

Abuso sexual contra crianças: construindo estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana do Recife

Sexual abuse against children: building coping strategies in Primary Health Care in a municipality in the metropolitan region of Recife

Mitlene Kaline Bernardo Batista¹, Wanessa da Silva Gomes¹, João Augusto Machado Villacorta²

DOI: 10.1590/0103-11042022E517

RESUMO Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação, de caráter analítico, com abordagem qualitativa na coleta e análise dos dados. Teve como objetivo construir, com os profissionais da equipe de Saúde da Família de um município da região metropolitana do Recife, estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças. O Círculo de Cultura foi utilizado como a técnica de coleta e intervenção, na qual foram realizados cinco encontros. Os resultados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, sendo divididos em quatro blocos, que discutem: 1. Conceito do abuso sexual contra crianças; 2. Estratégias de prevenção dos casos de abuso sexual contra crianças; 3. Como intervir diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual contra crianças presentes no território; e 4. Construindo estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças. Conclui-se este estudo afirmando que ainda é grande a necessidade em trabalhar essa temática com as equipes de Saúde da Família visto que a maioria dos profissionais nunca havia participado de um encontro sobre esse assunto. Consequentemente, percebem-se diversas fragilidades no conhecimento destes. Ademais, é importante fortalecer a educação permanente, visando à continuidade das discussões sobre essa e outras temáticas inerentes à prática profissional dos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE Violência. Abuso sexual na infância. Atenção Primária à Saúde. Estratégias de saúde nacionais. Saúde da criança.

ABSTRACT *This is an action-research study, analytical in nature, with a qualitative approach to data collection and analysis. It aimed to build, together with the professionals of the Family Health team of a city in the metropolitan region of Recife, strategies to face sexual abuse against children. The Culture Circle was used as the collection and intervention technique, in which five meetings were held. The results were analyzed using Content Analysis and were divided into four blocks, which address: 1. The concept of sexual abuse against children; 2. Strategies to prevent cases of sexual abuse against children; 3. How to intervene in the face of suspected and/or confirmed cases of sexual abuse against children present in the territory, and 4. Building strategies to combat sexual abuse against children. We conclude this study stating that there is still a great need to work on this issue with the Family Health teams, since most professionals had never participated in a meeting on this subject. Consequently, we perceive several weaknesses in their knowledge. Furthermore, it is important to strengthen permanent education, aiming at the continuity of discussions on this and other themes inherent to the professional practice of workers.*

KEYWORDS *Violence. Child abuse, sexual. Primary Health Care. National health strategies. Children's health.*

¹Universidade de Pernambuco (UPE) - Garanhuns (PE), Brasil. mitlenekaline@gmail.com

²Prefeitura do Recife, Secretaria de Saúde, Centro de Referência para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência (Cerca) - Recife (PE), Brasil.

Introdução

A questão da violência constitui um fenômeno complexo e dinâmico, por envolver as relações sociais, inclusive familiares, e por necessitar de intervenções multiprofissionais e inter-setoriais no âmbito da assistência social e da saúde pública¹.

No caso de violência contra crianças, a situação é mais preocupante, já que, por serem indefesas, dependentes e frágeis, física e emocionalmente, estão entre as vítimas mais acometidas pela violência interpessoal familiar. Trata-se de um quadro doloroso, alimentado por uma sociedade adultocêntrica, em que as formas de educar e disciplinar se estabelecem, muitas vezes, por meio de métodos agressivos utilizados pelos próprios pais².

As formas de violência são reconhecidas pelas suas facetas mais comuns: física, psicológica, sexual e negligencial. A primeira caracteriza-se pelo uso de força física e/ou de algum tipo de arma/instrumento que possa causar lesões internas e/ou externas. A segunda inclui toda ação ou omissão que visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento do sujeito. A violência sexual ocorre quando a vítima é obrigada a realizar práticas sexuais com outra pessoa, por meio do exercício de poder, força física e/ou influência psicológica para obtenção do que deseja – um dos tipos dessa violência é o abuso sexual. Já a negligencial é a omissão de responsabilidades e de cuidado de algum membro da família em relação a outro³.

Uma das principais medidas de enfrentamento dessa problemática pelo governo brasileiro foi a criação, em 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Essa diretriz regulamentou a Constituição brasileira, ratificando a situação da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, tendo como eixo fundamental a sua proteção integral⁴. O ECA possui uma formulação clara sobre o papel do sistema educacional e da saúde ante os casos de suspeita ou confirmação da violência: identificar, notificar e proteger a vítima dando apoio também à sua família⁵.

Vale salientar que, conforme o ECA, as crianças serão sempre consideradas vítimas, ainda que envolvidas em situações de delito, já que a responsabilidade se situa sobre um adulto de referência. Sendo assim, os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes devem ser comunicados ao Conselho Tutelar (CT), caso contrário, o profissional poderá sofrer punição⁶.

A ficha de notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes, fomentada pelo ECA constitui uma poderosa ferramenta de política pública, pois ajuda a dimensionar a questão da violência, avalia a necessidade de mais investimentos na vigilância e na assistência, e auxilia no desenvolvimento de mais pesquisas sobre a temática, contribuindo para a diminuição da violência⁷. A notificação também facilita o acionamento da rede de apoio para que sejam promovidos, coletivamente, os cuidados necessários à proteção integral da criança.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um dos principais componentes dessa rede, atuando como porta de entrada à atenção dessas crianças em situação de violência, incluindo os casos de abuso sexual contra crianças. Um dos principais dispositivos da APS são as Unidades de Saúde da Família (USF), as quais, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), criada como programa em 1994, permitem uma resposta/atuação da saúde pública mais próxima à questão do abuso sexual em sua dimensão territorial, tendo em vista a centralidade da família e a abordagem comunitária⁸.

No contexto da ESF, os vínculos estabelecidos entre os profissionais e os usuários facilitam a identificação, a intervenção e o acompanhamento das situações de abuso sexual contra crianças. Entretanto, isso nem sempre acontece. Diversos estudos têm demonstrado o quanto os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) estão despreparados para lidar com essa temática que se apresenta com certa frequência nos territórios⁹⁻¹¹. Nesse sentido, o medo, a insegurança e as fragilidades na rede assistencial são alguns dos desafios a serem vencidos¹².

Inserida no cotidiano de algumas USF, uma das autoras deste trabalho, atuando como psicóloga da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), pôde observar o quanto são escassas entre as eSF as discussões sobre a temática do abuso sexual contra crianças, mais que isso, alguns profissionais evitam até tocar no assunto, porque acaba gerando muitos incômodos pessoais e mobilizações internas. Quando as equipes se deparam com algum caso nessa direção, os profissionais enfrentam desafios para lidar com ele. Durante a vivência no território, ao envolver-se nas reuniões de equipe e discussões de casos, foi possível identificar também o desconhecimento da rede socioassistencial e de suporte local, bem como uma falta de entendimento em sua articulação. Esse panorama parece demonstrar a necessidade de investimentos em discussões sobre essa temática, de modo a sensibilizar os profissionais acerca da importância da atuação das equipes, de forma assertiva, perante os casos de abuso sexual contra crianças.

Sendo a eSF um dispositivo estratégico para o enfrentamento da violência contra crianças, bem como para a promoção da saúde, entende-se ser necessário que todos os profissionais estejam aptos para lidar com essas situações no cotidiano do trabalho, prevenindo novos casos e intervindo de forma eficaz naqueles já ocorridos¹³. Assim, abrir espaços de diálogo constitui uma das ferramentas possíveis à promoção da Educação Permanente em Saúde (EPS) e qualificação profissional no/pelo trabalho.

Este artigo é um recorte da dissertação do mestrado de uma das autoras. Teve-se como objetivo principal: construir, com os profissionais da eSF de um município da região metropolitana do Recife, estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças.

Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação, de caráter analítico, com abordagem qualitativa na coleta e análise dos dados.

Com base nos objetivos estabelecidos para este estudo, entende-se que a abordagem qualitativa é a mais indicada, pois esse modo de fazer pesquisa se preocupa com o aprofundamento do entendimento de um grupo social¹⁴.

A escolha desse caminho metodológico está relacionada com o fato de que esse recurso se aproxima da realidade social, para, a partir disso, intervir de forma direcionada e transformadora. Contudo, sabe-se que a escolha de um procedimento técnico jamais propiciará uma compreensão totalitária da realidade, devido às limitações existentes e à complexidade dos fenômenos envolvendo as relações humanas com o ambiente, o trabalho e o meio social de forma geral¹⁵.

O estudo foi desenvolvido no município do Paulista, situado no estado de Pernambuco. A produção das informações *in loco* foi realizada no contexto da APS, mais especificamente, em uma USF.

Os participantes de pesquisa que foram convidados a contribuir com este estudo são os profissionais das equipes-base que compõem as eSF, os quais são: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e assistente administrativo. Ao todo, participaram da pesquisa 16 profissionais, com experiência de atuação há, no mínimo, 6 meses.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foram utilizados como recurso os gravadores de áudio, que foram consentidos pelos sujeitos participantes. Utilizaram-se como técnicas de coleta de dados:

Círculos de Cultura

Esta técnica configura-se como uma ferramenta metodológica proposta por Paulo Freire. Fundamentada na pedagogia libertadora e problematizadora desse teórico, o Círculo de Cultura (CC) representa conceitualmente um espaço dinâmico, com ênfase no diálogo, com possibilidades de troca mútua de conhecimentos, para uma educação em saúde emancipatória¹⁶.

Com base no delineamento do ‘Método Paulo Freire’ descrito por Monteiro e Vieira¹⁷, o desenvolvimento do CC consiste em três momentos: a) a investigação temática, pela qual os componentes do círculo e o facilitador buscam as palavras e os temas centrais concernentes ao assunto proposto; b) a tematização, mediante a qual há uma codificação e decodificam esses temas; e c) a problematização, composta por reflexões a partir de uma visão crítica para propor alguma transformação do contexto vivido.

A metodologia dos CC conta com um facilitador do grupo, no caso, a pesquisadora; contou-se também com a participação de outra profissional do Nasf-AB, convidada a (co)facilitar o espaço, auxiliando na condução e registro das atividades. A coleta de dados foi composta por cinco encontros, com uma duração média de duas horas cada. O *quadro 1* expõe, para cada encontro, o quantitativo de participantes e suas respectivas categorias profissionais.

Quadro 1. Quantitativo dos participantes dos encontros e suas categorias profissionais

Encontro	Número de Participantes	Categoria Profissional
Primeiro encontro	14 participantes	Nove ACS, um enfermeiro, uma médica, uma ASB, uma técnica de enfermagem, um auxiliar administrativo.
Segundo encontro	14 participantes	Nove ACS, um enfermeiro, uma médica, uma ASB, uma técnica de enfermagem, um auxiliar administrativo.
Terceiro encontro	12 Participantes	Seis ACS, um enfermeiro, uma médica, uma ASB, uma técnica de enfermagem, um auxiliar administrativo e um dentista.
Quarto encontro	13 participantes	Oito ACS, um enfermeiro, uma médica, uma ASB, uma técnica de enfermagem e um auxiliar administrativo.
Quinto encontro	14 participantes	Nove ACS, um enfermeiro, uma médica, uma ASB, uma técnica de enfermagem e um auxiliar administrativo.

Fonte: elaboração própria.

Com o objetivo de assegurar o sigilo dos profissionais participantes da pesquisa, cada um foi identificado pela sigla de Sujeito Participante (SP) juntamente com a sigla da formação correspondente: aqueles que têm a formação em graduação serão nomeados como Sujeito Participante Graduado (SPG); os que são técnicos, Sujeito Participante Técnico (SPT); e os profissionais de nível médio, Sujeito Participante Médio (SPM). Dessa forma, foram: 3 SPG (1 enfermeiro, 1 médica e 1 dentista); 2 SPT (1 técnica de enfermagem e 1 ASB); e 10 SPM (9 ACS e 1 auxiliar administrativo).

O primeiro encontro se deu para investigação temática, que foi a ação na qual o facilitador e os membros do CC elencaram as palavras e os temas centrais a serem trabalhados. Essas temáticas partem da realidade e da vivência dos participantes; elas são denominadas de

temas dobradiças ou palavras geradoras, e são fundamentais para compreensão do contexto da temática escolhida¹⁹. As palavras e temas centrais significam o contexto real no qual os participantes vivem, sendo essenciais para a condução do CC e realização dos encontros subsequentes. De acordo com Ferraz et al.²⁰⁽²⁰⁶⁾.

Na medida em que os participantes do processo educativo apontam o tema a ser trabalhado - o que realmente interessa no momento, tornam-se corresponsáveis pela mudança e melhorias das condições de vida e trabalho.

No segundo, terceiro, quarto e quinto encontro, foram discutidos os temas levantados pelos participantes no primeiro momento, sempre com o referencial na temática do abuso sexual contra crianças. No quinto encontro,

além do tema abordado, foram realizadas a devolutiva e a validação das análises gerais e a avaliação do processo. Ressalta-se que, em cada encontro, iniciavam-se os debates por meio de algum recurso associativo e lúdico,

que colaborava com a espontaneidade e a participação de todos os envolvidos.

No *quadro 2*, disposto a seguir, inseriram-se as cinco oficinas e o tema que foi trabalhado em cada uma delas.

Quadro 2. Temas trabalhados em cada encontro

Encontro	Temas
Primeiro encontro	Chuva de ideias sobre o tema central
Segundo encontro	Conceituando o abuso sexual contra crianças e suas manifestações
Terceiro encontro	Como prevenir os casos de abuso sexual contra crianças?
Quarto encontro	Como intervir diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual contra crianças?
Quinto encontro	Construindo estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças

Fonte: elaboração própria.

Análise de dados

O processo de análise do material oriundo dos encontros ocorreu a partir da análise de conteúdo. Segundo Bardin²¹, a análise de conteúdo representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o objetivo de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos das mensagens, indicadores que permitam a análise dos conhecimentos obtidos desses discursos. Esta análise foi feita em três fases, com base nas etapas propostas por Bardin²¹: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é uma fase que tem por objetivo organizar o material que será trabalhado, operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita, desenvolvida com base em cinco etapas: a) leitura flutuante; b) escolha dos documentos; c) formulação das hipóteses e dos objetivos; d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores; e) preparação do material²¹.

A segunda fase é a exploração do material,

que consiste na definição de categorias (sistemas de codificação), na identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Essa é a fase da descrição analítica, com base em um estudo aprofundado e longo, orientado pelo referencial teórico e as hipóteses da pesquisa²¹.

O tratamento dos resultados, inferência e interpretação é a terceira fase. Essa etapa tem como objetivo tratar os resultados minuciosamente; ocorrem também a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; pode contemplar intuições, análise reflexiva e crítica²¹.

Salienta-se que esta pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os parâmetros bioéticos da Resolução nº 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Sendo assim, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Multicampi Garanhuns da Universidade de Pernambuco, sendo aprovada com a CAAE: 44331820.4.0000.0128 e parecer de número: 4.631.525.

Resultados e discussões

Conceituando o abuso sexual contra crianças

Com o propósito de compreender a percepção e o conhecimento da população do estudo sobre a temática da pesquisa, iniciou-se abordando o que é abuso sexual contra crianças para os profissionais de saúde, buscando o entendimento sobre elementos indispensáveis nessa discussão e na construção do cuidado em saúde local.

Entende-se que o esclarecimento de concepções errôneas acerca do abuso sexual contra crianças é um dos primeiros passos para a sua prevenção e enfrentamento. Para tal, é necessário ter clareza sobre o que é essa violência, como ela ocorre, quais são suas consequências, a legislação vigente e a atuação profissional²².

Durante o estudo, houve dois momentos nos quais foi solicitado aos sujeitos participantes que falassem e desenhassem o que eles entendiam sobre abuso sexual contra crianças; no primeiro e no segundo encontro, trabalhou-se esse assunto de forma mais focal. No primeiro diálogo, cada um desenhou o que entendia por abuso sexual contra crianças, o que mais vinha à mente ao pensar sobre esse tema; durante a apresentação do desenho, o conceito sobre abuso foi sendo construído de forma coletiva.

No segundo diálogo, aprofundou-se mais ainda essa ideia, com o objetivo de estabelecer uma 'base sólida' para avançar nas demais discussões. No decorrer do encontro, teve-se um debate extenso e, por vezes, divergente entre os profissionais, levando um dos sujeitos participantes a sintetizar as diversas falas e a apresentar para o grupo um possível conceito de abuso sexual, o qual foi validado coletivamente e usado na construção do *folder* que será apresentado posteriormente.

Dessa forma, a concepção sobre abuso sexual contra crianças foi a seguinte:

Eu tava tentando sintetizar essas coisas na minha cabeça para não sair daqui com um conflito se não, não vai valer a pena. Descrevendo de todas as fontes que você trouxe e que a gente formulou, eu coloquei assim: o abuso sexual é quando uma pessoa adulta ou adolescente intencionalmente, expõe ou submete uma criança através de manipulação emocional ou de força física a atividades com teor sexuais de forma presencial ou não, com a finalidade de se satisfazer sexualmente. (SPG).

Como prevenir os casos de abuso sexual contra crianças?

A literatura comprova que uma das melhores estratégias de prevenção ao abuso sexual contra crianças ocorre por meio da educação sexual infantil²²⁻²⁴. Em uma sociedade regada pelo tabu, falar sobre sexualidade para criança parece até uma balbúrdia.

O processo de educação sexual é algo que ocorre durante toda a vida do sujeito desde o seu nascimento, visto que as pessoas que convivem com a criança – pais, parentes, professores – exercem grande influência sobre esse aprendizado²⁴. Ressalta-se que a educação sexual não se restringe a falar sobre sexo ou ato sexual, é algo muito além disso.

Ela deve ser entendida como um

Direito que as crianças e/ou adolescentes têm de conhecer seu corpo e ter uma visão positiva da sua sexualidade; de manter uma comunicação clara em suas relações; de ter pensamento crítico; de compreender seu próprio comportamento e o do outro²³⁽²⁵²⁾.

Envolve nomear corretamente as partes íntimas, entender sobre privacidade, intimidade, limite corporal, afetividade etc. A ideia é que a educação sexual infantil ocorra de forma leve, lúdica e interativa, sendo assim, a criança terá abertura para tirar dúvidas com os seus cuidadores e contar para alguém de confiança caso aconteça uma situação de perigo e/ou ameaça.

De acordo com Dell’Aglío e Garcia²⁴, as bases da educação sexual infantil iniciam-se quando suas necessidades básicas de alimento e afeto são supridas. Os cuidados gerais com a criança, como alimentar, segurar, acariciar, conversar, regados com atenção poderão lhe dar sentido de confiança, intimidade e bons sentimentos que repercutiram ao longo da sua vida.

É notório que as crianças bem informadas sobre tais temas são menos vulneráveis do que as crianças desinformadas; estas podem ser mais facilmente enganadas e coagidas a manter o segredo sobre a violência e até mesmo a ter dificuldade de perceber se o que está acontecendo é um abuso ou não²³. Diversos agressores analisam antes o perfil da criança e tendem a explorar mais aquelas que não são bem instruídas. O abuso sexual pode ser prevenido se as crianças forem capazes de “reconhecer o comportamento inapropriado do adulto, reagir rapidamente, deixar a situação e relatar para alguém o ocorrido”²⁴⁽²¹⁾. É de suma importância que a criança aprenda a se autoprotger, garantindo o seu direito de dizer ‘não’ às investidas sexuais do abusador, bem como rompendo com o silêncio ao contar para uma pessoa da sua rede de proteção²³.

Os profissionais de saúde também devem fazer parte dessa rede de proteção da criança, inclusive sensibilizar e fortalecer o processo de educação sexual infantil nas comunidades adscritas das USF.

Tendo como objetivo abordar essa temática de forma interativa e coletiva, a pesquisadora utilizou como recurso disparador imagens impressas das partes íntimas que foram dispostas no chão no centro do círculo. Os sujeitos participantes foram questionados sobre como se sentiam ao ver aquelas imagens e como seria para eles conversar sobre o assunto com as crianças. De início, percebeu-se muita resistência dos profissionais, principalmente dos ACS.

Nas imagens dos órgãos genitais expostas aos sujeitos participantes, algumas eram mais lúdicas/infantis, e outras, mais técnicas. Houve certa resistência em apresentar as imagens mais elaboradas para crianças maiores, mesmo

sendo para fins educativos, utilizados na escola, por exemplo.

Essa que está a sua frente, é uma coisa que dá para passar, essa não dá, e tem uma coisa bem anatômica, eu vejo aí duas coisas, duas propostas bem distintas, bem técnica, bem centrífuga que talvez vulgarizasse um pouquinho se a gente fosse, numa idade mais, numa idade menor tá. Eu acho que não tem como, assim, eu não vejo assim, meu filho hoje tem 10 anos, eu não vejo a professora dele chegando com aquela imagem lá bem técnica, com uma vulva, mostrando isso aqui é isso aqui, eu não consigo perceber isso dentro de sala aula. (SPG).

Em contrapartida, houve também falas mais receptivas sobre esse assunto, englobando a importância de dizer os nomes corretos das partes íntimas. Um dos relatos sobre educação sexual infantil foi da SP como se pode observar no trecho abaixo:

Eu acho tranquilo! É eu já escutei até do meu filho, que aí eu falei para ele que essa pitoca pode ser chamada de pênis [...] eu acho que isso tem que ser ensinado em casa, a educação sexual começa dentro de casa. Eu tenho um filho de 3 anos, e já expliquei para ele que pitoca também é pênis! e eu acho da mesma forma que se fosse uma menina também não tinha problema pra mim. A não ser que fosse um assunto assim, eu acho que essa questão dos toques, essa questão de sentir o sinal, mas aí eu falei né a mamãe vai limpar a pitoca, mas se alguém que você não conhece não pode mexer. É bom assim, eu acho que isso é uma educação né, é aquela coisa que você vai diariamente falando e para mim isso já é bem natural, pela minha profissão, isso acaba sendo um pouco mais fácil, mas não vejo que seja um problema. (SPG).

Como intervir diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual contra crianças?

Tendo trabalhado a ideia da conceituação, identificação e da prevenção do abuso sexual

contra crianças, no quarto encontro, abordou-se a intervenção diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso. Na APS, é comum, entre a maioria dos profissionais, o despreparo diante dessa demanda. Há um desconhecimento da rede de proteção e dos próprios equipamentos de saúde que podem e devem dar suporte à criança e sua família. Outro ponto que vale a pena ressaltar é sobre o (des)uso da ficha de notificação de violência.

Para facilitar a discussão sobre o tema e a construção do conhecimento em conjunto, a pesquisadora levou um estudo de caso de uma criança que estava passando por um possível abuso sexual ocasionado pelo pai. Diante do caso, os sujeitos participantes foram relatando o que poderia/deveria ser feito para proteger a criança. Com o objetivo de dinamizar a discussão, fez-se uma dinâmica em que cada sujeito participante da pesquisa representava um dos equipamentos que poderia ser acionado pela eSF. A criança e sua família ficaram no centro da roda com um barbante amarrado no dedo; ao longo da discussão e identificação dos equipamentos, o barbante ia sendo repassado de mão em mão, formando assim uma grande 'teia da proteção'. Foi discutido também sobre a (des)vinculação entre a eSF e cada serviço destacado, construindo assim o ecomapa.

De forma geral, a grande maioria dos sujeitos participantes da pesquisa desconhece a linha do cuidado para atenção integral às crianças e suas famílias em situação de violência, englobando inclusive os serviços da saúde, assim como também da assistência social, jurídica, a rede municipal, estadual etc. Um dos principais serviços da rede de proteção é o CT instituído pelo ECA em 1990, sendo responsável pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes. Eles começam a agir sempre que os direitos desse público-alvo forem ameaçados ou violados.

É fundamental a atuação dos profissionais em uma rede organizada, interligada, conectada e articulada, seja a rede dos serviços de saúde e de outros setores, como a assistência social, o sistema de direitos, jurídico etc.

Quando isso não ocorre, quando a realidade é muito diferente do que é preconizado, consequentemente, a intervenção diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual contra crianças será mais limitada e ineficaz.

Vale ressaltar também a inexistência de um serviço municipal (em que foi realizada esta pesquisa) de referência para o atendimento de crianças e suas famílias em situação de violência. De acordo com o ECA, o inciso III do art. 87, prevê o funcionamento de

Serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão⁶⁽⁸⁷⁾.

Cabe à gestão municipal colocar em prática o estatuto e desenvolver estratégias de fortalecimento da rede intersetorial, bem como espaços de matriciamento com os profissionais sobre essa temática.

No final desse encontro, foi entregue um material impresso informativo com nome, endereço e contatos dos principais equipamentos da linha do cuidado para a atenção às crianças em situação de violência.

Construindo estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças

No quinto e último encontro, foi construído, com os sujeitos participantes da pesquisa, possíveis estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças, que os próprios profissionais das eSF poderiam desenvolver no território. Inicialmente, utilizou-se uma dinâmica para fazer um resumo de tudo o que foi discutido e construído ao longo dos encontros. Em seguida, a pesquisadora perguntou sobre quais/como seriam as estratégias de enfrentamento do problema em questão. À medida que os profissionais foram falando, anotaram-se as ideias em uma cartolina para deixá-las fixadas e organizadas.

A primeira estratégia sugerida por um ACS foi sobre ‘discussão de caso’; ele relatou que, quando surge algum caso mais complexo, essa prática já é comum entre os profissionais, e que eles poderiam utilizá-la para intervir de uma forma mais assertiva diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual contra crianças, como se pode observar no fragmento a seguir:

É porque às vezes assim eu tô com uma dúvida, aí eu chego pra outro ACS, aí a gente faz uma reunião pra poder ver o desfecho de alguns casos que são pertinentes, nesse assunto a gente poderia fazer isso também [...] eu acho que seria uma boa estratégia. (SPM).

Outra estratégia também colocada por uma ACS refere-se ao olhar mais atencioso para a criança durante as visitas domiciliares, ao fortalecimento do vínculo e do diálogo com ela.

É olhar mais pras crianças, porque a gente visa tanto o adulto, a mãe ou pai, a avó, quem tá naquele horário, quem tá naquele local, a gente esquece de olhar pra criança que está na frente da gente, eu procuro sempre olhar quando tem um, eu tenho muitas crianças na minha área [...] e eu procuro interagir com eles né, é tanto que tem até alguns que me chamam de tia, eu sempre pergunto como é que você tá, como é que tá na escola? [...]. (SPM).

Quando há uma aproximação maior entre o ACS e a criança, mais ela vai sentir confiança e abertura para expor situações difíceis da sua vida, como um possível quadro de violência, assim como o ACS vai estar mais sensível para identificar e intervir diante de um caso de abuso.

O enfrentamento do abuso sexual contra crianças dentro do contexto da APS pode acontecer também, e principalmente, por meio de orientações, rodas de conversa, palestras e salas de espera que podem ser facilitados por qualquer profissional de saúde; esses elementos também foram identificados pelos sujeitos participantes. Eles ressaltaram que, durante todos os anos de trabalho na eSF, nunca houve

uma sala de espera, um momento em grupo tendo esse tema em destaque; que até mesmo no mês conhecido como ‘Maio laranja’, que é o mês de combate ao abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes, não se fala nada sobre o assunto dentro da USF.

Um dos SPG destacou que uma das principais estratégias de enfrentamento dessa problemática dentro da sua área de atuação poderia ocorrer por meio da educação sexual infantil mediante o processo de orientação e sensibilização das famílias durante as consultas de puericultura, por exemplo.

Educação sexual né, eu acho assim trazer sempre o tema quando atender alguma criança, orientação familiar com educação sexual, a importância que as vezes eu notifico os pais eu acho que falar sobre, nomear a genitália [...] então eu acho que a partir do momento que a gente começa a falar, a conversar sobre isso, trazer isso na hora da consulta, do mesmo jeito que eu por exemplo pergunto o que é que ele come? Posso dizer: A senhora fala sobre as partes genitais que ninguém pode tocar? [...] sensibilizar [...] a partir do momento que a gente fala por naturalidade uma coisa se torna natural né, então, naturalizar essa questão de sexualidade do ser humano, uma hora vai ter que ser falado então eu acho que trazer isso pras consultas, ter o momento de perguntar e orientar, de prevenir. (SPG).

Vale salientar que essa é uma prática que ele não fazia, mas que, durante os encontros, conseguiu perceber como algo totalmente possível de ser feito dentro do seu dia a dia profissional: “*essa era uma coisa que passava, deixava passar, não tocava no assunto*” (SPG).

Com o objetivo de trazer mais ludicidade no momento de abordar essa temática, foi sugerida pela SP da pesquisa a elaboração de bonecos de feltro com as partes íntimas, que poderiam ser usados tanto nas salas de espera/espacos em grupo como dentro dos consultórios. A confecção dos bonecos poderia contar com o auxílio de algum voluntário da comunidade com habilidades manuais/artesanais.

Outra possibilidade apresentada pelos SP foi a de criar uma pasta física com diversos materiais educativos e informativos sobre o abuso sexual contra crianças, inclusive a criação de um fluxo institucional que pudesse guiá-los diante dessa demanda. A ideia é que a pasta fique na unidade à disposição de todos os profissionais de saúde para que estes possam acessá-la sempre que for necessário.

É uma pasta, uma pastinha, com todos os papéis lá, todo mundo vai ficar sabendo onde essa pastinha tá e pronto [...], todo mundo tem uma autonomia pra fazer [...]. (SPG).

Ressalta-se que não existe um fluxo municipal sobre a condução dos casos de violência sexual contra crianças, fragilizando assim a atuação dos profissionais. No quarto encontro, foi entregue aos SP um material impresso sobre a linha do cuidado elaborada pelo Ministério da Saúde, a qual traz um norte sobre a intervenção das equipes ante as demandas de violência infantil, contudo, há uma necessidade de especificar o fluxo municipal de acordo com as singularidades do município.

De forma geral, as estratégias de enfrentamento dessa problemática foram de grande valia e totalmente possíveis de serem aplicadas, e o mais importante é que as ideias foram elaboradas pelos próprios profissionais tendo como base a realidade e a singularidade do contexto local.

Considerações finais

Por meio da realização desta pesquisa em saúde, vivenciada no âmbito da AB, utilizando os CC, foi possível observar o quanto essa ferramenta potencializa as discussões em grupo, em especial, acerca da temática proposta, reverberando na diversidade argumentativa produzida, nas construções e percepções de sentidos individuais e coletivos, nas trocas de saberes existentes e na formação conjunta do conhecimento – elementos estes que fortalecem os objetivos da educação em saúde.

Sobre a realização desta intervenção, vale ressaltar algumas reflexões obtidas. Observou-se que ainda é grande a necessidade em trabalhar a temática do abuso sexual, principalmente contra crianças, com as eSF visto que a maioria dos profissionais nunca havia participado de um encontro com esse tema. Em consequência disso, perceberam-se diversas fragilidades no conhecimento deles, desde o entendimento sobre o abuso sexual contra crianças (tipo, formas de identificação etc.) até as possibilidades e as estratégias de intervenção (ficha de notificação, salas de espera etc.).

Ratifica-se a necessidade existente da realização de um projeto de EPS visando à continuidade das discussões sobre essa e outras temáticas inerentes à prática profissional dos trabalhadores.

Este estudo contribuiu para a aproximação dos profissionais das discussões sobre a temática, identificando a rede de serviços para garantia dos direitos da criança e desenvolvendo possíveis estratégias de enfrentamento da questão. Observou-se que a maioria dos participantes não se sentia preparada para lidar com os casos de abuso sexual contra crianças presentes no território, e vários fatores podem estar influenciando isso, como a falta de atividades de educação em saúde, a fragilidade na rede de cuidados às crianças em situação de violência do município e o medo do envolvimento legal nos casos e/ou de sofrer algum tipo de represália pelo agressor.

Como forma de enfrentamento do problema, algumas ideias elencadas pelos profissionais foram a importância da visita domiciliar, a discussão de casos entre a equipe, a realização de atividades em grupo abordando esse conteúdo, a promoção da educação sexual infantil por meio das consultas eletivas e a criação de uma pasta com materiais e recursos impressos que pudessem ser acessados pelos profissionais durante as atividades na unidade. Vale ressaltar que um dos maiores instrumentos para o enfrentamento dessa problemática, o preenchimento da ficha de notificação, era

usado por poucos e desconhecido pela maioria. Percebeu-se também que essa temática não era debatida nas salas de espera, nos grupos ou em reuniões com a comunidade.

Concernente à rede municipal de proteção à criança em situação de violência, os profissionais desconhecem a maioria dos serviços, e as relações/vínculos entre eles são bem fragilizadas. A ausência de um local específico para o atendimento dessa problemática dificulta o andamento e a resolutividade dos casos. Notou-se também a falha do papel do Estado na capacitação dos profissionais e em manter a rede funcionando com todos os recursos e insumos necessários. Cabe a ele fornecer os recursos financeiros, os serviços assistenciais e as pessoas capacitadas para lidar com a situação da violência.

Como limitações da intervenção, ressalta-se o curto espaço de tempo para debater toda a complexidade do tema e a quantidade de informações inseridas.

Ademais, é importante pontuar que o ciclo do abuso sexual contra crianças é permeado pelo silêncio. Uma das formas de romper com essa realidade é falar sobre isso, é promover espaços de debate, de fala, de escuta qualificada, é desenvolver mais estudos e experiências de intervenção sobre a temática para que, a partir do que for obtido, seja possível pensar em outras estratégias e qualificar as que já existem, visando, sobretudo, romper com o silêncio e proteger as crianças.

Colaboradores

Batista MKB (0000-0002-7387-1304)*, Gomes WS (0000-0002-9093-8275)* e Villacorta JAM (0000-0001-6016-3352)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, et al. Características da violência contra criança em uma capital brasileira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 [acesso em 2022 jan 10]; 20(2). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08.pdf.
2. Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(7):3285-3296.
3. Carvalho CM. Violência infanto-juvenil, uma triste herança. In: Almeida MGB, organizadora. *A violência na sociedade contemporânea*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. p. 1-42.
4. Martins DC. O estatuto da criança e do adolescente e a política de atendimento a partir de uma perspectiva sócio jurídica. *Rev. Iniciação Científ*. 2004; 4(1):63-77.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 13. ed. Brasília, DF: Edições Câmara; 2010.
6. Brasil. Lei nº 13.431, de 14 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 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União. 14 Abr 2017.
7. Oliveira SM, Fathall LCP, Rosa VL, et al. Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de unidades básicas. Rev. enferm. 2013 [acesso em 2022 jan 21]; 21(1):594-599. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10012/7807>.
8. Margarido A, Próspero ENS, Grillo LP. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Formação e conhecimento dos médicos. Psicol. Argument. 2013 [acesso em 2022 jan 21]; 31(74):405-414. Disponível em: https://www.academia.edu/74801854/Viol%C3%Aancia_dom%C3%A9stica_contra_crian%C3%A7as_e_adolescentes_Forma%C3%A7%C3%A3o_e_conhecimento_dos_m%C3%A9dicos.
9. Costa DKG, Reichert LP, França JRFS, et al. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Trab. Educ. Saúde. 2015 [acesso em 2022 jan 21]; 13(2):79-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Td7XB4KrpSt6strBs44fGmB/?lang=pt>.
10. Gebara CFP, Lourenço LM, Ronzani TM. A violência doméstica infanto-juvenil na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Psicol. Estudo. 2013; 18(3):441-451. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/3n3gm7jXxZS8ByQzmQ9yRXQ/?lang=pt>.
11. Trabbold VLM, Caleiro RCL, Cunha CF, et al. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. Psicol. Soc. 2016 [acesso em 2022 mar 21]; 28(1):74-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/jfCMP89Bxfbh8FmhfMpthRD/?lang=pt>.
12. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012 [acesso em 2022 mar 21]; 28(9):1749-1758. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XjNS8hpxZmYNNHks363rZVb/?lang=pt>.
13. Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Enferm. 2017 [acesso em 2022 mar 21]; 70(3):537-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YHwJfcYnKH5g3Tr9p-BrWHCD/abstract/?lang=pt>.
14. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa (Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS). Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.
15. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012 [acesso em 2022 mar 21]; 28(9):1749-1758. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XjNS8hpxZmYNNHks363rZVb/?lang=pt>.
16. Baldissera A. Pesquisa-Ação: Uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. Soc. Debate. 2001 [acesso em 2022 mar 21]; 7(2):5-25. Disponível em: <http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/viewFile/570/510>.
17. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. Rev. Brasil. Enferm. 2010 [acesso em 2022 mar 21]; 63(3):397-403. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dqqbpFdL5c7pV3W5WxKXJFt/abstract/?lang=pt&format=html>.
18. Damasceno CF. Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus – adulto (DM2) e profissionais. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2003.

19. Freire P. Ação cultural para a liberdade e outros escritos. Rio de Janeiro: Paz e terra; 2006. (v. 10).
20. Ferraz L, Ferretti F, Trindade LL, et al. O Círculo de Cultura: estratégia de educação popular em saúde para trabalhadoras rurais. Rev. Tempus, Actas de Saúde Colet. 2014; 2(8):195-210.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
22. Hohendorff JV, Patias ND. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. Barbarói. 2017; 49(1). Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9474>.
23. Spaziani RB, Maia ACB. Educação para a sexualidade e prevenção da violência sexual na infância: concepções de professoras. Rev. Psicopedagogia. 2015; 32(97):61-71.
24. Brino RF, Williams LCA. Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil. Rev. Educ. Realidade. 2008; 33(2):209-230.
25. Gonçalves RC, Faleiro JH, Malafaia G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. HOLOS. 2013; 29(5):251-263.
26. Dell'Aglio DD, Garcia ACL. Uma experiência de educação sexual na pré-escola. Paidéia. FFCLRP-USP. 1997; 97-110.

Recebido em 26/04/2022
Aprovado em 03/10/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve