

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

MIRIAM QUEIROZ BRAGA COSTA E SILVA

**CUIDAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL:
O TRABALHO E A SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
HOSPITAL DE ENSINO**

UBERLÂNDIA

2023

MIRIAM QUEIROZ BRAGA COSTA E SILVA

**CUIDAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL:
O TRABALHO E A SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador (PPGAT), do Instituto de Geografia (IG), da
Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como requisito
obrigatório para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Rosimár Alves Querino

UBERLÂNDIA

2023

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S586 2023	<p>Silva, Miriam Queiroz Braga Costa e, 1982- CUIDAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O TRABALHO E A SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE HOSPITAL DE ENSINO [recurso eletrônico] / Miriam Queiroz Braga Costa e Silva. - 2023.</p> <p>Orientador: ROSIMÁR ALVES QUERINO. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.219 Inclui bibliografia. Inclui ilustrações.</p> <p>1. Geografia médica. I. QUERINO, ROSIMÁR ALVES, 1974-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós- graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 910.1:61</p>
--------------	---

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde
Ambiental e Saúde do Trabalhador

Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro
Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902 Telefone:
34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	14/04/2023	Hora de início:	10h	Hora de encerramento:	11h
Matrícula do Discente:	12012GST016				
Nome do Discente:	Miriam Queiroz Braga Costa e Silva				
Título do Trabalho:	CUIDAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O TRABALHO E ASAÚDE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE HOSPITAL DE ENSINO				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Rosimár Alves Querino, instituição: Departamento de Saúde Coletiva – UFTM e PPGAT – UFU, e orientadora da candidata; Cristiane Paulin Simon, instituição: Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Federal do Triângulo; Liliâne Parreira Tannús Gontijo, instituição: Faculdade de Medicina e PPGAT – Universidade Federal de Uberlândia. Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Rosimár Alves Querino

apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa. A seguir a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Rosimár Alves Querino, Usuário Externo**, em 17/04/2023, às 16:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Paulin Simon, Usuário Externo**, em 17/04/2023, às 16:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Liliane Parreira Tannus Gontijo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 18/04/2023, às 10:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4429209** e o código CRC **D71ABC20**.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que ilumina os meus passos e me ajuda na escolha dos melhores caminhos, que sempre está presente, que me fortalece e não me deixa desistir!

Aos meus filhos, Lucas e Rafael, que estiveram juntinhos a mim, todos os dias, trazendo coragem, alegria e o desejo de brilhar! Obrigada pela compreensão todas as vezes em que a mamãe não pode estar perto... amo vocês!!

Aos meus pais, que sempre acreditaram e me deram todo o apoio para a realização deste sonho! Sem os senhores, não seria possível chegar aqui!

Ao meu esposo, que foi um grande incentivador. Gratidão!

Aos meus orientadores, que admiro e amo muito, Profa. Dra. Rosimár e Prof. Dr. Aragão; sem dúvidas não chegaria aqui sem vocês, pois foram incentivadores desde o início, antes mesmo de eu pensar em seguir este caminho, grandes mestres e amigos! Ah, como sou grata!!!

À querida Profa. Dra. Cristiane Paulin Simon, que me encorajou, acolheu, ajudou e nunca duvidou! Muito obrigada!

Aos amigos do Departamento de Saúde Coletiva – DeSCo/UFTM que foram exemplo, acolhida e incentivadores desta conquista!

Às professoras Dras. Diene Monique Carlos, componente da banca de defesa do projeto, e Liliane Parreira Tannús Gontijo, componente das bancas de qualificação e defesa, que trouxeram contribuições relevantes para esta pesquisa.

Às minhas colegas Mariana, Priscila, Camila e Sílvia! O apoio e colaboração de vocês foram fundamentais na construção deste estudo!

À minha amiga Cris Neri, presente que o PPGAT me deu... estivemos juntas presencialmente apenas uma vez, mas pelo WhatsApp quase todas as semanas. E estou certa que nossa amizade será para sempre!

Enfim, a todos que de alguma maneira estiveram comigo nesta caminhada! Muito obrigada!

“Meditei sobre as borboletas. (...) Vi que elas podem pousar nas flores e nas pedras, sem magoar as próprias asas”.
Manoel de Barros

RESUMO

Introdução: Profissionais de saúde ao lidarem com a dor e o sofrimento dos usuários ficam constantemente expostos a demandas psicológicas intensas que podem interferir no desempenho laboral e causar danos à saúde mental. Equipe multiprofissional que atende casos de violência, dentre eles crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (VS), está sujeita a esse tipo de demanda, uma vez que compartilha do sofrimento da vítima e de sensações de angústia, tristeza, indignação e impotência. **Objetivo:** Caracterizar o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em hospital de ensino e compreender possíveis relações com a saúde dos trabalhadores. **Metodologia:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com a técnica de entrevista com roteiro semiestruturado. Em decorrência da pandemia pelo COVID-19, na construção de dados empregou-se plataforma digital. Os participantes foram oito trabalhadores de hospital federal de ensino do estado de Minas Gerais. A análise de conteúdo na modalidade temática guiou o processamento de dados. **Resultados:** Os profissionais conhecem o fluxo de atendimento e realizam a notificação dos casos com segurança. Consideram ser necessário ampliar a comunicação com a rede externa de proteção e o acompanhamento dos casos. Há sobrecarga de trabalho por número insuficiente de profissionais, principalmente psicólogos, e o ambiente físico é inadequado para a realização do trabalho e para o acolhimento das vítimas e de seus familiares; em decorrência, há complicações para a saúde desse trabalhador (a). O estudo revelou que o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de VS pode gerar angústia e exaustão nos trabalhadores, o que requer cuidado com sua saúde mental. Não há iniciativas voltadas à educação permanente dos profissionais e ações para a promoção da saúde do trabalhador (a). A equipe multiprofissional mostrou-se integrada e apoia-se mutuamente para aliviar os prejuízos causados pelo trabalho. **Considerações Finais:** Os profissionais percebem que o trabalho de assistência às vítimas de VS pode trazer prejuízos à saúde mental. Sugere-se a realização de estudos relacionados ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de VS em redes de proteção externas ao hospital de ensino para ampliar o conhecimento e as ações sobre o trabalho em rede. Espera-se que este estudo enseje a construção de ações institucionais que promovam a saúde do trabalhador e fortaleçam a atenção às vítimas de violência.

Descritores: Abuso Sexual na Infância; Maus-tratos Infantis; Saúde do Trabalhador; Hospitais de ensino.

ABSTRACT

Introduction: Health professionals, when dealing with the pain and suffering of users, are constantly exposed to intense psychological demands that can interfere with work performance and cause damage to mental health. A multidisciplinary team that deals with cases of violence, including children and adolescents victims of sexual violence (SV), is subject to this type of demand, since they share the victim's suffering and feelings of anguish, sadness, indignation and impotence. **Objective:** To characterize the care provided to children and adolescents who are victims of sexual violence in a teaching hospital and to understand possible relationships with workers' health. **Methodology:** Descriptive study, with a qualitative approach, developed using the interview technique with a semi-structured script. As a result of the COVID-19 pandemic, a digital platform was used in the construction of data. The participants were eight workers from a federal teaching hospital in the state of Minas Gerais. Content analysis in the thematic modality guided data processing. **Results:** The professionals know the service flow and report cases safely. They consider it necessary to expand communication with the external protection network and follow-up of cases. There is an overload of work due to an insufficient number of professionals, mainly psychologists, and the physical environment is inadequate for carrying out the work and for welcoming the victims and their families. The study revealed that providing care to children and adolescents who are victims of SV can generate anguish and exhaustion in workers, which requires care for their mental health. There are no initiatives aimed at the permanent education of professionals and actions for the promotion of workers' health. The multidisciplinary team proved to be integrated and mutually supportive to alleviate the damage caused by the work. **Final Considerations:** Professionals realize that the work of assisting victims of SV can harm mental health. It is suggested that studies be carried out related to the care of children and adolescents who are victims of SV in protection networks outside the teaching hospital, in order to increase knowledge about networking. It is hoped that this study will lead to the construction of institutional actions that promote workers' health and strengthen care for victims of violence.

Descriptors: Childhood Sexual Abuse; Child Abuse; Worker's health; University Hospitals.

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	10
LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....	12
INTRODUÇÃO	13
1 OBJETIVOS	20
1.1 OBJETIVO GERAL	20
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
2 METODOLOGIA	21
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	21
2.2 CENÁRIO DA PESQUISA	21
2.3 PARTICIPANTES.....	21
2.4 TÉCNICAS PARA CONSTRUÇÃO DE DADOS	22
2.5 ANÁLISE DE DADOS.....	23
2.6 ASPECTOS ÉTICOS	24
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
3.1 PERFIL SÓCIO PROFISSIONAL E DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES	25
3.2 ATENDIMENTO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL DE ENSINO	28
3.3 SAÚDE DO TRABALHADOR	40
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
ANEXO A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	58
ANEXO B FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	60
ANEXO C ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....	63

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AII – Atendimento Integrado à Infância

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infatojuvenil

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COVID - Doença do Coronavírus

CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social

CT – Conselho Tutelar

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ENT – Entrevistado/a

GO – Ginecologia e Obstetrícia

HC - Hospital de Clínicas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IG - Instituto de Geografia

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

NUVE - Núcleo de Vigilância Epidemiológica

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

PM – Polícia Militar

PNH - Política Nacional de Humanização

PPGAT - Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PS – Pronto Socorro

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RJU – Regime Jurídico Único

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIASS - Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SOSTE - Serviço Ocupacional e Serviços de Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

ST - Saúde do Trabalhador

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UFU - Universidade Federal de Uberlândia

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

VS - Violência Sexual

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

- Figura 1: Fluxograma de atendimento para mulheres e adolescentes com 14 anos ou mais em situação de violência sexual ----- 32
- Figura 2: Fluxograma de atendimento para crianças e adolescentes com menos de 14 anos em situação de violência sexual ----- 33
- Tabela 1: Caracterização sócio demográfica dos participantes do estudo. Município do interior de Minas Gerais, 2021 ----- 25
- Tabela 2: Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de atuação no campo da saúde e tempo de atuação no hospital de ensino, vínculo trabalhista e carga horária semanal. Município do interior de Minas Gerais, 2021 ----- 27

INTRODUÇÃO

Estudos relacionados à Saúde do Trabalhador (a) (ST) demonstram que profissionais de instituições hospitalares estão constantemente expostos a agentes ocupacionais estressores como ambiente insalubre, longas jornadas de trabalho, pressão da chefia, dos colegas de trabalho e dos próprios pacientes, baixa remuneração e intenso contato com os usuários do serviço com diferentes demandas em saúde. Tudo isso pode provocar no profissional sensações de frustração e de carência de energia para lidar com os agentes estressores. Atitudes caracterizadas por insensibilidade emocional e um tratamento desumanizado aos usuários também podem ser consequências do esgotamento causado pelo trabalho. O trabalhador (a) pode, ainda, ter a impressão de incapacidade para o desenvolvimento laboral, o que diminui a sua autoestima e gera problemas de saúde mental como a depressão (ALVES et al., 2012; ALKIMIM, 2014).

Segundo Rios (2008), o trabalho na área da saúde tem um alto custo para os profissionais, uma vez que se trabalha na área temática mais pesada da experiência humana: a vida, o corpo e a morte.

Na área da saúde, o trabalho é também quase uma missão. Não são poucas as exigências: trata-se de trabalho reflexivo, que articula dimensões técnicas, éticas e políticas, em cenários de múltiplos e diversos atores – profissionais de formações diversas e usuários de todas as origens e culturas (RIOS, 2008, p. 152).

Dornelles (2020) explica que profissionais que lidam com a dor e o sofrimento dos pacientes estão expostos a demandas psicológicas intensas que podem interferir no desempenho laboral, diminuir a qualidade de vida profissional e causar danos à saúde mental. Nesse sentido, a equipe multiprofissional que atende casos de violência, dentre eles crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (VS), está sujeita a esse tipo de demanda, uma vez que compartilha do sofrimento da vítima e sensações de angústia, tristeza, indignação e impotência são fortemente afloradas nesses profissionais.

A violência cometida contra a criança e ao adolescente, acima de qualquer outro tipo de violência, é de difícil compreensão, uma vez que estes possuem características particulares, inerentes ao seu desenvolvimento, que as colocam em situação de total dependência de pais, familiares, cuidadores, da sociedade e, até mesmo, do poder público (NUNES; SALES, 2016).

Minayo (2017) discute o caráter de intencionalidade da violência cometida contra crianças e adolescentes, em especial a violência sexual (VS). Segundo a autora, nesse tipo de violência não existe o fato do acaso ou do “brincar” com a criança, pois está presente a desigualdade de poder, seja ela física (adulto/criança-adolescente), econômica (manutenção da casa, dependência da renda) e/ou sociocultural (masculinidade; virilidade; afirmação). E o agressor (a) é consciente do seu poder e o usa para seduzir, manipular ou comprar a criança ou o adolescente em função da perda econômica e social que poderia ter em função da negação ao ato sexual.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, define violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

Nesse mesmo relatório, a OMS caracteriza a natureza dos atos violentos em violência física, violência sexual, violência psicológica e a violência envolvendo negligência ou privação de cuidados. Dentre esses tipos, a violência sexual (VS) destaca-se por atingir parcela expressiva da população formada por crianças e adolescentes e repercute de forma importante sobre a saúde das pessoas a ela submetida (KRUG et al., 2002; BELO HORIZONTE, 2013).

A violência sexual causa, tanto a curto como a longo prazos, impactos atroz nos âmbitos físico e mental. Entre as consequências físicas imediatas estão as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e a gravidez. Em longo prazo, as vítimas são mais propensas a desenvolver sintomas psiquiátricos, como depressão, pânico, somatização, autoextermínio e o uso e dependência de substâncias psicoativas (FACURI, 2013).

O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT, 2015) caracteriza a VS como:

A violação dos direitos sexuais, no sentido de abusar ou explorar do corpo e da sexualidade de crianças e adolescentes. Pode ser classificado em abuso sexual (extra ou intrafamiliar) ou exploração sexual. O abuso extrafamiliar se refere aos casos em que o autor não tem vínculo de pertencimento familiar, e o intrafamiliar é o praticado por autores que são responsáveis ou familiares da vítima (MPDFT, 2015, p. 8).

Também define abuso sexual como:

Violação sexual homo ou heterossexual praticada por um adulto ou alguém mais velho em relação a uma criança ou a um adolescente, com o intuito de satisfazer-se sexualmente, valendo-se de poder ou autoridade, envolvendo-os em quaisquer atividades sexuais, tais como palavras obscenas, exposição dos genitais ou de material pornográfico, telefonemas obscenos, sexo oral, vaginal ou anal. A criança ou o adolescente vive uma experiência sexualizada que está além de sua capacidade ou de consentir ou entender, baseada na extrapolação do limite próprio, no abuso de confiança e poder (MPDFT, 2015, p. 09).

E exploração sexual como sendo:

O uso sexual de criança ou adolescente para obter lucro, troca ou vantagem. Expressa-se de quatro formas: prostituição, pornografia, tráfico e turismo sexual. Trata-se de um fenômeno mundial, que atinge em especial o sexo feminino, mas não apenas (MPDFT, 2015, p. 09).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criança é a pessoa até doze anos incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Esse Estatuto os define como sujeitos de direitos que devem ser protegidos em situações que possam prejudicar o seu desenvolvimento sadio e harmonioso (BRASIL, 1990).

Na década de 1990, quando o ECA foi promulgado, a população jovem brasileira já era mais urbanizada, e essa realidade era acompanhada por queda na mortalidade infantil, aumento do acesso à educação e redução da pobreza, o que também contribuía para a melhora do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) brasileiro, evidenciando que investimentos na infância melhoram as condições de vida do País. Tais avanços, contudo, não atingiram igualmente todas as crianças e adolescentes brasileiros; o Brasil ainda é um dos países mais desiguais do mundo (UNICEF, 2015).

Essa desigualdade gera barreiras que dificultam a proteção integral e a garantia de direitos de crianças e adolescentes e, de acordo com relatório da UNICEF de 2015, em comemoração aos 25 anos do ECA, para superar essas barreiras “é necessário, sobretudo, adotar políticas públicas capazes de combater as desigualdades geográficas, sociais e étnicas do país e de celebrar a riqueza de sua diversidade” (UNICEF, 2015, p. 10).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS),

As consequências das violências e acidentes para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas

externas, com vistas a subsidiar políticas públicas para a prevenção do problema, atenção integral às vítimas e promoção da saúde e cultura de paz (BRASIL, 2009a, p.13).

A notificação compulsória da violência é um instrumento de garantia de direitos e de proteção social para crianças e adolescentes. Por meio dela, os profissionais envolvidos no atendimento das vítimas podem contribuir para a adoção de medidas de cuidado e proteção. Notificar permite que os vários setores da sociedade conheçam os casos e assumam a responsabilidade de proteger essas crianças e adolescentes. No contexto da vigilância, a notificação compulsória da violência possibilita a alimentação dos bancos de dados nacionais, permitindo análises mais gerais que orientem o planejamento e o estabelecimento de ações de proteção às vítimas (ASSIS et al., 2012).

No Brasil, segundo o MS, os casos de violências eram controlados por meio da verificação dos dados de declaração de óbito e de internação em hospitais públicos, informados, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009b). Devido às limitações do SIM e SIH, que informam apenas casos violentos com desfecho em óbito ou internação, o MS implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o objetivo de facilitar o alcance a informações sobre violências e acidentes, favorecendo conhecer a grandeza desses problemas de saúde pública.

O VIVA foi estruturado em dois componentes: o VIVA Contínuo (VIVA Sinan) e o VIVA Sentinela (VIVA Inquérito). O VIVA Contínuo possibilita a vigilância contínua da violência doméstica, sexual, e outras violências interpessoais e autoprovocadas; o VIVA Sentinela, contudo, possibilita a vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência hospitalares (BRASIL, 2017).

O VIVA é, portanto, uma ferramenta importante para o apontamento de casos que até então não eram registrados pelos sistemas de informação em saúde, demonstrando, ainda, a violência doméstica e sexual, que são tradicionalmente camufladas na sociedade brasileira. Urge salientar que o acesso a estas informações possibilita o planejamento de intervenções e ações preventivas frente a esses agravos, evitando fatalidades.

A partir de 2009, o Viva Contínuo passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação versão net (Sinan Net), integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela

(Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010), sendo denominado Viva Sinan. Dessa forma, passou a estar disponível para todos os municípios do país, implantado nos serviços de saúde definidos pelas secretarias municipais de saúde em articulação com as secretarias estaduais de saúde, possibilitando progressiva ampliação no número de municípios e unidades notificadoras. A partir de 2011, com a universalização da vigilância contínua da violência doméstica, sexual e outras violências, vem se registrando progressivo incremento no número de municípios e unidades notificantes (BRASIL, 2017, p. 153).

O Relatório de Vigilância de Violência e Acidentes, publicado em 2017, destaca que, em 2013, foram registradas 29.784 notificações de violências contra crianças de zero a 9 anos, e 50.634 contra adolescentes de 10 a 19 anos. As formas de violência mais notificadas para as crianças foram as decorrentes de negligência (50,1%), de violência física (28,6%), de violência sexual (28,4%) e de violência psicológica/moral (17,5%). Para os adolescentes, os atendimentos que foram notificados em maior número foram os decorrentes de agressão física (63,3%), de violência sexual (23,9%) e de violência psicológica/moral (23,0%) (BRASIL, 2017).

Reconhece-se, contudo, que a notificação de casos de VS está, ainda, aquém de adquirir numericamente seu valor real, devido à subnotificação e o preconceito culturalmente correlacionado ao tema (SOARES et al., 2016). Ante tal desafio, é incontestável a importância de constante formação dos profissionais de saúde para identificar, notificar e acompanhar rigorosamente os casos de VS. Uma abordagem qualificada do profissional, garante o acolhimento da vítima, bem como a adoção de estratégias de proteção pelas instituições competentes e a construção de políticas públicas setoriais.

No entanto, esse é um grande desafio para os profissionais devido à sobrecarga de trabalho e à organização deficiente dos serviços de saúde. Sabe-se que o combate aos atos violentos é prejudicado pela insegurança e pelo desconhecimento dos profissionais de saúde tanto para notificar os casos, quanto para promover a prevenção e acolhimento da vítima. Esse profissional muitas vezes desconhece a importância da notificação para o indivíduo exposto e sua família (BATISTA et al., 2018).

Destarte, destaca-se aqui a importância da educação continuada das equipes com o intuito de reforçar a relevância da notificação e do adequado preenchimento das fichas, assim como o comprometimento desses profissionais em investigar os casos de suspeita de VS, realizar os encaminhamentos necessários e tratar

adequadamente todos os casos; estas são atitudes fundamentais para o sistema de vigilância e para a proteção às vítimas (BATISTA et al., 2018).

Assim, a compreensão das atividades desenvolvidas pelo trabalhador no acolhimento à vítima de VS, o conhecimento de quem são os trabalhadores e como esses profissionais são cuidados, no que diz respeito à promoção de saúde no seu local de trabalho é fundamental para a melhoria do serviço de saúde. Pesquisas desenvolvidas no campo Saúde do Trabalhador (ST) têm evidenciado que ações voltadas à atenção à saúde do trabalhador causam relevantes impactos na qualidade da assistência prestada e na saúde dos profissionais (LACAZ et al., 2020).

Levando em consideração que os casos de VS contra menores aumentam a cada ano, conclui-se que um número maior de profissionais será mobilizado para esses atendimentos, assim como uma elevada demanda para o mesmo profissional. Neste contexto, é fundamental a realização de estudos que analisem o trabalho desses profissionais, para que conhecendo as dificuldades, seja possível construir caminhos para mitigar os efeitos negativos desse trabalho (DORNELLES et al., 2020).

A presente pesquisa foi guiada, portanto, pela seguinte questão norteadora: como trabalhadores de hospital federal de ensino que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual compreendem seu trabalho e possíveis relações com danos a sua saúde?

A compreensão ampliada da saúde dos trabalhadores de hospital federal de ensino que atendem crianças e adolescentes vítimas de VS reveste-se de importância acadêmica e social. A relevância acadêmica reside em identificar os impactos da VS na conformação dos sujeitos envolvidos e nas contribuições de novas pesquisas junto aos trabalhadores de instituições públicas federais para o campo ST.

Quanto ao impacto social da pesquisa, destaca-se a importância de aplicar os resultados do estudo para possibilitar a implementação de ações, projetos e programas que possam gerar melhorias nos serviços prestados à comunidade. E, ainda, promover o acolhimento e melhorias na saúde, principalmente psíquica, do trabalhador envolvido.

Espera-se que a pesquisa contribua com a instituição estudada trazendo subsídios para a abordagem da promoção da saúde dos seus profissionais e, assim, garantir também a melhoria da qualidade do serviço prestado à população.

A dissertação está estruturada em quatro itens. Inicialmente, apresentam-se os objetivos do estudo. Em seguida, há o detalhamento da Metodologia empregada na

construção da pesquisa. Por sua vez, o item Resultados e Discussão está organizado em três subitens, a saber: 1) Perfil sócio demográfico dos participantes; 2) Atendimento dos casos de violência sexual no hospital de ensino; 3) Saúde do Trabalhador.

O *Perfil* visa caracterizar profissionais do hospital de ensino que aderiram ao estudo. Exploram-se idade, sexo, profissão, escolaridade, etnia, tempo de atuação na área da saúde e no hospital.

No item *Atendimento dos casos de violência sexual* encontram-se detalhadas as subcategorias: Atendimento multiprofissional; Fluxo de atendimento e Notificação. Pretende-se, assim, caracterizar a organização da assistência às crianças e adolescentes no hospital de ensino e o trabalho desenvolvido pelos participantes.

A categoria Saúde do Trabalhador é tratada no 3.3 desta dissertação. Alberga os resultados e análises referentes às subcategorias: Ambiente: o avesso da ambiência e do acolhimento; Educação permanente: “ensinar como deve ser”; Sobrecarga de trabalho: “uma equipe que trabalha no limite”; Saúde mental dos profissionais: “um trabalho adoecedor” e Estratégias de enfrentamento. De modo detalhado, são exploradas as possíveis relações entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores.

Ao final são tecidas considerações finais do estudo indicando suas contribuições para o campo e seus limites.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Caracterizar o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em hospital de ensino e compreender possíveis relações com danos à saúde dos trabalhadores.

1.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio profissional e demográfico dos participantes;
- Caracterizar o trabalho desenvolvido pelos participantes do estudo no atendimento às vítimas de violência sexual;
- Identificar o fluxo interno de atendimento dos casos de violência sexual no hospital de ensino;
- Identificar as relações do hospital de ensino com as instituições do sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa. Este tipo de estudo possibilita compreender a realidade e suas contradições valorizando a perspectiva dos sujeitos. A pesquisa qualitativa é, segundo Minayo (2014, p. 57),

[...] a que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Considera-se que o método qualitativo trouxe contribuição significativa ao estudo por permitir o registro e a análise das perspectivas dos trabalhadores do hospital de ensino sobre seu trabalho e as relações com sua saúde.

2.2 Cenário da Pesquisa

O cenário foi um hospital federal de ensino, localizado no estado de Minas Gerais, referência em alta densidade tecnológica e alto grau de especialização para vinte e sete municípios de Região Ampliada de Saúde (RAS).

Para os casos de VS, o hospital estudado possui, não somente os medicamentos para a profilaxia de emergência para evitar ou reduzir os riscos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), mas, também, equipes técnicas de referência para acolher e referenciar as vítimas.

2.3 Participantes

Dentre os trabalhadores do hospital de ensino, o estudo envolveu aqueles que atendem crianças e adolescentes vítimas de VS e estão lotados nas seguintes unidades: Unidade de Pronto Socorro; Unidade Ambulatorial (Ambulatório All – Atendimento Integrado à Infância); Unidade de Atenção Psicossocial e Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (Ambulatório de Pediatria).

Inicialmente, solicitou-se aos coordenadores de cada um dos setores indicação de possíveis profissionais a serem convidados para participar do estudo. Neste

primeiro momento de contato com os coordenadores das diversas unidades do hospital, percebeu-se desafios para mensurar o número exato de profissionais envolvidos no atendimento, visto que os casos chegam no pronto socorro (PS), que funciona com escala de rodízio, tendo, portanto, maior rotatividade de profissionais.

Seguindo a estratégia bola de neve, os participantes indicaram outros profissionais para serem convidados para a entrevista (VINUTO, 2014). Foram convidados dezesseis trabalhadores. Destes, oito aceitaram participar. No momento de abordagem individual dos profissionais, a recusa para participar do estudo foi seguida de justificativas como: falta de tempo por sobrecarga de trabalho, mais de um vínculo trabalhista e demandas pessoais envolvendo rotina familiar.

2.4 Técnicas para construção de dados

Aos trabalhadores que aceitaram participar da entrevista, foi enviado, por e-mail, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e formulário de caracterização sócio demográfica online (Anexo A e B). Nesta ocasião, agendou-se data e horário para a realização de entrevista em ambiente virtual, por meio da plataforma Google Meet.

De acordo com os agendamentos, os trabalhadores foram entrevistados com roteiro específico (Anexo C). O formulário e os roteiros foram elaborados pelos autores da pesquisa tendo em vista a literatura.

O roteiro para a entrevista (Anexo C), composto por dez perguntas, permitiu ao entrevistado discorrer sobre o modo como tem desenvolvido o atendimento às vítimas de violência sexual e se percebe relações com sua saúde. Optou-se pelo roteiro semiestruturado para garantir a flexibilidade para incorporar outros temas que porventura pudessem ampliar o universo de representações, de compreensão, de complexidade dos temas a priori (GUI, 2003).

As entrevistas ocorreram de novembro de 2021 a março de 2022 e tiveram duração média de 40 minutos. Optou-se pelo uso de plataforma digital tendo em vista a pandemia do COVID 19. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e encontram-se sob guarda da pesquisadora. Após cinco anos, serão eliminadas.

Na transcrição, manteve-se o foco no conteúdo do que foi dito na gravação, com correções apenas de vícios de linguagem, repetições de palavras, gaguejos e interrupções.

2.5 Análise de dados

As informações obtidas no formulário sócio profissional e demográfico incluíram: sexo, idade, cor, religião, estado civil, se possui filhos, escolaridade, profissão, setor em que atua, tempo de atuação na área da saúde e no hospital de ensino, vínculo trabalhista, carga horária no serviço, se possui outros vínculos trabalhistas e se atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (Tabelas 1 e 2).

A operacionalização da Análise Temática ocorreu em seis etapas definidas por Clarke, Braun e Hayfield (2019): 1. Familiarização com os dados; 2. Codificação; 3. “Procura” por temas; 4. Revisar temas; 5. Definir e Nomear os temas; e, 6. Escrita final do relatório. A análise temática colabora para uma perspectiva interpretativa sobre os dados para encontrar padrões repetidos de significados; ela é um processo recursivo e que exige releitura dos dados ao longo das fases.

A primeira fase possibilitou maior familiaridade com os dados, por meio da leitura e releitura, transcrição da entrevista e apontamento de ideias iniciais (CLARK; BRAUN; HAYFIELD, 2019).

A segunda fase consistiu em gerar códigos iniciais a partir dos dados obtidos com a leitura sistemática do material. Ela permitiu a organização da análise em grupos significativos e distintos (CLARK; BRAUN; HAYFIELD, 2019).

A terceira fase caracterizou-se pela busca de temas a partir do agrupamento dos códigos. A primeira, segunda e terceira fase foram realizadas de modo individual pela mestranda e orientadora. Na quarta fase, realizada em conjunto, procedeu-se à revisão dos temas pré-estabelecidos com realização de ajustes nos casos onde ocorreu divergência. De posse de tal mapeamento dos temas, procedeu-se ao seu delineamento com seleção de trechos significativos para compor o relatório. A sexta fase, aqui apresentada, consistiu na sistematização do processo analítico com base na literatura (CLARK; BRAUN; HAYFIELD, 2019).

As categorias temáticas foram estruturantes desta dissertação: Atendimento dos casos de violência sexual no hospital de ensino; Saúde do Trabalhador.

2.6 Aspectos Éticos

O presente estudo integra a pesquisa intitulada “Atendimento aos Fatos de Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes em Serviço Hospitalar: Olhares e Ações Complementares” coordenada pelo Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética (CAAE 22369019.4.0000.5154 e parecer 4.741.307).

Após esclarecimentos, cada um dos participantes manifestou consentimento em TCLE em formulário on line e recebeu uma cópia do mesmo no e-mail pessoal informado no momento de preenchimento do termo.

Visando garantir o anonimato, sigilo e privacidade, cada participante é indicado pela sigla ENT (entrevistado/a) seguida por um número arábico. Os resultados da pesquisa serão compartilhados com os participantes visando contribuir para melhorias no atendimento às vítimas de VS e criação de iniciativas voltadas ao acolhimento das demandas dos profissionais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil sócio profissional e demográfico dos participantes

Participaram da pesquisa oito profissionais da área da saúde de hospital de ensino e que atendem crianças e adolescentes vítimas de VS. A tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais entrevistados.

Tabela 1: Caracterização sócio profissional e demográfica dos participantes do estudo. Município do interior de Minas Gerais, 2021.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	2	25%
Feminino	6	75%
Cor		
Branco	7	88%
Negro	1	13%
Estado Civil		
Solteiro	3	38%
Em união/casado	5	63%
Filhos		
Sim	3	38%
Não	5	63%
Pós-Graduação		
Sim	6	75%
Não	2	25%
Profissão		
Assistente Social	3	38%
Enfermeiro	1	13%
Médico	2	25%
Psicólogo	2	25%

Fonte: Elaborada pela autora.

Dentre os participantes, 75% foram do sexo feminino. Este dado é condizente com matéria publicada em 2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo a qual carreiras como Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social têm quase a totalidade ocupada por mulheres, ultrapassando 90% de participação. Na Enfermagem e Psicologia, também, os percentuais são acima de 80% de participação feminina (OLIVEIRA; CEBALLOS, 2022).

Oliveira e Ceballos (2022) relatam, ainda, que, por influência do sexismo presente na sociedade brasileira, funções de cuidado são mais atribuídas para as mulheres; reforçando os dados encontrados neste estudo.

A idade dos participantes variou entre 25 a 59 anos. No que diz respeito à cor, 88% se autodeclararam brancos e 13% negros. Todos possuíam nível superior, sendo 3 assistentes sociais, dois médicos e 2 psicólogos, e 75% eram pós-graduados. De acordo com matéria publicada em novembro de 2021, na página da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), a presença negra nas universidades brasileiras ainda é desigual.

É que, mesmo representando a maioria da população brasileira, os negros ainda são minoria no ensino superior e também representam menos de um terço das pessoas com esse nível de escolaridade completo. Dados do Censo de Educação Superior 2019, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), mostram que o Brasil tem mais de 8,6 milhões de pessoas matriculadas em Instituições de ensino superior, mas apenas 613 mil se declararam pretas, o que corresponde a pouco mais de 7% do total (UNIFESSPA, 2021).

O perfil sócio demográfico deste estudo reafirma os achados de Letícia Fialho (2021) em relação à maioria de brancos no serviço público federal. Segundo a autora, em 2020, 65,1% dos cargos de ensino superior no executivo federal pertenciam a brancos, enquanto apenas 27,3% eram ocupados por negros. Entre os profissionais, 63% eram casados e 38% tinham filhos.

A Tabela 2 contempla informações sobre o tempo de atuação dos participantes na área da saúde e na instituição estudada bem como os vínculos trabalhistas e carga horária semanal.

Em relação ao tempo de atuação na área da saúde, houve uma variação entre 1 a 20 anos, sendo 63% com atuação na faixa de 10 a 20 anos. No que tange à atuação no hospital de ensino, 63% nele trabalham entre 1 e 10 anos.

Tabela 2: Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de atuação no campo da saúde e tempo de atuação no hospital de ensino, vínculo trabalhista e carga horária semanal. Município do interior de Minas Gerais, 2021.

Variável	N	%
Tempo de atuação na área da saúde		
1 a 10 anos	3	38%
10 a 20 anos	5	63%
Tempo de atuação no hospital de ensino		
1 a 10 anos	5	63%
10 a 20 anos	3	38%
Vínculo Trabalhista		
Estatutário	3	38%
Celetista	4	50%
Voluntário	1	13%
Mais de um vínculo trabalhista		
Sim	6	75%
Não	2	25%
Carga Horária Semanal no hospital		
40 horas	5	63%
30 horas	2	25%
20 horas	1	13%

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao vínculo trabalhista, 50% dos profissionais são empregados celetistas, ou seja, regidos pela Consolidação da Leis Trabalhistas (CLT), 38% são trabalhadores estatutários, regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), e 13% são profissionais que trabalham voluntariamente no atendimento dos casos. Segue relato do ENT 03:

“Eu acho que é importante a gente começar falando que eu sou uma psicóloga voluntária. [...]. Então, assim, eu tenho pessoas que eu atendo à noite, de vez em quando tem de manhã, de tarde, então vai dependendo muito de como é essa negociação com cada caso, entendeu? [...]” (ENT 03).

Observou-se, ainda, que 75% dos profissionais possuem mais de um vínculo trabalhista e 63% perfazem carga horária semanal no hospital de ensino de 40 horas. Cabe destacar que os profissionais atendem diversas demandas na instituição e não somente o atendimento às vítimas de VS. Oliveira e Ceballos (2022) problematizam as duplas jornadas e vários vínculos relacionando-os ao desmonte do SUS. Segundo

as autoras, este é um dos fatores que pode levar à sobrecarga de trabalho e ao adoecimento dos profissionais.

O desmonte do SUS, que priva milhares de pessoas de terem acesso à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças, também faz adoecer as trabalhadoras da saúde, devido a uma sobrecarga de trabalho e longas jornadas, composta por dois empregos para complementar o baixo salário, enfatizando, que quanto maior a jornada, maior o desgaste, o adoecimento e os acidentes no trabalho (OLIVEIRA; CEBALLOS, 2022, p. 03).

Todos os profissionais declararam que trabalham no hospital de ensino com lotação distinta do ambulatório de atendimento aos casos de violência, atendendo a demandas diferenciadas, sendo, então, o acolhimento às crianças e adolescentes vítimas de VS apenas uma das atividades desenvolvidas no trabalho.

“Sou lotada no pronto-socorro adulto e infantil no período noturno. Eu faço 12 horas, das 7 às 7, eu faço uma noite e folgo duas. No pronto-socorro a gente fica à disposição. No período noturno é um assistente social para atender as demandas do hospital como um todo. Eu fico numa sala, no pronto-socorro, mas eu não atendo exclusivamente o pronto-socorro adulto e infantil. A gente atende a quem solicitar” (ENT 08).

Houve, ainda, relatos sobre a dificuldade de se encontrar profissionais com interesse e disponibilidade para atuar no atendimento ambulatorial dos casos de VS, como dito pelo ENT 01:

“É um ambulatório muito triste, muito pesado, onde ninguém quer ter contato. Eu falo ninguém dando uma exagerada, mas uma boa parte dos profissionais não querem ter esse contato, porque mexe muito com os sentimentos. É um ambulatório que de certa maneira é pouco valorizado, e as pessoas se sentem desconfortáveis, saem da sala e tudo mais. Então, acaba prejudicado realmente” (ENT 01).

3.2 Atendimento dos casos de violência sexual no hospital de ensino

3.2.1 Atendimento Multiprofissional

O hospital de ensino acolhe as demandas de violência sexual que chegam por diferentes caminhos: encaminhadas pela Polícia Militar, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelo Corpo de Bombeiros ou pelos próprios familiares da vítima. Protocolos internacionais e nacionais recomendam que o atendimento de vítimas de VS em serviços hospitalares é para casos com até 72 horas após o ato violento. Esses protocolos norteiam a profilaxia para ISTs e gravidez. Os casos acima

de 72 horas devem ser direcionados para os serviços da rede de saúde, como as unidades da atenção primária à saúde (APS), localizadas mais próximas aos territórios das vítimas (PLATT et al., 2018).

O atendimento dos casos de VS contra crianças e adolescentes no hospital cenário deste estudo acontece no Pronto Socorro (PS) e no ambulatório de Atendimento Integrado à Infância (AII) e é realizado por equipe multiprofissional composta por médico, assistente social e psicólogo. Segue relato de ENT 02:

“[...] Sempre que possível a gente tenta conversar os três juntos, a assistente social conversa junto com a psicóloga, e aí o que cada uma precisar abordar na sua área, pede. [...] A gente conhece a história todos juntos e, depois, na parte médica a gente faz um exame físico, anota se tem alguma lesão.... Ela [vítima] não precisa contar novamente se tiver que coletar algum exame, tomar alguma medicação é a nossa parte, da pediatria” (ENT 02).

Na Norma Técnica “Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual” o MS destaca a importância de garantir atendimento humanizado e escuta qualificada a todos aqueles que procuram atendimento por motivo de VS, visto ser pacientes que muitas vezes carregam sentimentos de medo, culpa e vergonha pela própria situação de violência e pelas ameaças feitas pelo agressor que costuma intimidar e humilhar suas vítimas (BRASIL, 2015).

O atendimento multiprofissional pode oferecer aos usuários maior qualidade no acolhimento. As trocas de experiências entre os profissionais, juntamente à comunicação efetiva e à humanização na assistência à saúde asseguram um tratamento mais eficaz e de qualidade (BARBOZA et al., 2020).

Quando questionados sobre como é o atendimento dos casos de VS contra crianças e adolescentes no hospital de ensino, os entrevistados mencionaram que é um atendimento multiprofissional e humanizado, que visa evitar a revitimização e promover a proteção da vítima:

“Só que a gente está ali para isso, para ajudar no sentido de acolhimento, né? Tanto psicológico, quanto médico, principalmente psicológico, porque eles são crianças. Isso com certeza influencia na vida adulta deles, então, até a revitimização é para não acontecer” (ENT 02).

“Quando a criança ou adolescente chega, a gente sempre tenta ter o cuidado no ambulatório para não ter revitimização. Então, primeiro a gente trabalha com a equipe multi, que já é de grande importância para que todo mundo esteja integrado, todo mundo já esteja com uma escuta. Para que não tenha que ficar repetindo cada vez mais a mesma história” (ENT 03).

Ela basicamente tem que passar por essas três pessoas: o médico, a assistente social e a psicóloga. [...] A gente tem tomado bastante cuidado nesse sentido de a criança não ficar sendo exposta várias vezes” (ENT 02).

Barboza (2020) explica que a assistência humanizada acontece quando o profissional é empático e tenta entender a dor do paciente. Para a autora, o atendimento humanizado faz com que a pessoa se sinta acolhida e segura e isso facilita a prestação dos cuidados pela equipe de saúde, uma vez que o usuário passa a confiar no profissional que presta o atendimento.

O presente estudo aponta que o número desproporcional de profissionais, em comparativo à abundância de usuários, incide no atendimento humanizado. Os participantes ponderaram sobre a necessidade de expansão do número de profissionais e garantia de atendimento nos diversos turnos:

“No período noturno a gente não conta com a figura do psicólogo, então não acontece esse atendimento em conjunto. Quando eu atendia no dia, a gente conseguia fazer isso em conjunto, a noite não” (ENT 08).

“Com base na estrutura pessoal, a gente fica devendo um pouco, porque a gente precisaria de uma equipe um pouco maior, a demanda é muito grande. Aparece gargalos e gargalos como, por exemplo, acompanhamento psicológico. Então, em relação à equipe, a gente precisaria expandir um pouco mais. [...]. As maiores dificuldades eu falaria que seria uma equipe que nesse momento pudesse aumentar, e necessita aumentar para a gente manter uma qualidade de atendimento que todas as famílias merecem” (ENT 01).

3.2.2 Fluxo de atendimento

O Protocolo de Assistência às mulheres e meninas¹ vítimas de VS construído pelos profissionais de saúde do hospital de ensino junto aos diversos pontos do sistema de garantia de direito das crianças e adolescentes é baseado na Norma Técnica de Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual (BRASIL, 2015). A ênfase em mulheres e meninas relaciona-se, segundo os participantes do estudo, ao fato de que representam o maior número de vítimas.

¹ Tal nomenclatura está presente no documento disponibilizado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Há o atendimento de vítimas do sexo masculino, em menor quantidade.

Contudo, faz-se necessário dar visibilidade às violências sofridas pelos meninos (HOHENDORFFI; SANTOS; DELL' AGLIO, 2015).

Destacou-se a importância de o atendimento aos casos de VS ser realizado em hospitais até 72 horas da agressão, devido à maior eficácia das medidas profiláticas.

“Eu colho primeiro as informações só para eu saber se tem 72 horas ou não. Porque se não, se tem mais que 72, não é público nosso” (ENT 08).

“O primeiro contato com a criança e o adolescente no hospital escola é através do pronto socorro, porque a gente está no fluxo de atendimento de crianças que foram vítimas de violência sexual em um período de até 72 horas do ato, do ocorrido” (ENT 01).

Segundo esse mesmo protocolo, o atendimento de pessoas em situação de VS deve passar pelas seguintes etapas: acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxia para ISTs, notificação, acompanhamento social e psicológico e seguimento ambulatorial. O hospital de ensino possui, então, um fluxo de atendimento dos casos de VS bem definido, que segue as etapas supracitadas e demonstradas nas Figuras 1 e 2.

Os participantes demonstraram conhecer este fluxo e apresentaram em detalhes sua aplicação. Cita-se, aqui, um dos trechos das entrevistas:

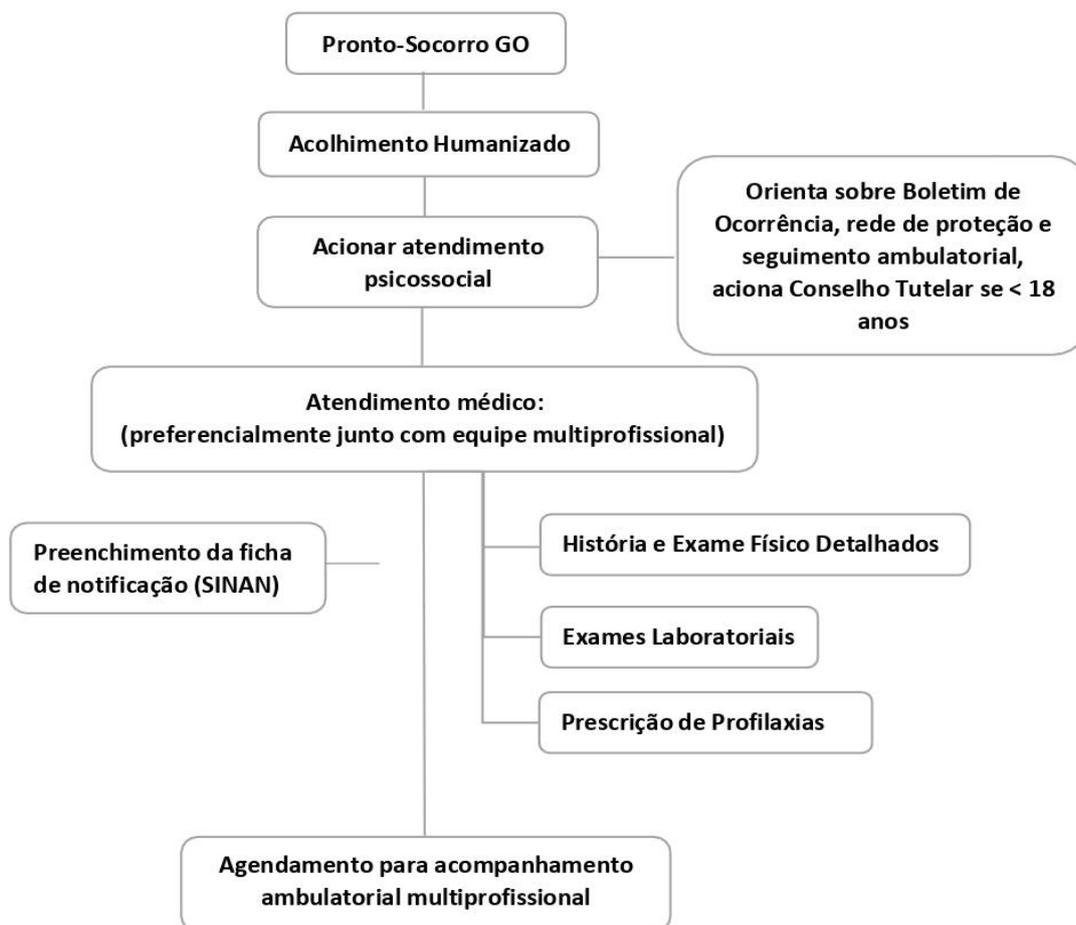
“Quando essas crianças chegam, a gente sabe o que fazer, sabe o que solicitar, sabe para onde encaminhar, sabe quais exames tem que pedir e a quem recorrer. [...]. Então, a partir do momento que a gente atende essa criança a gente tem uma tabela, fica exposta assim visualmente na sala de prescrição, que a gente já escreve o nome dessa criança para consulta mais próxima e o médico X atende essas crianças depois no ambulatório de abuso. Então, todo final de mês ele vai lá, pega essas crianças que foram atendidas, faz uma relação delas e ele atende elas no ambulatório. Então, tudo funciona muito direitinho” (ENT 02).

Com relação aos encaminhamentos dos casos atendidos no PS para a Unidade Ambulatorial, identificou-se que eles acontecem de maneira satisfatória. Este é um resultado relevante, uma vez que estudos demonstram que usuários que não recebem acompanhamento adequado, apresentam piores resultados ao tratamento (SCHERRER et al., 2022).

“Então, por exemplo, se alguma criança chegou agora no pronto-socorro, a gente já tem uma agenda destinada para quem chega no pronto-socorro já fazer a marcação ambulatorial. Então, já vou te adiantar que se a criança chegou hoje à tarde no pronto-socorro, ela vai sair do pronto-socorro com agendamento ambulatorial para a próxima terça-feira. E aí a gente pega endereço atualizado, telefone

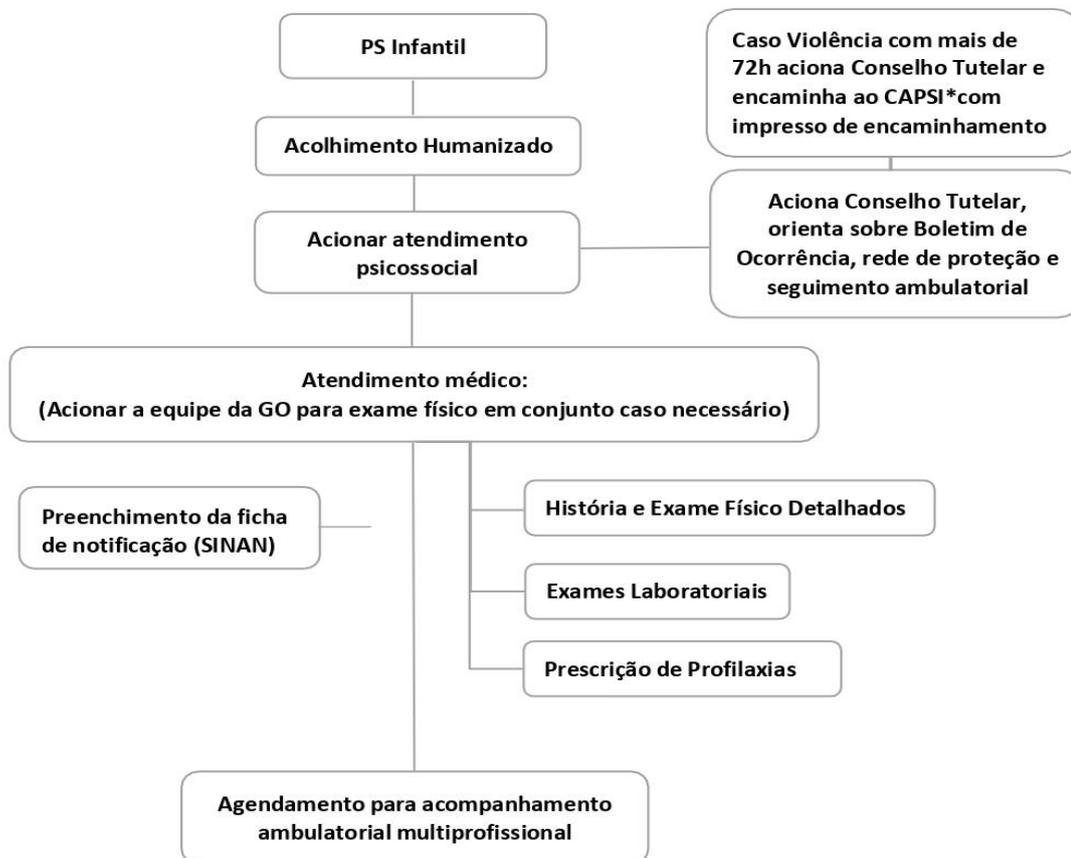
de quem for possível, então a gente busca essas informações para a gente manter isso anotado, porque caso não compareça no ambulatório, a gente vai fazer busca ativa. A gente tem tudo anotado em cadernos, com todas as informações, todos os prontuários, todas as consultas, são atualizados telefone, endereço, com quem mora, para gente pegar o máximo de informação que a gente pode para fazer a busca ativa” (ENT 01).

Figura 01: Fluxograma de atendimento para mulheres e adolescentes com 14 anos ou mais em situação de violência sexual.



Fonte: Hospital de ensino.

Figura 02: Fluxograma de atendimento para crianças e adolescentes com menos de 14 anos em situação de violência sexual.



*Centro de Atendimento Psicossocial Infanto-juvenil

Fonte: Hospital de ensino.

Este estudo demonstra que, embora exista um fluxo definido de atendimento dos casos de VS considerado fundamental para a organização do cuidado e o direcionamento da assistência, fatores como número insuficiente de profissionais na assistência, ausência de espaço físico adequado para os atendimentos, sobrecarga de trabalho, demora no processo de notificação e dificuldades de comunicação com a rede interna e externa de proteção interferem no atendimento e no acompanhamento ambulatorial dos casos.

“Já aconteceu de criança ficar lá do meio dia até 8, 10 horas da noite aguardando atendimento. Passa por mim, se de repente vai demorar muito, o médico não pode atender, ou tem médico que não quer atender em conjunto, eu faço o meu, mas até que ele chega lá, ou que passa pela GO [ginecologia e obstetrícia] leva um tempo considerável” (ENT 08).

“É, de estrutura física, nenhuma. Nós temos uma sala única, que não tem nenhum tipo de coisa lúdica, para mim não é um espaço adequado. Muitas vezes, na minha sala, eu escuto a equipe do lado conversar, e provavelmente eles escutam quando eu também tô falando. Questão de sigilo é uma questão muito delicada, porque mesmo com porta fechada, as pessoas batem, ou entram, ou querem entrar sem serem convidadas [risos], e sem perguntar se há possibilidade. Então, ainda existe muita dificuldade nesse sentido. [...]. Tem umas situações que são dificultadoras. A gente ainda não tem uma estrutura adequada não” (ENT 08).

3.2.3 Notificação

O ECA, em seu artigo 13, torna obrigatória a notificação da violência contra crianças e adolescentes, com previsão, no artigo 245, de pena aos profissionais da saúde e da educação que não comunicarem os casos de violência que tiverem conhecimento (BRASIL, 1990). Os registros do SINAN, referentes ao período compreendido entre os anos de 2011 a 2021, receberam notificações de 2.759.223 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Sendo que, desse total, 1.097.289 foram violências praticadas contra crianças e adolescentes; ou seja, 39,8% dos casos notificados. Observou-se, contudo, que as formas de violência notificadas não são novas e nem cresceram com o passar do tempo; esses números são resultados da obrigatoriedade da notificação e da violência contra a criança e o adolescente ter assumido um caráter mais politizado nos últimos anos (MIRANDA, 2022).

A notificação compulsória da violência, além de ser um instrumento de garantia de direitos, permite a documentação das ocorrências e a produção de dados que subsidiam a construção de políticas públicas para a prevenção e combate dos casos (MIRANDA, 2022). A presente pesquisa demonstra que os profissionais do hospital de ensino em estudo conhecem a obrigatoriedade da notificação:

“Essa criança, como ela passa por uma triagem antes de chegar até nós, a gente já atende ela sabendo que é um caso de violência. Então, todas essas crianças são notificadas. A notificação é obrigatória, até mesmo quase que antes de você escutar tudo, só de criança nos procurar a gente tem que fazer essa notificação. Se ela existe mesmo, mesmo que você fique na dúvida, ou mesmo que você fala assim “não, isso aí não é violência não, a mãe tá exagerando”, ela foi notificada” (ENT 02).

“Mas eu aprendi na residência com minha professora [médica infectologista] que apareceu uma ponta de suspeita de um abuso, de uma violência, investiga, notifica, porque se essa criança vier a aparecer futuramente com violência ou abuso, você não deixou passar. [...]. É melhor pecar por excesso, nesse caso, do que pecar

por falta de zelo. Já que teve essa suspeita, já notifica e pronto, sem ter dúvida” (ENT 02).

Entretanto, a subnotificação ainda é uma barreira para o estabelecimento das reais taxas de incidência de abuso sexual infantil (SCHERRER et al., 2022). A subnotificação foi apontada pelos participantes:

“Acho que tem muito problema. [...]. As notificações nem sempre são feitas [...]. Às vezes, a gente descobre no hospital uma menina de 12 anos que entra para fazer um parto. E ela fez pré-natal lá! Entendeu? Ela tem 12 anos! Como assim?! Entendeu? E aí não tem notificação. Então, assim, acho que tem muito problema. Acho que muitos profissionais precisam entender o que é a notificação [...]. Então, acho que a gente precisa melhorar muito, que é um instrumento bom, mas a gente precisa melhorar” (ENT 07).

“Então, eu percebo a falta de conhecimento, a falta, realmente, de capacidade dos profissionais para fazer a notificação. [...]. Mas mesmo passando pelo pronto socorro, ainda se percebe que um ou outro caso não foi feita a notificação. [...] Então, há uma dificuldade ainda em fazer a notificação” (ENT 01).

Os dados apresentados neste estudo demonstram que o caminho entre o acontecimento de um ato de VS e o seu registro não é isento de interferências. Segundo os entrevistados, os maiores entraves para a notificação são: dificuldades no preenchimento da ficha, por excesso de informações solicitadas e desconhecimento profissional; sobrecarga de trabalho e desgaste emocional, além da dificuldade inicial em reconhecer os casos.

“É uma tarefa muito difícil. Acho que você precisa ter muita clareza. Você precisa aprender a mexer no instrumento. Então, eu acho que isso é um desafio” (ENT 07).

“A ficha de notificação quem faz é o médico. [...]. Eu percebo aquela ficha como mero instrumento burocrático, ponto. É mais um número que, às vezes, nem sei se ele vai ser computado” (ENT 08).

“Acaba com o dia da gente, de verdade, porque além da situação em si, é muita papelada, é muita gente que a gente tem que informar, é um desgaste emocional junto” (ENT 02).

“Olha, tem umas [notificações] que a gente faz, assim, sem sombra de dúvida, principalmente quando uma criança mais velha, que conta o que acontece. Agora quando é aquela coisa, assim, que os pais são separados, e aí a mãe levou porque tá brigada com pai, e aí começa a inventar coisa que você vai fazer um exame físico não chama nenhuma atenção, e aí você fica naquela dúvida “será que foi mesmo? Será que eu tô notificando certo?” (ENT 02).

Também relataram como barreiras para a notificação: o desejo da família da vítima para fazer a notificação; o desconhecimento profissional quanto ao caráter de proteção do ato de notificar e problemas estruturais e intimidação dos profissionais:

“Pois quando falamos em Conselho Tutelar (CT), ainda tem algumas pessoas que pensam que o Conselho Tutelar é para tirar a criança da família, e desconhece que ele é um órgão que vai garantir a proteção da criança, e que vai garantir os direitos realmente da criança” (ENT 01).

“Acho que você precisa ter clareza de como conduzir isso junto da família. Porque uma vez que você faz a notificação, automaticamente você gera o acionamento da rede e isso vai gerar consequências para essa família. E quando eu penso em violência doméstica ou em violência contra crianças e adolescentes, eu acho que faz parte do meu trabalho em relação à notificação também procurar garantir que essa criança e esse adolescente não sofram retaliações... Porque ele vai voltar para casa dele, eu não. E aí, talvez o agressor esteja lá e aí talvez...Entende? Então, eu preciso saber o que que eu tenho que fazer para garantir que a notificação seja um instrumento de ajuda mesmo” (ENT 07).

“[...] chegam ao extremo de falaram alto, de falar que então vai precisar me conduzir, em uma das situações o policial voltou na minha sala e queria que eu o acompanhasse até a delegacia naquele momento, era madrugada, porque eu precisava depor. E aí você está falando de um órgão que é protetor. Com relação a pai, aos suspeitos, também nenhuma, porque você pode estar conversando com alguém que é o provável abusador, e depois você participa de uma audiência, onde você vai dizer o que você já relatou, mas muitas vezes numa sala onde o suposto abusador está presente. O seu relatório ele pode ter, o advogado tem acesso, então assim, não é uma questão das mais seguras não [risos]. E desde estrutura física. Nós não tivemos nenhuma situação de agressão, não que eu saiba, mas a intimidação ela vem de todos os lados. Vem da polícia, que quer um relatório que não sou eu quem fornece, vem às vezes do próprio Conselho Tutelar, porque entende que você poderia ter anotado alguma coisa que você deixou de anotar, vem da família, que às vezes não quer que você aciona o Conselho, que você aciona a polícia. As intimidações são as mais variadas” (ENT 08).

Apesar das barreiras identificadas e de possíveis falhas no processo de notificação, os profissionais não se sentem intimidados para realizar a notificação:

“Não me sinto intimidada. [...] Sempre aciono, independente da vontade da família. Faço e coloco todos os riscos, porque tem a questão de evasão, às vezes chega alguém e quer ser atendido, demora e evade, então, no mesmo momento, a gente aciona o Conselho e a polícia. Eu nunca deixei de fazer nenhum contato por intimidação não” (ENT 08).

“Então, nesse momento, para fazer a notificação compulsória eu me sinto seguro em fazer, já que eu tenho a certeza, e a clareza da lei, que a gente trabalha com suspeita, e que a gente não precisa ter a

certeza de ter havido o crime para gente fazer essa notificação; e sem falar que a gente está buscando ajuda para a gente manter uma proteção da criança. Então, independente se houve ou não abuso, o intuito é realmente a proteção da criança então, para fazer a notificação, eu me sinto seguro” (ENT 01).

Segundo Gonçalves e Ferreira (2002), existe uma lacuna na legislação brasileira sobre a orientação aos profissionais a respeito do ato de notificar. As autoras apresentam que, embora seja clara a sua obrigatoriedade, as noções legais precisam ser melhor informadas, tanto para os casos de concepção como para os casos de suspeita.

Estudos demonstram que um dos entraves para a criação de políticas públicas eficientes para a proteção de crianças e adolescentes, em especial de cunho sexual, é a não comunicação do fato (NEVES et al., 2010). No entanto, mesmo com baixo índice de denúncias e com subnotificação elevada, as consequências individuais e coletivas da VS cometida contra crianças e adolescentes são suficientemente graves para torná-la um problema de saúde pública, que não pode ser negligenciado (FACURI et al., 2013).

É preciso se fazer entender, então, que o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes é uma atitude de proteção e cuidado e que notificar é um exercício de cidadania, e não de punição, que irá permitir o planejamento de políticas públicas e levar à criação de medidas de proteção às vítimas e de apoio às famílias; para isso, é fundamental investimentos na capacitação do profissional (ASSIS et al., 2012).

3.2.4 Comunicação com a Rede de Proteção

Para garantir uma assistência continuada e de qualidade, o hospital estudado oferece às vítimas de VS atendimento multidisciplinar em PS e ambulatório, além de vinculá-las às redes de proteção como, por exemplo, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e Conselho Tutelar (CT), com o objetivo de garantir a continuidade da assistência aos casos. A mobilização da rede é destacada na literatura como elemento primordial para as vítimas de violências:

Abordar o fenômeno da violência e as experiências de rede de proteção ou rede de prevenção significa investigar menos sua configuração e muito mais o quanto ela oferece de potencial de intervir,

interromper, tratar ou superar a violência a que estão submetidos milhares de crianças, adolescentes, mulheres, idosos e demais grupos de risco. (NJAINÉ, 2006, p. 1314)

Embora reconheçam a necessidade de acionamento das instituições e garantia de continuidade do atendimento, os entrevistados relataram dificuldades de comunicação com a rede de proteção, ausência de contra referência e problemas no seguimento da assistência às vítimas:

“Com a rede externa a gente não tem uma contra referência, é muito burocrático [...] A gente tem um dificultador, assim, aquilo que a gente entende que o Conselho Tutelar, muitas vezes, poderia nos ajudar, até por uma questão de resguardar, nem sempre é acolhido por eles. ” (ENT 08)

“Quem que acompanha longitudinalmente? A Psicologia do ambulatório All; entendeu? [...], tanto é que é da gente que parte muitas vezes o pedido: “ó, a gente vai chamar alguém, “ó, a gente tem que fazer outra denúncia porque houve outro episódio de violência”, “olha, eles estão morando com o agressor porque não tem dinheiro”; é a gente! E essas são coisas que deveriam ser identificadas pela rede” (ENT 07).

“A rede também tem problemas. Acho que existem dificuldades na comunicação entre os serviços. Eu percebo que, se a gente não procura pelos outros órgãos, não tem comunicação sobre os casos. Acho que a comunicação pode ser melhorada. Acho que pode ser ampliada, mas ela acontece. A gente vai batalhando” (ENT 07).

Como pode ser depreendido da leitura dos trechos acima, os participantes reconhecem os desafios e a importância de uma comunicação efetiva com a rede de proteção. Segundo Fernandes et al. (2013), o acionamento da rede e as dificuldades na comunicação podem resultar na subnotificação com repercussões negativas para a proteção da criança e do adolescente.

“Infelizmente, eu não percebo um funcionamento da rede no sentido de proteção como eu acredito que deveria e como é prerrogativa legal. É bastante sofrido um atendimento, assim, porque a gente ouve as mais diferentes narrativas de violência dessa natureza. Então, é bem complicado” (ENT 08).

Quando há problemas na comunicação, quando ela acontece de forma fragmentada e sem integração entre as partes, as ações contra a violência não são resolutivas (FERNANDES et al, 2013). O estudo demonstrou, ainda, dificuldades na relação entre os profissionais e a polícia militar.

“Quando tem uma questão, a gente aciona a polícia. A orientação é de que todos os casos suspeitos a polícia deve ser acionada, e também a gente não tem um retorno muito legal não. Eles vão, e querem que eu, assistente social, forneça o relatório dizendo que aconteceu o

rompimento de hímen, que é a única coisa que na cabeça deles configura, a grosso modo, e que a legislação também é falha. Porque 'Ah, porque precisa, para aprender o abusador, a gente precisa de um relatório dizendo que ouviu isso, que ouviu aquilo'. Eles não medem forças com os médicos, mas com a gente sim [risos]. Então assim, a gente passa situações bastante desagradáveis nesse contexto. E quando a gente liga, não sou eu, fazendo um boletim de ocorrência, é o adulto que está acompanhando essa criança fazendo esse registro. E eles não param na porta do médico para pedir o relatório, eles param na minha [assistente social]. Então, a gente sofre uma pressão muito grande por parte da polícia, a gente faz reuniões, eles sempre discordam dessas coisas que a gente coloca, mas isso acontece com muita frequência" (ENT 08).

Os casos de VS cometidos contra crianças e adolescentes exigem reconhecimento e perícia de uma variedade de profissionais da saúde, da educação e de autoridades legais. Esse trabalho interdisciplinar constrói uma rede de profissionais com o objetivo de acolher e proteger as vítimas e suas famílias. É fundamental que cada profissional reconheça a sua parte de responsabilização no atendimento dos casos, e que exista integração entre as instituições envolvidas no processo. Muitas vezes, cada uma das partes têm a impressão de que o outro quer manter o controle da situação, como por exemplo relação entre o hospital e a polícia. Esta última fica insatisfeita por considerar que o hospital dificulta seu trabalho por interrogar a vítima antes dela e retardar a comunicação dos fatos, e o hospital fica insatisfeito por entender que a polícia atrapalha os atendimentos por exigir celeridade e relatórios dos casos (NEVES; et al., 2010).

Uma rede só funciona se todos os profissionais se sentirem envolvidos por ela, por isso é fundamental a sensibilização dos profissionais por meio de experiências formativas com abordagens nas áreas de Educação, Justiça e Saúde. Uma rede de apoio formada por profissionais despreparados pode oferecer risco de revitimização. As ações dos profissionais de saúde devem se complementar com as ações legais na busca de um acolhimento eficaz e de qualidade. A intervenção legal que desconhece as necessidades terapêuticas da criança e das famílias, pode provocar um dano psicológico adicional à vítima. Por outro lado, os atendimentos hospitalares que negligenciam os aspectos legais do abuso, como a proteção e a prevenção de novos crimes, também podem acentuar os danos psicológicos sofridos pela vítima (NEVES et al., 2010).

A falta de articulação entre as instituições que compõem a rede de proteção para crianças e adolescentes vítimas de VS, além de acentuar os danos psicológicos

sofridos pela vítima, provoca, ainda, a sensação de incapacidade profissional em cessar a dor do paciente e de sua família. Os profissionais de saúde experienciam, então, a sensação de impotência e passam a subestimar seus conhecimentos e sua competência em atuar diante dos casos; e isso pode prejudicar o cuidado prestado (SILVA et al., 2019).

É fundamental, portanto, que os profissionais conheçam o conceito e a importância da rede de proteção e coloquem em prática a comunicação efetiva entre cada uma das partes que compõem esta rede; pois é assim que se estimula o reconhecimento da violência como um problema que afeta os indivíduos e a sociedade (FERNANDES et al., 2013).

3.3 Saúde do Trabalhador

O trabalho é um dos princípios mais importantes na vida dos seres humanos. Muitas vezes ele é sentido como algo negativo, que traz cansaço e doença, contudo, deve ser compreendido como algo que dá sentido e valor à vida, algo que traz saúde, prosperidade e bem-estar; mas para isso, quando inserido no cotidiano de um indivíduo, o trabalho precisa ser reconhecido e valorizado (MARCITELLI, 2011).

Os profissionais da saúde, assim como os outros trabalhadores, têm direito a um trabalho decente, a ambientes laborais saudáveis e seguros, e a proteção social que promova cuidados de saúde (OMS; OIT, 2022).

Assegurar a atenção à saúde do trabalhador para profissionais de saúde é uma tarefa complexa, uma vez que são profissionais que lidam com a vida, com a dor e com o sofrimento humano. Assim, muitas vezes esse trabalho causa adoecimentos, medos, insatisfação e sentimento de insegurança e desmotivação nos trabalhadores (BATISTA et al., 2011).

A carga horária excessiva, os baixos salários, número insuficiente de profissionais, ambiente organizacional inadequado e sobrecarga de trabalho também são fontes de insatisfação e desgaste profissional (LIMA et al., 2014). No estudo, os participantes relacionaram a saúde do trabalhador às seguintes dimensões: ambiente; educação permanente; sobrecarga de trabalho; saúde mental e estratégias de enfrentamento.

3.3.1 Ambiente: o avesso da ambiência e do acolhimento

A pesquisa evidenciou que o espaço onde as crianças e adolescentes vítimas de VS e seus familiares são acolhidos não é adequado para a realização de um atendimento humanizado e de qualidade.

“A gente não tem salas para atendimento psicológico no hospital. A sala, se tem, elas não são apropriadas, elas são as salas de atendimento médico, então elas não contam com condições de privacidade, a gente não conta com material lúdico para trabalhar com as crianças, a gente tem que levar de casa”. (ENT. 07)

“As salas permitem escutar, por mais que você tente o sigilo, que na outra sala escuta. Porque é uma divisória entre uma sala e outra. As condições climáticas, não são favoráveis. A circulação de ar é pouca, então as portas acabam ficando mais abertas do que fechadas, e isso eu considero que não é uma forma adequada de atender esse público. A organização da sala não é um ambiente acolhedor. A forma como os móveis são dispostos não é adequada; a gente atende à tarde e o sol bate no ambulatório. Eu acho que as condições não são ideais e acolhedoras”. (ENT. 05)

“Nossa sala é lá no pronto-socorro, é uma sala estreita, comprida, com uma janela que quem está na sala do lado escuta tudo o que acontece. Já fizemos documento, já protocolamos no hospital. Fere tudo que você imagina. Fere Código de Ética do Serviço Social, da Psicologia, fere Estatuto da Criança e do Adolescente, fere a própria Constituição Federal. Por conta que, o direito ao sigilo e à integridade da pessoa é um direito constitucional, e ele é violado aqui. A gente já cansou de solicitar isso, é de conhecimento da gestão do hospital, mas não se toma nenhum tipo de providência para melhorar nossas condições de trabalho”. (ENT. 04)

“O ambulatório onde a gente está é muito quente, tem poucas janelas, não tem ventilador. E a gente trabalha lá. São condições de trabalho precárias, o hospital não investe nessas melhorias”. (ENT. 07)

A estrutura física inadequada para o trabalho assistencial, além de trazer constrangimentos para os usuários, aumenta o grau de dificuldade do trabalho e pode causar desgaste emocional nos trabalhadores. Sendo assim, oferecer melhorias tanto no ambiente físico, com salas arejadas, mobiliário adequado e disponibilizar materiais necessários ao atendimento dos pacientes é fundamental, tanto para garantir um atendimento de qualidade e humanizado, quanto para promover a saúde do trabalhador.

Sabe-se, contudo, que o cenário deste estudo é um hospital público de ensino e que, como tal, requer sedimentação das políticas públicas para garantir investimentos, licitação, estrutura de cargos e carreira dos profissionais, dentre outros

(ALVES et al., 2019). Assim, é fundamental compreender o cenário de pesquisa e suas condições relacionadas ao modo como o Estado brasileiro tem reduzido os investimentos no sistema público de saúde. Não há dúvidas, contudo, sobre o quanto ações conjuntas que colaborem com a melhoria do ambiente físico, mesmo que restritas, podem contribuir bastante para melhorias na assistência e na saúde do trabalhador.

3.3.2 Educação permanente: “ensinar como deve ser”

Segundo Neves (2010), a equipe que atende crianças e adolescentes vítimas de VS deve estar preparada técnica, emocional e psicologicamente para que o atendimento seja eficaz. A análise das entrevistas trouxe como resultado a ausência de iniciativas de formação dos profissionais de saúde do hospital de ensino que atuam no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de VS:

“E eu não fui capacitada em nenhum momento para isso, e nem convidada ao trabalho; fui acolhida, e muito bem acolhida. Graças a Deus! A Instituição não oferece capacitação para ensinar como deve ser a abordagem, a acolhida e etc., dos casos de violência sexual. Eu não tive nenhuma; e já tem um ano e meio que estou aqui. Ninguém me convidou para eu me capacitar. Como acontece com outros colegas aqui; a Instituição manda desempenhar outras atividades, que a pessoa nunca fez, não sabe fazer, não foi preparada e não tem preparo nenhum. Isso acontece muito aqui. Às vezes a gente também tem um trabalho pesado por falta de preparo; ele pesa para nós ainda mais, porque a gente não foi preparada em nenhum momento para receber, para abordar e para lidar com aquilo”. (ENT. 06)

“A dificuldade também acontece porque o profissional que começa neste trabalho não é capacitado, ninguém para para explicar para a pessoa como é o fluxo, e a pessoa fica muito perdida”. (ENT. 01)

O acolhimento dos trabalhadores e a garantia de seu desenvolvimento profissional por meio de iniciativas de educação permanente são fundamentais para a garantia da qualidade da assistência prestada à comunidade e para o bem-estar do trabalhador. É fundamental a realização de processos formativos, inclusive no que tange à comunicação com a equipe e com usuários (SOARES et al., 2020).

Pensar a educação permanente de profissionais que atuam em instituições públicas no Brasil requer transformar práticas e construir instituições capazes de assegurar direitos, de incluir, de formar servidores eficientes e seguros para realizar suas atividades com qualidade, permitindo a construção de um Estado mais próximo dos cidadãos e que cuida da qualidade de vida dos seus servidores. Neste intento, a

criação e atuação de escolas de governo é fundamental, uma vez que poderão contribuir para que a cultura de capacitação e de educação continuada venha a se consolidar no país (LOPES et al., 2011).

3.3.3 Sobrecarga de trabalho: “uma equipe que trabalha no limite”

Ao longo das entrevistas foi recorrente o tema da sobrecarga de trabalho ocasionada por número insuficiente de profissionais:

“O nosso maior problema é que à noite, final de semana e feriado não tem profissional da psicologia; não tem número de profissionais suficientes para atender a demanda do hospital. Não tem mesmo, não é porque elas não querem, é porque elas não têm condições mesmo. O número de profissionais de psicologia é muito reduzido. Então, chega final de semana, feriado e à noite nós estamos sozinhos; só nós para fazer o acolhimento das famílias”. (ENT. 04)

“A gente tem até feito esse movimento de pedir para instâncias maiores que venham outros profissionais trabalharem com a gente, principalmente da psicologia”. (ENT. 05)

“A gente trabalha em condições que são muito ruins. Assistente social, é um grande problema. É uma pessoa só no ambulatório. Atualmente, ela tem uma estagiária, mas isso é uma raridade, normalmente ela está sozinha e é uma demanda muito grande. Médico, agora temos um segundo médico, chegou no fim do ano passado. Enfermeira, a gente conseguiu uma enfermeira no meio do ano passado, até então não tinha uma enfermeira. Então, é uma equipe que trabalha no limite”. (ENT. 07)

Destaca-se aqui que a maioria dos profissionais entrevistados possui mais de um vínculo trabalhista, perfaz 40 horas semanais apenas no hospital de ensino e desempenha outras atividades no hospital, sendo a assistência às crianças e adolescentes vítimas de VS apenas uma de suas atribuições.

Nesse caso, garantir o pessoal em quantidade adequada para a realização das atividades laborais é fator fundamental na promoção à saúde e qualidade de vida. A sobrecarga de trabalho, combinada a fatores como longa jornada de trabalho e ambiente organizacional inadequado, pode ocasionar, além de danos físicos, insatisfação, depressão, sofrimento e exaustão nos profissionais, o que pode resultar em absenteísmo e doenças ocupacionais (CARDOSO et al., 2015).

Urge destacar aqui que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de enfermidade. E assim, para adequar-se ao conceito de saúde trazido pela

OMS, e em atenção à Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003 para efetivar os princípios do SUS e garantir os direitos dos usuários, a valorização do trabalho na saúde e a gestão participativa nos serviços, os hospitais foram incorporando profissionais da psicologia nas equipes multiprofissionais em seus diversos espaços, como enfermarias, maternidades, UTI e prontos-socorros. O trabalho psicológico nos espaços dos hospitais deve ser oferecido não somente aos pacientes, mas também deve apresentar ações voltadas para toda equipe de profissionais (MEIRA; SPADONI, 2012).

A humanização nestes ambientes é importante, tendo em vista que os usuários e familiares chegam nos hospitais apresentando doenças, muitas vezes graves, e alterações emocionais. A atuação do profissional psicólogo deve possibilitar que todo esse processo de dor e sofrimento seja suportável; então, é fundamental que o hospital ofereça um cuidado biopsicossocial aos seus pacientes, e para as equipes de profissionais, as quais também precisam de cuidado (MEIRA; SPADONI, 2012). Ademais, oferecer condições de trabalho, espaço para relaxamento, uma equipe para escuta e acolhimento desses profissionais são ações que também podem contribuir para saúde do trabalhador, assim como para melhoria na qualidade do serviço prestado.

3.3.4 Saúde mental dos profissionais: “um trabalho adoecedor”

Os resultados evidenciaram que atender aos casos de VS cometida contra crianças e adolescentes traz aos profissionais envolvidos sentimentos de angústia, sofrimento, incapacidade e esgotamento emocional.

“É um trabalho difícil, desgastante, muito sofrido, porque os casos são muito dramáticos. Tem hora que é muito difícil, é muito sofrido. Teve uma época que eu quase adoeci, fisicamente mesmo, quase tive que me afastar, eu sonhava a noite com os casos, eu chorava com os casos, eu choro na hora que às vezes eu estou ouvindo determinados casos que me comovem muito, eu vejo que às vezes as lágrimas escorrem, as outras pessoas engasgam, a gente se entre olha numa solidariedade mútua. Tem dia que a gente sai daqui embargado. Saímos mudos, todos nós, os acadêmicos, os residentes e a equipe; sai muda, exausta emocionalmente, exausta, nitidamente exausta, e muda. É um ambulatório muito sofrido, tem dia de consulta que no final a gente fala: “foi duro!”, porque todos os casos às vezes exigem um grau de equilíbrio de todos nós, e às vezes a gente não tem. É um trabalho adoecedor”. (ENT. 06)

“Difícil”, “desgastante” e “adoecedor” desvelam a amplitude dos rebatimentos do trabalho no cotidiano destes profissionais. Inseridos em hospital com pronto socorro infantil e tendo o desafio cotidiano de lidar com situações de extremo risco, os entrevistados trouxeram o quanto à VS gera sentimento de revolta e importância:

“Eu prefiro que chegue uma criança em parada respiratória do que um caso desses. Gera um pouco de revolta. Você fica com raiva de tudo que aconteceu, você quer matar quem fez aquilo. A gente fica revoltado. [...] Um sentimento de impotência, de você só poder fazer até certo ponto”. (ENT. 02)

À revolta e à impotência seguiram-se reflexões sobre as responsabilidades pessoais, profissionais e institucionais ante à VS:

“Enquanto ser humano, mexe muito comigo imaginar uma criança passando por essa situação extremamente vexatória. Eu não consigo não me sentir tocado e não me sentir também parte dessa sociedade que entrou em falência e que é responsável, por que quando a gente fala em rede, a gente não pode eximir nós, Hospital Escola, e os funcionários dessa rede. Compomos essa rede; então, nós somos responsáveis também por essa sociedade, se tratando de uma instituição pública federal, precisamos ter uma responsabilidade enorme pela sociedade e seu funcionamento”. (ENT. 04)

Reconhecer-se integrante desta sociedade que violenta crianças e adolescentes e como parte de uma instituição federal integrante da rede acena para o envolvimento ético dos trabalhadores. Todavia, as singularidades da instituição pública podem incidir negativamente sobre a saúde dos trabalhadores, como discutido no estudo desenvolvido por Santos et al. (2017) na Região Metropolitana de Porto Alegre-RS. Comparando o adoecimento mental dos profissionais de hospitais públicos e privados, os autores exploraram três dimensões do contexto de trabalho (relações de trabalho, organização do trabalho e condições de trabalho). Nelas, trabalhadores de instituições públicas apresentaram avaliações mais negativas.

Por seu turno, os pesquisadores encontraram altos níveis de despersonalização e exaustão emocional entre os trabalhadores da rede pública e sugerem relações com “a insuficiência de recursos para atender à demanda e o ceticismo dos profissionais quanto aos objetivos da instituição na qual estão inseridos” (SANTOS et al., 2017, p. 432).

O estudo aqui apresentado verificou na realidade de Minas Gerais, a insuficiência dos recursos encontrada no Rio Grande do Sul. Todavia, é possível afirmar que os profissionais do hospital de ensino que acolhem as vítimas de VS não

apresentaram ceticismo e sim elevado engajamento, elemento que pode contribuir para a valorização de seu trabalho e a satisfação dos profissionais (SANTOS et al., 2017).

Verificou-se que os profissionais são comprometidos com o trabalho, o desempenham com amor, gratidão e sentem-se felizes em poder acolher as vítimas e suas famílias.

“Eu me sinto feliz. Eu tenho uma alegria, se não, não estaria nele. Eu tenho uma alegria de poder estar ali, conhecendo esse universo, e com o espírito de ajuda, de colaboração, com espírito de profissionalismo dedicado para essas pessoas. Então, eu tenho uma alegria de trabalhar com eles, nesse aspecto. Eu me sinto feliz de trabalhar com esse público; eu sei que é um trabalho difícil, desgastante, muito sofrido, às vezes, mas eu me sinto feliz”. (ENT. 06)

“Eu gosto muito do que eu faço. São casos muito difíceis, desafiadores, complexos. [...]. Mas com intervenção a gente consegue uma melhoria do caso”. (ENT. 07)

“Eu me sinto muito agradecida de poder escutar essas histórias, delas conseguirem compartilhar coisas muito íntimas, muito pessoais e de muita violência comigo”. (ENT. 03)

Destarte, as situações acolhidas no trabalho perpassam o cotidiano dos participantes para além do espaço institucional. É, assim, por exemplo, que um dos entrevistados retoma como se sentia no início do trabalho no ambulatório:

“Quando eu comecei a fazer acompanhamento nesse ambulatório, eu absorvia boa parte dos sentimentos e das dores da família. Eu chegava em casa bastante cansado, já queria tomar um banho, comer e dormir. Para mim, aquilo ali já deu o dia para mim, eu não conseguia fazer mais nada depois do ambulatório”. (ENT. 01)

Uma profissional expôs o quanto sua família – inclusive os filhos – identificam o dia em que ela atuou no ambulatório:

“O ambulatório é na terça-feira; até os meus filhos sabem que é terça-feira. “A mamãe teve aquele ambulatório”. Porque eles percebem que às vezes eu chego, fico mais calada, assento no sofá, fico lá esperando a alma voltar para o corpo. Fico um tempo às vezes bem grande. Vivo naquele estado de quem recebe uma carga negativa emocional e está tentando elaborar aquilo”. (ENT. 05)

“Esperar a alma voltar para o corpo”, reconhecer que “o dia já deu”, ficar calada, desejar tomar banho, comer e dormir expõem a intensidade das demandas em saúde mental destes profissionais que precisam ser reconhecidas e manejadas pela instituição.

3.3.5 Estratégias de enfrentamento

Ante a intensidade de tais demandas, o que é feito pela instituição? Os resultados deste estudo demonstraram que não há ações do hospital de ensino voltadas para a promoção da saúde do trabalhador que atua na assistência às crianças e adolescentes vítimas de VS.

“Não, você fala tipo um psicólogo para mim? “Não. A não ser que você vá atrás”. (ENT. 02)

“Nenhuma ação do hospital para a minha saúde. A gente não tem nenhuma contrapartida [risos], se é que a gente pode usar esse termo, do hospital nesse sentido não”. (ENT. 08)

“Eu não vejo muito empenho da instituição nesse sentido de acolher essas pessoas que estão na linha de frente fazendo esse atendimento diário às vítimas de violência, a gente não vê mesmo. Não vê esse suporte, não vê esse atendimento, se nós precisarmos nós temos que solicitar para o SOSTE [*Serviço Ocupacional e Serviços de Saúde do Trabalhador*], e ao solicitar isso para o SOSTE, entramos em uma fila de espera, porque é uma psicóloga para o hospital inteiro da EBSEH. Ela não dá conta sozinha. Eu já passei por situações éticas que envolvem o médico do trabalho que foram extremamente constrangedoras para mim. Eu não vejo aqui um empenho nesse preocupar com o trabalhador, eu não consigo ver”. (ENT. 04)

“Eu não considero que o hospital tenha um trabalho voltado para saúde do trabalhador; porque se tivesse, seria oferecido, tipo: “vamos fazer um trabalho para alguns profissionais para tal coisa, uma determinada abordagem específica para lidar com crianças vítimas de violência”, porque tem o PS inteiro, o ambulatório inteiro, o PS da GO; ou então: “vamos fazer um trabalho com os profissionais de saúde que enfrentam a morte diariamente”. Eu não vejo que a escola tem esse tipo de preocupação com o trabalhador, de buscar a saúde do trabalhador; eu acho que até têm um pessoal que fica lá, esperando que alguma coisa aconteça, mas partindo deles para os trabalhadores eu posso afirmar que não tem. Porque eu estou aqui há 18 anos e nunca vi nada, nunca participei de nada”. (ENT. 06)

Evidenciou-se, então, que a criação de espaço para escuta e acolhimento dos profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de VS é fundamental para a melhoria da saúde desses trabalhadores. A importância e as potências destes espaços de escuta e acolhimento são destacadas por Santos et al. (2017, p. 433): “Esses espaços são potenciais para tratar as inquietações decorrentes do cotidiano de trabalho por meio de atividades em grupos, sob orientação de um profissional qualificado para oferecer suporte às vivências laborais.”.

Foi possível identificar, também, que os profissionais desenvolvem, por si mesmos, estratégias de enfrentamento para amenizar as angústias decorrentes da atividade laboral.

“A gente tem um grupo que a gente acaba se apoiando. A gente faz o acolhimento entre a gente ali mesmo”. (ENT. 08)

“A gente tem que aprender que a gente faz o que a gente dá conta. E a gente está ali para isso. Se a gente ficar desgastado por conta disso sempre, aí você não consegue trabalhar mesmo não. Porque lá a demanda é muito grande, toda semana você tem 3, 4 casos de violência sexual. Então, se a gente fosse se apegar a elas, ainda mais eu que estou lá todo dia, aí a gente não consegue trabalhar mesmo não”. (ENT. 02)

“Normalmente quando é algo que mexe muito conosco, a gente tenta se organizar entre nós mesmos. Sentar com um colega para conversar, chamar alguma das meninas da psicologia para uma conversa. Mas, falar que o nosso serviço de saúde do trabalhador está tendo essa preocupação conosco, nenhuma”. (ENT. 04)

“Você começa a treinar habilidades profissionais, e começa, na medida do possível, deixar um pouquinho desses sentimentos, dessa dor, no serviço, e quando da hora de sair para casa, você tenta esquecer; não tem como esquecer, mas com o passar do o tempo, não falaria que fica mais frio, porque o coração bate mais forte, mas a gente consegue não trazer tanta energia que recebemos dentro do ambulatório, com histórias tão tristes, para casa”. (ENT. 01)

Esta pesquisa evidenciou que, na ausência de suporte oferecido pela instituição, os profissionais que trabalham na assistência às vítimas de VS se utilizam de estratégias individuais, como tentar esquecer os atendimentos realizados e convencer-se de que fizeram seu trabalho com qualidade. A estratégia mais citada nas entrevistas foi a de conversar com os colegas de trabalho, o que indica que há um vínculo entre os profissionais e, mesmo diante das dificuldades encontradas no trabalho, eles se apoiam para ajudar uns aos outros.

Este panorama nos leva a refletir sobre como está sendo implantada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003. Entre as diretrizes dessa Política está a promoção de ações de valorização do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação e capacitação permanente em saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho (PENSO et al., 2010).

Além da PNH, há que se ampliar a discussão da atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora, o que no caso do hospital federal de ensino requer a abordagem da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e da estruturação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). A coexistência de diferentes vínculos trabalhistas – celetistas e regime jurídico único – incide no delineamento de práticas de atendimento à saúde do trabalhador e precisam ser abordadas pelos trabalhadores e gestores (CONSTANTIN; QUERINO, 2020).

Não foi referido por nenhum dos participantes o acesso às ações de promoção de saúde no âmbito do hospital de ensino: “Não vê esse suporte, não vê esse atendimento” (ENT 4). A única menção realizada foi a da existência do SOSTE para profissionais contratados no regime CLT que esbarra na elevada demanda para um profissional de psicologia.

Considera-se importante, em outras pesquisas, o diálogo com trabalhadores responsáveis pelo SIASS e pelo SOSTE para identificar as iniciativas existentes no hospital de ensino e verificar o tipo de ação ofertada. A denominação saúde ocupacional presente no SOSTE alerta para a importância de verificar o modo como a saúde do trabalhador é compreendida pela EBSEH. No caso das unidades do SIASS foi um longo caminho para superar a abordagem centrada na saúde ocupacional e engendrar a compreensão ampliada de saúde do trabalhador que deve se desdobrar em ações articuladas nos três eixos: promoção, prevenção e acompanhamento da saúde; perícia oficial e assistência à saúde (CONSTANTIN; QUERINO, 2020).

Urge salientar, então, que é fundamental que a instituição elabore estratégias para o enfrentamento de dificuldades na assistência às vítimas de violência e suas famílias, criando espaços de escuta e acolhimento onde os profissionais possam fazer a interlocução sobre a lida com situações angustiantes como é o caso do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de VS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu concluir que o atendimento aos casos de VS contra crianças e adolescentes é um trabalho que pode trazer danos à saúde, principalmente para a saúde mental, dos profissionais envolvidos e que, então, um olhar da instituição voltado para a promoção da saúde destes trabalhadores é fundamental. É preciso medidas que proporcionem melhorias na infraestrutura, mobiliários e de materiais disponíveis para a criação de um ambiente de trabalho apropriado, conveniente e confortável, que permita um atendimento de qualidade aos pacientes. É fundamental que a instituição forneça maior número de profissionais que atuam na assistência às vítimas de VS, em especial neste contexto de psicólogos, para diminuir a sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do serviço.

Neste contexto desafiador de estruturação da atenção humanizada às vítimas de VS, a educação permanente pode ter contribuição fundamental. Por se tratar de hospital federal de ensino, investimentos em educação permanente, para os profissionais do hospital, assim como para a rede externa de proteção como Conselho Tutelar e Polícia Militar, podem mobilizar diferentes cursos e níveis de formação. Iniciativas de formação podem contribuir para proporcionar maior segurança no profissional, tanto no atendimento como na notificação dos casos de VS contra crianças e adolescentes.

Em relação à articulação da rede de proteção, na perspectiva dos participantes do estudo, são necessárias ações para melhoria da comunicação com os diferentes pontos valorizando, inclusive, a continuidade do seguimento ambulatorial.

Este estudo apresenta como limitação o fato de ter sido realizado apenas em um hospital de ensino. Sugere-se a realização de pesquisas relacionadas ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de VS nas redes externas de proteção, no sentido de se avançar na produção do conhecimento em relação à temática, para se entender melhor como é feito o acompanhamento dessas crianças e adolescentes, pois este estudo demonstrou que o hospital de ensino, que deveria atender os casos de violência com até 72 horas do ato no objetivo de proteger a vítima de gravidez, ISTs e outros agravos à saúde, tem assumido um papel de acompanhamento das vítimas e seus familiares o que tem sobrecarregado o sistema por falta de pessoal e infraestrutura.

Quanto às possíveis relações entre o trabalho no atendimento às vítimas de VS e a saúde dos trabalhadores, o estudo evidenciou que o “o trabalho é adoecedor”, pois causa angústia, sofrimento e sentimento de incapacidade, ocasionando prejuízos na saúde mental. Destarte, a ausência de iniciativas institucional tem sido enfrentada de modo individual e com apoio dos pares. Urge a ampliação da abordagem, a construção de espaços de escuta para o trabalhador que lida diariamente com violência e se sente afetado e de intervenções no âmbito da saúde do trabalhador.

Como contribuições, os resultados deste estudo poderão subsidiar discussões junto aos gestores do hospital de ensino de modo a apontar desafios cotidianos, que vão desde a ambiência, sobrecarga de trabalho, número de profissionais, até melhorias na articulação e comunicação entre a rede de proteção à criança e ao adolescente.

REFERÊNCIAS

ALKIMIM, C. F. C. et al. Fatores associados à Síndrome de Burnout entre profissionais intensivistas de hospital universitário. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, 2014, v. 8, n. 4, p. 157-176. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1590>. Acesso em: 10 ago. 2021.

ALMEIDA, Y. C. et al. Os impactos da qualidade de vida no trabalho na saúde mental do indivíduo. **Linkscienceplace**, [S. l.], v. 8, n. 1, 2022. Disponível em: <http://linkscienceplace.com/index.php/lnk/article/view/28>. Acesso em: 17 mar. 2023.

ALVES, C. R. A, CORREIA, A. M. M; MARTINS DA SILVA, A. Qualidade de vida no trabalho (QVT): um estudo em uma instituição federal de ensino superior. **Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL** [Internet]. 2019;12(1):205-227. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=319357660010>. Acesso em: 16 mar. 2023.

ALVES, P. C. et al. Evaluation of well-being at work among nursing professionals at a University Hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2012, v. 20, n. 4, p. 701-709. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400010> Acesso em: 10 ago. 2021.

ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2012, v. 17, n. 9, p. 2305-2317. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900012>.

BARBOZA, B. C.; SOUSA, C. A. L. S. C.; MORAIS, L.A.S. Percepção da equipe multidisciplinar acerca da assistência humanizada no centro cirúrgico. **REV. SOBECC**. São PAULO. out./dez. 2020; 25(4): 212-218.

BATISTA, V. C. et al. Perfil das notificações sobre violência sexual. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 5, p. 1372-1380, maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234546>. Acesso em: 03 jul. 2021.

BATISTA, C. B.; CAMPOS, A. S.; REIS, J. C.. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. Trab. educ. saúde, 2011 9(2), p. 295–317, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200008>. Acesso em 10 mar. 2023.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Atendimento criança e adolescente vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências na atenção primária à saúde**. Belo Horizonte. 2013.15 p. Disponível em: https://preFeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/guia_atendimento_crianca_adolescente_vitimas_outras_violencias.pdf. Acesso em: 02 jul. 2021.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 03 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impactos da violência na saúde da criança e do adolescente: prevenção de violências e promoção da cultura de paz**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: MS, 2009a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças_adol escentes.pdf Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 218 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Técnica: **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília, DF, 2015.

BRAUN, V.; CLARKE, V.; HAYFIELD, N. Análise Temática. In. SMITH.J.A. **Psicologia Qualitativa**. Um guia prático para métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Vozes, 2019. p.295-327.

CARDOSO, M.R.et al. Fatores Estressores: Interferência na Qualidade da Assistência dos Profissionais Enfermeiros. **Prática Hospitalar**, v. 17, n. 97, p.22-27, 2015.

CONSTANTIN, I. C. S.; QUERINO, R. A.. **Caminhos de Atenção à Saúde do Servidor: com a palavra trabalhadores de Unidade SIASS**. 1. ed. Uberlândia: Editora Colab, 2020. v. 1. 226p. Disponível em: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/f259b81c-fa9a-44d1-8947-ca1ec8d9b5d2/LIVRO%20-%20Caminhos%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20Servido.pdf> Acesso em: 10 fev. 2023.

DORNELLES, T. M. et al. Professional quality of life and coping in a reference hospital for victims of sexual violence. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2020, v. 29, e2190153. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0153>. Acesso em: 03 jul. 2022.

FACURI, C. O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2013, v. 29, n. 5, pp. 889-898. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>. Acesso em 03 jul. 2022.

FERNANDES, A. P. P.; MAZZA, V. A; LENARDT, M. H. Rede de proteção contra a violência na infância à luz dos conceitos de Capra. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2013, v. 17, n. 4. p. 2316-9389. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130074> Acesso em 03 jul. 2022.

FIALHO, L. Alma Preta. Jornalismo Preto e Livre. **Negros são minoria no serviço público federal e ocupam apenas 27% de cargos com ensino superior**. 13 set. 2021. Disponível em: <https://almapreta.com/sessao/cotidiano/negros-sao-minoria-no-servico-publico-federal-e-ocupam-apenas-27-de-cargos-com-ensino-superior>. Acesso em: 06 out. 2022.

Gui, R. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Psicologia: Organizações & Trabalho**, 3(1), 135-160. 2003. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572003000100007&lng=pt&lng=pt.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2002, v. 18, n. 1, p. 315-319. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100032> Acesso em: 18 Mar 2023.

HOHENDORFF, J. V.; SANTOS, S. S.; DELL'AGLIO, D. D. Estudo de caso sobre a revelação da violência sexual contra meninos. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 8, n. 1, p. 46-54, jun. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2023

KRUG, E.G. et al. **World report on violence and health. Geneva, (Relatório Mundial sobre violência e saúde)** World Health Organization, 2002. Disponível: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

LACAZ, F. A. C. et al. O campo Saúde do Trabalhador nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p.4843-4852, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n12/1413-8123-csc-25-12-4843.pdf> Acesso em: 01 abr. 2021.

LIMA, L. et al. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals, Escola Ana Nery. **Revista de Enfermagem**. 2014;18(1):17-24. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272907720_Job_satisfaction_and_dissatisfaction_of_primary_health_care_professionals. Acesso em: 10 mar. 2023.

LOPES, Z. M. V. et al. **A qualidade de vida no trabalho e a capacitação do servidor público municipal. Manancial – Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Maria.** 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/2546>. Acesso em: 19 mar. 2023.

MARCITELLI C. R. A. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde. **Rev. Científica de Américalatina.**15(4):215-28. 2011.

MEIRA, F. S. de; SPADONI, J. M. A atuação do psicólogo hospitalar como instrumento de humanização no pronto-socorro. **Perspectivas em Psicologia**, v. 16, n. 1, 2012. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/27552>. Acesso em: 15 mar. 2023.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo; Hucitec; 14 ed., 2014. 407 p.

MINAYO, M.C.S. **Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde.** In: MINAYO, M.C.S; ASSIS, S. G. Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p.30-61.

Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). **Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: identificação e enfrentamento.** 2015. Brasília, DF. 2015. Disponível em: http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_violencia_contra_crianças_adolescentes_web.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

MIRANDA G. S. V. A notificação compulsória no enfrentamento da violência contra crianças e adolescente. **Serviço Social em Debate**, [S. l.], v. 5, n. 1, 2022. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/6264>. Acesso em: 20 out. 2022.

NEVES A. S. et al. Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares. **Temas em Psicologia [Internet]**. 2010;18(1):99-111. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751435009>. Acesso em: 23 mar. 2023.

NJAINE, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2006, v. 11, n. sup.p. 1313-1322. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500020>. Acesso em: 15 jul. 2021.

NUNES, A. J.; SALES, M.C.V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 3, pp. 871-880. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>. Acesso em 03 jul. 2021.

Organização Mundial da Saúde; Organização Internacional do Trabalho. **Cuidando de quem cuida: guia para o desenvolvimento e implementação de programas de saúde e segurança ocupacional para trabalhadores da saúde.** 2022.

Organização Mundial de Saúde. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351436>. Acesso em: 09 mar. 2023.

OLIVEIRA, J. C.; CEBALLOS, A. G. C. A feminilização da força de trabalho em uma unidade de saúde da rede municipal do Recife. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, e219111032645, 2022. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32645>. Acesso em 05 out. 2022.

PENSO, M. A. et al. O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 137-152, 2010. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2023.

PLATT, V. B. et al. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1019-1031, abr. 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/hTR8wBZKQNrYLM4HB6p849c/?lang=pt&format=html#>. Acesso e 03 jul. 2021.

RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade [online]**. 2008, v. 17, n. 4, p. 151-160. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000400015> Acesso em: 03 jul. 2021.

SANTOS, A. S. dos et al.. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 421–438, maio 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/DkVWDKKBGCLDTctJsX8YrYXP/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 19 mar. 2023.

SCHERRER, I. R. S.; LOPES, D. M. L.; REIS, M. C. Análise do perfil e fluxo de atendimento de crianças vítimas de violência sexual em um serviço de referência. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2022; 32: e-32108. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1391283>. Acesso em: 18 out. 2022.

SILVA, M. S. da et al.. Care for children and adolescents victims of violence: feelings of professionals from a psychosocial care center. **Escola Anna Nery**, 2019, v. 23, n. 2., 2019 23(2), p. e20180215, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0215>. Acesso em 23 mar. 2023.

SOARES, E. M. R. S. et al. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Interdisciplinar**. vol. 9, nº. 1, 2016, p. 87-96. Disponível em:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771970> Acesso em: 15 jul. 2021.

SOARES, L. M. B. et al. Qualidade de vida no trabalho (QVT) nos profissionais de enfermagem. **Revista Orientación y Sociedad**; vol. 20, nº. 2, 2020. Disponível em:
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/117332>. Acesso em: 16 mar. 2023.

UNICEF Brasil. ECA 25 anos. **Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil**. 2015, p. 10. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef/unicef_relatorio_eca25anos_2015.pdf. Acesso em: 27 jun. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ (UNIFESSPA). **Apesar de avanços com as ações afirmativas, presença negra nas universidades ainda é desigual**. 19 nov. 2021. Disponível em: <https://unifesspa.edu.br/noticias>. Acesso em: 05 out. 2022.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas, Campinas**, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 23 mar. 2023.

ANEXO A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa: “Atendimento aos Fatos de Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes em Serviço Hospitalar: Olhares e Ações Complementares-

O objetivo desta pesquisa é conhecer os aspectos determinantes da Violência Sexual (VS) bem como analisar o fluxo interno do hospital de ensino quando do acolhimento e do atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e, externamente, quanto ao referenciamento para a Rede Municipal de Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Além disso, visa-se compreender possíveis desdobramentos do atendimento de vítimas de violência sexual em sua saúde.

Sua participação é importante, uma vez que projetos podem contribuir com o registro de avaliações, na ótica dos profissionais, que venham a possibilitar a construção de estratégias para efetivação dos direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e para a saúde do trabalhador. Justifica-se, ainda, pela possibilidade de redução de episódios de revitimização, por exemplo, no qual seria sinônimo de maior efetividade da atuação do Hospital de Clínicas, haja vista que o encaminhamento para a Rede de Proteção estaria pautado por critérios mais objetivos. Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário que você preencha um questionário para obtenção de informações sócio demográficas, educacionais e profissionais, conceder uma entrevista sobre o tema da violência sexual envolvendo crianças e adolescentes.

O questionário será preenchido neste formulário e a entrevista será realizada de modo remoto por meio do Google Meet. Será gravada apenas para fins de transcrição e posteriormente deletada. Além disso, será realizada em dia e horário da sua preferência e mediada por membro da equipe da pesquisa devidamente capacitado, com tempo de duração estimado em 40 minutos.

Os riscos diretos previstos por sua participação nessa pesquisa são a perda da confidencialidade; e indiretos, a dificuldade de falar de situações que ocorreram no cotidiano do trabalho que por ventura tenham sido traumáticos. Como medidas para minimizar estes riscos serão tomadas as seguintes providências: seu nome nas duas etapas da pesquisa será substituído por um número e o mesmo será adotado em qualquer divulgação de resultados que venha a ser feita. Quanto aos riscos indiretos

a Equipe de pesquisadores fará, se necessário, a recomendação de atendimento para Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor (NASS), da própria instituição.

Espera-se que de sua participação na pesquisa sejam construídas estratégias de acolhimento e atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, que os fluxos internos fiquem evidentes de modo a evitar a revitimização e, especialmente, reduzir os episódios de retrabalho; ao mesmo tempo, ser uma oportunidade para trocar experiências com profissionais de outros Setores/Unidades do hospital, assim como, indiretamente, favorecer uma maior integração entre os profissionais, setores e unidades aliada à construção de estratégias de capacitação interna ao hospital advindos dos resultados que a pesquisa pode suscitar.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto atendimentos que você já realize junto ao qualquer serviço da instituição, bastando você dizer ao pesquisador. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

ANEXO B FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Sexo

- Masculino
 Feminino
 Outro

Data de Nascimento: _____

Etnia

- Branco(a)
 Negro(a)
 Amarelo(a)
 Outro:

Religião

- Católica
 Espírita
 Evangélica
 Não possui
 Outro:

Estado Civil

- Solteiro/a
 Em união/casado/a
 Divorciado/a/Viúvo/a

Possui filhos/as?

- Sim
Não

Se possuir filhos/as, indique a idade dos mesmos.

Escolaridade

- Ensino Médio Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Pós-Graduação

Se possuir pós-graduação (completa), indicar qual nível.

- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

Profissão

Setor em que atua

- Ambulatório de Pediatria
- Saúde da Mulher
- Atendimento Psicossocial
- Pronto Socorro
- Outro:

Tempo de atuação na área da saúde (em anos/meses):

Tempo de atuação no hospital de ensino (em anos/meses)

Jornada semanal de trabalho no hospital de ensino:

- 20 horas
- 30 horas
- 40 horas
- Outra

Tipo de contrato no hospital de ensino:

- Regime Jurídico Único (RJU)
- EBSEH
- Duplo vínculo
- Outro:

Possui outros vínculos profissionais/empregos além de no hospital de ensino:

- Sim
- Não

Em sua atuação profissional no hospital tem atendido crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?

- Sim
- Não

ANEXO C ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- Conte sobre o processo de acolhimento por você à criança/adolescente vítima de violência sexual que chegam ao hospital.
- Como se dá a relação do seu setor/unidade de atuação com outros para o atendimento da violência sexual?
- Conte como se dá a relação do setor/unidade de atuação com a rede externa de proteção à criança e ao adolescente vítimas de violência sexual.
- Em sua opinião, quais fatores desencadeiam a violência sexual?
- Você poderia nos contar como é o seu dia a dia de trabalho no hospital de ensino?
- Na sua avaliação, no seu cotidiano de trabalho você possui condições necessárias para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?
- Quanto seguro você se sente para realizar a notificação de violência sexual?
- Como você avalia a notificação dos casos de violência sexual e o acionamento da rede de atenção?
- O hospital oferece ações de saúde do trabalhador? Você já foi atendido?
- Como você se sente atendendo casos de violência sexual contra crianças e adolescentes?