

Os desafios da Atenção Primária à Saúde no acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

The challenges of Primary Health Care in supporting child and adolescent victims of sexual violence

Everton Borges Ribeiro

Assistente Social. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil;
E-mail: evertombor@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-9939-7367

Stephanie Pereira

Enfermeira sanitária. Fundação Faculdade de Medicina, São Paulo, SP, Brasil;
E-mail: stephaniepereira@usp.br; ORCID: 0000-0002-4910-448X

Maria Fernanda Terra

Enfermeira sanitária, Professora Doutora. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: mfterra@usp.br; ORCID: 0000-0003-1718-4216

Contribuição dos autores: EBR - contribuições substanciais para a concepção, aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho, conteúdo intelectual importante e elaboração do trabalho. SP - contribuições substanciais para análise e interpretação de dados para o trabalho conteúdo intelectual importante, elaboração do trabalho e aprovação final da versão a ser publicada. MFT - revisá-lo criticamente quanto ao conteúdo intelectual importante e aprovação final da versão a ser publicada. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 11/03/2024

Aprovado em: 03/12/2024

Editor responsável: Stephany Yolanda Ril

Resumo: Objetivo: analisar os desafios e as estratégias dos Núcleos de Prevenção da Violência (NPV) no acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e de seus familiares em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo qualitativo, realizado através de entrevistas semiestruturadas com oito profissionais atuantes em NPV. Utilizou-se o método da Análise de conteúdo para interpretar os achados. As categorias temáticas identificadas foram: O pacto do silêncio; Pai de família e agressor: tensionando papéis e imaginários; A desigualdade de gênero e a vulnerabilidade feminina nas relações familiares; e Implicações para a atuação profissional. **Resultados:** observamos desafios no atendimento a crianças e adolescentes que sofrem abusos sexuais, o que exige ações multidisciplinares e articuladas em rede, essenciais para garantir a integralidade do cuidado. **Conclusões:** a pesquisa mostrou a importância da assistência humanizada e atenta às particularidades dos indivíduos atendidos, considerando aspectos sociais, morais, éticos e psíquicos que os constituem como sujeitos.

Palavras-chave: Abuso sexual na infância; Proteção da criança; Atenção Primária à Saúde; Defesa da criança e do adolescente.

Abstract: Objective: to analyze the challenges and strategies of the Violence Prevention Centers (VPC) in supporting children and adolescents who are victims of sexual abuse, as well as their families, within Primary Health Care services. **Method:** qualitative study conducted using semi-structured interviews with eight professionals working in VPCs. The findings were interpreted through the Content Analysis method. The thematic categories identified were: The pact of silence; Family man and abuser: tensioning roles and imaginaries; Gender inequality and female vulnerability in family relationships; and Implications for professional practice. **Results:** the study identified challenges in providing care to children and adolescents who have experienced sexual abuse, highlighting the need for multidisciplinary and networked approaches as essential to ensuring comprehensive care. **Conclusions:** the research underscored the importance of humanized care that accounts for the unique characteristics of everyone, considering the social, moral, ethical, and psychological dimensions that shape their experiences.

Keywords: Child Abuse, Sexual; Child Welfare; Primary Health Care; Child Advocacy.

INTRODUÇÃO

A violência sexual contra crianças e adolescentes, além de ser um crime, pode ter consequências dramáticas para as vítimas e suas famílias^{1,2}. Essa forma de violência envolve questões morais, tabus e preconceitos que podem influenciar, direta ou indiretamente, a assistência ofertada às vítimas³. A violência sexual se caracteriza pelo abuso ou pela exploração do corpo e da sexualidade de crianças e adolescentes⁴. No Brasil, a Lei n. 13.431/2017 define a violência sexual contra criança e adolescente como qualquer conduta que os constranja a “praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo, por meio eletrônico ou não”^{5:2}.

De acordo com dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos⁶, o Brasil registrou 15.316 denúncias de violência sexual contra crianças em 2019, o que representa um aumento de 14% em relação ao ano anterior. No estado de São Paulo, foram notificadas 2.879 denúncias em 2019, 15% a mais que em 2018. Na cidade de São Paulo, onde foi realizado o presente estudo, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 8.012 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes entre 2015 e 2019. Desses, 32% das notificações foram feitas por serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Em relação ao perfil das vítimas, 82% eram meninas, sendo a violência cometida principalmente por homens conhecidos, como pais ou padrastos. Vale destacar que 64,7% dos casos ocorreram no ambiente doméstico⁷.

Em 2015, por meio da Portaria n. 1.300/2015⁸, foi estabelecida a área técnica de Atenção Integral à Saúde das pessoas em situação de violência, que prevê a criação de Núcleos de Prevenção da Violência (NPV) em todos os serviços de saúde do município de São Paulo. Os NPV são compostos por profissionais dos serviços de saúde, responsáveis por organizar e apoiar a assistência e a articulação das ações intersetoriais necessárias ao atendimento de pessoas em situação de violência. Para orientar o trabalho dos Núcleos de Prevenção da Violência, foi instituída a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência⁹, que oferece orientações sobre fluxos,

serviços e ações de cuidado a serem implementadas localmente, incluindo o trabalho em rede para garantir a integralidade do cuidado.

É na Atenção Primária à Saúde (APS) que o serviço de saúde se aproxima dos territórios e da dinâmica da vida da população local, contribuindo para conhecer, construir vínculos e acolher pessoas em situação de violência, inclusive as crianças e os adolescentes¹⁰. O acolhimento é uma ferramenta-chave para compreender o caso, construir o cuidado *in loco* e integrar todos os serviços da rede, conforme proposto pela Política Nacional de Humanização¹¹.

O trabalho com a violência no campo da saúde não é simples, uma vez que, dependendo da sua conduta, o profissional de saúde pode reforçar preconceitos ou mitigá-los, afastando-se de uma abordagem de cuidado integral e reproduzindo situações de violência institucional. A complexidade das situações de violência sexual, como destacado por Moreira *et al.*¹², impõe desafios ético-filosóficos e práticos aos serviços de saúde. Frequentemente, é no acolhimento que todas as *nuances* dessa complexidade se manifestam⁷. Diante do exposto, este artigo tem como objetivo explorar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que compõem os Núcleos de Prevenção à Violência em uma região da cidade de São Paulo quanto ao acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e seus familiares.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória. Participaram do estudo oito serviços de APS da região sul da cidade de São Paulo que demonstraram interesse em colaborar e dispunham de Núcleo de Prevenção à Violência instituído, no qual os profissionais atuavam há seis meses ou mais. Foram realizadas oito entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde entre os dias 4 e 29 de março de 2021, abordando a prática de acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência e seus familiares nos serviços de APS. As entrevistas foram conduzidas individualmente pelo primeiro autor deste artigo, em local que garantisse a privacidade. Três delas foram realizadas presencialmente e cinco por videoconferência, conforme opção dos participantes devido à pandemia de Covid-19. A duração média de cada

entrevista foi de 27 minutos, e elas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra posteriormente.

Os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O material empírico produzido foi examinado com base na Análise de conteúdo¹³. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (parecer n. 4.606.655, CAAE: 39421520.0.0000.5479) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (parecer n. 4.558.624, CAAE: 39421520.0.3001.0086).

RESULTADOS

Participaram do estudo sete mulheres e um homem, sendo quatro enfermeiras, três psicólogos e uma assistente social. O Quadro 1 apresenta as características dos entrevistados.

Quadro 1. Apresentação dos dados dos participantes da pesquisa. São Paulo, 2021

Nº Entrevista	Formação	Sexo	Está no NPV 2 anos/ +	Idade	Raça
1	Enfermeira	Feminino	Sim	44	Branca
2	Enfermeira	Feminino	Sim	NI	NI
3	Assistente social	Feminino	Sim	34	Negra
4	Enfermeira	Feminino	Sim	41	Branca
5	Psicólogo	Masculino	Sim	43	Branca
6	Enfermeira	Feminino	Não	31	Branca
7	Psicóloga	Feminino	Sim	39	Negra
8	Psicóloga	Feminino	Não	50	Negra

NI = não informado

Fonte: Elaborado pelos autores.

A seguir, os resultados são dispostos em quatro categorias analíticas: 1. O pacto do silêncio; 2. Pai de família e agressor: tensionando papéis e imaginários; 3. A desigualdade de gênero e a vulnerabilidade feminina nas relações familiares; 4. Implicações para a atuação profissional.

O pacto do silêncio

Os profissionais entrevistados notaram resistência por parte das vítimas e dos cuidadores em revelar, ou até mesmo reconhecer, a violência sexual sofrida pelas crianças ou pelos adolescentes. O ambiente familiar é

frequentemente visto como um espaço de união, solidariedade e afeto, apesar dos conflitos. Para os entrevistados, abordar a violência significa expor falhas na construção social idealizada da família, o que gera sofrimento para todos os envolvidos.

[...] não é que não acreditam. Acho que até acreditam, acho que até sabem o que está se passando, mas resistem por medo de ter algum problema na família... muitas vezes, a pessoa que cuida dessa criança também sofre esse tipo de violência, tem esse tipo de trauma e se cala. Então, ela tenta fazer com que aquilo se torne algo comum, uma coisa normal (Enfermeira 2)

[...] não é só um familiar que vai questionando, é um ciclo inteiro de familiares que vão questionando: “Mas será que é isso mesmo?”. Vai se criando aí uma espécie de mecanismo de defesa, até de racionalização, em algum sentido, para se dizer “Não! Não pode ser isso!” (Psicólogo 5)

Quando a criança é maior, ou é um adolescente, acho que há uma relação velada de que eles não podem falar sobre abuso sexual... Porque a própria família não quer trazer como um problema, não quer que o responsável seja visto como alguém com esse nível de agressão (Psicóloga 7)

Pai de família e agressor: tensionando papéis e imaginários

Os profissionais relatam que, na maioria dos casos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS), os agressores são homens próximos, como pais, padrastos ou outros familiares. Em alguns contextos, há uma dificuldade maior em expor a situação, porque, muitas vezes, os autores da violência também são os únicos provedores financeiros da família. Observamos, no grupo de entrevistados, uma tensão entre duas simbolizações importantes: o pai de família, que, no imaginário social, é visto como responsável pela proteção do núcleo familiar; e o agressor, que ocupa um polo oposto.

Isso é meio que silencioso. Não é uma coisa assim muito exposta. A gente percebe. Tipo, é uma dona de casa que não trabalha, que só o marido trabalha. [...] O pai é provedor. A gente percebe na fala do tipo “ele é trabalhador, ele traz as coisas em casa, ele paga tudo”, nessa fala que a gente imagina que haja essa relação, esse fator (Enfermeira 1)

Se está no núcleo familiar, tem vínculo afetivo, tem certa coerção, ou “sou seu pai” ou “sou seu tio”, então tem uma coerção de exercer esse papel, e do próprio “se você falar, eu serei afetado”. Então, quando a gente pensa nessa questão afetiva, também acredito que é um fator que é exercido para coagir a vítima (Assistente social 3)

As narrativas destacam a autoridade do agressor não apenas sobre a vítima, mas também sobre todos os membros da família. A condição de sustentação econômica atua como um inibidor da revelação, gerando medo de que a estabilidade financeira da família deixe de existir. Além disso, os entrevistados relataram que contextos sociais, culturais, religiosos e morais podem reforçar a autoridade do autor da violência, legitimando uma hierarquia no núcleo familiar. Por exemplo, um psicólogo ressaltou que a religião pode socialmente reforçar o ideal de uma “boa família”, o que potencializa a dificuldade de expor a questão nos serviços de saúde, especialmente em relação às possíveis implicações decorrentes do conhecimento desse problema por parte das instituições religiosas.

Essa família tinha uma religião. Não era nada muito claro, dito ou verbalizado. Mas se percebia que havia uma questão que influencia bastante no núcleo familiar... Eu penso na religião como um fator importante para a família, como um fator de proteção, a si própria, como uma forma de se fortalecer e resistir a toda a vulnerabilidade que ela vive. Mas, quando se considera essa relação com o abusador, essa religião se torna um fator de risco (Psicóloga 8)

A desigualdade de gênero e a vulnerabilidade feminina nas relações familiares

Os profissionais salientaram que o papel principal de cuidador das crianças e dos adolescentes atendidos pelo serviço é, em sua maioria, desempenhado por mulheres do núcleo familiar – mães, avós e tias. A desigualdade de gênero reproduzida no contexto familiar foi frequentemente abordada nas entrevistas, sendo quase sempre atribuída à naturalização dessas desigualdades entre as usuárias e os usuários atendidos do serviço. Reconheceu-se que essas mulheres cuidadoras também estão em situação de Violência por Parceiro Íntimo (VPI), circunstância que se apresenta como barreira para proteger crianças e adolescentes expostos à violência sexual.

A gente percebe até uma fragilidade da mulher, [...] ela provavelmente sofre violência (Enfermeira 1)

Que existe aquela crença de que, quando a mulher se casa, ela é submissa ao marido, que ela tem que aceitar tudo que ele impõe a ela. E ela não se enxerga nessa situação, por ele ser seu marido (Enfermeira 2)

Se referindo a um casal, onde o homem agride a mulher, ele vai dizer “ela é minha esposa, eu tenho direito, nós somos casados”. Então culturalmente a esposa tem que satisfazer sexualmente o marido na hora que ele quer (Enfermeira 4)

Os profissionais entrevistados mencionaram crenças e atitudes que culpabilizam as crianças e os adolescentes pela situação de violência sexual vivida. Essas crenças estão relacionadas à cultura machista, que atribui diferentes valores e responsabilidades a homens e mulheres. Para as meninas, a condição de sofrer violência sexual é frequentemente vista como uma provocação por parte delas, uma provocação a que os homens não conseguem resistir e, portanto, são considerados destituídos de culpa pela violência cometida.

Primeiramente, a uma cultura extremamente machista, que a figura do homem tem um poder muito grande, que vai colocando tudo que é feminino em um lugar subjugado. Desde a descoberta da sexualidade, ou mesmo de ser vítima dessa sexualidade (Psicólogo 5)

[...] nesse caso a mãe dizia que ela é uma menina difícil, que já “teve vários namoradinhos”. Porque o pai falava que ela tinha seduzido ele, e a mãe, na hora, acreditava nisso... Ela até defendia a menina, mas, na hora, se percebia que ela levantava essa suspeita, por causa do histórico da menina (Enfermeira 4)

Em um caso que a gente acompanha, ouvi falas de que a criança de 10 anos é a culpada. E “como assim uma criança de 10 anos é culpada?”. E, quando falamos do homem, ele parece que é uma figura que não está acessível para ser violado, e ele é violado. Então existem esses dois extremos (Assistente social 3)

Os entrevistados destacaram a influência de um ideal de maternidade que exerce pressão sobre o papel social da mulher no contexto da violência. Nesse cenário, os profissionais entendem que a mulher pode sentir como se tivesse falhado na proteção de seus filhos, tendo suas capacidades maternas questionadas e sendo sugerida a coautoria da violência.

Tem um medo de ouvir “você é mãe e você não viu?”. Porque a mulher ainda tem isso: “Eu sou a mãe e tenho que dar conta de tudo”, quando acontece algum tipo de coisa dessa que é muito íntima e grave (Enfermeira 6)

Acho que, por conta de ela não se sentir empoderada, de que ela consegue sozinha. Quando falo de ser cultural, é porque a gente sente que a mulher que não tem companheiro [...] é marginalizada pela sociedade (Enfermeira 4)

Implicações para a atuação profissional

Os profissionais enfrentaram dificuldades práticas e emocionais na assistência a crianças e adolescentes vítimas de violência. Os entrevistados reconhecem que a identificação e a vinculação com o usuário são estágios

iniciais do cuidado, mas a complexidade dos casos demanda ações que vão além das possibilidades da Atenção Primária à Saúde. A abordagem multidisciplinar foi destacada como facilitadora, pois envolve diferentes categorias profissionais, com cada uma exigindo capacitação em relação ao tema da violência, em colaboração com os demais setores responsáveis por enfrentar o problema. Os profissionais de saúde mencionam a dificuldade de garantir plenos direitos, uma vez que o sistema de proteção é falho e nem sempre está disponível para os encaminhamentos necessários.

É um tema que traz uma angústia muito grande de como lidar, o que abordar. Então acho que é um tema que a gente deve estudar mais, ainda mais quem está na vivência diariamente do atendimento às famílias, que a gente trabalha com muita alta vulnerabilidade. Então acredito na capacitação de nós, profissionais, não apenas o profissional do NPV, que tem que saber como abordar, como lidar, não só a psicóloga, só as terapeutas, mas que começa desde as meninas da higiene, é um treinamento que é “multi” mesmo (Enfermeira 6)

Pedir apoio para a polícia, para a promotoria, para o conselho tutelar, para quem for necessário para podermos trabalhar essa situação... Então é importante buscar se embasar, buscar ajuda de outros profissionais mais capacitados, para mantermos essa articulação. Em relação aos pacientes, como falei, eles acabam voltando [à situação de violência], mas cabe a nós continuarmos buscando e mostrarmos que a vida não precisa ser daquele jeito (Enfermeira 2)

Acabamos encontrando um sistema de garantia de direitos muito falho, não apenas de forma preventiva, mas também interventiva. Isso vai revitimizando demais, é um sistema que não vai mudando essa cultura de violência, vai reforçando. Fico pensando nas questões de política pública que têm que ter um olhar, lógico, [...] do profissional que está na ponta, mas muitas vezes esbarra em um sistema maior, que também é violento e muito adoecido, com olhares preconceituosos, com olhares indisponíveis (Psicólogo 5)

DISCUSSÃO

Este estudo retratou importantes obstáculos para o cuidado de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes na Atenção Primária à Saúde, que compreendem desde a identificação do problema pelos profissionais até o manejo das ocorrências no serviço e em conjunto com a rede intersetorial de proteção.

O difícil processo de identificação dos casos de violência sexual, que é o ponto de partida para o cuidado, foi uma das barreiras mais abordadas pelos entrevistados deste estudo, sendo atribuído ao esforço das famílias em silenciar a situação de violência. Um dos obstáculos à revelação parece estar relacionado à própria dinâmica das situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, que, na maioria das vezes, é perpetrada por homens do próprio núcleo familiar: pais, padrastos, tios e avós¹⁴. Dessa forma, reconhecer que uma figura que deveria ser de cuidado também é o agressor significa reconhecer a própria ruptura do tecido familiar^{15,16}. Esse pacto de silêncio, como conceituado por Faleiros *et al.*¹⁵, pode ser interpretado como uma tentativa de não romper com o ideal compartilhado da família como instituição de confiança e afeto, cuja manutenção depende do mito do amor dos filhos pelos pais e vice-versa.

Os entrevistados, ao reconhecerem as famílias como instituições sociais marcadas por diversos ideais, também chamaram atenção para suas hierarquias internas, elencadas como barreiras para a identificação e o cuidado dos casos de violência sexual. Os profissionais reproduziram em suas falas representações sociais atreladas aos diferentes membros da família: o pai provedor e a mãe submissa. Essa idealização estabelece um importante obstáculo ao acolhimento da vítima e da família, pois há uma autoridade do homem reconhecida pelos membros do núcleo familiar e, muitas vezes, pelos trabalhadores de saúde responsáveis pela assistência¹⁷. O reconhecimento, por parte dos profissionais, das desigualdades de gênero no interior das famílias torna-se essencial para evitar a reprodução dessa estrutura patriarcal no cuidado das ocorrências, mantendo os homens em posições de autoridade, enquanto as mulheres e crianças enfrentam limitações em sua autonomia, sendo frequentemente culpabilizadas pelas violências sofridas ou, no caso das mães, pela incapacidade de proteger as crianças e os adolescentes dos abusos¹⁸.

Os entrevistados também chamaram atenção para o ideal da maternidade como um desafio à revelação da violência sexual contra crianças e adolescentes. Esse ideal, que pressupõe que as mães devem ser capazes de proteger seus filhos de qualquer forma de dano, pode levar essas mulheres a se sentirem culpadas e envergonhadas caso seus filhos sejam vítimas de abuso, temendo o julgamento social e se culpabilizando por não terem

percebido os sinais da violência¹⁹. Os profissionais entrevistados sugeriram que a pressão para manter a família unida e a imagem de perfeição da maternidade poderiam levar as mães a minimizarem ou ignorarem os relatos de abuso.

Entretanto, estudos demonstram que a grande maioria dos cuidadores de crianças abusadas sexualmente – não raro, mães – acolhe a revelação do abuso, acreditando na veracidade dos relatos e buscando ajuda para lidar com a situação²⁰. Além disso, respostas inconsistentes e ambivalentes de mães em relação à violência sexual sofrida por seus filhos e filhas têm sido associadas a fatores contextuais, incluindo o abuso de álcool e outras drogas, histórico de vitimização sexual da mãe e situações de Violência por Parceiro Íntimo²¹. Dessa maneira, torna-se essencial que o cuidado dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes também inclua o acolhimento das mães e de outros responsáveis, a fim de garantir que todos os envolvidos recebam o apoio necessário.

Outro desafio para o cuidado dos casos de violência sexual, apontado pelos entrevistados, consiste em situações em que a pessoa responsável por proteger a criança ou o adolescente também está vivendo uma situação de violação de direitos, especialmente a Violência por Parceiro Íntimo (VPI). Cabe ressaltar que o Núcleo de Prevenção da Violência, segundo as diretrizes da política que o estabelece⁹, deve ser responsável pela articulação do cuidado de todas as formas de violência nos serviços de saúde. No entanto, nenhum dos entrevistados reconheceu seu papel no cuidado dessas mulheres nos casos de Violência por Parceiro Íntimo, sugerindo que, em face da coocorrência das situações de violência, há uma hierarquização que prioriza as necessidades das crianças e dos adolescentes em detrimento das necessidades das mulheres responsáveis por eles^{22,23}. O lugar das mulheres, nessa dinâmica, é reduzido pelos profissionais ao papel de mãe. Quando as escolhas ou os desfechos não ocorrem conforme o esperado pelos profissionais de saúde, elas são culpabilizadas pela manutenção ou pela não resolução do problema²³.

É interessante notar que, diferentemente dos outros eixos temáticos apresentados no artigo, em que os profissionais faziam menção concreta a casos, a atuação profissional além da identificação foi retratada de forma

abstrata e conceitual, sem que fosse abordada a condução dos casos mencionados anteriormente. Essa análise indica que os desafios do cuidado transcendem os tabus sociais relacionados ao tema, que os profissionais atribuem, sobretudo, ao público atendido, sem uma crítica sobre a própria atuação profissional.

Apesar da existência de Núcleos de Prevenção da Violência nos serviços de saúde do município de São Paulo, estudos^{24,25} discutem a dificuldade de efetivar na rotina assistencial a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência⁹. A implementação dos Núcleos de Prevenção da Violência ocorre de forma heterogênea e incipiente, principalmente pela baixa priorização da violência pelos gestores municipais, o que se relaciona ao modo como a gestão dos serviços de Atenção Primária à Saúde é estabelecido no município, com a responsabilidade assistencial repassada às Organizações Sociais de Saúde (OSS)²⁵, sem indicadores específicos relacionados ao cuidado dos casos de violência. Ademais, os membros do Núcleo de Prevenção da Violência se sentem despreparados diante da complexidade das ocorrências, que desafiam a lógica biomédica que organiza os serviços de saúde e exigem uma forte articulação intersetorial, desafios também mencionados pelos entrevistados desta pesquisa.

A relevância do setor de saúde na proteção de crianças e adolescentes é inegável, especialmente considerando os avanços legais significativos²⁶. Destacamos a potencialidade dos serviços de APS no cuidado desses casos, devido às suas características territoriais e à longitudinalidade da assistência, que proporcionam múltiplas oportunidades para a identificação e o cuidado. Os dados desta pesquisa indicam desafios em lidar com a complexidade do fenômeno da violência, tornando o acolhimento uma tarefa particularmente desafiadora. Além das qualidades pessoais e éticas dos profissionais envolvidos, é essencial que eles estejam mais bem preparados para garantir um cuidado integral que supere a identificação e demande ações de educação permanente sobre o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes. Por fim, ressaltamos a importância da multidisciplinaridade e da intersetorialidade para garantir uma assistência sensível e flexível, capaz de atender às necessidades das vítimas e de suas famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou importantes obstáculos no cuidado de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes na Atenção Primária à Saúde, que abrangem desde a identificação do problema pelos profissionais até o manejo dos casos no serviço e na rede intersetorial de proteção. A dificuldade em identificar situações de violência sexual foi apontada como uma das principais barreiras, frequentemente atribuída aos esforços das famílias em silenciar a situação de violência. Além disso, as percepções culturais associadas aos diferentes membros da família podem influenciar como os profissionais de saúde abordam essas ocorrências e lidam com elas.

A abordagem dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes deve incluir o acolhimento não apenas das vítimas, mas também das mães e de outros responsáveis, garantindo que todos os envolvidos recebam o apoio necessário. A complexidade do fenômeno da violência sexual exige uma abordagem multidisciplinar e intersetorial, com profissionais de saúde mais bem preparados para oferecer um cuidado integral que atenda às necessidades das vítimas e de suas famílias.

Como limites do estudo, destacamos que ele foi realizado em um território específico da cidade de São Paulo, o que pode não refletir as particularidades dos Núcleos de Prevenção da Violência em todo o município. Ademais, o estudo ocorreu durante a pandemia de Covid-19, período em que os encontros foram limitados pelas medidas sanitárias, e os serviços estavam sobrecarregados com novas demandas de vacinação e de pacientes com sintomas respiratórios.

REFERÊNCIAS

1. Deslandes SF, Campos DS. A ótica dos conselheiros tutelares sobre a ação da rede para a garantia da proteção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. *Ciência Saude Colet*. 2015;20(7):2173–82. doi:10.1590/1413-81232015207.13812014.
2. World Health Organization. Preventing Child Maltreatment: a guide to acting and generating evidence. ISPCAN [Internet]. 2006. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
3. Minayo MCS, Souza ER. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira - A Violência Dramatiza Causas. FioCruz. Rio de Janeiro; 2003.

4. Brasil. Ministério Público do Distrito Federal. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação e enfrentamento. Brasília (DF): Ministério Público; 2015.
5. Brasil. Lei Nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Diário Oficial da União; 1990.
6. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço - Disque 100 [Internet]. O Ministério. [citado em: 5 maio 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/ouvidoria/balanco-disque-100>
7. São Paulo. Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Coordenação de Vigilância em Saúde, SINAN NET - COVISA - SMS/SP [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. [citado em: 20 mar. 2023]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/SINAN/RVIOLE/RViolenciaNet.def>
8. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria 1300, de 14 de julho de 2015. Implantação dos Núcleos de Prevenção de Violência. Diário Oficial da Cidade; 2015.
9. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. São Paulo, SP: A Secretaria; 2015.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
12. Moreira T das NF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. Saude Soc. 2014;23(3):79–91. doi:10.1590/S0104-12902014000300007.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
14. Ribeiro MA, Ferriani MDGC, Reis JND. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Cad Saude Publica. 2004;20:456-64. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v20n2/13.pdf
15. Faleiros V de P, Loureiro AML, Penso MA. O Conluio do Silêncio: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa. São Paulo: Roca; 2009.
16. Paulino SE. Histórias que se repetem: O abuso incestuoso atravessando gerações [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005. 105 p.
17. Rangel PC. Abuso sexual intrafamiliar recorrente. Curitiba: Juruá; 2009.
18. Saffioti HIB. Gênero Patriarcado Violência. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo; 2015.
19. Carvalho QCM, Braga VAB, Galvão MTG, Cardoso MVLML. Imaginário de mães de crianças vítimas de abuso sexual: um ideal de superação. Rev Rene.

2010;11(3):57-67. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027971006.pdf>

20. Elliott AN, Carnes CN. Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature. *Child maltreatment*. 2001;6(4):314-31. doi:10.1177/1077559501006004005.

21. Knott T, Fabre A. Maternal response to the disclosure of child sexual abuse: systematic review and critical analysis of the literature. *Issues in Child Abuse Accusations*. 2014;20(1):1-6. doi:10.1515/sjph-2016-0017.

22. Pierotti CF, Flávia A, Lucas d'Oliveira P, Terra MF. A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med [Internet]*. 2018;63(1):12-20. doi:10.26432/1809-3019.2018.63.1.12.

23. Cleto M, Covolan N, Signorelli MC. Mulheres-mães em situação de violência doméstica e familiar no contexto do acolhimento institucional de seus(as) filhos(as): o paradoxo da proteção integral. *Saude Soc*. 2019;28(3):157-70. doi:10.1590/S0104-12902019170922.

24. Bacchus LJ, d'Oliveira AFPL, Pereira S, Schraiber LB, Aguiar JM, Graglia CGV, et al. An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation. *BMC Primary Care*. 2023;24:1-15. doi: 10.1186/s12875-023-02150-1.

25. D'Oliveira AFPL, Pereira S, Bacchus LJ, Feder G, Schraiber LB, Aguiar JM, et al. Are we asking too much of the health sector? exploring the readiness of Brazilian Primary Healthcare to respond to domestic violence against women. *Int J Health Policy Managem*. 2020;X:1-12. doi:10.34172/ijhpm.2020.237.

26. Cecilio LC de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica*. 1997;13(3):469-78. doi:10.1590/S0102-311X1997000300022.