



## Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde

Violence against children: the routine of the professionals in the primary health care

Josiane Nunes Maia<sup>1</sup>, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari<sup>1</sup>, Flávia Lopes Gabani<sup>1</sup>, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla<sup>1</sup>, Taísa Bastos dos Reis<sup>1</sup>, Mariana Lucas Camilo Fernandes<sup>1</sup>

**Objetivo:** apreender o cotidiano de profissionais do serviço de atenção primária de saúde frente aos casos de violência contra a criança. **Métodos:** estudo qualitativo, realizado em nove Unidades Básicas de Saúde. Para análise do material, utilizou-se Análise de Conteúdo, especificamente Análise Temática. **Resultados:** os discursos dos profissionais possibilitaram a construção de dois temas: Os profissionais frente aos casos de violência contra criança: entre a razão e a emoção; Integração entre serviços de saúde, educação, justiça e comunidade: possibilidades e desafios para o enfrentamento da violência contra a criança. **Conclusão:** as facilidades para o enfrentamento da violência contra criança foram muito menores do que as dificuldades, principalmente as relacionadas à família, ausência de protocolos e carência de treinamento em serviço.

**Descritores:** Violência; Criança; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Enfermagem Pediátrica.

**Objective:** to grasp the every day of the professionals in the primary care health service in the cases of violence against children. **Methods:** this is a qualitative study conducted in nine Basic Health Units. For analysis of the material, the Content Analysis was used, specifically thematic analysis. **Results:** the speeches of professionals allowed the construction of two themes: Professionals facing cases of violence against children: between reason and emotion; Integration of health services, education, justice, and community: opportunities and challenges for addressing violence against children. **Conclusion:** the facilities to cope with the violence against children were much smaller than the difficulties, especially those related to absence family protocols and lack of in-service training.

**Descriptors:** Violence; Child; Primary Health Care; Health Personnel; Pediatric Nursing.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil.

Autor correspondente: Mariana Lucas Camilo Fernandes  
Rua Dionísia Oliveira Tavares, 388, Conjunto Ernani Moura Lima, CEP: 86037-250. Londrina, PR, Brasil.  
E-mail: mari-fernandes92@hotmail.com

## Introdução

Apesar dos direitos e da proteção terem sido garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, desde 1990, ainda é comum e alarmante a frequência de casos de violência contra a criança, que compreende a idade do nascimento aos 12 anos, bem como o adolescente, entre 12 e 18 anos<sup>(1)</sup>. Por lei, a criança e o adolescente têm o direito de desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em liberdade e dignidade, não sofrendo qualquer forma de negligência, violência, discriminação, exploração, crueldade e opressão<sup>(1)</sup>. A violência contra a criança, além de se constituir realidade dolorosa, traz prejuízos a curto, médio e longo prazo, tanto de ordem física como psicossocial que se refletem na vida adulta<sup>(2)</sup>. Na adolescência, o aumento da morbimortalidade observado nas duas últimas décadas está relacionado, em maior parte, com as consequências da violência como ferimentos, deficiências, homicídios, mas também, com a contaminação por doenças decorrentes de condições de vida precárias, suicídios e acidentes<sup>(3)</sup>.

As mortes naturais causadas por doenças estão deixando de ser a principal causa de óbitos entre crianças e adolescentes, reduziu 77,1% entre 1980 e 2010. Já mortes por causas externas (homicídios, violências, acidentes, quedas, lesões e agravos) vêm crescendo de maneira surpreendente desde 1980, quando o número ainda correspondia a 6,7% e, em 2010, passou para 26,5% e tende a progredir, o que justifica a preocupação em relação ao crescimento acelerado desses índices<sup>(4)</sup>. Diariamente, no Brasil, são registrados em média 129 casos de violência psicológica e física, incluindo a sexual, e negligência contra crianças e adolescentes. Isso significa que, a cada hora, cinco casos de violência contra meninas e meninos. Esta realidade pode ser ainda mais grave se considerar que muitos destes crimes nunca chegam a ser denunciados<sup>(5)</sup>.

Os principais tipos de maus-tratos perpetrados contra crianças e adolescentes são negligência e aban-

do: omissões dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais), quando deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social; abuso psicológico: toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos; abuso sexual: todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a vítima, que tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual<sup>(6)</sup>.

A violência contra a criança e o adolescente é um problema multicausal, que se constitui de uma diversidade de variáveis e afeta todos os níveis socioeconômicos e culturais da sociedade. Tais razões torna necessária a intervenção de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar<sup>(2)</sup>, além de que a ação torne-se mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado<sup>(7)</sup>. Por outro lado, apesar de ser obrigatório o preenchimento da Ficha de Notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes e seu encaminhamento para o Conselho Tutelar pelos profissionais e instituições de saúde que atendem no Sistema Único de Saúde, a subnotificação é uma realidade presente, dificultando e muito a resolução dos casos<sup>(6)</sup>.

A notificação dos casos de violência e a assistência oferecida às vítimas é restrita por vários fatores, como culturais, sociais, limitada infraestrutura e recursos humanos, dificultando a identificação dos casos<sup>(8)</sup>. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e os comportamentos violentos no âmbito familiar e por qualquer agressor<sup>(7)</sup>, tal fato justifica a necessidade de investimentos em capacitação dos profissionais que lidam com a violência contra a criança e adolescente e sua sensibilização, no sentido de detectar, não apenas casos extremos, mas principalmente, os casos velados<sup>(8)</sup>.

No que se refere aos recursos humanos, o pre-

sente estudo teve como objetivo apreender o cotidiano de profissionais do serviço de atenção primária de saúde frente aos casos de violência contra a criança.

## Métodos

Trata de um estudo qualitativo, realizado no período de agosto a setembro de 2012, no município de Londrina, PR, Brasil.

O município oferece à população serviço de referência e contrarreferência para o atendimento infantil, como Centros de Atenção Psicossocial; um Pronto Atendimento Infantil que funciona 24 horas na região central; três Conselhos Tutelares localizados nas regiões norte, centro e sul, com o apoio da Vara da Infância e Adolescência e da Ação Social; projeto Olho no Futuro - Departamento de Serviço Social e Psicologia Social da Universidade Estadual de Londrina; Centro de Referência Especializado de Assistência Social antigo programa Sentinela; projeto Rosa Viva - Maternidade Municipal de Londrina; comissão interna de defesa da criança e do adolescente vítima de maus-tratos - Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina e; Juizado e Promotoria da Vara da Infância e Juventude.

O sistema de saúde é constituído por 52 Unidades Básicas de Saúde distribuídas nas seis regiões da cidade (centro, norte, sul, leste, oeste e rural) sendo a norte a região com a maior concentração populacional urbana e número de estabelecimento (9) seguida da sul (7). Os sujeitos de estudo foram profissionais das nove unidades da região norte que realizavam assistência direta as crianças menores de 12 anos de idade conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>(1)</sup> e aceitaram participar da pesquisa: enfermeiros, médicos pediatras, técnicos/auxiliares de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista e Agentes Comunitários de Saúde. O atendimento às crianças até 12 anos neste serviço se restringe à área pediátrica, objeto deste estudo, portanto os da especialidade clínica geral e ginecologia e obstetrícia foram excluídos.

Para coleta de dados, os pesquisadores agen-

daram reunião com o coordenador de cada unidade de saúde para apresentar os objetivos de pesquisa e a forma de investigação. Neste momento, após a liberação da presença dos pesquisadores para abordar os profissionais da unidade, utilizou-se instrumento com questões semiestruturadas previamente validado, para que cada um preenchesse individualmente, em momento oportuno durante o período de trabalho. Posterior ao preenchimento, o profissional o depositou em urna lacrada para a retirada pelo pesquisador em data previamente agendada com a equipe.

Os profissionais discorreram a próprio punho sobre o cotidiano, respondendo às seguintes perguntas: descreva sobre as facilidades para lidar com a violência contra a criança na unidade de saúde; descreva sobre as dificuldades para lidar com a violência contra a criança na unidade de saúde; explique quais as suas perspectivas para abordar os casos de violência contra a criança na unidade de saúde.

Utilizou-se o referencial metodológico da Análise de Conteúdo, especificamente a Análise Temática<sup>(9)</sup>, cumprindo-se as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A seleção dos conteúdos emergiu por meio de um processo de comparação, agrupando-se as unidades de significado por similaridades e diferenças que geraram as categorias de análise<sup>(9)</sup>. Para sigilo dos sujeitos pesquisados, identificou-se pela categoria profissional, seguido de número arábico, de acordo com a ordem da entrevista, sendo: Enfermeiro (E nº), Médico Pediatra (MP nº), Técnico/Auxiliar de Enfermagem (TAE nº), Dentista (D nº), Auxiliar de Dentista (AD nº) e Agente Comunitário de Saúde (ACS nº).

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

Dos 180 profissionais lotados nas nove unidades de saúde, seis categorias profissionais participaram da pesquisa: 66 Agentes Comunitários de Saúde,

54 técnicos/auxiliares de enfermagem, 26 enfermeiros, 2 médicos pediatras, 22 auxiliar de dentista e 10 dentistas. Os Agentes Comunitários de Saúde, técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros foram os que mais atenderam estes casos, mais comumente negligência e abandono (43,3%), abuso psicológico (22,8%), abuso físico (20%) e abuso sexual (16,1%), geralmente mais de um tipo em um mesmo atendimento.

A partir dos discursos dos profissionais das diferentes categorias possibilitou apreender dois temas: Os profissionais frente aos casos de violência contra a criança: entre a razão e a emoção e Integração entre serviços de saúde, educação, justiça e comunidade: possibilidades e desafios para o enfrentamento da violência contra a criança.

### **Os profissionais frente aos casos de violência contra a criança: entre a razão e a emoção**

Este tema trata da operacionalização dos casos de violência infantil no cotidiano do trabalho dos profissionais nas unidades de saúde. Poucos foram aqueles (18) que relataram facilidades no atendimento das vítimas. Entre elas, a disponibilidade de agenda do pediatra, possibilitando o atendimento imediato. Também o atendimento nos programas de puericultura e imunização, bem como a proximidade da equipe com a comunidade da área de abrangência: *Atender um número grande de crianças por mês, conhecer muitas famílias da região da Unidade Básica de Saúde por trabalhar a muito tempo no local, alguns pacientes e familiares desabafam na clínica odontológica, talvez por retornarem com frequência à clínica (D 1). Devido ao atendimento direto, puericultura, avaliação, pediatra, vacinas e outros, você observa sinais diretos ligados ao descuido, negligência e até mesmo agressão sexual (TAE 5). Porque sendo agente de saúde e conhecida na área em que eu trabalho, vejo direto o problema, indo na casa e vendo a situação real da família (ACS 9).*

Outro aspecto facilitador para o enfrentamento da violência contra a criança apontado nos discursos dos profissionais é poder contar com uma equipe multiprofissional na unidade de saúde e ter um serviço de

referência no município: *Ter o assistente social e psicólogo da residência na Unidade Básica de Saúde ajuda na abordagem familiar e contato com outros serviços (E 1). Encaminhamento para o Pronto Atendimento Infantil ou encaixe para pediatra na Unidade Básica de Saúde (TAE 5).*

Se por um lado os profissionais consideram que a proximidade com a comunidade, disponibilidade de agenda e equipe multiprofissional favorece o enfrentamento da violência, por outro, alguns apontaram algumas dificuldades, como o medo de ser vítima do agressor, a forma de abordar a criança maltratada e a sua família. Tais dificuldades explicitam nos discursos a seguir experiências negativas vividas no cotidiano do trabalho, sentimento de impotência mediante os casos devido à precariedade socioeconômica das famílias e vítimas: *São muitas, desde o modo mais adequado para se abordar o problema junto aos familiares ou responsáveis pela criança, sobretudo, em casos suspeitos de abuso sexual, até a tomada de decisão sobre como agir. Passei por uma situação assim na rede pública e jamais vou me esquecer do que senti: constrangimento, indignação, insegurança, impotência, muita vontade de agir sem saber como (TAE 6). Medo de interferir na vida pessoal das famílias e “sofrer represálias” por isso (pelos pais) (D 9). A maior dificuldade é a sensação de impotência que acompanha a situação (TAE 11). É difícil a abordagem, pois, muitas vezes os agressores são os familiares, os serviços de proteção a essas crianças é bem precário, pela demora e também pelo fato de pôr a própria vida em risco (ACS 11).*

Além do medo e da dificuldade dos profissionais para abordar os casos, evidenciaram-se dificuldades pessoais no enfrentamento da situação por mobilizar sentimento de muito sofrimento: *Para mim, violência contra a criança é um assunto que me abala bastante (AD 2). Fico sensibilizado, com o pensamento sempre retornando ao caso, e principalmente quando associo com algum dos meus três filhos. Não sei se é bom ser mais afetivo ou ser mais sério para não sensibilizar ainda mais a criança (D 5). É difícil abordar essa situação; geralmente não é uma família estruturada, mas não é fácil lidar com sentimentos (E 14). Principalmente emocional, pois quando é criança todos ficam abalados. Sou mãe, pois criança tem um futuro, alegria, ingenuidade, inocência e infelizmente isso irá provocar um trauma pela vida toda (TAE 16).*

Com relação ao enfrentamento da violência

contra a criança, os profissionais referiram que o contexto familiar dificulta o manejo e resolução dos casos, pois geralmente se deparam com a omissão de parentes e vizinhos, bem como a dependência da criança do próprio agressor que pode ser a figura paterna ou materna: *Identificar os agressores, visto que a maioria das crianças, vítimas da violência, são ameaçadas e, por isso, escondem as agressões e os agressores. Como os menores normalmente necessitam da presença dos pais ou responsável para serem atendidos na Unidade Básica de Saúde, dificulta muito mais a investigação porque a criança se sente constrangida em falar sobre a violência* (AD 10). *A própria família não fornece dados suficientes, negando o ocorrido* (TAE 18). *As dificuldades são várias, por motivos de omissão da família, vizinhos, é um assunto delicado e complicado de ser abordado, ainda mais na função de agente comunitário, pois temos um contato direto com a família, então é preciso usar luva de pelica, tentando trabalhar com a família e os profissionais da unidade* (ACS 38).

Embora o contexto familiar dificulte o enfrentamento dos casos de violência infantil pelos profissionais, alguns discursos apontam a necessidade de compreender o contexto familiar, bem como o comportamento da criança que quando alterado pode fornecer subsídios para identificar e intervir o mais breve possível, interrompendo a perpetuação dos atos violentos: *Entender o contexto familiar e trabalhar nas causas problemas da família...* (D 1). *Prestar mais atenção às crianças* (TAE 2). *Verificando o tratamento e estado emocional da criança, mudança de comportamento e analisando a honestidade e ou realidade da situação* (ACS 3).

### **Integração entre serviços de saúde, educação, justiça e comunidade: possibilidades e desafios para o enfrentamento da violência contra a criança**

Este tema se refere à dimensão do enfrentamento da violência infantil, pois não se restringe apenas à detecção, mas à identificação do risco, no trabalho integrado em redes entre as instituições que prestam atendimento a esse grupo etário, como saúde, educação e justiça inter-relacionadas com a comunidade.

Os discursos dos profissionais apontaram que os casos de violência contra a criança devem estar

amparados por leis rigorosas, efetivas e eficazes, para que os agressores sejam denunciados e punidos, bem como política integrada em rede para investigar os casos e seguimento para interrupção dos atos violentos com suporte às vítimas dependem economicamente dos agressores: *Lei rigorosa, que obviamente deveria ser cumprida* (MP 1). *Deixem claro aos agressores e abusadores que eles certamente serão pegos e punidos* (TAE 8). *Existir uma política mais ampla, em que casos de denúncias sejam efetivamente investigados e nos casos em que se tenham dúvidas, a abordagem posterior seja realizada periodicamente, mesmo sem denúncia posterior* (D 3). *Uma rede mais estruturada e organizada para atender estes tipos de casos* (E 12). *Estruturação de lares com medidas de saúde e educação para vítimas que na maioria das vezes tanto a mãe quanto a criança, sofre violência por depender economicamente do agressor* (ACS 5).

Além das intervenções judiciais, alguns discursos dos profissionais apontaram também para ações em saúde com intervenções durante o pré-natal, orientando a importância do vínculo com a criança e até prevenir gestações indesejadas como formas de prevenir a violência. Por outro lado, apreendeu-se que a equipe deve promover qualidade de vida, interagir com pais e fornecer acompanhamento especializado. *Treinamento para as futuras mães* (AD 1). *Melhorar a qualidade de vida; oportunidade de estudo; educação para os pais; trabalhar para que se evite uma gestação indesejada* (E 3). *Há vínculo da criança com os pais; precisamos "trabalhar" os pais, tratar suas feridas* (E14).

Outras formas de ações em saúde é o trabalho preventivo de atos violentos, nos diferentes aspectos, com crianças, adolescentes, familiares e comunidades dos bairros de abrangência das unidades de saúde. Este trabalho realizado com uma equipe multiprofissional por meio de palestras, reuniões e oficinas de sensibilização para favorecer atitudes de paz e qualidade de vida: *Proporcionar reunião e atividade educativa com a comunidade juntamente com uma equipe multidisciplinar para ajudar a cada cidadão a se conhecer e compreender melhor a si mesmo e o outro. Atividades que combata o estresse, amplie a consciência e melhore a autoestima; a violência em nossas ações e atitudes é apenas um reflexo do desequilíbrio interior e da forma que estamos vivendo* (D 2). *Ações que promovam a união familiar, por exemplo; palestras; informações às pessoas sobre as consequências desta violência para a*

*criança e para o abusador; resgatar a responsabilidade familiar (AD 4). Ações educativas com alunos de escolas públicas, particulares e nas creches e escolinhas (ATE 15).*

Embora os profissionais tenham identificado diferentes formas de intervenções nas áreas sociais, saúde, justiça, educação e comunidade referiram que não se sentiam preparados para o enfrentamento da violência contra a criança afirmando, nos discursos a seguir, que os gestores devem propiciar treinamento em serviço, bem como implementar protocolo na rede de atenção primária de saúde com disponibilidade de serviços de referência e contrarreferência para atendimento dos casos: *Não sou capacitado para o problema como abordar o morador com o assunto específico (ACS 9). Acho que falta um treinamento para lidar com esta situação (AD 2). Precisa de discussão de um protocolo na Unidade Básica de Saúde com toda a equipe (E 7). Um protocolo com descrição detalhada de um fluxo de atendimento (E 12). Falta de protocolo único para todos os serviços envolvidos, passar casos e ter contrarreferência do conselho tutelar, equipe capacitada para atender casos (E 16).*

Além das ações locais, os profissionais apontaram que o Estado deve assumir suas responsabilidades para que as leis se cumpram, subsidie recursos humanos e materiais para os municípios, implemente política de educação permanente em saúde para os profissionais envolvidos com os casos de violência contra a criança e realize campanhas educativas para interromper o ciclo de atos violentos na sociedade. *Viabilização de recursos para capacitação e educação para os profissionais (ACS 5). Incentivar e viabilizar campanhas e atividades que exponham e esclareçam sobre o problema, divulguem os serviços de apoio às vítimas de violência (TAE 8). Políticas públicas direcionadas ao combate ou à prevenção da violência (campanhas, terapias familiares, entre outras atividades importantes para a redução da mesma) (AD 5).*

## Discussão

No presente estudo, as limitações estão relacionadas a uma das seis regiões do município, bem como a inviabilidade de obter a totalidade dos profissionais da rede de atenção primária que vivenciam as situa-

ções de violência contra a criança no cotidiano de trabalho. Entretanto, a participação dos sujeitos das diferentes categorias, enfermeiros, técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, médico pediatra, dentista e auxiliar de dentista, evidenciaram potencialidades e fragilidades no atendimento, encaminhamento e resolutividade dos casos atendidos, visto a complexidade da violência intrafamiliar.

Com relação aos atendimentos dos profissionais às crianças vítimas de violência neste estudo, a frequência foi esporádica e entre os tipos se destacaram a negligência e abandono, seguido do abuso psicológico, físico e sexual. No Brasil, foram notificados 17.900 casos violência entre menores de nove anos em 2011, sendo a física e negligência mais comum entre meninos e a sexual e psicológica entre meninas, os causadores mais prevalentes os pais no ambiente domiciliar<sup>(10)</sup>. Em 2013, estes dados prevaleceram<sup>(11)</sup>. Já, em unidades de Saúde Família, cerca de 50,0% a violência física e sexual no ambiente doméstico, agressões físicas de pequeno e médio porte ocasionadas por queimaduras e espancamentos<sup>(12)</sup>.

Entre os profissionais que mais atendem estes casos, no presente estudo, os Agentes Comunitários de Saúde, técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros, mas a equipe de odontologia e o médico pediatra, cada qual em seu ambiente de atuação, também prestam assistência às vítimas de violência e, esta multiplicidade foi considerada como uma das facilidades para identificação e acompanhamento dos casos na área de abrangência. Pesquisa evidenciou que os casos de violência foram detectados nas diferentes circunstâncias, médicos e enfermeiros durante a consulta, Agentes Comunitários de Saúde e técnicos de enfermagem por terceiros e na visita domiciliar<sup>(13)</sup>. Por outro lado, se sentem mais expostos ao medo e represálias<sup>(8)</sup>, bem como ameaças da família da criança vítima de abuso, que não quer que esta situação venha a ser de domínio público<sup>(2)</sup>. Tais situações foram identificadas como dificuldades no presente estudo.

É possível notar que o fato de a vítima ser criança, torna o profissional mais vulnerável e sensi-

bilizado com a situação, pois a associação com os próprios filhos é inevitável nesses casos, tornando necessário o equilíbrio psicológico, também referido pelos sujeitos no presente estudo. Os sentimentos frente aos casos de violência contra a criança e contato com o violentador são relatados como incontroláveis e variam desde pena e indignação até raiva do agressor e desejo de fazer justiça com as próprias mãos<sup>(14)</sup>. Estes sentimentos também foram evidenciados na pesquisa com os membros da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do Distrito de Setúbal, Portugal<sup>(15)</sup>.

O sentimento da equipe de não estar habilitada para lidar com casos relacionados à violência contra crianças e adolescentes, sensação de impotência, além dos temores de enfrentar o problema podem dificultar a visibilidade dos mesmos<sup>(10,16-17)</sup>. O medo de envolvimento emocional esteve presente em mais da metade dos profissionais, o que pode ser sinônimo da ausência de suporte institucional eficaz, causando inibição de atitudes proativas no processo de resolução<sup>(7)</sup>. E estes sentimentos afloraram nos discursos dos profissionais que vivenciaram tais situações, apreendidas no presente estudo.

As dificuldades dos profissionais no manejo da violência contra a criança evidenciadas em outros estudos se deu pela ineficiência do serviço de saúde, desde a falta de capacitação e inexistência de protocolos até a ausência de rotinas específicos para atuação<sup>(8,12)</sup>. Pesquisa identificou que 41,5% dos profissionais que atenderam casos de violência não sabiam para onde encaminhar a vítima que sofreu maus-tratos<sup>(7)</sup>. Tais falhas refletem negativamente para elaboração de indicadores, assim como para a prática da prevenção, intervenção e aplicação da lei<sup>(16)</sup>.

Outra dificuldade para o enfrentamento da violência, evidenciada nos discursos dos sujeitos do presente estudo foi o comportamento dos familiares. Pesquisa aponta que o familiar pode beneficiar ou prejudicar a investigação do caso, por omitirem e protegerem o agressor, o que torna a situação ainda mais revoltante e insuportável para os profissionais de saúde<sup>(14)</sup>. Por outro lado, é importante compreender que

aspectos sociais, como desemprego, falta de planejamento familiar, pobreza, entre outros motivos, podem desencadear a violência<sup>(10,18)</sup>. Este diagnóstico situacional do ambiente familiar foi reportada por alguns dos sujeitos do presente estudo, como uma das maneiras para interromper a perpetuação da violência. Em estudo realizado nos Estados Unidos da América para avaliar os benefícios e malefícios de intervenções comportamentais e aconselhamento familiar em casos de violência contra a criança, identificaram-se os acompanhados sistematicamente no ambiente domiciliar, reduziu-se a busca por serviços de emergência, internações, abuso e negligência e, apresentaram maior adesão às campanhas de vacinação e puericultura, ao contrário dos atendidos em clínicas pediátricas<sup>(15)</sup>.

A relevância do trabalho multiprofissional no enfrentamento à violência não é limitada ao serviço de saúde, pois nos discursos dos sujeitos do presente estudo evidencia-se que vai além, mediante articulação institucional e interação entre os diversos setores saúde, educação, justiça social, entre outros. Esta relação possibilita a implementação da "Rede de Proteção", assegura também encaminhamento às instâncias de atendimento e garantia de direitos<sup>(6,12)</sup>.

No Brasil, ainda não existe total eficácia na vigilância dos casos de violência contra a criança, apesar de mudanças significativas neste cenário, decorrentes de pactos com outros órgãos, como Secretarias Estadual e Federal<sup>(10-11)</sup>. A detecção precoce é fundamental para a eficácia da intervenção e reabilitação social e moral da criança, entretanto, nem sempre a violência é descoberta rapidamente, exigindo dos serviços integrados instrumento para identificar os fatores de risco para sua ocorrência e, subsequente, monitoramento.

Embora os profissionais que atuam na atenção primária de saúde possuam grande responsabilidade sobre o atendimento à criança vítima de maus-tratos, nem sempre há conscientização plena do seu papel<sup>(8,16)</sup>. Por outro lado, os sujeitos do presente estudo apontaram que as instituições precisam garantir os direitos e as condições de trabalho para estes profes-

sionais para que executem suas funções, como oferecer e manter grupos de suporte profissional com as diferentes áreas que lidam com tais casos, sistema de referência e contrarreferência ágil, equipe para suporte social e psicológico da criança, família e agressor.

## Conclusão

Pôde-se apreender nos discursos dos profissionais, nas diferentes categorias, que as dificuldades para o enfrentamento dos casos de violência contra a criança no cotidiano de trabalho na atenção primária, sobrepõem-se as facilidades.

Entre as facilidades, estiveram as ações em loco na própria unidade de saúde, devido ao envolvimento dos profissionais na resolução dos casos de forma multiprofissional e proximidade com a comunidade. As dificuldades estiveram desde a insuficiente capacitação e suporte institucional para o manejo dos casos até a limitada política pública para assegurar os direitos da criança, conforme estabelecido pelo Estatuto da Criança e Adolescente.

## Colaborações

Maia JN contribuiu na concepção do trabalho, coleta de dados, análise e redação do artigo. Ferrari RAP contribuiu na concepção do projeto, orientação, redação e revisão do artigo. Reis TB e Fernandes MLC contribuíram com a redação e revisão do artigo. Gabani FL e Tacla MTGM contribuíram para revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Ministério da Justiça (BR). Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça; 1990.
2. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo-Brasil. *Saúde Soc.* 2011; 20(1):136-46.
3. Morais NA, Morais CA, Reis S, Koller SH. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. *Psicol Soc.* 2010; 22(3):507-18.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. Rio de Janeiro: Flacso Brasil; 2012.
5. Fundo das Nações Unidas para a Infância no Brasil. Nossas prioridades: Infância e adolescência no Brasil [Internet]. 2014 [citado 2016 abr. 11]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>
6. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJJ. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015; 20(6):1879-90.
7. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais de saúde da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(2):481-91.
8. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc.* 2011; 20(1):147-55.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015; 20(3):655-65.
11. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(3):871-80.
12. Leite JT, Beserra MA, Scatena L, Silva LMP, Ferriani MGC. Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016; 37(2):1-7.



13. Woiski ROS, Rocha DLB. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(1):143-50.
14. Oliveira P, Simões A. Maus tratos à infância: as referências dos técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2014; n.esp.1:82-9.
15. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscollo TS, Souza SL, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(n.esp.):172-9.
16. Bezerra KP, Monteiro AI. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev Rene*. 2012; 13(2):354-64.
17. Morais RLGL, Sales ZN, Rodrigues VP, Oliveira JS. Actions of protection for children and teenagers in situations of violence. *J Res Fundam Care Online [Internet]*. 2016 [cited 2016 Mar 16]; 8(2):4472-86. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4688/pdf\\_1902](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4688/pdf_1902)
18. Nelson HD, Selph S, Bougatsos C, Blazina I. Behavioral Interventions and Counseling to Prevent Child Abuse and Neglect: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 16]. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0052380/pdf/PubMedHealth\\_PMH0052380.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0052380/pdf/PubMedHealth_PMH0052380.pdf)