como em la violencia em elterritorio, como de forma más silenciosa e invisible, como la violencia sexual. Se identificaron sentimientos de miedo, frustración e impotencia relacionados con las cuestiones de la denuncia y notificación de los casos y angustia frente a la resolución de las mismas. La educación permanente em salud y la capacitación involucrando esta temática, además de la acción intersectorial y multiprofesional, son consideradas fundamentales para el trabajo efectivo ante la violencia contra niños y adolescentes.

Palabras claves: Violencia. Abuso sexual em la niñez. La violencia doméstica. Salud publica.

ABSTRACT

This article is the result of a research-intervention carried out with professionals from two Health Units of the Porto Alegre city in Rio Grande do Sul state. In order to produce data, the focal group was used as device and the Content Analysis as the analysis tool of the informations. The narrative takes place from the reflections derived from the focal groups that aimed to investigate how the violence against children and adolescents, in its different ways, is expressed in the daily life of the health professionals, pointing to three categories of analysis: different violences, (in) visibility of sexual violence and coping strategies and predominant feelings. From the speeches of the professionals, it is important to point out that violence against children and adolescents is present in everyday life, both in explicit ways, such as territorial violence, and in a more silent and invisible way, such as sexual violence. Feelings of fear, frustration and impotence were identified. These feelings are related to the issues of the complaint and the notification of cases as well as anguish regarding their resolution. The permanent education in health and the training involving this theme, in addition to intersectoral and multiprofessional action are considered fundamental for effective work in the face of violence against children and adolescents.

Keywords: Violence. Sexual abuse in childhood. Domestic violence. Public health.

Introdução

Este artigo é resultado da pesquisa-intervenção desenvolvida em duas Unidades de Saúde (US) do município de Porto Alegre/RS, caracterizando-se como o trabalho de conclusão do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança com transversalidade em Violências e Vulnerabilidades (PRIMSC), vinculado ao Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A pesquisa-intervenção mencionada teve como objetivo principal investigar como a violência contra crianças e adolescentes, em suas diferentes formas, se expressa no cotidiano dos profissionais de duas US do município de Porto Alegre/RS,

buscando conhecer seus discursos acerca das formas de identificação das violências contra crianças e adolescentes e suas ações diante de tais situações.

A violência contra as crianças e adolescentes pode ser definida como ato realizado pelos pais, parentes, responsáveis, instituições e/ou pela sociedade, que provoque dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas, que são seres em formação (Sanchez e Minayo, 2006). Sabemos que a violência ocorre em todas as faixas etárias, mas, como é destacado pelas mesmas autoras, as crianças e os adolescentes estando em processo de crescimento e desenvolvimento apresentam-se com mais vulnerabilidades e com mais repercussões da violência em sua saúde.

A partir de dados compilados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, do Ministério da Saúde (SINAN) e apresentados no Mapa da Violência (Waiselfisz, 2012), identifica-se que Porto Alegre é o vigésimo terceiro município do país que mais notifica casos de violência sexual contra crianças e adolescentes e está entre os cento e quarenta municípios do país que mais notificam outros casos de violência física contra crianças e adolescentes. Cabe destacar que a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, definida pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, é feita através do preenchimento de uma Ficha de Notificação pelo gestor de saúde, pelo profissional de saúde ou pelo responsável do serviço assistencial que prestou o primeiro atendimento ao paciente, diante de suspeita de ocorrência de situação de violência e deve ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, em cumprimento ao Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), ao Estatuto do Idoso e à Lei de Notificação de Violência contra a Mulher (Waiselfisz, 2012; Brasil, 2014). Apesar da obrigatoriedade na notificação, estudos como de Rolim, Moreira, Corrêa e Vieira (2014) e Assis, Avanci, Pesce, Pires e Gomes (2012), apontam para a subnotificação de casos de violências contra crianças e adolescentes e às fragilidades das notificações, relacionadas a discrepâncias de dados entre os estados e à qualidade das informações prestadas.

Metodologia

A pesquisa-intervenção, a partir de sua prática participativa, busca “acompanhar o cotidiano das práticas, criando um campo de problematização para que o sentido possa ser extraído das tradições e das formas estabelecidas, instaurando tensão entre representação e expressão, o que faculta novos modos de subjetivação” (Rocha e

Aguiar, 2003, p. 66). Passos e Barros (2000) destacam que a pesquisa-intervenção é uma forma de aproximação ao campo e que sujeito e objeto de conhecimento vão se constituindo no pesquisar, pressupondo movimentos, metamorfoses, processos, expressões singulares e implicações. Desta forma, buscou-se a análise do sentido dado às problematizações acerca das violências contra crianças e adolescentes pelos profissionais participantes da pesquisa, sentido este que, segundo Rocha e Aguiar (2003, p. 66) “é a virtualidade que pulsa nas ações, é processualização da vida e atravessa o significado, uma vez que está na ordem das intensidades”. Intensidades que também se reafirmam na própria temática pesquisada e aqui escrita.

A presente pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, registrado sob nº CAAE 57865116.5.0000.5329 na Plataforma Brasil e contou com a participação de 26 profissionais de duas Unidades de Saúde (Estratégias de Saúde da Família) de Porto Alegre com as quais a residente pesquisadora trabalhou durante sua inserção em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para a produção de dados foi utilizado o grupo focal, que é uma técnica baseada em coleta de informações por meio da comunicação e de interações grupais, buscando proporcionar a compreensão de percepções, crenças e atitudes sobre o tema (Trad, 2009). Foram realizados dois encontros em uma Unidade de Saúde e três encontros na outra, onde participaram os profissionais de saúde que tiveram interesse pela discussão da temática. Destaca-se que a realização destes encontros caracteriza-se como intervenção, considerando que tais espaços são potentes para a reflexão do cotidiano do trabalho destes profissionais e de toda a equipe, uma vez que emerge a problematização da temática da violência

contra crianças e adolescentes, incita reflexões, discussões, redime dúvidas e esclarece procedimentos.

No primeiro encontro do grupo focal, em ambas US, foram utilizados como dispositivos para discussão imagens que retratavam cenas de violência contra crianças e adolescentes, notícias vinculadas à mídia impressa e à internet exemplificando diferentes tipos de violências e frases descrevendo mitos e realidades sobre o abuso sexual. Os profissionais falaram sobre seus sentimentos frente aos dispositivos acima mencionados e aos casos atendidos no cotidiano do trabalho, sobre suas percepções, opiniões e demais pensamentos sobre o assunto. No segundo encontro, a discussão discorreu sobre fluxos de atendimento, órgãos responsáveis, compromisso ético do cuidado e reflexão sobre estratégias de enfrentamento, que também foram as temáticas do terceiro encontro realizado em apenas uma US. Nestes encontros finais, a residente pesquisadora explicou sobre rotinas e fluxos já estabelecidos no município de Porto Alegre/RS, sobre a rede intersetorial e suas funções e apresentou folders e cartilhas usados por serviços que compõem esta rede. Duas colegas residentes participaram dos encontros como observadoras, a fim de produzir escritas sobre as falas dos participantes para serem utilizadas, posteriormente, na análise dos dados. Optou-se por não utilizar gravações nos encontros devido à delicadeza da temática e para que os profissionais se sentissem à vontade para expressar seus relatos.

Backes, Lunardi, Erdmann e Colomé (2011) ressaltam que pela potência interativa e problematizadora do grupo focal, a coleta e a análise de dados torna-se uma importante estratégia de inserção dos participantes da pesquisa no contexto das discussões, contribuindo para a reflexão sobre atitudes, concepções, práticas e políticas sociais, o que nesta pesquisa também constituiu-se

como objetivo intrínseco às intervenções realizadas com os profissionais de saúde.

O estudo das informações coletadas se deu a partir da Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (1977), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que possuem figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, conteúdos estes que podem ser manifestos (explícitos) ou latentes (implícitos). A Análise de Conteúdo tem a finalidade de produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem e embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas e com o contexto histórico e social de seus produtores ou receptores (Campos, 2004).

Análise e discussão dos resultados

A seguir são apresentados os pontos principais observados e categorizados a partir das discussões nos grupos focais, bem como reflexões que subsidiam a compreensão do fenômeno estudado.

A(s) violência(s): “ele não morreu de diabetes, mas sim pela violência!”

A frase acima foi mencionada por uma profissional de saúde ao relatar o homicídio de dois adolescentes ocorrido próximo a Unidade de Saúde semanas antes do primeiro encontro do grupo focal realizado para esta pesquisa. Outro profissional ressalta que “*este é o tipo de violência mais escancarado, que mais repercute e traz comoção porque está exposto*”. A partir destas experiências, vários profissionais relatam a percepção de que a violência é um problema social que está se agravando, relacionando-a com o aumento no uso de drogas, com as desigualdades sociais, com a “*crise nas famílias*” e com a “*pouca consciência do cuidado*”. Nestas falas, é possível perceber que os profissionais buscam entender a violência como multicausal e complexa, da

mesma forma que Minayo e Souza (1999, p.21) destacam como sendo “fenômeno que possui raízes macroestruturais, formas de expressão conjunturais e atualização na cotidianidade das relações interpessoais”.

Levando em conta o entendimento multicausal, o modelo ecológico para compreensão das raízes da violência aponta que “a violência é o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais” (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2002, p.12; Minayo, 2005). Segundo a OMS (2002), estes fatores são explicados a partir de quatro níveis: o primeiro nível é o **individual**, que busca identificar fatores biológicos e da história pessoal dos sujeitos que influenciam no seu comportamento e que podem caracterizar a probabilidade de ser vítima ou agressor. O segundo nível é o **relacional**, que visa entender como as interações sociais mais próximas influenciam na vitimização ou perpetração da violência. O terceiro nível é o contexto **comunitário** onde ocorrem as relações sociais, como os locais de trabalho, a escola, a vizinhança. A presença de problemas sociais nas comunidades, como desemprego, tráfico de drogas e de armas, alta densidade populacionais, isolamento social, aumentam a probabilidade de experiências violentas. E o quarto nível refere-se à **sociedade** e seus fatores mais significativos, como

1) normas culturais que sustentam a violência como forma aceitável para resolver conflitos; 2) atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência evitável; 3) normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; 4) normas que fixam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; 5) normas que apoiam o uso excessivo da força pela polícia contra os cidadãos; 6) normas que apoiam o conflito político. [...]

Incluem ainda as políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais que mantêm altos os níveis de desigualdade econômica e social entre os grupos na sociedade (OMS, 2002, p.13).

Minayo (2005, p.59) ressalta que o modelo ecológico propõe o sentido dinâmico das causas da violência, em que “todas as coisas são causadas e causadoras e em que se evidenciam a retroalimentação entre os fatores e a reflexividade dos fenômenos”, mas também traz a importância de estudos interdisciplinares, com diferentes métodos de análise, justamente para dar conta da complexidade do fenômeno da violência.

Neste sentido, reforçar esta possibilidade de compreensão mais ampla das violências vivenciadas pelos profissionais de saúde no contexto de trabalho no território auxilia na mudança de discursos reducionistas, principalmente no que tange a recorrente culpabilização das vítimas e/ou dos pais, ainda muito presentes nas falas de alguns deles.

Há, também, um aspecto trazido nos encontros da pesquisa sobre o quanto a violência afeta a saúde da população, tanto em relação aos traumas físicos e psíquicos das vítimas, mas também nos sintomas psicossomáticos que se desencadeiam após eventos traumáticos relacionados às violências no território, como tiroteios, homicídios e ameaças. Além, claro, do sentimento de tristeza e impotência dos próprios profissionais diante de tais fatos. “*Algumas pessoas descompensaram: aumento da pressão arterial, aumento das medicações psiquiátricas...*”, disse um dos profissionais.

Minayo (1994), desde meados dos anos 1990, já vem trazendo em seus escritos sobre violência, os impactos que ela causa na saúde e refletindo sobre seu papel que vai além de atender às vítimas da violência, mas também de elaborar estratégias de prevenção

para a promoção da saúde. Também destaca o quanto o setor saúde por muitos anos permaneceu apenas como “um reparador de estragos provocados pelos conflitos sociais” (Minayo, 2005, p.56), o que continua ocorrendo quando não se criam espaços de discussão e reflexão sobre a temática na ótica da educação permanente em saúde e apenas reproduzindo técnicas biomédicas reparadoras.

Neste sentido, Minayo (1999 e 2005) auxilia no entendimento histórico da inserção da temática violência no campo saúde, pontuando que é apenas na década de 1960 que a saúde começa a mudar sua visão de reparação de danos a partir de estudos que envolvem fenômenos sociais, como a síndrome do bebê espancado, colocando os maus-tratos às crianças como um grave problema de saúde pública e criando, posteriormente, programas de prevenção e centrais de denúncia. O movimento feminista também trouxe muitas contribuições ao campo da saúde com a discussão e sensibilização acerca da violência de gênero – agressão doméstica, mutilação, abuso sexual, psicológico e homicídio, que passou a fazer parte da agenda pública dos serviços de saúde não apenas para os cuidados assistenciais, mas sendo também objeto de prevenção e promoção de saúde. E é a partir da década de 1980 que o tema da violência começa a ser mais amplamente discutido, conseqüentemente às mudanças epidemiológicas dos perfis de morbimortalidade, com o aumento nas mortes por causas externas, e ao tensionamento realizado por movimentos sociais, instituições e organizações não governamentais (ONG's) que já trabalhavam com esta temática, além da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) que passaram a dar visibilidade ao tema, assim como universidades, instituições de pesquisa e serviços que a incluíram em seus estudos e pesquisas.

Desta forma, as falas dos profissionais apontando a preocupação com o papel da saúde diante das violências vivenciadas no cotidiano dos serviços é corroborada por estas movimentações históricas descritas acima e da visibilidade que foi se dando à temática de forma que hoje o estrito paradigma biomédico está (ou deveria estar!) sendo substituído por uma clínica ampliada, integrando “a visão biológica com a complexidade dos modos de vida e das relações sociais” (Minayo, 2005, p. 56).

Nos encontros com os profissionais também aparecem relatos sobre as violências intrafamiliares e a dificuldade no manejo e na forma de abordagem delas, como a negligência nos cuidados em saúde, a violência física e psicológica e a reprodução de padrões transgeracionais de violências, muitas vezes encarados como culturais e normais.

“As pessoas falam muito ‘eu apanhei quando era criança e não aconteceu nada, sou um homem bom’, mas isso repercute muito na vida adulta, por mais que tenha se tornado um ser humano bom, esta violência física causa medos e traumas” (relato de uma profissional).

Neste sentido, Assis (1994) traz o quanto a violência contra crianças e adolescentes está presente na história da humanidade, através de relatos bíblicos de aceitação do infanticídio, do incentivo ao castigo físico frente à desobediência dos filhos, do preconceito com crianças abandonadas pelos pais, da punição física a infratores juvenis, entre outros. A autora ressalta que, apesar de tais situações referirem-se há décadas e séculos atrás “estas e tantas outras violências continuam presentes na vida cotidiana das crianças de todos os países do mundo [...], alguns tipos de violência foram minorados, porém não foram de forma alguma extintos [...],

características deste tempo e desta sociedade excludente e desigual” (p.127).

A partir disto, discutiu-se com os profissionais participantes da pesquisa sobre as diferentes violências contra crianças e adolescentes e sua relação com o uso do poder contra o outro, incluindo atos de ameaças, negligências, omissões e opressões, cujas consequências podem ser de danos físicos e psicológicos, deficiência no desenvolvimento, problemas sociais, entre outros, impactando a vida das vítimas, além de lesões graves, invalidez ou morte (OMS, 2002). Há muitos estudos que apontam diferentes formas como a violência se manifesta, como por exemplo, a violência sexual – podendo ser classificada em abuso sexual ou exploração sexual -, violência física, violência psicológica, violência intrafamiliar, negligência. Minayo (1994, p. 7) destaca que a violência é um “complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade”. Neste sentido há, também, classificações dos tipos de violências de âmbito mais sociais, como a violência estrutural, a violência simbólica e a violência institucional, e a Organização Mundial da Saúde (2002) ainda divide a violência segundo características de quem a comete, como a violência autoinfligida - subdividida em comportamento suicida e autoagressão -, a violência interpessoal – que pode ser intrafamiliar ou comunitária, e a violência coletiva – podendo ser social, política ou econômica.

Por fim, ressalta-se que a expressão “*crise nas famílias*” é muito presente na fala dos profissionais, que trazem relatos de casos de violência contra crianças e adolescentes atendidos nas unidades de saúde que corroboram as estatísticas de que o maior índice de violências – físicas e sexuais – ocorre dentro (ou próximo) das famílias, sendo praticados principalmente por pais, padrastos e/ou amigos e conhecidos das vítimas (Waiselfisz, 2012).

(In)visibilidade da violência sexual: “aqui não tem casos de violência sexual!”

Após vários relatos de diferentes situações de violências contra crianças e adolescentes vivenciadas em uma das Unidades de Saúde cuja pesquisa foi realizada, foi questionado aos profissionais sobre casos de violência sexual atendidos por eles, já que não haviam surgido em nenhuma fala. É curioso, então, ouvir que naquele serviço não há estes tipos de casos, porém, após algumas reflexões, se pontuaram possíveis casos na comunidade, com muitas dúvidas sobre fluxos e formas de abordagem.

A violência sexual pode envolver diferentes tipos de atividades sexuais, não apenas a penetração, sendo muito importante o conhecimento dos profissionais de saúde sobre este conceito para que não sejam minimizadas situações de suposto abuso sexual simplesmente por não conter marcas físicas. Destaca-se que as atividades sexuais podem não apenas incluir contatos físicos, como toques, carícias, sexo oral ou relações com penetração como também inclui situações como *voyeurismo*, assédio, pornografia e exibicionismo. Estas nem sempre envolvem violência física e maus tratos, mas muitas vezes envolvem ameaças, chantagem, sedução e indução de vontade da criança (Habigzang, Koller, Azevedo e Machado, 2005; Amendola, 2009).

Ressalta-se que, em ambas as equipes, ao se falar sobre as violências, instigando os profissionais a compartilharem suas vivências, a questão da violência sexual permaneceu sutil, quase invisibilizada, sendo trazida apenas após alguns questionamentos sobre este tema. “*Este tema é difícil de falar!*”, reitera uma profissional. Porém, após escancarar a temática e falar de casos atendidos, a violência sexual traz consigo os sentimentos de angústia, impotência e revolta, exemplificados pela fala de uma profissional: “*não consigo imaginar que tem pessoas que abusam de crianças*”.

Neste sentido, ao problematizar a questão da violência sexual, faz-se uma analogia do silêncio dos profissionais de saúde diante do assunto com o silêncio imposto às vítimas, onde não se fala sobre isto para que não se tenha que fazer algo, já que saber da existência deste tipo de violência requer atitudes legais dos profissionais, assim como, daqueles que ouvem os relatos das vítimas, sejam pais ou cuidadores.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) coletados através do SINAN, do total de violências contra crianças de 0 a 9 anos notificadas entre 2013 e 2014, 28,4% referem-se à violência sexual, e em adolescentes de 10 a 19 anos, 23,9% referem-se à violência sexual, o que são números significativos já que há vários estudos que apontam a subnotificação deste tipo de violência (Costa, Carvalho, Santa Bárbara, Santos, Gomes e Sousa, 2007; Arpini, Soares, Betrê e Dal Forno, 2008; Moreira e Souza, 2012; Rolim *et al.*, 2014).

Moreira e Souza (2012), citando Faleiros (2000), associam a subnotificação ao “compartilhamento da representação social de que os acontecimentos ocorridos no espaço doméstico não dizem respeito à sociedade em geral, uma vez que são considerados particulares e privados, especialmente aqueles que envolvem o exercício da sexualidade” (p.20). Arpini *et al.* (2008), trazendo estudos de Gonçalves e Ferreira (2002) e Azambuja (2005), apontam que algumas das principais razões para a subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes são: a falta de preparo profissional, pois muitos cursos de graduação não oportunizam nos currículos conteúdos relacionados a diagnóstico e manejo de casos de violência contra crianças e adolescentes; o sigilo profissional, em que profissionais tratam este tipo de notificação como uma quebra do sigilo profissional, embora alguns conselhos como, por exemplo, o Conselho Federal de Psicologia e o de Medicina permitem e orientam a

quebra de sigilo nesses casos; os transtornos legais que os profissionais tem receio de enfrentar ao realizar uma notificação, como escrita de relatórios, prestação de depoimentos, comparecimento a audiências; as dificuldades específicas do próprio caso aliadas ao desgaste emocional do profissional, principalmente, quando a família não deseja denunciar; as questões estruturais relacionadas, em sua maioria, à insatisfação com a atuação dos Conselhos Tutelares e às dificuldades no acesso aos serviços especializados e de retaguarda para a execução de medidas; e, ainda, a própria cultura familiar, que valoriza a privacidade de questões que envolvem os seus membros familiares, vendo muitas intervenções como intrusivas e ofensivas.

Diante deste panorama, onde o silêncio dos profissionais e a subnotificação de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes continuam presentes, evidencia-se a necessidade do trabalho com esta temática, tanto de capacitação quanto de reflexão, visto que são estas notificações que são transformadas em dados epidemiológicos que baseiam a construção de ações e de políticas públicas para o enfrentamento destes tipos de violências (Arpini *et al.*, 2008; Rolim *et al.*, 2014). E cabe destacar, ainda, que o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), no Artigo 13, torna obrigatória a comunicação de casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ao Conselho Tutelar, ou seja, é lei, é proteção.

Outra faceta da violência sexual trazida nos encontros com os profissionais é a questão das meninas adolescentes e das problemáticas relacionadas à sexualidade, dentre elas a iniciação sexual precoce e a gravidez, vista pelos profissionais como crescente e, na tentativa de explicação para possíveis causas, são apontadas “ignorância”, “falta de informação qualificada”, “gravidez proposital”,

“*status*”, colocando muito mais no âmbito individual tais situações. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos é considerado estupro de vulnerável (Artigo 217 do Código Penal Brasileiro), portanto, é crime, porém o discurso de culpabilização das adolescentes e das mulheres é muito presente, podendo ser exemplificado por esta fala: “*se não sabe nem cuidar da sua perereca, vai saber cuidar de um filho?*”.

A partir destas colocações, é necessário problematizar junto aos profissionais de saúde o quanto a violência sexual está relacionada à violência de gênero, buscando a desconstrução de discursos machistas e preconceituosos que, em sua maioria, culpam unicamente a mulher - neste caso, a adolescente -, pela gravidez e, inclusive, ao ter sofrido alguma violência sexual. Problematização que pode se iniciar a partir da própria conceituação de violência de gênero e compreensão do quanto ela baseia-se na hierarquia e é produzida no interior das relações de poder, objetivando o controle do outro e revelando a impotência de quem perpetra a violência para exercer a exploração e a dominação através do não consentimento de quem a sofre (Saffioti e Almeida, 1995 citado por Araújo, 2002).

Estratégias de enfrentamento e sentimentos predominantes

Na discussão da temática do lugar ocupado pelos profissionais de saúde diante de casos de violência contra crianças e adolescentes, é unânime a compreensão de que é necessário acionar o Conselho Tutelar já que o mesmo é, conforme descrito no Artigo 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), o “*órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente*”, porém os profissionais apontam fragilidades percebidas em experiências prévias, como a falta de sigilo das denúncias e a consequente exposição

dos profissionais e das Unidades de Saúde para os familiares e/ou supostos autores da violência contra as crianças e adolescentes, gerando medo e insegurança, além da sensação de resolutividade insatisfatória.

Com isso, percebe-se nos relatos, que os profissionais vão se utilizando de outras estratégias que não seja a denúncia direta ao Conselho Tutelar, dentre elas o Disque 100 - serviço vinculado a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos que recebe demandas relativas a violações de Direitos Humanos -, que lhes garante o anonimato, e comunicação dos casos a outros serviços da rede socioassistencial, principalmente os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) para realização de intervenções conjuntas.

Pensando, ainda, sobre a função dos profissionais de saúde, discutiu-se a importância de estarem mais próximos aos demais serviços do território para um acompanhamento na integralidade das famílias em situações de violências e vulnerabilidades, como a escola, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, o Centro de Referência de Assistência Social, o Centro de Referência Especializado em Assistência Social, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família. O trabalho intersetorial e multiprofissional possibilita, nestes casos, a elaboração de relatórios conjuntos para ser enviado ao Conselho Tutelar e ao Ministério Público, o que facilita a não pessoalização da denúncia e envolve vários atores no enfrentamento de tais situações.

A partir da discussão sobre o Conselho Tutelar, refletiu-se sobre a importância da notificação em casos de violência contra crianças e adolescentes via SINAN e sobre o compromisso ético da comunicação destas situações aos órgãos competentes, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990):

Artigo 13º: Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de

tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (Brasil, 1990).

Sentimentos muito presentes nos profissionais foram de impotência, frustração e revolta, exemplificados por algumas falas como: “*não acontece nada com o abusador! Isso desestimula a comunidade a denunciar!*”, “*a gente denuncia e não dá nada!*”, “*até onde podemos mesmo falar? É muita exposição e... Nada!*”, “*a justiça é uma palhaçada!*”, “*parecemos masoquistas lidando com esses casos!*”, “*não tem o que fazer!*”, “*atendemos, articulamos a rede, mas a criança continua exposta!*”. Estas falas vão ao encontro do que o Ministério da Saúde (Brasil, 2002) destaca em relação às abordagens de situações de violência, principalmente a intrafamiliar, onde há sofrimento e risco, apontando que a violência afeta a todos que se envolvem com ela, inclusive os profissionais de saúde, pois despertam sentimentos de insegurança, questionamento, impotência diante da resolutividade nem sempre imediata.

Santos e Dell’Aglío (2010) trazem o estudo realizado por Faleiros (2003), que pesquisou nas cinco regiões do Brasil o percurso da denúncia de abuso sexual e identificou, através de grupos focais com profissionais, aspectos dificultadores e facilitadores no fluxo das denúncias, que podem ser estendidos às demais violências perpetradas contra crianças e adolescentes. Destacam-se como entraves: dificuldade de classificar as situações de abusos sexuais, a existência de uma cultura do medo e da impunidade, descrédito nas leis e nas instituições, desconhecimentos de leis, serviços, dados, pesquisa e desarticulação das ações, falta de recursos financeiros e materiais, insuficiência de recursos humanos capacitados para atuarem nestas situações,

descontinuidade e fragmentação das ações, carência de rotina de referência e contrarreferência e burocratização dos serviços. Como facilitadores, Faleiros (2003 citado por Santos e Dell’Aglío, 2010) aponta a existência do ECA, dos Planos Nacionais e Estaduais de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, de Delegacias da Criança e do Adolescente e de Conselhos Tutelares e a existência de diversas instituições, programas e serviços que compõem a rede de atendimento.

Arpini *et al.* (2008), citando Beserra, Côrrea e Guimarães (2002), referem que a revolta aparece nos profissionais como sentimento de raiva contra aqueles que praticam a violência, principalmente quando os agressores são os próprios pais, assim como a impotência que “é sentida diante de todo o sistema que se organiza em torno da criança vítima de violência: diante da complexa estrutura familiar e dos pactos de submissão e silêncio que constituem e mantêm os vínculos ‘afetivos’ desse sistema familiar” (Arpini *et al.*, 2008, p.107). Tais sentimentos também se expressam em discursos que revelam ódio aos agressores, como “*tem que matar!*”, “*tem que castrar!*” e de busca por culpados pelas violências, destinando às famílias tais responsabilidades: “*deveria ter uma avaliação de família apta ou não apta a ter filhos*”, “*há uma crise nas famílias: vários pais, meio-irmãos, meio-tios, mães com filhos de vários homens*”, “*deveria ter controle de natalidade*”. Estes discursos que culpabilizam o micros social e o individual se contrapõem à complexidade que é a possibilidade da explicação das causas da violência, conforme descrito anteriormente.

Uma reflexão realizada ao longo dos encontros foi acerca da importância de sair do discurso da queixa e da revolta e perceber o quão fundamental são as abordagens realizadas pelos profissionais de saúde diante de casos de violência contra crianças e adolescentes, tanto no acolhimento das vítimas e das famílias,

quanto no seguimento da abordagem, que envolvem notificação, denúncia e acompanhamento. A partir disso, os profissionais vão trazendo falas sensíveis de envolvimento com seu trabalho, relacionadas à importância da escuta, do acolhimento, da luta por políticas públicas mais eficazes e da necessidade de trabalhar a prevenção das violências. Os agentes comunitários de saúde relatam a preocupação com a forma de abordar as questões de violências em famílias onde há suspeita de que possa estar ocorrendo sem, com isso, quebrar o vínculo. E há a compreensão de todos os profissionais envolvidos na pesquisa da necessidade de que a temática da violência esteja mais presente nas capacitações nas equipes, o que é respaldado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002, p.31), que diz que “é preciso criar oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação que proporcionem um respaldo à equipe para expor e trabalhar seus sentimentos e reações” e ressalta que é preciso que os serviços de saúde e os profissionais estejam capacitados para a continuidade do acompanhamento de crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, tanto nos cuidados clínicos e psicológicos, quanto sobre os protocolos e fluxos definidos (Brasil, 2010).

Considerações finais

A problemática vivenciada nesta pesquisa e descrita neste artigo é fruto de dois anos de experiências na Residência Multiprofissional, período em que a temática da violência contra crianças e adolescentes esteve muito presente, assim como a aproximação a vários profissionais da saúde e da assistência social que, na sua maioria, expressavam muitos dos sentimentos relatados ao longo desta escrita. Reflexões sobre os “nós” das redes, sobre a necessidade de ter clareza sobre os fluxos de atendimento e as formas de abordagem e também sobre a impotência diante de

violências tão escancaradas, mas também tão silenciadas.

Sistematizando as ideias trazidas ao longo dos cinco encontros nas duas Unidades de Saúde, destaca-se que é muito clara a necessidade de se discutir mais sobre a temática da violência nos espaços de educação permanente em saúde. Os próprios profissionais se dão conta que é falando sobre seus sentimentos e sobre seus medos acerca das abordagens frente às situações de violência que serão capazes de enfrentá-las com menos dificuldade e com mais resolutividade nos encaminhamentos necessários.

Neste sentido, vários estudos sobre a temática “violência e saúde” apontam que é fundamental a educação permanente e a capacitação dos profissionais para que tenham subsídios técnicos e teóricos para a identificação, abordagem, prevenção e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Arpini *et al.* (2008, p.109) falam da necessidade da “sensibilização dos profissionais envolvidos com crianças e adolescentes no sentido de ‘olhar’ para essa problemática envolta em proibições e segredos ainda silenciados”. Vieira *et al.* (2015, p. 3415) sugerem a “construção de um plano de capacitação sobre violências e direitos sexuais de crianças e adolescentes e, em especial, sobre violência sexual, tratando das formas de identificar e atuar nestas situações” e a própria implementação da Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência (Brasil, 2010), proposta pelo Ministério da Saúde, também exige que haja capacitação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social e o desenvolvimento de ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral preconizada.

Ceccim (2005) destaca que a Educação Permanente em Saúde nos coloca, enquanto sujeitos, em um lugar ativo de produção de subjetividade: “todo o tempo

abrindo fronteiras, desterritorializando grades de comportamento ou de gestão do processo de trabalho” (p. 167), assim como na formação e no trabalho: “eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso ‘ser sujeito’, colocando-nos em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais” (Ceccim, 2005, p. 167). Ou seja, muito mais do que ter espaços de formação, capacitação e educação sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes, também é fundamental a nós, profissionais de saúde, nos posicionar enquanto sujeitos em (re)(des)construção e de transformação social, assumindo nosso compromisso ético e humano do cuidado, do acolhimento e do não silenciamento diante das violências, que, por mais que muitas vezes possam estagnar nossas práticas, devem poder nos impulsionar para a ação.

Destaca-se a importância do trabalho multiprofissional no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, pois na multiprofissionalidade constituem-se “coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas” (Ceccim, 2005, p.163). Esta prática foi sendo reforçada ao longo da Residência, onde sempre foi defendida a premissa de que “não se atende violência sozinho”.

A rede intersetorial também é fundamental, conforme destacado na Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência (Brasil, 2010), que propõe que os serviços do território “devem estabelecer um fluxo referenciado, dialógico e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município” (Brasil, 2010, p.82): Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), serviços do Sistema Único

da Assistência Social; Conselho Tutelar, Delegacias especializadas, Vara da Infância e Juventude, do Sistema de Justiça e Direitos Humanos; as escolas; assim como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, enquanto sociedade civil organizada.

Para finalizar, é importante ressaltar que a rede está ali, mas a articulação desta rede “é uma construção coletiva que decorre de relacionamentos, negociações, compatibilização de interesses, pactos, movimentos de adesão e interação” (Moreira, Muller e Cruz, 2012, p. 79), da mesma forma que a necessária implicação dos profissionais desta rede na atuação em casos de violências contra crianças e adolescentes como estratégia de enfrentamento, de mudança de realidade social e, essencialmente, como forma de cuidado.

Referências

- Amendola, M. F. (2009). Analisando e (des)construindo conceitos: pensando as falsas denúncias de abuso sexual. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. [online], Rio de Janeiro, 9(1).
- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 3-11.
- Arpini, D. M.; Soares, A. C. O. E.; Betrê, L.; Dal Forno, C. (2008). A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 14(2), 95-111.
- Assis, S. G.(1994). Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(1), 126-134.
- Assis, S. G.; Avanci, J. Q.; Pesce, R. P.; Pires, T. O.& Gomes, D. L. (2012). Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 17(9), 2305-2317.
- Backes, D. S.; Colomé, J. S.; Erdmann, R. H.; & Lunardi, V. L. (2011). Grupo focal

- como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo saúde*; 35(4), 438-442.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Portaria 1271 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.
- Brasil. (2017). *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, 9(16), 161-168.
- Costa, M. C. O.; Carvalho, R. C.; Santa Bárbara, J. F. R.; Santos, C. A. S. T., Gomes, W. A., & Sousa, H. L. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1129-1141.
- Habigzang, L. F.; Koller, S. H.; Azevedo, G. A.; & Machado, P. X. (2005). Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348.
- Minayo, M. C. S. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(1), 7-18.
- Minayo, M. C. S. (2005). Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 29(1), 55-63.
- Moreira, M. I. C.; Sousa, S. M. G. (2012). Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. *O Social em Questão*. Ano XV, 28, 13-26.
- Moreira, E. P.; Muller, E. L.; Cruz, L. R. (2012). Centro de Referência Especializado da Assistência Social: Pesquisa-Intervenção na rede de proteção à infância e adolescência. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, 36 (ed. sp), 70-82.
- Passos, E.; Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teor. e Pesq.*, Brasília, 16(1), 71-79.
- Rocha, M. L.; Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, 23(4), 64-73.
- Rolim, A. C. A.; Moreira, G. A. R.; Corrêa, C. R. S.; & Vieira, L. J. E. S. (2014). Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Saúde em Debate*, 38(103), 794-804.
- Sanchez, R. N.; Minayo, M. C. S. (2006). Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. In Lima, C. A. (coord). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Santos, S. S.; & Dell'Aglio, D. D. (2010). Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicologia & Sociedade*, 22(2), 328-335.
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis [online]*.19(3), 777-796.
- Vieira, L. J. E. S.; Silva, R. M.; Cavalcanti, L. F.; & Deslandes, S. F. (2015). Capacitação para o enfrentamento da

violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais Brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3407-3416.

Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro: CEBELA.

OMS. Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Geneva: World Health Organization.

Dados sobre as autoras:

- *Letícia Máisa Eichherr* é Psicóloga formada pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e Especialista em Saúde da Criança – violências e vulnerabilidades pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pelo Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV).

- *Lilian Rodrigues da Cruz* é Psicóloga; doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); docente do Instituto de Psicologia - Departamento de Psicologia Social e Institucional - e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Integra o Núcleo e-politics - Estudos em Políticas e Tecnologias Contemporâneas de Subjetivação.