



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

ANA BEATRIZ MOURA RAULINO

VIVÊNCIAS DOS GRADUANDOS EM ENFERMAGEM E MEDICINA NO
CONTEXTO DE FORMAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA

RECIFE

2024

ANA BEATRIZ MOURA RAULINO

VIVÊNCIAS DOS GRADUANDOS EM ENFERMAGEM E MEDICINA NO CONTEXTO
DE FORMAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Dissertação de mestrado apresentada ao
colegiado do Programa de Pós- Graduação em
Saúde da Criança e do Adolescente, do Centro
de Ciências Médicas, da Universidade Federal
de Pernambuco, para obtenção do grau de
mestre.

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Área de Concentração: Saúde da Criança e do
Adolescente

Orientadora: Prof.^a Dr.^a M^a Wanderleya de
Lavor Coriolano Marinus

Coorientador: Prof. Dr. Fernando Antonio
Menezes da Silva

RECIFE

2024

ANA BEATRIZ MOURA RAULINO

**VIVÊNCIAS DOS GRADUANDOS EM ENFERMAGEM E MEDICINA NO
CONTEXTO DE FORMAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao
colegiado do Programa de Pós- Graduação em
Saúde da Criança e do Adolescente, do Centro
de Ciências Médicas, da Universidade Federal
de Pernambuco, para obtenção do grau de
mestre.

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Área de Concentração: Saúde da Criança e do
Adolescente

Aprovado em 17/12/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Elisabete Pereira Silva

Prof.^a Dr.^a Keise Bastos Gomes da Nóbrega

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Esmeraldo Lima

Recife, 17 de Dezembro de 2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Raulino, Ana Beatriz Moura.

Vivências dos graduandos em Enfermagem e Medicina no contexto de formação sobre violência na infância e adolescência / Ana Beatriz Moura Raulino. - Recife, 2024.

88 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2024.

Orientação: Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus.

Coorientação: Fernando Antônio Menezes da Silva.

Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Health education; 2. Violence; 3. Child; 4. Adolescent; 5. Nursing students; 6. Medical students. I. Coriolano-Marinus, Maria Wanderleya de Lavor. II. Silva, Fernando Antônio Menezes da. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

AGRADECIMENTOS

Para mim, esta é a parte mais importante de todo o texto. É aqui que se fala daqueles com quem, pela vida inteira, ou por alguns instantes, se teve Amor. Esta força revolucionária e reencantadora, que me ajudou a andar mesmo quando o corpo e a mente pesaram.

Obrigada à minha família, meus primeiros amigos. A minha mãe, Elba, a primeira no mundo em que vi o amor, a que é meu freio e meu acelerador, que me faz não ter medo de ir, pois eu sei que tenho para onde voltar. Ao meu pai amoroso, Raulino, que me diz “Siga a sua luz”, fazendo com que eu entenda que eu tenho uma e que ela se reacenda nos momentos que a vida a apaga. Ao meu irmão João Henrique, que me deu propósito na vida e o privilégio de vê-lo crescer e se tornar um homem que, mesmo sem saber, age com amor em tudo.

Agradeço à professora Margarida por ter me dito que o tema da pesquisa deveria ser algo “que fizesse meus olhos brilharem”. Quando eu pensava no tema da Violência Contra a Criança e o Adolescente, meu sangue fervia. Mas quando encontrei a intersecção com o ensino e aprendizado, meus olhos brilharam. Eu senti amor.

Obrigada também à professora Bete, que me acompanha desde a minha residência e que, com seu espírito de amor, me incentivou e tem me ajudado a crescer, questionar e aprender cada dia mais.

Obrigada, aos amigos que fiz na vida. Um obrigada especial a João Paulo, Gláucia, Livia, Bel, Ítalo, Felipe, Josedayse, Lucila, Gracielly, Renatinha e Jéssica. É uma pena eu não ter como escrever um parágrafo para cada um. Então só posso agradecer pela paciência e pelo carinho ao lerem meu trabalho quando eu pedia, por me acalmarem quando eu precisava, por me ajudarem a voltar para a escrita quando isso parecia muito difícil. Ou então obrigada por simplesmente ajudarem a tirar minha cabeça do lugar, pra poder, daí sim colocá-la de volta: seja numa batucada, numa ida ao cinema, numa comida gostosa ou numa risada numa terça à noite qualquer. Obrigada por me inspirarem e por serem fonte de tão grande admiração. Acima de tudo obrigada por me ajudarem, cada um do seu jeitinho, a entender mais sobre o que é o amor.

Por fim, obrigada às crianças, adolescentes e aos estudantes. Aos que foram e aos que serão. Vocês me fazem sentir amor e desse amor, tomar ação.

Graças a vocês, eu compreendo que nunca estive só.

RESUMO

A Violência Contra a Criança e o Adolescente é um fenômeno complexo, multifatorial e com consequências negativas em curto e longo prazo ao desenvolvimento humano e à saúde individual e coletiva. Neste contexto, é necessário que o profissional de saúde, durante a sua formação, desenvolva habilidades e competências que o permita se sentir apto para lidar com a identificação, manejo e prevenção da Violência Contra a Criança e o Adolescente e suas consequências, no campo prático. Diante disso, questiona-se: quais são as vivências dos estudantes de graduação de Medicina e Enfermagem sobre violência contra a criança e o adolescente no seu contexto de formação? Assim, o objetivo do estudo foi analisar as vivências, percepções e conhecimentos dos estudantes de graduação de medicina e enfermagem quanto à prevenção, identificação e manejo da Violência Contra a Criança e o Adolescente. O estudo foi do tipo qualitativo e exploratório, com 14 estudantes de graduação do último ano dos cursos de Medicina (oito participantes) e Enfermagem (seis participantes) de uma Universidade pública brasileira. Os dados foram coletados entre dezembro de 2023 e abril de 2024, a partir de entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico. A análise foi realizada com base no método de Análise Temática de Braun e Clarke. Foram encontrados 72 códigos descritivos. A partir destes, foram agrupados oito temas, os quais foram, por sua vez, divididos em duas grandes categorias (Abordagem da temática violência contra a criança durante a formação e Perspectivas sobre a violência na infância). Dentro destas categorias foi possível observar que os estudantes entendem a Violência Contra a Criança e o Adolescente, como ações que provocam prejuízos ao desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes. Os estudantes reconheceram aspectos como a transmissão intergeracional da violência, a necessidade de educação parental e a relação com os determinantes sociais. Embora reconheçam a importância de identificar sinais de violência e acolher as vítimas, muitos estudantes relataram dificuldades em formular e implementar estratégias concretas de prevenção e intervenção, particularmente em ações interdisciplinares. A negligência, forma mais comum de violência, foi pouco mencionada, sugerindo desafios no reconhecimento dessa modalidade. Vários estudantes apontaram que a graduação proporcionou uma base teórica e prática que, em suas percepções, não foi suficiente para lidar de maneira adequada com a Violência Contra a Criança e o Adolescente. Por fim, notou-se que as vivências dos estudantes abordaram, em sua maioria, experiências relacionadas a situações de violência física, psicológica e negligência sofridas por crianças e adolescentes. Estas vivências foram marcadas pela insegurança sobre o manejo e pela percepção de distanciamento entre teoria e prática. Os relatos indicam que a formação acadêmica sobre o tema foi considerada limitada, com dificuldades relacionadas ao processo de notificação e à aplicação prática do conhecimento adquirido. Nesse sentido, poderia ser de grande valia, ainda, a realização de pesquisas voltadas à avaliação das habilidades práticas dos estudantes, ou mesmo dos impactos da implementação de metodologias ativas de ensino para a aquisição destas habilidades, não apenas com a população infantil, mas também com a população adolescente.

Palavras-chaves: Conhecimentos; Violência; Criança; Adolescente; Maus-tratos infantis; Estudantes de Medicina; Estudantes de Enfermagem; Ensino; Educação e Saúde

ABSTRACT

Violence Against Children and Adolescents is a complex, multifactorial phenomenon with negative consequences both in the short and long term for human development and individual and collective health. In this context, it is essential that healthcare professionals, during their training, develop the skills and competencies needed to feel capable of dealing with the identification, management, and prevention of violence against children and adolescents and its consequences in practical settings. In light of this, the following question arises: what are the experiences of undergraduate students in Medicine and Nursing regarding violence against children and adolescents in their training context? Thus, the aim of this study was to analyze the experiences, perceptions, and knowledge of undergraduate students in Medicine and Nursing regarding the prevention, identification, and management of violence against children and adolescents. The study was qualitative and exploratory, involving 14 final-year undergraduate students from the Medicine (eight participants) and Nursing (six participants) programs at a public Brazilian university. Data were collected between December 2023 and April 2024 through semi-structured interviews and a sociodemographic questionnaire. The analysis was conducted using the Thematic Analysis method by Braun and Clarke. A total of 72 descriptive codes were identified. These were grouped into eight themes, which were further divided into two major categories (Approach to the topic of violence against children during training and Perspectives on violence in childhood). Within these categories, it was observed that the students understand Violence Against Children and Adolescents as actions that cause harm to the development and well-being of children and adolescents. The students recognized aspects such as the intergenerational transmission of violence, the need for parental education, and the relationship with social determinants. Although they acknowledged the importance of identifying signs of violence and supporting victims, many students reported difficulties in formulating and implementing concrete strategies for prevention and intervention, particularly in interdisciplinary actions. Neglect, the most common form of violence, was seldom mentioned, suggesting challenges in recognizing this form. Several students pointed out that their undergraduate training provided a theoretical and practical foundation that, in their perception, was not sufficient to adequately address Violence Against Children and Adolescents. Finally, it was noted that the students' experiences mostly involved situations of physical, psychological violence, and neglect suffered by children and adolescents. These experiences were marked by uncertainty regarding management and a perception of a gap between theory and practice. The reports indicate that the academic training on this topic was considered limited, with difficulties related to the notification process and the practical application of the acquired knowledge. In this regard, conducting research focused on assessing students' practical skills, or even the impacts of implementing active teaching methodologies for acquiring these skills, would be valuable—not only with the child population but also with the adolescent population.

Keywords: Knowledge; Violence; Child; Adolescent; Child Abuse; Medical Students; Nursing Students; Education; Health Education

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.....	17
Figura 2 – Tipos e Naturezas de violências	20
Figura 3 – Possíveis consequências da violência contra crianças para a saúde.....	22
Figura 4 – Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização socioeconômica dos estudantes de graduação de Medicina e Enfermagem.....	40
Quadro 2 – Categorização dos temas	41
Quadro 3 – Tipos de violências descritas nas entrevistas e enxertos das falas dos participantes.....	44
Quadro 4 – Possíveis papéis da notificação sugeridos pelos participantes e exemplos de falas dos entrevistados	48

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
BO	Boletins de Ocorrência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ET	Estresse Tóxico
EAI	Eventos Adversos da Infância e Adolescência
OSCE	Exame Clínico Objetivo Estruturado
FSP	Fórum de Segurança Pública
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
LCISCASFSV	Linha de Cuidado Integral à Saúde da Criança, Adolescente e sua família em situação de violência
MEC	Ministério da Educação e Cultura
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAISC	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
SM	Salários-mínimos
SiSU	Sistema de Seleção Unificada
SUS	Sistema Único de Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TEP	Título de Especialista em Pediatria
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFF	Universidade Federal Fluminense
VCCA	Violência contra a criança e o adolescente
VD	Violência Doméstica
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 Conceitos e indicadores sobre a violência contra a criança e o adolescente.....	19
2.2 Políticas públicas voltadas para a prevenção e o enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente no contexto brasileiro.....	23
2.3 Conhecimentos e práticas profissionais na prevenção e enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente sob a ótica do modelo biopsicossocial.....	24
2.4 A violência contra a criança e o adolescente no contexto da formação de estudantes de graduação em enfermagem e medicina	30
3 PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS	33
3.1 Pergunta de pesquisa	33
3.2 Objetivos.....	33
3.2.1 Objetivo geral	33
3.2.1 Objetivos específicos.....	33
4 MÉTODO	34
4.1 Tipo de estudo	34
4.2 Cenário do estudo.....	34
4.3 Participantes do estudo	34
4.3.1 Critérios de Inclusão	35
4.3.2 Critérios de Exclusão	35
4.4 Etapas do estudo.....	35
4.4.1 Inserção no campo	35
4.4.2 Recrutamento dos participantes e ajustes adicionais.....	36
4.5 Técnica de coleta de dados	36
4.5.1 Características da equipe de pesquisa	38
4.6 Análise de dados.....	38
4.7 Aspectos éticos.....	39
5 RESULTADOS.....	40
5.1 Características Socioeconômicas.....	40
5.2 Códigos e temas encontrados	41
5.2.1 Perspectivas sobre a violência na infância e adolescência	41
5.2.1.1 Conceito de violência	41

5.2.1.2	Conhecimentos sobre tipos de violência	43
5.2.1.3	Papel da profissão para o trabalho intersetorial no enfrentamento da VCCA.....	45
5.2.1.4	Conhecimentos e percepções sobre estratégias de prevenção	46
5.2.1.5	Entendimento sobre o papel da notificação.....	47
5.2.2	Abordagem da violência contra a criança durante a formação.....	49
5.2.2.1	Percepção sobre conhecimentos dos estudantes acerca da VCCA e sua relação com os processos de ensino e aprendizagem	49
5.2.2.2	Percepções sobre o preparo para o manejo da violência contra a criança e o adolescente.....	52
5.2.2.3	Aprendizados e reflexões sobre situações de violência na relação de profissionais com usuários	55
6	DISCUSSÃO.....	57
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
	APÊNDICES	81
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	81
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	82
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	83

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a criança e o adolescente (VCCA) é definida como qualquer situação de maus tratos ou uso intencional da força contra a criança ou o adolescente, cometidos por alguém que tenha relação de responsabilidade ou poder, ocorrendo prejuízo ao desenvolvimento da criança ou do adolescente, podendo também resultar em danos físicos, psíquicos, deficiências ou privações (Krug *et al.*, 2002).

Em contrapartida, autores como Minayo e Souza (1997) não apenas excluem a intencionalidade na definição de violência, como ressaltam a pluralidade do fenômeno, tendo em vista não só a autoria da violência (que pode ser cometida por indivíduos ou grupos), mas também sua pluricausalidade.

Além disso, a violência é entendida como um fenômeno sócio-histórico, que se perpetua nas sociedades humanas e, à primeira vista, pode não parecer estar diretamente relacionada à saúde. No entanto, torna-se da área da saúde, uma vez que observados seus impactos físicos, emocionais, espirituais e econômicos nos indivíduos e na coletividade (Minayo, 2006a), sendo de grande importância que o profissional de saúde tenha uma formação que aborde a violência e seus impactos.

Desta forma, uma visão ampla, atenta e holística do processo de violência ou de violências, como colocariam Minayo e Souza (1997), só seria possível a partir da adoção de um paradigma amplo e não reducionista da saúde, como o modelo biopsicossocial (Castaneda, 2019). Este modelo amplia a visão do modelo biomédico de fazer saúde.

Ao modelo biomédico, apenas o que competiria ao profissional de saúde seriam questões de doença, definidas essencialmente como desvio da norma suficiente para causar disfunção, sendo este desvio explicado em última e única instância por alterações físicas e bioquímicas. Assim, conforme esta lógica, o profissional de saúde deveria se ater apenas ao exercício da função relacionada à resolução ou ao trato desta alteração primariamente bioquímica (Engel, 1977).

Contudo, o modelo biomédico, também conhecido como modelo Flexneriano (unicausal), não apenas é reducionista, como desconsidera a experiência humana sobre a doença. Além disso, deixa diversas lacunas quanto aos limites do normal e do patológico e de quem tem a autoridade para estabelecê-los. Este modelo, apesar de ter tido grande importância para avanços científicos na área da saúde, tornou-se insuficiente para explicar a amplitude dos processos saúde-doença em diferentes indivíduos (Leiva-Peña; Rubí-Gonzalez; Vicente-Parada, 2021).

Assim, na segunda metade do século XX, Engel (1977) propõe um novo modelo em saúde, o qual leva em consideração os aspectos não apenas biológicos, mas também psicossociais na gênese de saúde e doença, tendo em vista a interação e intersecção entre estes fatores no resultado final das experiências humanas.

Quanto ao modelo biopsicossocial, é bem estabelecido como as diferentes formas de VCCA são capazes de interferir em diferentes áreas no desenvolvimento infantil e adolescente. Para além das graves consequências em curto prazo, as consequências da violência em longo prazo e na vida adulta também podem ser nefastas: existe uma associação dose-dependente da vivência de situações adversas na infância, com o desenvolvimento de agravos da vida adulta (I.e. infarto agudo do miocárdio, câncer, acidente vascular encefálico, bronquite crônica, diabetes e tentativas de suicídio) (Felitti *et al.*, 1998).

Alguns desses impactos nos cérebros em desenvolvimento são: dificuldades no aprendizado; problemas comportamentais e em relacionamentos; e até dificuldades em obter sucesso profissional e prosperidade econômica (World Health Organization - WHO, 2020). As consequências, não só da violência, mas de outros fatores que interferem no desenvolvimento infantil, geram ônus individuais e coletivos, tendo em vista os impactos em longo prazo nos custos em saúde pública que são gerados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Panorama Global de Prevenção a Violência Contra a criança de 2020, estima que cerca de metade das crianças e adolescentes de 2 aos 17 anos de idade, em nível global, experienciam situações de violência a cada ano. Isto corresponde a mais de 1 bilhão de crianças por ano, indicando que a VCCA é uma questão de saúde pública, indo além dos limites dos direitos humanos, da criminalidade e de uma questão individual de saúde (World Health Organization, 2020). No Brasil, entre os anos de 2012 e 2022 foram notificados mais de 900.000 casos de VCCA, sendo o maior local de ocorrência o domicílio. Além disso, também observa-se que os pré escolares têm maior predominância de negligência, enquanto crianças e adolescentes sofrem mais frequentemente violência psicológica e física, respectivamente (Cerqueira e Bueno, 2024)

Assim, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 foi uma das primeiras vitórias em uma luta recente em prol da infância e adolescência (Araújo *et al.*, 2014) no Brasil. Em seu artigo 13º, torna-se compulsória a notificação pelo profissional de saúde dos casos confirmados ou suspeitos de violência, bem como encaminhamento das vítimas aos conselhos tutelares – responsáveis pelo acolhimento delas e de suas famílias (Brasil, 2011). A notificação é, portanto, ferramenta de entendimento e de elaboração sobre o problema, ao permitir a criação de indicadores e ao subsidiar a produção de estratégias para o enfrentamento

e a prevenção do problema. Ainda, permite que, individualmente, as crianças e os adolescentes recebam os encaminhamentos e o acolhimento adequado pelos conselhos tutelares e pelos serviços de assistência multidisciplinar especializada (Silva, 2022).

Porém, alguns dados indicam que há subnotificação da VCCA. A exemplo disso, temos que de acordo com dados do DATASUS (Dispositivo de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil), foram obtidos números decrescentes de notificações de 2019 a 2021. Em contraponto, o Fórum de Segurança Pública (FSP), quando referente aos mesmos anos, mostra um discreto decréscimo nestes números em 2020, e aumento das notificações em 2021 (FSP, 2022). Vale salientar que, enquanto o FSP se baseia na análise dos Boletins de Ocorrência (BO) de 12 estados da federação, o DATASUS se baseia nas notificações de todo o território.

A queda das notificações de violência parece estar, até certo ponto, relacionada à pandemia da COVID-19 (Cerqueira e Bueno, 2024). No entanto, é necessário ressaltar que, ainda que esta possa ser uma justificativa para a queda das notificações, as violências não deixaram de ocorrer e de demandarem notificação. Isto evidencia a possibilidade de desarticulação entre os setores responsáveis pelo manejo dos casos de violência, bem como de que muitas crianças e adolescentes em situação de violência tenham sido desassistidas pelos serviços de saúde, neste período.

A observação de dados como estes suscita a possibilidade de que talvez haja, na realidade, dificuldade em compreender e identificar a violência, bem como que haja alguma ou algumas barreiras na realização das notificações.

A esses contextos de aumento de prevalência de VCCA quando se observa os BOs e da provável subnotificação, soma-se a formação dos profissionais em saúde – ainda marcada por uma ênfase predominante na concepção biológica do indivíduo, proveniente do modelo biomédico, em detrimento de uma abordagem biopsicossocial que considera o ser humano em sua multidimensionalidade, dificulta a identificação e o manejo das situações de violência.

É preocupante a hipótese de que o número de BOs possa ser maior do que o de notificações formais, não apenas porque muitos desses boletins envolvem casos de violência sexual, maus-tratos e óbitos, mas também porque a simples elaboração do BO não contribui com dados relevantes para o setor de saúde, fundamentais para a criação de políticas públicas. Além disso, a emissão de BOs, por si só, não garante os encaminhamentos e acolhimentos adequados às vítimas. Portanto, é de suma importância que o profissional de saúde também saiba reconhecer, notificar e encaminhar adequadamente os casos de violência (Garbin *et al.*, 2015).

Dito isto, este cenário nos leva a considerar a possibilidade de que os estudantes de graduação na área de saúde, como enfermagem e medicina, não estejam sendo adequadamente preparados (a partir da aquisição de vivências, conhecimentos e habilidades), durante a sua formação, para realizar o enfrentamento destes casos de VCCA. Enfrentamento este que inclui estratégias de prevenção, identificação e manejo deste problema, além da abordagem sobre a importância da notificação junto aos órgãos responsáveis.

Alguns estudos apontam, em escala internacional, o problema da subnotificação e como ele pode contribuir para o atraso no acolhimento e no tratamento, gerando ônus na saúde individual e coletiva em curto e longo prazo (Gürsoy; Mehmet, 2023; Lee; Lee, 2022; Lupariello; Mattioda; Di Vella, 2023).

Alguns outros estudos, como o de Costa *et al.* (2015), apontam barreiras para notificação de ocorrências observadas pelos profissionais de saúde, quais sejam: medo das consequências legais para si; receio de que esteja “supra-notificando” e gerando desconforto a uma família; ausência de conhecimentos ou de treinamento sobre como realizar uma notificação ou como ocorre o processo após a notificação; falta de entendimento sobre os tipos de violência e falta de capacidade de identificá-las; projeções errôneas e autocentradas sobre quais violências terão ou não impacto em longo prazo na vida daquele indivíduo em formação.

Os profissionais graduados nos cursos de Medicina e Enfermagem costumam lidar, em primeira mão, com vítimas de violência, seja em cenários de Atenção Primária ou em serviços Portas-Abertas de Emergência. Eles possuem contatos que vão desde a prevenção e o acolhimento pré-diagnóstico, à identificação de casos e acompanhamento deles, sendo muitas vezes os profissionais mais adequados para atuar na prevenção de Violência Sexual, Saúde Escolar e na Educação parental (Lupariello; Mattioda; Di Vella, 2023; Magalhães *et al.*, 2021, Turan; Söyünmez, 2022).

É importante pontuar que uma das principais ferramentas para a prevenção da VCCA é o fortalecimento da parentalidade, devendo a educação parental estar no radar das políticas públicas para redução da VCCA, devendo também ser papel dos profissionais de saúde reforçarem práticas de parentalidade positiva e responsiva (Linhares, 2023).

“Programas de intervenção centrados na parentalidade ajudam a prevenir a violência contra crianças na medida em que aumentam a compreensão dos cuidadores sobre o desenvolvimento infantil, diminuem o estresse parental e melhoram as práticas parentais com estratégias de disciplina positiva. Essas intervenções se refletem nas crianças reduzindo os impactos da coerção e os problemas de comportamento, bem como melhorando seu funcionamento emocional e comportamental”. (Linhares, 2023, p. 40)

Todavia, estes profissionais nem sempre tem uma formação que ofereça um bom ensino destes conteúdos em seus currículos (Boroon *et al.*, 2023; Kong *et al.*, 2018; Lee; Lee, 2022; Lupariello; Mattioda; Di Vella, 2023; Mouatadir *et al.*, 2023). Muitos têm sido formados no contexto exposto acima, levando à reflexão sobre a possibilidade de que os cursos de graduação em Medicina e Enfermagem não estejam priorizando uma formação com ênfase no modelo biopsicossocial.

Em todos os cursos da área da saúde, é fundamental que os profissionais sejam capazes de reconhecer e prevenir a VCCA. Tal fator é crucial para promover um desenvolvimento saudável na infância e adolescência, além de contribuir para a redução de gastos em saúde gerados pela violência. Diante da magnitude biopsicossocial e ecológica da violência sobre esse grupo etário, ressalta-se a importância da identificação de como os estudantes de cursos da área da saúde entendem e agem sobre o problema. Assim, é de extrema importância compreender, dentro desse campo do conhecimento, os pontos de maior deficiência dos profissionais de saúde em formação envolvidos na assistência a saúde da criança e do adolescente, para assim traçar estratégias voltadas ao aprimoramento da formação.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como foco estudar e entender quais as vivências de graduandos de enfermagem e medicina frente à VCCA, bem como qual o entendimento destes graduandos acerca do tema em termos de reconhecimento, estratégias de prevenção e manejo, já que sua formação deveria prepará-los para o enfrentamento do problema sob a perspectiva do modelo biopsicossocial.

Tendo em vista este enfoque, o enquadramento deste trabalho na Linha de Pesquisa de Educação e Saúde se dá pela possibilidade de que a compreensão deste objeto de estudo pode fornecer elementos para um melhor entendimento com relação à forma como este tema tem sido contemplado na graduação. Assim, poderão traçar e planejar estratégias de intervenção voltadas para a formação de recursos humanos na saúde durante a graduação e, posteriormente, no mundo do trabalho, diante de contextos envolvendo a atuação na promoção da saúde de crianças e adolescentes.

A ideia da pesquisa e sua pergunta condutora surgem diante de experiências pessoais da autora, ao longo da sua formação como pediatra, durante a residência médica. Neste período, a pesquisadora presenciou, na prática clínica, violências de diversos tipos e naturezas sofridas por crianças e adolescentes atendidos. Estas vivências atravessaram desde os cenários de atendimentos de emergência, enfermarias, até os ambulatoriais. Frente a estes casos, surgiu a percepção que, mesmo diante do pediatra já formado, havia dúvidas quanto aos encaminhamentos, atendimentos e até mesmo aos conceitos relacionados a VCCA. Tal percepção pôde ser evidenciada em outras realidades, a partir da busca na literatura, que será exposta a seguir.

Além disso, o estudo busca se alinhar com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem e Medicina, os quais evocam uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, guiada por princípios éticos e pela abordagem integral da saúde, com vista para os determinantes sociais de saúde (Brasil, 2001; Brasil, 2014c). Este alinhamento também se integra à perspectiva de defesa dos Direitos Humanos, bem como à necessidade de reforçar o entendimento de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e que a garantia destes direitos é fator essencial para a promoção da saúde e do desenvolvimento pleno da infância e adolescência (Ponce; Fonseca, 2018).

Nesse sentido, este estudo propõe se alinhar ao que é proposto pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas (ONU, 2015). Os ODS correspondem a um conjunto de 17 objetivos e 169 metas a serem alcançadas até 2030 para erradicação da pobreza, da fome e para oferta de educação e de saúde de qualidade para crianças e adolescentes, bem como para o crescimento dentro de um mundo pacífico (Figura 1).

Figura 1 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: Nações Unidas (2015).

Dentre os 17 ODS, o presente trabalho se articula com o terceiro objetivo (Saúde e Bem-estar), mais especificamente com a 3ª meta deste objetivo, que visa reduzir até 2030 a mortalidade prematura, a mortalidade por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, assim como promover saúde mental e bem-estar (ONU, 2015). Nota-se também alinhamento com o objetivo 5 (Igualdade de Gênero), à medida que este tem como foco eliminar todas as formas de violências contra meninas e mulheres baseadas em gênero, incluindo-se práticas danosas como tráfico sexual, casamentos prematuros e mutilação genital. O objetivo 16 (Paz, Justiça e Instituições eficazes) também é contemplado através de sua 1ª meta, a qual visa reduzir as formas de violência e mortalidade a ela relacionada, bem como a 2ª meta que tem como fundamento acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças (ONU, 2015).

Uma vez que se tenham delimitadas as informações sobre como os estudantes vivenciam a VCCA e aprendem sobre ela na graduação, estas informações se tornarão ferramentas para orientar novos estudos, assim como ações relativas ao ensino dos profissionais de saúde. De tal maneira, se poderá contribuir para traçar estratégias de educação permanente que visem aprimorar o alcance preventivo ecobiodesenvolvimentista (Carvalho-Barreto, 2016) do profissional de saúde em formação, dando mais um passo em direção aos ODS.

Esta dissertação está organizada nas seguintes seções: Introdução e Justificativa; expostos no capítulo 1. Seguido destes capítulos, vem, no capítulo 2, a Revisão de Literatura, a qual contempla questões relacionadas a conceituação da violência e a contextualiza no modelo biopsicossocial, em termos de políticas públicas e conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde.

No capítulo 3 é apresentada a pergunta de pesquisa e os objetivos, seguidos pelo capítulo 4, nos qual é descrito o método para se atingir estes objetivos. Este capítulo contempla o tipo de estudo, cenário, participantes, etapas do estudo, técnica de coleta de dados, análise de dados e aspectos éticos da pesquisa.

No capítulo 5 os resultados são expostos e analisados e, no capítulo 6, são discutidos os resultados. Por fim, no capítulo 7, apresentam-se as considerações finais do estudo, as quais abarcam os pontos principais dos estudos, suas limitações, bem como suas principais contribuições para a educação em saúde e as perspectivas geradas a partir do exposto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEITOS E INDICADORES SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

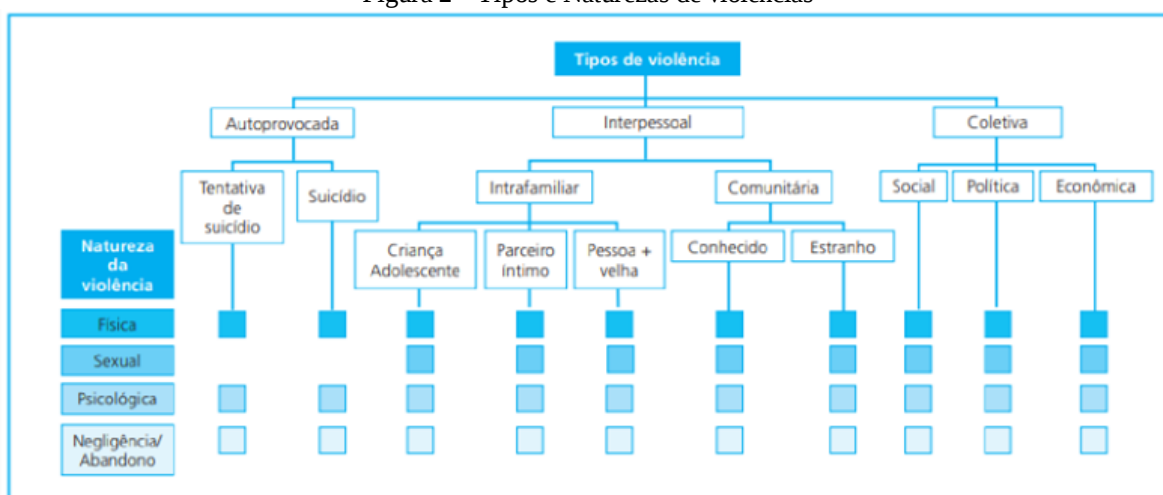
A VCCA se encontra no espectro dos Eventos Adversos da Infância e Adolescência (EAI), que, por sua vez, se refere a eventos danosos ou traumáticos ocorridos durante a infância e a adolescência. Tais eventos, por sua vez, estão diretamente relacionados ao conceito de Estresse Tóxico (ET) na infância, partindo da noção que toda mudança de situação de homeostase para uma outra situação de homeostase é capaz de gerar um estresse ou uma ruptura (Bucci *et al.*, 2016).

Portanto, sendo a VCCA parte do fenômeno dos EAI, não podemos nos limitar a defini-la como maus-tratos, sejam eles intencionais ou não, devendo percebê-la enquanto eventos capazes de gerar dano à criança ou ao adolescente. Acrescenta-se ao cenário o elemento do desbalanço de poder, sendo praticado por alguém que tem maior poder e/ou autonomia física, financeira ou mental do que a vítima, dificultando sua defesa ou reação (Krug *et al.*, 2002).

É importante frisar que se classifica a violência, segundo a OMS (Krug *et al.*, 2002), quanto aos tipos e naturezas. A classificação dos tipos é estratificada pelo agente perpetrador da violência, a exemplo: autoprovocada (quando o autor é a própria vítima, a exemplo de casos de automutilação, tentativa ou ideação suicida); interpessoal (quando o autor da violência é uma pessoa diferente da vítima, a exemplo da violência doméstica); coletiva (quando praticada por um grupo ou Estado, como terrorismo, ou racismo).

Por sua vez, a classificação da violência quanto a sua natureza compreende, basicamente 4 categorias, como pode ser observado na Figura 2: violência física; violência sexual; violência psicológica e negligência.

Figura 2 – Tipos e Naturezas de violências



Fonte: Krug et al. (2002).

Dentre estas, a violência física pode ser definida como ação direcionada à criança, ferindo sua integridade física ou que lhe cause dor ou sofrimento (Brasil, 2010). Incluem-se nos exemplos não apenas atos considerados extremos, como espancamentos ou aqueles que apresentem consequências que levem ao óbito, mas toda e qualquer forma de agressão física – assim, castigos físicos quaisquer que sejam podem ser classificados como violência física (Brasil, 1991).

Por outro lado, a violência psicológica é considerada qualquer conduta discriminatória, desrespeitosa ou depreciativa que possa interferir negativamente no desenvolvimento psíquico e emocional da criança ou adolescente. Alguns dos exemplos que podem ser citados são as práticas de chantagens, ameaças, *bullying*, *cyberbullying* ou exposição da criança a atos de violência praticados contra pessoas de sua rede de apoio. Neste sentido, algumas evidências mostram que a exposição de crianças a Violência Doméstica (VD) entre os pais seria um fator de risco para meninos apresentarem comportamentos violentos contra as parceiras no futuro, como também para meninas que sofrem Violência por Parceiro Íntimo (VPI) (Ludermir *et al.*, 2017).

Ainda nas classificações de violências, temos a Violência Sexual, a qual é, segundo o ECA (Brasil, 1991) definida como “qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não”. Algumas condutas que ilustram essa forma de violência são o tráfico de pessoas, exploração de turismo sexual, veiculação (com fins lucrativos ou não) de imagens íntimas de menores de idade e estupro. Sobre este último, conforme a legislação brasileira, o crime de estupro de vulnerável é definido, conforme o art. 217-A da Lei nº 12015/2009 do Código Penal, como conjunção carnal ou ato libidinoso

praticado contra menores de 14 anos de idade (Brasil, 2009). Vale salientar que a idade limite para estas definições, mesmo do ponto de vista legal, difere entre os países (Sawyer *et al.*, 2018)

Por fim, no que concerne às classificações da natureza da violência, temos ainda a negligência. De acordo com o ECA, pode ser definida como a omissão dos responsáveis em prover necessidades físicas ou emocionais de uma criança ou adolescente, como: alimentação; moradia; acesso à saúde ou tratamento; acesso a medidas de higiene; privação afetiva, dentre outros.

Esta forma de violência, contudo, pode apresentar barreiras no que diz respeito à consensualidade de seus exemplos e definições, pois algumas das necessidades físicas e emocionais das crianças podem ser permeadas por questões culturais e sociais. Logo, há dificuldade na literatura em estabelecer uniformidade nos conceitos sobre o tema, porém sabe-se que, ainda assim, a negligência é uma das violências mais reportadas em todo o mundo (Pasian *et al.*, 2013).

Há ainda fenômenos como a Síndrome de Munchausen por procuração, filicídio, violência virtual e outras formas específicas de violências. Estas podem, ainda, ser encaixadas dentro das 4 categorias citadas acima (Waksman, 2018).

Dentro da violência interpessoal, há ainda a violência intrafamiliar, a qual pode contemplar as modalidades interpessoais supracitadas ou, até mesmo o fato de ser exposto à Violência contra o parceiro íntimo entre os cuidadores. Ainda neste tópico, podemos nos deparar com o uso da violência sob o pretexto de educação parental, o que seria a chamada “Educação Parental Violenta”. Esta é uma das formas globalmente mais prevalentes de VCCA (UNICEF, 2017)¹.

A VCCA é um fenômeno de proporções avassaladoras. A OMS estima que cerca de 1 bilhão de crianças sofrem violência todos os anos (WHO, 2020), sendo que a região das Américas é, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a região global mais atingida, evidenciando-se que cerca de 58% das crianças na América Latina sofreram alguma forma de violência dentro do último ano (World Health Organization, 2022).

Sabe-se também que a VCCA é uma das principais causas de ET, (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017) o qual é capaz de provocar prejuízos instantâneos, aumento de distúrbios do humor, fobias sociais e pensamentos suicidas, tendo efeito em longo prazo na saúde daquele indivíduo (Bucci *et al.*, 2016). Uma das explicações para o desencadeamento desse efeito é que a exposição a situações estressoras é capaz de ativar mediadores metabólicos, neuroendócrinos

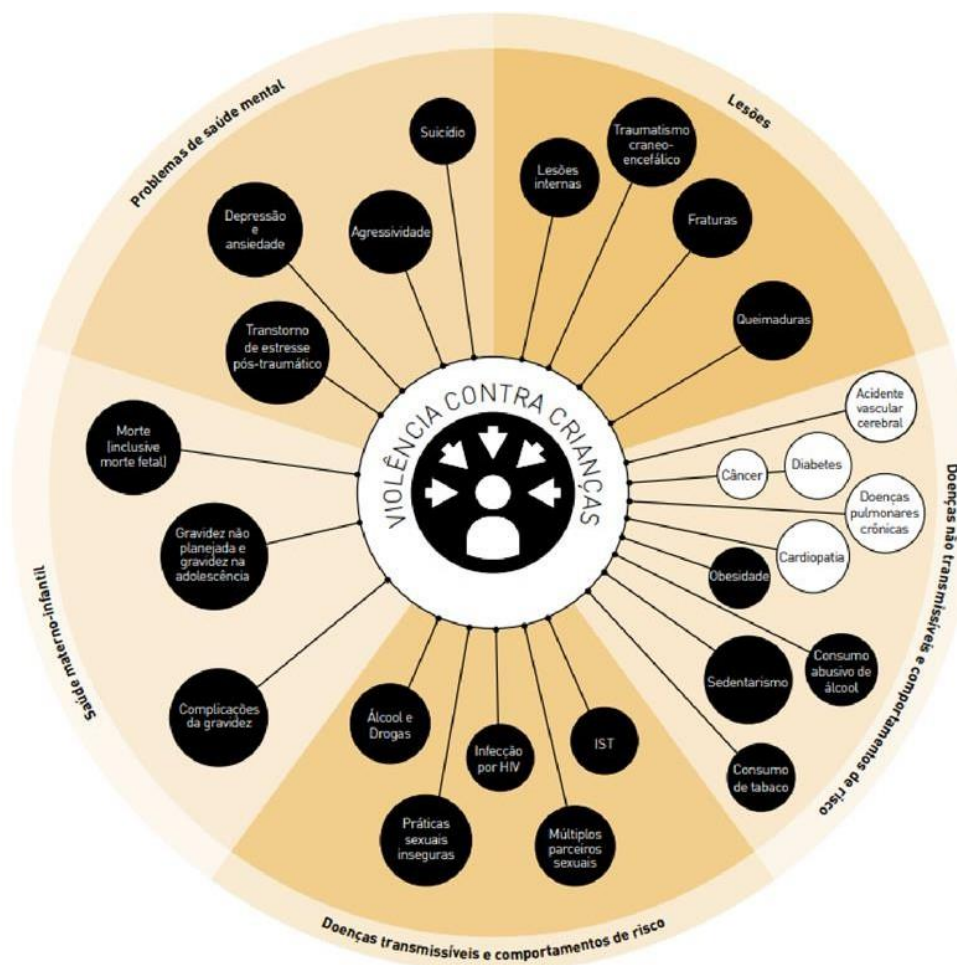
¹ Ver Figura 2.

e imunes em resposta a tais situações. Em contextos de estresses positivos ou toleráveis, no entanto, o organismo retorna a uma situação de homeostase. Naqueles expostos a um estresse tóxico, as doses de estresse – e, portanto, de respostas do organismo – são múltiplas e frequentes, se não contínuas, impedindo o organismo de retornar à situação de homeostase.

Como consequência, tem-se a desregulação dos eixos neuroendócrinos e imunes, bem como o desbalanço nos níveis de alguns hormônios e neurotransmissores no organismo. A exposição crônica a essas desregulações provoca uma mudança na arquitetura cerebral, a qual pode ser especialmente nociva a um cérebro em desenvolvimento, tendo impacto também na resposta futura a estressores (Bucci *et al.*, 2016).

Dessa forma, reforça-se o delineado na seção anterior: a VCCA é capaz de gerar consequências em longo e curto prazo na vida do indivíduo, como exemplificadas pela associação do relato das EAI, situação que implica em elevados custos, incapacidade e maior dificuldade de prosperidade socioeconômica das vítimas (Felitti *et al.*, 1998) (Figura 3).

Figura 3 – Possíveis consequências da violência contra crianças para a saúde



Fonte: World Health Organization (2016).

Tendo em vista, em conjunto, a incidência global e regional do fenômeno e suas consequências em curto e longo prazo, é preciso encarar a VCCA como um problema de saúde pública. De forma mais emergencial, ainda é preciso, primeiramente, enxergá-la bem e entendê-la para poder combatê-la.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A PREVENÇÃO E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO CONTEXTO BRASILEIRO

Segundo o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (Brasil, 2023), entre janeiro e abril de 2023 foram registradas 400.000 violações de direitos das crianças e do adolescente pelo Disque 100 (Disque Direitos Humanos), sendo 17.580 relativas à violência sexual. O número teve um aumento de 68% com relação ao mesmo período do ano anterior. Apesar do quantitativo crescente, tem-se como hipótese que o aumento deste número não se deu exclusivamente pelo aumento de casos no total, mas também pela maior participação da sociedade na mobilização contra o problema.

Esta maior participação social no enfrentamento da VCCA seria algo positivo, tendo em vista o histórico cultural e político do país com relação a este problema, considerando-se que a história dos Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil é muito recente e atravessada pelo racismo e elitismo. Fatores estes, que criaram um abismo entre os direitos e tratamentos dispensados a crianças e adolescentes de diferentes estratos sociais e características étnicas (Cossetin; Lara, 2016).

Exemplo de como o são recentes os avanços na luta contra a VCCA no Brasil e que, apenas em 2000, através da Lei Federal nº 9970, é instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual. O dia faz referência ao caso de Araceli Crespo, criança que tinha apenas 8 anos de idade quando, em 1973, foi sequestrada, abusada e morta (Brasil, 2000).

Posteriormente, em 2010, é lançada pelo Ministério da Saúde a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (LCAISCAFSV). Neste documento são fornecidas informações relativas à identificação e entendimento dos casos de violência e estabelece um fluxo de atendimento pautado nos seguintes passos: Acolhimento; Atendimento; Cuidados profiláticos e de tratamento para infecções sexualmente transmissíveis (no caso de violência sexual); Notificação e seguimento na rede de cuidados e proteção social (Brasil, 2010).

Um dos pontos de maior atenção estabelecidos nesta Linha de Cuidados, atualizada em 2014 (Brasil, 2014) é a obrigatoriedade da notificação nos casos confirmados ou suspeitos de violência. Esta demanda surge não como instrumento de punição ou denúncia, mas como uma forma de integração à rede de cuidados e de geração de dados. Seguindo esta lógica, em 2011, as violências passam a fazer parte dos agravos de notificação compulsória (Brasil, 2011)

Neste sentido, a Lei nº 13010 do ECA também é um avanço na luta contra a VCCA, tendo em vista que proíbe a aplicação de castigos físicos ou tratamentos degradantes a crianças e adolescentes. Outra lei de destaque é a Lei Menino Bernardo, que surge em 2014 após o assassinato de Bernardo Boldrini, de 11 anos de idade, no Rio Grande do Sul, tendo como principais acusados o pai e a madrasta da criança (Brasil, 2014a).

Em 2017, ocorre outro importante passo em direção a consolidação dos direitos das crianças vítimas de violência, a promulgação da Lei nº13.431, que não apenas estabelece esse sistema de garantia de direitos, mas também promove estratégias para prevenir ou coibir a VCCA, bem como para assegurar o acolhimento e a escuta especializada às crianças e adolescentes vítimas de violência (Brasil, 2017).

Em 2018, através do Decreto nº 9603, é regulamentada a Lei nº13.431, sendo previstas as definições dos fluxos de atendimento e a prioridade da criança e do adolescente nos serviços de saúde, assim como a obrigatoriedade do atendimento multidisciplinar dessas vítimas (Brasil, 2018).

Em 2022, resgatando-se a referência ao dia 18 de maio, é criada a Lei do Maio Laranja, através da Lei nº 14.432, na qual se define o mês de maio como o mês de combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, criando algumas diretrizes para estratégias de conscientização sobre este tipo de violência no referido mês (Brasil, 2022).

Diante deste cenário, apesar dos avanços históricos, a maior parte das estratégias de combate e enfrentamento estão vinculadas a edição e criação de leis, voltadas especialmente para a violência sexual, em detrimento não apenas das outras formas de violência, mas também da prevenção do fenômeno.

2.3 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE SOB A ÓTICA DO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

Tendo em vista uma formação que contemple o modelo biopsicossocial, é preciso primeiramente compreender este modelo, o qual surge diante de um contexto de mudanças em educação em saúde com enfoque na reestruturação dos currículos de formação em saúde para

atender à tripla-carga de doenças (infectoparasitárias, doenças crônicas e causas externas) (Ferreira *et al.*, 2019).

Neste referido contexto, se vivenciava o já citado modelo biomédico ou Flexneriano, (emergente no século XX), o qual se caracterizava por priorizar práticas assistenciais focadas no cenário hospitalar, bem como na abordagem biologicista, mecanicista e medicalizadora da sociedade e do ser humano (Pereira; Lages, 2013).

Apesar de ainda hegemônico, este modelo apresenta algumas lacunas, é reducionista e insuficiente para explicar e tratar a complexidade de fenômenos que transitam entre as áreas biomédica, psicológica e social e como estas diferentes áreas dialogam entre si (Engel, 1977).

Diante disto, em meados do século XX, volta-se o olhar para o modelo biopsicossocial, o qual emerge como uma nova forma de fazer e entender a saúde. É importante salientar que o modelo biopsicossocial não nega nem menospreza os conhecimentos desenvolvidos pelo modelo biomédico, mas amplia o entendimento sobre saúde e sobre os determinantes sociais que nela interferem, além de levar em consideração os cenários de saúde na comunidade e as necessidades mais prevalentes da população, além da necessidade da promoção de saúde e não apenas do tratamento de doenças.

Assim, para explicação, compreensão e ensino dos problemas que afetam a saúde e doença de uma população (incluindo os fenômenos de violências), o modelo biopsicossocial se destaca como um modelo abrangente e holístico, sendo, portanto, adequado para adereçar problemas complexos e multifatoriais.

A junção das mudanças de paradigmas na forma de se entender saúde, da necessidade histórica de solucionar o problema da inadequada formação de recursos humanos em saúde no Brasil (identificado no relatório final da VIII Conferência Nacional em Saúde) e de criar diretrizes que ajudassem a qualificar e a fomentar uma educação continuada dos profissionais de saúde, culminaram em 2001 na criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de saúde (Pereira; Lages, 2013).

As DCNs, à época de sua criação em 2001, propunham um norte para a organização dos projetos políticos pedagógicos dos cursos em saúde (inicialmente Medicina, Enfermagem e Nutrição), no que diz respeito ao perfil, competências e habilidades do egresso, bem como a organização do curso e dos conteúdos, estágios curriculares e extracurriculares e avaliação. Estas diretrizes propunham ao profissional de saúde um perfil de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e pautada na integralidade da saúde, na dignidade humana e no entendimento das dimensões biopsicossociais de questões em saúde (Brasil, 2001).

Além disso, também se propunham competências e habilidades gerais distribuídas em seis eixos: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento e educação permanente. Vale salientar que nestas DCNs houve grande ênfase nas habilidades para solucionar situações problemas e para tomada de decisões, bem como para uma necessidade maior de articular prática e teoria (Brasil, 2001).

Antes do lançamento das DCNs, os Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de enfermagem e medicina eram orientados por uma lógica mais tecnicista, fragmentada e centrada no cuidado especializado (Rodrigues *et al.*, 2013). Em 2014 são publicadas novas DCNs para o curso de medicina, que “dão ênfase ao campo da Saúde Coletiva quando dispõem de ações-chave planejadas e realizadas a partir do reconhecimento de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco e vulnerabilidade das coletividades” (Brasil, 2014c; Ferreira *et al.*, 2019, p. 3). Assim, estas novas DCNs se aproximam da necessidade de explorar os determinantes sociais da saúde e colocam em pauta, além da necessidade do conhecimento técnico, a necessidade da construção de conhecimentos, habilidades, atitudes e competências relacionados ao gerenciamento das equipes, comunicação e relacionamento interprofissional. (Ferreira *et al.*, 2023)

É importante pontuar que os objetivos das DCNs estão intrinsecamente ligados, não apenas ao direcionamento dos projetos político-pedagógicos dos cursos de saúde, mas também à busca pela transformação social, ao orientar a formação no sentido de uma prática de saúde integral, equânime e universal, que leve em conta os aspectos biopsicossociais dos processos saúde-doença e que esteja em acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. Esta formação visa proporcionar conhecimentos, habilidades e atitudes tanto para assistência individual, como para ações de saúde coletiva, focando numa perspectiva ampliada de saúde que também contemple promoção de saúde e a prevenção de agravos (Ferreira *et al.*, 2023; Neto *et al.*, 2013)

De tal maneira, quando visitamos na literatura o que está posto sobre os conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre a VCCA, vistos também sob a ótica do modelo biopsicossocial, podemos compreender que estas práticas são heterogêneas e os conhecimentos parecem ser escassos. Além disso, podemos compreender que nem sempre estes conhecimentos e práticas estão em concordância com o que é posto nas DCNs.

Dentre os estudos os quais reforçam o exposto acima, um deles entrevistou profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) mostrou que muitos dos profissionais entrevistados não reconheciam a negligência enquanto uma forma de violência (Costa, *et al.*,

2015). Simultaneamente o conceito de negligência também perpassa o conceito de cuidado, que muitas vezes pode ter raízes não absolutas, e sim culturais e individuais (Nunes *et al.*, 2009).

Em um estudo de 2022 foram entrevistados 18 conselheiros tutelares do Estado de São Paulo, e uma das conclusões dentro deste grupo de profissionais é que grande parte das denúncias partem de vizinhos ou de familiares. Parte dos casos é trazida pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como maior representação as figuras do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Enfermeiro. O mesmo estudo aponta que há relatos sobre as limitações da formação em enfermagem na prática e orientação sobre assistência às vítimas de violência (Ribeiro *et al.*, 2022).

Um outro estudo, também realizado no estado de São Paulo, em 2020, dividiu 105 participantes (dentre graduandos de medicina, residentes em pediatria e profissionais atuantes em serviço de saúde) entre grupo controle e grupo experimental, para aplicação de questionário sobre VCCA. O grupo experimental, além disso, realizou um treinamento estruturado sobre o tema com conteúdo expositivo. Foram também utilizadas estratégias que engajassem os estudantes e promovessem a troca de conhecimentos, além do fornecimento de listas de indicações de material multimídia como filmes. Totalizaram-se 10 sessões (01 por semana) conduzidas por um profissional de saúde com expertise na área. Seguido do treinamento, foi realizado um pós teste, no qual não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos três grupos. Isto sugere que em todos os níveis de ensino avaliado poderia ser benéfico instituir programas de educação sobre VCCA e que, portanto, talvez o problema da formação profissional no tema surja em lacunas da graduação (Moretti;Pessoa, 2020).

Ainda em um escopo médico, foi realizada em 2008 uma pesquisa com 67 residentes de pediatria, que consistiu na aplicação de um exercício de reconhecimento de um caso clínico de VCCA, seguida de entrevistas individuais sobre o tema. Pode ser observada a presença de algumas impressões acerca dos residentes: o medo de notificar a violência e sofrer represálias da família que ponham em risco sua integridade; o aspecto punitivista que o manejo desta violência toma; e a terceirização do manejo do caso para o Assistente Social (Bourroul; Rea; Botazzo, 2008).

Chama atenção o fato de que, a despeito de serem capazes de reconhecer a violência (ainda que mais predominantemente quando se trata de violência física), os participantes aparentam não terem grande entendimento dos manejos e encaminhamentos subsequentes ao atendimento do caso. Além disso, é inquietante notar que neste estudo os participantes não mostraram entender a importância epidemiológica da notificação, nem tampouco o papel de

acolhimento desempenhado pelo conselho tutelar e pelo serviço social (Bourroul; Rea; Botazzo, 2008).

Em adição, é notória a reduzida frequência de publicações sobre a educação do pediatra formado ou em formação acerca da violência contra crianças e adolescentes. Dentre as publicações da revista *Residência Pediátrica* nos últimos dois anos (2019-2021), houve apenas duas publicações sobre o tema da violência, porém nenhuma acerca dos conhecimentos do residente sobre o assunto. Esse fato alerta para a necessidade de estudos e intervenções educativas nessa população para que se possa identificar precocemente e agir sobre aquelas situações percebidas das diferentes formas de violência na faixa etária pediátrica.

Nos exames de Título de Especialista em Pediatria (TEP) realizados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) de 2018 e 2019, existiram três questões sobre o tema dentre as 50 questões da prova. Tal fato chama atenção, tendo em vista que as causas externas são responsáveis pela maior parte dos óbitos da população entre 10 e 19 anos de idade no Brasil (Malta *et al.*, 2022). Além disso, no caderno de questões comentadas desses anos, as questões referidas de 2018 foram sobre violência autoprovocada e violência sexual, tendo uma taxa de acerto de 67,48% e 46,07%, respectivamente. Já em 2019, uma questão sobre *cyberbullying* obteve 90% de acerto, sugerindo que o conhecimento sobre a violência não só é possivelmente aquém do desejado, mas também heterogêneo ao compararmos os saberes sobre diferentes formas de apresentação do agravo.

Vários dos estudos encontrados sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do tema tem como cenário a APS. Um deles conclui que as lacunas de conhecimento dos profissionais de saúde não se restringem apenas à identificação e tomada de condutas preconizadas, mas também se estendem para aspectos históricos, causais e socioculturais da VCCA, bem como suas consequências (Egry *et al.*, 2017). Assim, os conhecimentos observados nos profissionais refletem a sua formação e podem repercutir na formação dos atuais graduandos em saúde, tendo em vista o fato de que muitos desses profissionais avaliados nos estudos citados podem se tornar professores ou mesmo preceptores em cenários de prática dos estudantes.

Além disso, o profissional de saúde não deverá ter apenas a habilidade de conduzir estes casos, mas também de comunicar-se com a equipe de saúde, ter iniciativa gerencial e de articular ações de prevenção individuais e coletivas nos níveis primário, secundário e terciário. O nível de prevenção primária consiste em evitar que os casos ocorram. Isto pode ser alcançado através de campanhas, discussões em contexto de assistência individual ou coletiva, fortalecimento de

laços afetivos entre cuidadores e crianças e promoção de saúde, qualidade de vida e melhorias socioeconômicas (World Health Organization, 2019).

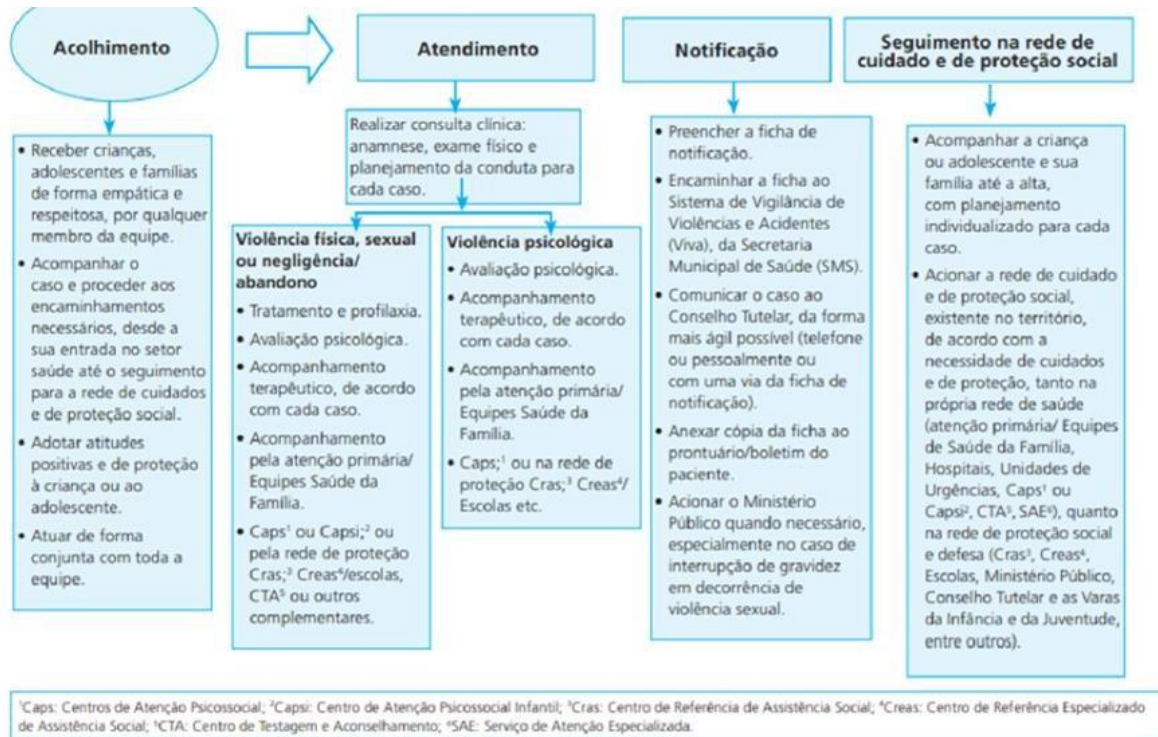
Na prevenção secundária, caberia ao profissional rastrear (em consultas, visitas domiciliares e outros ambientes de saúde) e notificar casos, conforme as suspeitas e a presença de fatores de risco, para que, uma vez identificados, se possa intervir na quebra do ciclo de violência. Vale salientar, ainda, que segundo a legislação brasileira, o profissional de saúde tem a obrigação de reportar às autoridades competentes casos suspeitos de VCCA, além de realizar sua notificação (Oliveira *et al.*, 2018). Considerando o aspecto reabilitador da prevenção terciária, pode-se entender que faria parte deste aspecto o acompanhamento dos casos e das famílias nos diversos níveis de atenção em saúde.

Diante da necessidade de promover o desenvolvimento infantil a sua plena capacidade, organizações internacionais como a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) tem conduzido ações, diretrizes e estratégias para promover a cultura de paz e um cuidado acolhedor que possibilite um adequado estímulo para as crianças. Um exemplo é a estratégia *Nurturing Care*, destinada especialmente aos três primeiros anos de vida, que incentiva a criação amorosa, fundamentada em eixos integrados os quais envolvem a melhor responsividade dos cuidadores por meio do apoio e orientações de profissionais em uma perspectiva intersetorial. Esta estratégia é guiada por cinco pilares: boa saúde; boa nutrição; criação responsável; oportunidades de aprendizado; segurança; e proteção (World Health Organization, 2018). Neste último tópico se encaixa, justamente, a prevenção da violência, incluindo violência psicológica, abandono, negligência, violência sexual e castigos físicos.

Uma das estratégias voltadas ao enfrentamento da violência é a Estratégia da OMS *Inspire: Sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças* (World Health Organization, 2019). As estratégias são sumarizadas em: Implementação e vigilância do cumprimento das leis; Normas e valores; Segurança do ambiente; Pais, mães e cuidadores recebem apoio; Incremento e fortalecimento econômico; Resposta de serviços de atenção e apoio; Educação e habilidades para vida. No escopo do *Inspire*, as principais estratégias a serem abordadas serão a quarta (Pais, mães e cuidadores recebem apoio) e a quinta estratégia (Resposta de serviços de atenção e apoio), tendo em vista a maior presença e necessidade do profissional de saúde nestes cenários.

Outra importante estratégia para o enfrentamento da violência é o uso da, já citada, Linha de Cuidados para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Nesta Linha de Cuidados, conforme a figura 4, podemos encontrar a organização e o fluxo para atendimento dos casos de VCCA, adequados a realidade do sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2010).

Figura 4 – Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências



Fonte: Brasil (2010, p. 51).

2.4 A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E MEDICINA

Tendo em vista o panorama sobre conceitos, indicadores, políticas públicas e práticas profissionais a respeito da VCCA, faz-se necessário entender o cenário de ensino e aprendizagem sobre o fenômeno nas graduações de medicina e enfermagem. Diante disto, foi buscado compreender este cenário a partir da literatura e sob a perspectiva do modelo biopsicossocial e das DCNs. Ou seja, sob a perspectiva do cuidado integral do indivíduo, com o entendimento de que as demandas em saúde não se esgotam no aspecto biológico do ser, levando em consideração os recursos humanos e humanísticos (Castaneda, 2019), bem como as DCNs dos respectivos cursos.

Um estudo realizado na Grécia com 609 estudantes (sendo 366 estudantes de medicina e 243 estudantes de enfermagem), publicado em 2022, mostrou um nível de conhecimento insatisfatório sobre o tema de abuso infantil e negligência. Além disso, mais da metade dos estudantes respondeu não saberem identificar sinais físicos (64,4%), comportamentos da criança (73,4%) ou do cuidador (80,4%) que estivessem associados a VCCA. Também chama

atenção que apenas 19,7% relataram ter o tópico retratado no currículo e apenas 27,3% afirmaram que algum professor teve a iniciativa de discutir o tema (Pisimisi *et al.*, 2022).

Quanto a questões de atitudes acerca de castigos corporais, um outro estudo transversal, realizado na Turquia em 2006, pesquisou as opiniões de 65 pais, 39 residentes de pediatria e 105 estudantes de medicina. Um dos resultados foi que 43,3 % dos participantes consideraram “bater” uma prática disciplinar adequada. Quando observada a opinião específica dos estudantes, eles foram os que (proporcionalmente) mais referiram pensar serem adequados os métodos disciplinares baseados em castigos corporais e agressões físicas (Orhon *et al.*, 2006).

Na Suécia foi feito um estudo, cujo foco era a notificação de violência e negligência contra a criança e o adolescente. Neste estudo, muitos dos participantes relataram (mesmo diante da responsabilidade legal de notificar a suspeita) que já deixaram de notificar alguns casos, alguns sob a justificativa de não enxergarem credibilidade nos procedimentos de serviço social. É interessante que, nesse estudo, alguns dos participantes com até 30 anos de experiência referiram jamais ter atendido nenhum caso de violência, suscitando o questionamento se de fato um caso nunca foi presenciado por esses profissionais ou apenas nunca foi identificado (Borres;Hägg, 2007).

Dentre os estudos qualitativos encontrados, um deles foi realizado na Turquia, com 174 estudantes do terceiro e quarto ano de enfermagem, que conduziu os entrevistados a completarem a frase: “Abuso Infantil é como... por que...”. Tal estudo visava compreender as percepções gerais dos estudantes sobre o tema e distribuiu as respostas em cinco categorias: desastre; dano; nunca deveria ter começado; “*never been like before*”, no sentido de que causa danos irreversíveis na vida de quem sofre (Turan; Söyünmez, 2022).

Apesar de existirem alguns estudos relacionados à violência e aos conhecimentos de profissionais de saúde acerca do tema, os estudos (especialmente os estudos qualitativos) relacionados ao conhecimento e às percepções do tema ainda são escassos, sobretudo no cenário brasileiro. Quando se trata especificamente da VCCA, o contingente de publicações se afunila mais ainda. Ainda que muito enriquecedor, no entanto, o estudo de Turan e Söyünmez (2022) não acessa as vivências específicas, habilidades ou necessidades dos estudantes ao lidarem com os casos.

Quando nos voltamos para nosso país, dois trabalhos encontrados contribuem para nosso entendimento. O primeiro deles foi um estudo realizado na Universidade Federal Fluminense (UFF), o qual procurou analisar como os estudantes de graduação médica, professores e residentes (formados médicos pela UFF) percebiam a abordagem do tema durante sua formação. Foram entrevistados 10 estudantes de cada período, totalizando 120 estudantes, dos quais 9%

afirmaram ter tido satisfatória abordagem sobre VCCA e negaram dúvidas no tema. A maioria dos estudantes (71%) do primeiro e segundo ano referiram ter tido abordagem superficial do tema, porém com a esperança de que o tema seria abordado a posteriori. Em contrapartida, no terceiro e quarto ano do curso, a maioria permaneceu respondendo que a abordagem até então havia sido superficial e eles não tinham mais expectativa de que o tema fosse retomado e aprofundado até o final da graduação. Nos períodos mais avançados, apenas 6% acreditavam que o tema seria mais bem abordado até o final do curso. Neste estudo 44% dos estudantes afirmaram não se sentirem preparados para lidar com esta situação (Koifman; Menezes; Bohrer, 2012).

Ainda sobre a forma como o tema é abordado na graduação, um estudo avaliou os currículos dos cursos de enfermagem do Nordeste do Brasil. O estudo listou as 412 instituições de ensino em saúde cadastradas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), observando que 54 delas apresentavam o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) *online*. Destas, apenas 37 tinham documentos completos e 21 exibiam os termos “violência”, “agressão”, “abuso”, “agressivo” e/ou “abusivo”. Através da análise dos documentos, foi observado, ainda, que quando o assunto era contemplado, ele se referia majoritariamente à Violência Doméstica ou de Gênero Contra a Mulher, ficando a VCCA em segundo plano (Magalhães *et al.*, 2021)

Somadas estas evidências, consegue-se compreender que, regional e globalmente, a abordagem do tema na formação de médicos e enfermeiros ainda carece de enriquecimento e fortalecimento, tendo em vista que apesar de ser um problema de origens multifatoriais, ele tem impactos diretos na saúde dos indivíduos (Minayo, 2006b). Assim, conseguir capturar as vivências, impressões, conhecimentos e experiências dos estudantes de enfermagem e medicina pode permitir compreender suas lacunas e direcionar esforços, no sentido de resolvê-las. Reforçando estes saberes e práticas, temos maiores chances de conseguir construir e trilhar um caminho mais sólido rumo ao alcance dos ODS e da promoção de uma infância e adolescência saudável e propícia ao máximo desenvolvimento do indivíduo.

3 PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS

3.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais as percepções, vivências e conhecimentos dos estudantes de enfermagem e medicina sobre a prevenção, identificação e manejo da violência contra crianças e adolescentes (VCCA) obtidos ao longo da graduação?

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo geral

Analisar as percepções, vivências e conhecimentos dos estudantes de graduação de medicina e enfermagem quanto à prevenção, identificação e manejo da VCCA.

3.2.1 Objetivos específicos

- Descrever as principais estratégias percebidas pelos graduandos sobre a prevenção, identificação e manejo da VCCA;
- Identificar, a partir das experiências dos discentes, os conhecimentos que contemplem a VCCA em disciplinas do curso;
- Descrever, a partir do olhar do estudante, o preparo vivenciado pelos graduandos/estudantes para a atuação profissional, abordagem e intervenção prática em casos de violência no contexto do modelo biopsicossocial.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo (Korstjens; Moser, 2017).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em seu campus central, localizado no bairro de Cidade Universitária, na cidade do Recife. A UFPE conta com os cursos de Medicina e Enfermagem, dois dos mais antigos cursos na área da saúde e que estão inseridos em diversos cenários de atuação em saúde, devendo ter uma formação pautada em conhecimentos generalistas que contemplem habilidades em cuidados, tratamento, prevenção de agravos e promoção de saúde (Universidade Federal de Pernambuco, 2021).

O curso de Medicina da UFPE do campus Recife oferece 140 vagas anuais através do Sistema de Seleção Unificada (SiSU) e tem duração mínima de 12 semestres, enquanto o curso de Enfermagem oferece 80 vagas anuais, com a mesma modalidade de ingresso e duração mínima de 10 semestres.

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFPE - campus Recife foi reelaborado em 2019 e cita a violência, dentre as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), como uma das formas de justificar a necessidade de formar um novo perfil de médicos. Atualmente este perfil deve levar em conta as habilidades e competências do profissional para resolução de problemas em saúde, considerando os determinantes sociais, históricos e políticos de cada paciente (Universidade Federal de Pernambuco, 2019).

Já o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da UFPE - campus Recife, de 2010, cita o termo violência seis vezes, porém num contexto apenas de reconhecimento, manejo e prevenção da violência contra a mulher (Universidade Federal de Pernambuco, 2010).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram estudantes dos cursos de graduação em Medicina (oito estudantes) e Enfermagem (seis estudantes) dos 2 últimos semestres de cada curso. Neste momento espera-se que o estudante tenha desenvolvido ou tenha sido apresentada a oportunidade de desenvolver conhecimentos e habilidades relacionadas aos agravos em saúde

de maior impacto biopsicossocial, bem como de apresentar noções sobre prevenção destes agravos e promoção de saúde.

O médico e o enfermeiro costumam ser os profissionais de saúde de nível superior obrigatórios dentro das equipes de saúde da atenção primária, justificando sua presença frequente nos cenários de saúde (Brasil, 2012) e na sua escolha como objeto deste estudo. Dessa forma, a amostra do estudo foi intencional, sendo determinada de acordo com as necessidades para responder as perguntas de pesquisa. O número da amostra foi delimitado por saturação de teórica (Fontanella et al., 2011), tendo em vista que a partir da décima entrevista foi observado que não havia geração de novos códigos, de modo que os dados obtidos nas entrevistas subsequentes foram agrupados junto aos códigos já existentes neste momento. Assim, se prosseguiu com mais quatro entrevistas, confirmando-se esta saturação.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Estudante de Graduação dos Cursos de Medicina e Enfermagem, regularmente matriculados. O estudante deveria estar cursando um dos dois últimos semestres dos cursos de Enfermagem ou Medicina da UFPE.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Ter outras formações em nível superior antecedentes; trabalhar ou ter trabalhado formalmente em setores que prestem assistência a vítimas de violência.

4.4 ETAPAS DO ESTUDO

4.4.1 Inserção no campo

A pesquisadora principal realizou contato telefônico com professores dos respectivos cursos, para que fossem disponibilizados meios de contato com os estudantes das turmas. Os professores foram acessados através de e-mail para a coordenação do curso ou do Programa de Pós-graduação.

4.4.2 Recrutamento dos participantes e ajustes adicionais

Uma vez obtidos os contatos dos estudantes através dos professores, foi estabelecida comunicação via *WhatsApp*, bem como solicitada indicação e contato de outros estudantes que cumprissem os critérios de inclusão. A partir daí, foi estabelecido contato direto com os participantes para explicar o projeto e convidá-los a participar.

Foram contactados 41 estudantes, sendo 16 de Enfermagem e 25 de Medicina. Desse total de 41 estudantes, 24 não responderam o contato. Dentre os 17 que responderam (sendo 9 de medicina e 8 de enfermagem), 1 aluno de Enfermagem recusou participar e 2 alunas inicialmente aceitaram, porém depois não conseguiram estabelecer uma data e horário para a entrevista.

Assim, a amostra final se deu por 14 participantes, sendo 8 de Medicina e 6 de Enfermagem. O principal motivo para a não-participação, quando recusada, foi a dificuldade de conciliar horários, decorrente do aumento da carga-horária dos últimos períodos do curso – ainda que a pesquisadora tivesse ficado acessível e disponível para agendar as entrevistas de acordo com a disponibilidade de horário dos participantes.

Os participantes foram informados sobre os procedimentos, questionários e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)².

4.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Foi aplicado um questionário que contemplou dados demográficos e socioeconômicos². Em seguida foram realizadas as entrevistas, baseadas em um roteiro de perguntas semiestruturadas³, as quais contemplaram perspectivas sobre vivências, reconhecimento, manejo e prevenção de violência durante a graduação.

A entrevista é uma das formas de coleta de dados mais utilizadas dentro da pesquisa qualitativa, por permitir acessar de diversas formas e em diversos níveis de profundidade, as perspectivas, experiências e vivências dentro de um tema (Duarte, 2004). Pode ser feita de forma não estruturada, estruturada ou semiestruturada. Enquanto as entrevistas estruturadas, por apresentarem respostas mais diretas e fechadas, são mais utilizadas em estudos quantitativos, as entrevistas não estruturadas e semiestruturadas são melhores instrumentos para a pesquisa

² Disponível no Apêndice A.

³ Disponível no Apêndice B.

qualitativa. Isso permite que o participante se expresse de forma mais livre e personalizada. Nesse sentido, a escolha pelo uso do arcabouço da entrevista semiestruturada nos permite elaborar questionamentos cujas respostas sejam capazes de atender aos objetivos propostos e a pergunta da pesquisa (Dicicco-Bloom; Crabtree, 2006).

Além de utilizar entrevistas semiestruturadas, destaca-se a escolha pela entrevista individual em profundidade (*in-depth*). Esta técnica busca estabelecer significados, a partir do que é oferecido pelas falas dos sujeitos envolvidos, em referência a suas perspectivas e experiências, de maneira mais profunda. No entanto, também exige um bom *rapport*⁴ do entrevistador e a capacidade do mesmo em estabelecer conexões com os entrevistados que permitam a criação de um ambiente confortável para que eles possam imprimir realidade às suas falas (Dicicco-Bloom; Crabtree, 2006).

O roteiro de entrevista foi elaborado pela pesquisadora e revisado pelos orientadores. Dispõe de 10 questões que foram feitas aos participantes com o intuito de acessar informações como: vivências sobre VCCA nos respectivos cursos; noções e conceitos sobre VCCA; capacidade de avaliar e comparar condutas observadas nas práticas com as condutas ideais; perspectivas e habilidades dos graduandos de enfermagem e medicina acerca da VCCA, de suas consequências e de formas de preveni-las.

As entrevistas se deram tanto em modalidade presencial (05 entrevistas) quanto *online* (09 entrevistas), através do aplicativo *Google Meet*. Quando a reunião se deu de forma *online*, as entrevistas foram gravadas no próprio aplicativo *Google Meet*. A escolha pela modalidade da entrevista foi definida pela maior conveniência para o entrevistado. Os registros presenciais foram feitos através de aplicativo de gravação de áudio em aparelho celular e tanto os registros online quanto presenciais foram transcritos com ajuda do aplicativo *Transkriptor*.

No total, foram realizadas 14 entrevistas no período de dezembro de 2023 a maio de 2024. Nas entrevistas *online*, a entrevistadora estava na sala de estar em sua casa e os entrevistados em seus quartos, em suas próprias casas. Não houve presença de terceiros e foi solicitada anuência para a gravação.

Com relação às entrevistas, foi gravado um total de 2 horas 47 minutos e 16 segundos. A entrevista mais curta durou 06 minutos e 35 segundos e a mais extensa durou 19 minutos e 58 segundos, com uma duração média de 11 minutos e 56 segundos.

⁴ Técnica de comunicação que visa estabelecer uma conexão de empatia e confiança com outra pessoa. A palavra vem do francês *rapporter*, que significa “criar uma relação”.

Previamente ao início do estudo, foi realizado um estudo piloto com 2 alunas voluntárias do curso de Enfermagem da UFPE do último período, as quais não foram incluídas nos resultados descritos neste estudo. O estudo piloto serviu para testar a clareza das perguntas, bem como a postura da entrevistadora. Diante das respostas do estudo piloto, algumas perguntas foram reformuladas e outras foram acrescentadas.

Após as transcrições, as entrevistas foram retornadas aos participantes para checagem e conferência por parte deles. Além disso, foram feitas notas de campo, quando proveitoso, para complementar as informações trazidas pelos transcritos. Não houve repetição de entrevistas.

4.5.1 Características da equipe de pesquisa

A equipe de pesquisa foi composta pela mestranda (pesquisadora principal), pela orientadora e pelo coorientador. As entrevistas foram todas conduzidas pela mestranda, a qual tem formação como médica Pediatra, atuante em Unidade de Terapia Intensiva e Ambulatórios públicos da cidade do Recife, no estado brasileiro de Pernambuco. Além disso, à época da coleta de dados, a pesquisadora também era Professora Substituta do Curso de Medicina da UFPE.

A entrevistadora tem identidade de gênero feminina e seu treinamento para aplicação dos questionários foi realizado em uma Disciplina de Métodos Qualitativos, oferecida pelo Programa de Pós-graduação da Criança e do Adolescente da UFPE.

Os participantes e a pesquisadora não se conheciam e não tinham relacionamento prévio a pesquisa, exceto seis dos participantes do curso de Medicina (para os quais havia moderado um seminário sobre Pneumonia e Asma na Infância e/ou tido contato em campos de prática, através dos quais estabeleceu contato e convidou-os).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

O *corpus* se compôs pelo material dos questionários, pelas notas de campo e pelo material transcrito das entrevistas. Este conjunto foi analisado através do método de Análise Temática de Braun e Clarke (2006). Este método de análise tem como principal proposta tentar observar e agrupar padrões dentro do *corpus* de pesquisa, com base nos códigos produzidos a partir do discurso dos participantes.

As autoras oferecem um roteiro que consiste em seis passos para a realização de análise temática: familiarização com os dados; geração de códigos iniciais; busca por temas; revisão de temas; definição e denominação de temas; produção do relatório (Braun; Clarke, 2006). Além

disso, foi utilizado o *software* ATLAS.ti (8.0) para organização e codificação de dados, facilitando a separação e análise dos temas.

Nesta etapa, os resultados foram analisados e discutidos à luz da literatura existente e do modelo biopsicossocial, com o objetivo de fundamentar as conclusões e as considerações finais do estudo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa segue as Resoluções 510/16 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFPE através da Plataforma Brasil. Os dados só foram coletados após aprovação do projeto pelo CEP, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação ética de número 74725623.4.0000.5208 e parecer de aprovação de número 6.432.768.

Foram também pontuados, para os participantes, os benefícios indiretos, como: dar maior visibilidade ao tema da VCCA; proporcionar mudanças de atitudes e práticas dos estudantes; impactar nos projetos pedagógicos do curso; bem como fomentar novas ações em educação em saúde e formação dos recursos humanos da saúde durante a graduação. Ainda, foi explicitado que a equipe de pesquisa estaria disponível para esclarecimento via endereço eletrônico ou telefone pessoal.

Como benefícios e resultado deste trabalho, pretende-se socializar os resultados e a discussão em um material educativo (seja ele em formato de seminário ou de material escrito) a ser oferecido às coordenações dos respectivos cursos. O objetivo deste material será esclarecer dúvidas e otimizar os conhecimentos no tema, baseados no referencial teórico e em evidências científicas. Além disso, após as entrevistas houve momentos de conversa com cada participante para esclarecimento de suas dúvidas e reforço de conhecimentos apresentados.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente pelas pesquisadoras em eventos e publicações científicas e serão arquivados por pelo menos 5 anos em arquivos remotos da pesquisadora responsável.

Por fim, ressalta-se que este estudo se refere a um contexto e realidade específicos, não sendo os resultados necessariamente aplicáveis a outros cenários.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Participaram do estudo 14 estudantes, sendo seis graduandos em Enfermagem (um do gênero masculino e cinco do gênero feminino) e oito graduandos em Medicina (4 do gênero masculino e 4 do gênero feminino). Dentre os 14 participantes, oito estavam no penúltimo período e seis estavam no último período do respectivo curso. A idade máxima dentre os participantes foi de 31 anos e a mínima foi de 22 anos, com uma média de 24,9 anos.

Com relação à renda familiar, foi observado que: quatro (28,6%) dos participantes tinham renda familiar de até 2 salários-mínimos (SM); 2 (14,3%) participantes tinham renda familiar de 2 a 3 SM; 4 (28,6%) participantes tinham renda familiar de 3 a 6 SM; 3 (21,4%) participantes tinham renda entre 6 e 10 SM; e 01 (7,1%) participante tinha renda de 10 a 15 SM.

Quanto ao local de moradia, 12 residiam em Recife-PE, enquanto 2 residiam em outros municípios, sendo uma delas em município da Região Metropolitana do Recife e a outra em outro município do estado de Pernambuco. Apenas uma era casada e os demais solteiros. Para fins de caracterização, os participantes foram enumerados de 1 a 14 conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização socioeconômica dos estudantes de graduação de Medicina e Enfermagem. Recife, 2024

Participante	Gênero	Idade	Curso	Período	Local de residência	Renda familiar
1	Feminino	30	Enfermagem	10º	Aliança-PE	até 2 SM
2	Feminino	22	Enfermagem	10º	Igarassu-PE	até 2 SM
3	Masculino	27	Enfermagem	10º	Recife-PE	até 2 SM
4	Feminino	25	Medicina	11º	Recife-PE	de 6 a 10 SM
5	Feminino	23	Enfermagem	9º	Recife-PE	de 2 a 3 SM
6	Feminino	23	Enfermagem	9º	Recife-PE	de 3 a 6 SM
7	Feminino	23	Enfermagem	9º	Recife-PE	até 2 SM
8	Feminino	22	Medicina	11º	Recife-PE	de 6 a 10 SM
9	Masculino	25	Medicina	12º	Recife-PE	de 10 a 15 SM
10	Masculino	27	Medicina	11º	Recife-PE	de 3 a 6 SM
11	Masculino	24	Medicina	11º	Recife-PE	de 2 a 3 SM
12	Feminino	31	Medicina	11º	Recife-PE	de 3 a 6 SM
13	Masculino	24	Medicina	12º	Recife-PE	de 3 a 6 SM
14	Feminino	23	Medicina	12º	Recife-PE	de 2 a 3 sm

Fonte: Autores.

5.2 CÓDIGOS E TEMAS ENCONTRADOS

A análise foi feita por um codificador e revisada por seus supervisores (orientadora e coorientador), tendo sido gerados 72 códigos, a partir do *corpus* das entrevistas. De forma conjunta com os orientadores, estes códigos foram organizados e categorizados em oito temas, os quais foram agrupados em duas categorias, as quais estão dispostas no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorização dos temas

Temas	1ª Categoria – Perspectivas sobre a violência na infância e adolescência	2ª Categoria – Abordagem da VCCA durante a formação
1	Conceito de violência	Percepção sobre conhecimentos dos estudantes acerca da VCCA e sua relação com os processos de ensino e aprendizagem
2	Conhecimentos sobre tipos de violência	Percepções sobre o preparo para o manejo da violência contra a criança e o adolescente
3	Papel da profissão para o trabalho intersetorial no enfrentamento da VCCA	Aprendizados e reflexões sobre situações de violência na relação de profissionais com usuários
4	Conhecimentos e percepções sobre estratégias de prevenção	
5	Entendimento sobre o papel da notificação	

Fonte: Autores.

5.2.1 Perspectivas sobre a violência na infância e adolescência

5.2.1.1 Conceito de violência

Para a maioria dos estudantes, o conceito de violência está mais ligado à questão dos maus-tratos e das consequências danosas ao presente e ao futuro daquela criança, perpetrada por adultos que exercem uma relação de poder, particularmente familiares ou pessoas próximas, com danos à saúde física, mental e com prejuízos para o desenvolvimento pleno.

“Entendo que é qualquer tipo de violência psíquica, física ou mental que acaba trazendo prejuízos no momento ou futuros para a criança. Acho que seria mais isso. No caso, causados pelo... não necessariamente por um familiar, mas também por pessoas próximas ali no círculo”. (Participante 10 - Medicina)

“Então, a gente entende como um conjunto de fatores que acabam, de certa forma, promovendo vulnerabilidades ali àquela criança e que acabam culminando em uma desestruturação, algo que atrapalha o desenvolvimento da criança e também que a criança possa ter esse desenvolvimento propício, essa relação parental positiva. Então, a violência acaba sendo algo que fragmenta, que esse desenvolvimento seja bem-sucedido”. (Participante 7 - Enfermagem)

“Eu acho que é qualquer atitude, qualquer ato que...ultrapassa os limites da saúde da criança, seja...no conceito mais amplo de saúde dela, qualquer coisa que invada aquele espaço pessoal, seja físico, seja psicológico, seja sexual, então...” (Participante 14 - Medicina)

“Muitas vezes ela não sabe o que ela está passando por uma situação de violência. Então você aproveitar essa inocência para machucar essa criança, pra machucar ela de alguma forma, interferir na vida dela negativamente”. (Participante 2 - Enfermagem)

“Aí ela vai se privar da questão da educação, vai se privar de ver outros horizontes, de viver a sua infância. E do adolescente também, que ele já entra em conflito, né? Porque, apesar do adolescente, já é um conflito que a gente tem interno”. (Participante 1 - Enfermagem)

Foi identificado que o fenômeno pode estar presente no uso de práticas educativas violentas e identificando-se, também, a transmissão intergeracional e o ciclo de violência. Foi entendido, também, que a perpetuação deste ciclo é facilitada pela naturalização de comportamentos violentos, os quais acabam por integrar a cultura da violência.

“A gente é formado na capital e a gente tem muito contato com pessoas que são do interior, assim, mais longínquos da capital, que não interpretam situações de violência física mesmo como uma coisa fora do comum, fora do padrão, coisa que seria aqui, para a gente, inaceitável, eles aceitam como aceitável e perpetuam isso por muito tempo”. (Participante 13 - Medicina)

Alguns dos participantes compartilharam, inclusive, experiências de sua vida pessoal e exemplificaram como as diversas formas de violência podem ser responsáveis por moldar suas perspectivas sobre o fenômeno na vida adulta, a partir de suas vivências.

“Tem pessoas que sofreram quando eram crianças e ficaram anos e anos guardando aquilo ali. Guardando aquele sofrimento que elas passaram[...] sabem que, de alguma forma, a criança não vai ter coragem de admitir que ‘eu sofri uma violência’, seja ela psicológica, física”. (Participante 5 - Enfermagem)

“Bom, falando da minha vida pessoal mesmo, na minha fase da adolescência, eu meio que fui vítima de violência, assim, pelos próprios estudantes da escola, através do bullying, porque às vezes não se restringe somente a um público maior, mas às vezes a um público da mesma idade. Então, é isso, é a violação de direito. A violência, na sua essência, é isso. É tirar você da sua zona de conforto de uma maneira muito negativa. Através de uma exploração mental, física, que, enfim, é muito incômoda”. (Participante 3 - Enfermagem)

Nesta mesma linha, a maior parte dos estudantes pareceu demonstrar compreensão dos fatores e causas relacionados à violência e a sua reprodução, dentre elas alguns determinantes sociais de saúde e aspectos culturais. Ao mesmo tempo que isto era pontuado, os estudantes

pareciam entender a necessidade de educação parental e educação dos próprios profissionais da saúde para quebrar o ciclo da violência.

“No momento que a gente tinha a mãe, só a criança, na verdade o adolescente, foi manejado adequado. A gente deu suporte, escutou, identificou que era uma situação de violência psicológica, que a criança estava sofrendo por conta de outras questões sociais que existiam na família. E foi conduzido da forma adequada, eu acredito, no momento”. (Participante 7 - Enfermagem)

“Normalmente eram crianças que não tinham outro suporte, assim, o suporte tipo a mãe, tinha vários filhos e ninguém ajudava a criar. Aí assim, eu lembro que eles, mesmo vendo que era um cenário difícil, eu dizia, ‘a gente tem que notificar e tentar procurar uma rede de apoio pra essa criança’. Aí teve a notificação”. (Participante 8 - Medicina)

5.2.1.2 Conhecimentos sobre tipos de violência

Durante as entrevistas, quando perguntados sobre os tipos de violência conhecidos, os participantes relataram 20 tipos de violência diferentes, conforme o Quadro 3. Eles pareceram compreender e enquadrar diversos fenômenos como formas de violência, ainda que tivessem alguma dificuldade em descrevê-los ou categorizá-los, especialmente quando a violência descrita por eles configurava alguma forma de negligência.

“Pra mim, é muito importante a comunicação e a informação. Então, as pessoas terem a notoriedade do que é a violência, né? Porque elas só imaginam um tipo de violência contra esse público-alvo ou contra qualquer público-alvo. É muito repassado um tipo de violência, que seria a violência física, mas tem outros tipos também, né?”. (Participante 5 - Enfermagem)

“Não violência física, mas violência do tipo...não sei se é psicológica ou se é uma agressividade, assim, no sentido de invadir o espaço pessoal da criança ou...uma atitude meio autoritária com ela”. (Participante 14 - Medicina)

“Não estar atenta à criança, a criança está lá chorando com sede e ela não está dando nada, também vejo como a violência Ou é o fato de privar ela dos direitos dela de estudar, de brincar, também acredito que seja uma violência”. (Participante 6 - Enfermagem)

Quadro 3 – Tipos de violências descritas nas entrevistas e enxertos das falas dos participantes

Tipos de Violências Identificados pelos Participantes	Extratos das falas dos participantes
Desprezo	“Violência verbal, agressão física, violência emocional, verbal, até o desprezo também com a criança, no caso dessa mãe que eu falei [...]” (Participante 6 - Enfermagem)
Doméstica	“É que eu fico pensando como são essas delimitações... Violência familiar ‘barra’ doméstica. Física ‘barra’ mental, não sei se tem...” (Participante 8 - Medicina)
Emocional	“Violência psicológica, física, emocional, né? O abuso sexual também. Eu estudei, na formação acadêmica, muitos tipos de violência” (Participante 5 - Enfermagem)
Espancamento	“Geralmente espancamento. Tem casos também de estupro. Eu nunca cheguei a vivenciar, mas é algo muito comum. E questão também de exploração da mão de obra infantil. São os três casos que prevalecem” (Participante 1 - Enfermagem)
Estupro	
Exploração de mão de obra infantil	
Financeira	“Violência psicológica, violência física, tem... Deixa eu ver se tem mais alguma. Eu acho que violência financeira hoje em dia é uma coisa, né?” (Participante 11 - Medicina)
Física	“Física, verbal, psicológica, sexual, moral, né? Eu acho que essas” (Participante 9 - Medicina)
Insegurança alimentar	“Talvez insegurança alimentar seja um tipo de violência, não diretamente física ou mental, mas tipo, questão de insegurança alimentar, socioeconômica/ de moradia seja um tipo de violência.” (Participante 8 - Medicina)
Socioeconômica	
Moral	“Tem a física, psicológica. A sexual. Física, psicológica e sexual. Violência doméstica acaba sendo enquadrada também. A violência moral. Eu acredito que sim, que são essas que eu me lembro agora.” (Participante 2 - Enfermagem)
Não-verbal	“Eu sei que tem a violência Verbal, violência não verbal, o ato da violência em si, a violência doméstica. Eu não expliquei, mas eu acho que é mais ou menos isso. São muitos tipos, não é só a violência, o abuso em si São várias coisas.” (Participante 12 - Medicina)
Negação de direitos/Privação de	“[...]isso configura uma violência, a criança ter esses direitos negligenciados. Tudo isso a gente entendeu que configura uma violência contra a criança.”

direitos	(Participante 7 - Enfermagem)
Quadro 3 – Tipos de violências descritas nas entrevistas e enxertos das falas dos participantes. Recife, 2024 (continuação)	
Tipos de Violências Identificados pelos Participantes	Extratos das falas dos participantes
Negligência	“Bom, acho que física. Moral também, não sei se pode falar de moral. Acho que moral. Sexual também pode ser, né? Não sei o que mais. Negligência. Acho que é isso só. Não consigo pensar em mais nada” (Participante 4 - Medicina)
Patrimônio	“Bora lá. Ai, tem violência física, violência psicológica, violência sexual. Acho que de criança eu não sei se tem isso, mas tem violência de patrimônio, mas eu acho que isso é mais para pessoas adultas, que tem de fato um patrimônio, né? Mas acho que só.” (Participante 14 - Medicina)
Psicológica	“Tem a violência sexual, a violência psicológica, a violência física, a violência verbal, os tipos de violência.” (Participante 3 - Enfermagem)
Verbal	
Psíquica	“Verbal, física, psíquica” (Participante 10 - Medicina)
Sexual	“Violência sexual, mas entra na violência física, né.” (Participante 11 - Medicina)
Simbólica	“Violência psicológica, violência física, Violência sexual. Basicamente essas três. Simbólica.” (Participante 13 - Medicina)

Fonte: Autores

5.2.1.3 Papel da profissão para o trabalho intersetorial no enfrentamento da VCCA

Os estudantes também foram questionados sobre qual seria o seu papel ao se articular com outras profissões. Dentre as principais respostas estiveram aquelas relacionadas a acionar outros profissionais da saúde, realização de denúncia ou de dispositivos legais e acompanhamento conjunto dos casos. Não foi falado, neste tópico, sobre o trabalho intersetorial na prevenção da VCCA.

“A gente tem que ter um acompanhamento conjunto, né. Sempre discutir em conjunto, né? É sempre discutir, no caso suas percepções com a equipe multiprofissional, pra cada um poder, dentro da sua área de experiência, poder abordar essa questão”. (Participante 8 - Medicina)

“Como equipe multi, acho que é conversar com assistente social, psicólogo para fazer acompanhamento com a criança”. (Participante 6 - Enfermagem)

“No caso, instituições policiais, de investigação, a gente vê também a questão do conselho tutelar também, questão de outros agentes também profissionais, como interdisciplinar, que é a questão do psicólogo, a questão do serviço social. Eu não saberia como notificar outros tipos de ajuda para influenciar nessa situação de violência”. (Participante 5 - Enfermagem)

Alguns estudantes tiveram dificuldades, quando questionados sobre, para exemplificar a relação da sua profissão com outras profissões no enfrentamento da violência contra a criança.

“Se acontecer, atuar em cima disso, notificar e buscar os órgãos responsáveis, as pessoas que podem me ajudar nisso” (Participante 14 - Medicina).

“Articulação com o resto da equipe multidisciplinar”. (Participante 11 - Medicina)

“Seria isso mesmo, na questão do manejo multiprofissional, né? Querendo ou não, não é algo que dependeria só de mim”. (Participante 10 - Medicina)

“Acho que tá sempre do outro lado, manter sempre um diálogo com as outras profissões, com as outras equipes, manter um...Uma vigilância muito disciplinar sobre a situação”. (Participante 14 - Medicina)

5.2.1.4 Conhecimentos e percepções sobre estratégias de prevenção

Dentre os participantes, a maior parte dos estudantes de medicina relatou desconhecimento ou teve dificuldade em exemplificar possíveis estratégias de prevenção à VCCA. Enquanto isso, a maior parte dos estudantes de enfermagem conseguiu citar estratégias para prevenir VCCA. Alguns dos participantes citaram como única ou principal estratégia de prevenção a própria identificação dos casos de violência.

Outras estratégias de prevenção estiveram relacionadas à orientação dos cuidadores durante as consultas, educação parental, campanhas educativas em ambientes públicos (escolas, hospitais e serviços de saúde), visitas domiciliares e fortalecimento dos vínculos afetivos e educação dos próprios profissionais de saúde.

“A própria consulta de puericultura [...] Serve para desmistificar muita coisa [...]. Atos que normalmente são tratados como adequados. Um grito, um aperto de orelha, uma tapinha na boca. [...] Então, esse processo de educar mesmo os familiares, os vizinhos, essa capacitação que a gente tem por ser uma profissão que está inserida dentro de um território.” (Participante 4 - Medicina)

No entanto, mesmo aqueles que sugeriram estratégias de prevenção pareciam pensativos e sugeriam nunca ter visto na prática para VCCA ou não terem certeza.

“Acho que seria isso, de talvez educar os pais, mas eu particularmente nunca vi isso acontecer. E quando tem algum caso de algum estudante ou médico que faça alguma coisa também, nunca vi ninguém ser penalizado, então acho que teria que ser alguma coisa nesse sentido também”. (Participante 4 - Medicina)

“Assim, existe um mundo muito bonitinho, é política pública que atue, nas escolas, no dia a dia, nas creches, que façam de forma informativa sobre esse tipo de coisa. E acho que no posto de saúde pode ser feito também atividades que informem, que alertem, propagando aquele disco de denúncia, que disponibilizam o número com facilidade. Eu acho que é isso, por meio de tecnologia, de rede social”. (Participante 14 - Medicina)

“Se eu não me engano, nessa aula que a gente tinha tido de violência contra criança, eu acho que o professor tinha mostrado um disk denúncia que tinha para denunciar casos de violência.” (Participante 6 - Enfermagem)

“Eu acredito que o enfoque seria, no inicial o enfoque seria educativo” (Participante 5 - Enfermagem)

5.2.1.5 Entendimento sobre o papel da notificação

Muitos dos participantes relataram nunca terem visto uma notificação sendo feita ou relataram que o caso testemunhado no cenário de prática não fora notificado. Houve ainda, em algumas das falas, elementos indicando que parte dos participantes acredita que a violência precisaria ser confirmada para que fosse notificada.

“Inclusive, eu até questioneei na época, quando eu estava na atenção básica, a minha preceptora. Eu disse, tu já fez alguma notificação sobre violência? Aí ela disse que nunca aconteceu de ela fazer uma notificação a respeito disso. Mas ela já tinha visto” (Participante 4 - Medicina)

“Primeiramente, a gente tem que fazer a confirmação da criança, se você perceber algo de errado, chamar um profissional para fazer o acompanhamento, também fazer a questão da notificação para investigar a situação” (Participante 1 - Enfermagem)

Quando questionados sobre o papel da notificação, foram descritas as funções registradas no quadro abaixo (Quadro 4).

Quadro 4 – Possíveis papéis da notificação sugeridos pelos participantes e exemplos de falas dos entrevistados

Possíveis papéis da notificação	Exemplos de falas dos entrevistados
Intervenção/ Identificação/ Investigação	“Ao meu ver, é realmente para o Estado ficar ciente dessa situação de que está tendo maus tratos com aquela criança ou com aquele adolescente e poder realmente tomar alguma medida cabível contra isso.” (Participante 9 - Medicina)
Subsídio de políticas públicas	“Rapaz, vai além do quantificar, né? Porque a gente quando olha para a notificação compulsória e identifica que aquilo ali vai ser computado, vai gerar um dado informacional a gente meio que, implicitamente, naquele mesmo meio, percebe que aquilo é uma ferramenta para se gerar políticas que beneficiem essa população vítima de violência, né? E não gerar apenas números, mas, através disso, criar medidas interventivas que possam promover algum tipo de bem-estar para essa população” (Participante 3 - Enfermagem)
Papel epidemiológico	“O primeiro mais óbvio é, pra mim, a parte de acompanhamento de estatística, né? Que a gente tem um sistema muito integrado em relação ao acompanhamento, mas eu não sei, tipo, quando você notifica como o governo lhe deu um dado, além de gerar um dado bruto, de tipo, ah, isso aqui é um sistema de notificação de agravos, aí você recebe a notificação. ^[1] Não sei, tipo, a partir desse momento, como aí se sucede pra condução do caso” (Participante 8 - Medicina)
Prevenção de reincidência	“Pra prevenir situações e tirar a criança daquele cenário doentio, que é fazer a notificação, notificar o NASF, que hoje já mudou de nome. Vir junto com a família, psicólogo, terapeuta ocupacional e, dependendo do caso, ir até o conselho tutelar para ter esse apoio, né?” (Participante 1 - Enfermagem)
Denúncia	“Bom... Eu acho que seria mais esse papel de identificação da violência, do tipo da violência, a denúncia em si, e não sei se a gente conseguiria fazer alguma coisa no quesito de prevenção...” (Participante 4 - Medicina)

Fonte: Autores.

Alguns participantes tiveram dificuldades para expressar a compreensão sobre o papel da notificação.

“Ao meu ver, é realmente para o Estado ficar ciente dessa situação de que está tendo um maus tratos com aquela criança ou com aquele adolescente e poder realmente tomar alguma medida cabível contra isso.”. (Participante 9 - Medicina)

“Que nesse caso é pra gente fazer o levantamento[...] De quantas crianças estão em situação de vulnerabilidade, nessa questão do espancamento. Então é pra gente poder depois acompanhar de perto e fazer até essa questão da resolução do caso”. (Participante 1 - Enfermagem)

“Não sei muito bem, mas acredito que seja para deixar informado até setores superiores de que existe naquela família um problema relacionado à violência contra a família”. (Participante 6 - Enfermagem)

Uma das participantes apontou também um receio com relação à notificação:

“A importância seria o estudo desse caso e, no caso, os agravantes da violência no qual ou essa criança ou esse adolescente ele está passando, [...] é complicado diante de quem convive com essa criança e o local que essa criança convive, porque o profissional, ele pode estar muito próximo [...] o profissional também pode se sentir em situação de perigo também”. (Participante 7 - Enfermagem)

5.2.2 Abordagem da violência contra a criança durante a formação

5.2.2.1 Percepção sobre conhecimentos dos estudantes acerca da VCCA e sua relação com os processos de ensino e aprendizagem

Em ambos os cursos, as respostas sobre esse tema são bastante diversas. Ainda assim, há alguns pontos confluentes, como relatos que sugerem experiências de aprendizado mais ligadas ao caráter físico da violência. Além disso, em relatos de participantes de ambos os cursos, parece estar expressa a escassez de contato teórico com aspectos da VCCA que vão para além do físico.

“Eu lembro de uma aula em urgências pediátricas, no sexto período, que fala sobre. Mas é uma abordagem mais médica de violência contra a criança, mas nada assim do protocolo que a gente deve fazer. Realmente, tipo, como socorrer a criança”. (Participante 4 - Medicina)

“Acho que o principal seria a questão de identificar mesmo os casos, que acho que é um dos principais fatores. Porque acho que a prevenção em si vai depender não só do médico como um todo, mas essa questão inicial às vezes acho que, obviamente, não vai caber só o médico identificar. Mas eu acho que tendo uma boa noção das principais fraturas, como normalmente aparecem essas coisas, eu acho que é o mais importante nessa situação”. (Participante 10 - Medicina)

Nota-se que a maior parte dos estudantes conseguiu testemunhar algum caso de VCCA. Estes referiram ter tido experiência com algum caso de violência nos seguintes cenários: Ambulatório; Atenção Primária; Serviços de Urgência e Emergência; e Enfermaria. Alguns dos participantes contaram ter tido contato com VCCA em mais de um cenário e é interessante o fato de que mesmo participantes do mesmo curso relataram experiências e cenários de prática diferentes, nos quais foi observada a assistência aos casos.

A maior parte dos estudantes afirmou ter tido uma boa impressão sobre o manejo dos casos. Ainda assim, era possível notar que muito desse bom manejo, por vezes, esteve ligado à confirmação da suspeita da violência. Foi possível notar também que um aspecto apreciado pelos estudantes foi uma condução respeitosa e humanizada, com enfoque na abordagem, acolhimento, escuta e educação da família (educação parental).

“Eu achei a condução ótima, no meu ponto de vista, porque a enfermeira foi muito delicada na questão da abordagem, de falar com os pais, né? [...] que era justamente pra gente confirmar ou não a suspeita de agressão. [...]. Sem ofender os pais, né?” (Participante 1 - Enfermagem)

“Eu achei que foi bem sensato[...] todos os profissionais que estavam com a gente explicaram o que tinha que fazer. Como foi o passo a passo, eu achei que foi seguida as medidas corretas [...]. Eles tiveram o cuidado de fazer um processo que fosse tanto bom para a criança como para a família, no sentido de reestruturar”. (Participante 8 - Medicina)

Além disso, alguns estudantes relataram que a graduação oferecia um preparo incipiente em termos práticos ou teóricos, com relação ao que deveria ser feito diante de um caso de violência. Demonstraram sentir falta de embasamento teórico para preparar para situações do campo prático, desconhecimento da rede, dos serviços e equipe de apoio no cuidado.

Apesar de muitos dos estudantes relatarem que aprendiam durante as práticas (quando houve este contato), muitos deles expressaram dúvidas e insegurança para lidar com o manejo de situações relacionadas à VCCA, ainda que enxergassem as vivências práticas como possíveis oportunidades de aprendizado

Houve também dúvidas sobre como conduzir os casos e até sobre os dispositivos a serem acionados, demonstrando despreparo na resolução de problemas, como as situações que envolviam VCCA.

“Eu fui aprendendo ao longo do internato também, sabe? Vendo os outros profissionais e tudo mais, mas a gente não é instruído, hora nenhuma, a não ser que você realmente vivencie e pergunte, tipo assim, como que a gente faz com relação a isso?” (Participante 4 - Medicina)

“Reconhecer aqui, beleza, temos reconhecimento, mas e agora, o que a gente faz? Como abordar, como notificar, como incorporar o município e o estado nisso, quais são os profissionais que estão na retaguarda para escutar e ver essa notificação, à polícia, onde é que ela entra, eu acho que isso falta um pouco, sabe? [...] Eu tive que aprender isso por fora mesmo, em cursinho de residência que eu paguei por mim mesmo. Mas a disciplina de pediatria foi a única que tocou no assunto.” (Participante 13 - Medicina)

“Eu acho que eu só vou aprender na vivência, porque na graduação eu não tive nenhuma vivência pra que eu pudesse me respaldar ou então me orientar, né? Até mesmo os professores. Não era algo muito conversado em sala de aula, nem fazível. Aí eu não me sinto muito segura nesse caso, não”. (Participante 1 - Enfermagem)

“Foi apresentado os tipos de violência, mas na prática mesmo, a notificação, como notificar, não foi abordada tanto. Foi ensinado como perceber a violência”. (Participante 5 - Enfermagem)

Ao mesmo tempo, alguns dos participantes também compartilharam experiências, obtidas em meio aos estágios e campos práticos, evidenciando a importância da prática na formação do profissional e sedimentação de alguns conhecimentos.

“Então, vivenciando a prática agora, a gente aprendeu que o fato da criança não ir à escola aos cinco, seis anos, isso configura uma violência. O fato da criança não poder brincar, ela não poder ter um ambiente livre, poder ter um desenvolvimento da própria criança mesmo, isso configura uma violência, a criança ter esses direitos negligenciados. Tudo isso a gente entendeu que configura uma violência contra a criança”. (Participante 7 - Enfermagem)

“A gente acionou na semana retrasada o conselho, no caso acionou o serviço social para o serviço social acionar o conselho, mas foi de um caso de... Não é vulnerabilidade não, que eu esqueci. É tipo abandono, só que não é abandono, eu esqueci o nome específico. De maus-tratos, tipo isso. Mas a gente só acionou o serviço social, a gente não acionou o conselho tutelar”. (Participante 11 - Medicina)

Com relação às disciplinas que abordaram a temática da violência, dentre estudantes do curso de Enfermagem, as disciplinas citadas foram as ligadas aos temas de Saúde da Criança e do Adolescente e de Saúde Coletiva.

“. A gente teve prática, foi mais uma prática no hospital. Mas, na verdade, a gente se sentou numa roda para conversar a respeito. [...]Foi mais uma conversa, né? E quais eram, mais ou menos, as violências que existiam contra as crianças. Mas eu achei muito pincelada, acho que foi uma aula só”. (Participante 6 - Enfermagem)

“Pelo que eu me recorde, saúde da criança, as cadeiras que abordam muito saúde pública, saúde coletiva, são muito no início, aí eu não lembro com exatidão...” (Participante 3 - Enfermagem)

Já dentre os estudantes de Medicina as respostas foram mais variadas. Um dos estudantes respondeu que o conteúdo da violência não fora abordado em nenhuma disciplina. Os demais relataram ter tido ao menos uma aula em disciplinas ligadas à Pediatria.

“Ah, eu acho que teve em ‘ped’, urgência pediátrica, a gente conversou um pouco sobre isso. Teve ética e bioética. Teve outra matéria que a gente trabalhou ali, sim. Eu acho que o primeiro, que foi Medicina e Relações Humanas, alguma coisa assim” (Participante 8 - Medicina)

“Foi um módulo, né? Então, a gente fez saúde da mulher, aí foi abordado, saúde da criança e do adolescente foi abordado também, e do idoso” (Participante 14 - Medicina).

Com relação a terem sido apresentados a Linha de Cuidado Integral à Saúde da Criança, Adolescente e sua família em situação de violência durante a graduação, todos os estudantes de medicina negaram ter tido contato com a LCAISCAFSV. No entanto, alguns dos estudantes de

enfermagem referiram ter tido contato com a LCAISCAFSV, porém não entraram em detalhes sobre ou não tinham certeza.

Contudo, com relação a políticas públicas, a grande maioria dos entrevistados relatou não ter tido contato. Dentre os que tiveram, as políticas públicas citadas foram o ECA, o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e o Disk Denúncia.

5.2.2.2 Percepções sobre o preparo para o manejo da violência contra a criança e o adolescente

Dentre as habilidades práticas citadas para lidar com a VCCA, a mais citada foi a capacidade de identificação (incluindo a percepção de sinais visíveis e não visíveis) dos casos de VCCA, incluindo sintomas internalizantes e baixo rendimento escolar. Além disso, expressaram a valorização do acolhimento às vítimas. Alguns dos participantes conseguiram também mostrar a compreensão sobre os determinantes sociais envolvidos com a violência intrafamiliar.

“Eu acho que primeiro é apoiar essa criança, mostrar que ela está em um ambiente seguro”. (Participante 2 - Enfermagem)

“Não só no corpo, mas sim na forma que essa criança se comporta, se é uma criança muito retraída, ou se a mãe, durante, a mãe é o profissional, né? Durante a fala diz, ah, é uma criança que começou a ter rendimento baixo, do nada” (Participante 2 - Enfermagem)

“Eu acho que é mais nesse sentido, além não só orgânico como social, de intervir para tirar a criança daquela situação” (Participante 8 - Medicina)

A necessidade de envolver uma abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial também foi citada, bem como a necessidade de abordagem do caso junto à família.

“[...]Seria mais esse papel de identificação da violência, do tipo da violência, a denúncia em si, e não sei se a gente conseguiria fazer alguma coisa no quesito de prevenção, mas talvez orientar os pais, porque muitas vezes o pai acha que tá educando a criança e, na verdade, tá violentando, né, e também nessa questão de ajudar a mostrar pra família que Isso não é educação, por exemplo, é uma violência”. (Participante 4 - Medicina)

“Se for num cenário de saúde, de atenção básica, a gente tem que entrar em contato primeiramente com a família, ver essa questão da vivência da criança, porque a gente trabalha em frente ao cuidado, né?” (Participante 1 - Enfermagem)

“[...] ter uma conversa com eles, junto com a parte da psicologia, com o serviço social também, acionar o conselho tutelar, fazer realmente notificação” (Participante 9 - Medicina)

“Então, a gente voltou a ter mais um olhar atento a essa questão dos laços, se estão otimizados, se as mães realmente estão atentas a cada detalhe que é passado, cada orientação que é dada naquele momento ali da consulta. E eu acho que isso foi um ponto benéfico para a melhora da nossa prática”. (Participante 7 - Enfermagem)

Contudo, alguns participantes expressaram a compreensão da violência ser sempre relacionada a um culpado e agressor, cabendo ao médico e ao enfermeiro a responsabilidade pelos problemas de ordem física, enquanto outros profissionais seriam mais habilitados para lidar com as demandas sociais. Além disso, alguns abordaram a necessidade de intervenções ou manejo do caso como um caso de VCCA apenas diante da confirmação de violência ou em casos em que a violência atingisse uma suposta intensidade (ou que fosse física).

“A gente tem que ter um acompanhamento conjunto, né. Sempre discutir em conjunto, né? É sempre desculpe, caso suas percepções com a equipe multiprofissional, pra cada um poder, dentro da sua área de experiência, poder abordar essa questão. E eu acho que a medicina acaba ficando mais pro físico, o psíquico mesmo, um pouco do social fica mais pras outras áreas, apesar da gente intervir”. (Participante 8 - Medicina)

“Normalmente depende do grau, do grau da violência no caso, mas aí se for algo assim, se internaria, acionaria as autoridades competentes, não digo a polícia em si, mas as autoridades notificadoras para quem se vai notificar. E teria que ter alguns cuidados a mais, a depender, por exemplo, quem está causando está junto ou não, se vai deixar junto com a criança ou não”. (Participante 10 - Medicina)

“Os profissionais de saúde devem procurar a questão do poder público responsável pela criança, dependendo do caso e até a delegacia, para tentar tirar essa criança, se for no caso de pessoas que estão abusando sexualmente essa criança, exploração de mão de obra, transferir essa criança para uma outra pessoa que possa cuidar e ver uma outra forma para que aquela criança saia daquele cenário doentio.” (Participante 1 - Enfermagem)

Citou-se, também, que a vítima deveria ser retirada do cenário de violência, como se este fosse o primeiro e não o último recurso nos casos de VCCA.

“A gente vai procurar meios para tentar tirar aquela criança, para ver se aquele cenário realmente é o que Porque a gente pensa que é, e é só uma suspeita se realmente se confirma, investigar a família, tentar conversar e ver outras formas”. (Participante 1 - Enfermagem)

Soma-se a isto o fato de que muitas das falas sobre o que deveria ser feito diante de um caso de violência constituíam frases vagas e com pouco sentido, demonstrando dificuldade para exemplificar estratégias claras para o manejo e prevenção das situações de violência. Apenas 3 estudantes citaram (antes do tema ser abordado na entrevista) o papel preventivo do profissional de saúde.

A percepção sobre a abordagem do tema durante o curso de graduação afeta, também, a percepção individual sobre o preparo para o manejo de situações de violência. Nesta sessão podemos, especificamente, compreender que a maioria dos participantes não se sentem aptos a lidar com situações que envolvem a VCCA em sua vida profissional. O principal ponto de insegurança parece estar relacionado, não à questão do acolhimento da vítima, mas sim a questões relativas aos processos envolvidos na LCISCASFSV (como, por exemplo notificação, conhecimento da rede e articulação para o monitoramento).

“Eu percebo que eu teria uma forma de acolher essa questão, mas eu não saberia realizar o manejo necessário em questão da notificação, a questão burocrática de como lidar com esse caso sem que eu realmente saiba como manejar isso. De que forma eu tenho acesso ou as outras instituições têm acesso?” (Participante 5 - Enfermagem)

“Não saberia onde começar, quem contactar, como dar seguimento. Não só fazer a notificação, mas como manter esse seguimento com essa criança, dependendo de onde ela for, conseguir manter esse contato, eu não saberia lidar.” (Participante 1 - Enfermagem)

Alguns dos participantes referem ter presenciado situações na prática, porém sem o arcabouço teórico ou o direcionamento mais específico para isso. Ainda, alguns relataram ter tido contato com situações de violência, e negaram ter tido contato com o manejo desta violência ou com partes desse manejo. É possível notar, também, que os participantes percebem a necessidade de articulação intersetorial para lidar adequadamente com os casos.

“Mas na verdade é uma situação nova pra mim. Porque se eu for ser apresentada, eu não vou saber como lidar. Eu vou precisar de uma ajuda de outro profissional porque eu nunca tratei antes com esse tipo de situação. Eu vi muitas outras situações, mas nenhum relacionado à violência.” (Participante 5 - Enfermagem)

“Inclusive eu não sei o caminho correto. Não sei exatamente como notificar essas coisas”. (Participante 11 - Medicina)

“Eu acho que seria mais nesse sentido mesmo, de entender o que a gente pode fazer, entrar em contato com o serviço social, com psicologia, com tudo e fazer uma abordagem que seja multidisciplinar, né? Não sei”. (Participante 4 - Medicina)

“[...] acho que eu também não saberia o que fazer. A minha preceptora não fez nada, mas se eu estivesse sozinha eu também não faria nada. Assim, não saberia o que fazer. Eu iria falar pra ela assim, ‘atendi uma mãe que não estava prestando atenção em nada’.” (Participante 6 - Enfermagem)

Para além da parte de manejo do caso de violência em si, alguns dos participantes demonstraram receios com relação ao seu preparo para lidar com certos aspectos da violência, como o cuidado com a família, o medo de represálias dos autores da violência, dentre outros.

Pelo discurso apresentado, parece que estes receios podem se comportar como barreiras para o aprendizado do tema, para o contato com o tema e até mesmo para a realização do melhor manejo possível, mesmo quando se enxerga que há um problema.

“Eu acho que se disponibilizar para dar toda a informação que for preciso sem invadir, né? Sem invadir [...] o pessoal desse paciente, mas tentar dar toda a informação que for preciso para o seu bem-estar”. (Participante 12 - Medicina)

“Mas eu também não julgo a questão do profissional se posicionar porque é difícil também, porque eu já ouvi de outros profissionais, até técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, a questão do receio, né? De ter o medo de fazer a notificação, ter aquela questão daquela denúncia em si. E depois ter o medo de voltar para o trabalho, saber que está ali, saber que realizou a notificação é muito complicado. A proteção individual em si também”. (Participante 5 - Enfermagem).

Apenas uma das participantes relatou ter uma perspectiva otimista sobre como manejar casos de violência. Ao mesmo tempo, esta mesma participante se contradisse anteriormente, ao dizer que não saberia como seguir um protocolo específico.

“Eu sempre tenho medo de lidar com a reação das pessoas e como vai ser o processo de se aquilo dali vai conseguir fazer de forma benéfica para a criança, de forma que crie-se uma nova rede familiar que a torne segura, mas...Eu diria intermediário. Tipo, ainda tem certas inseguranças em relação a como passar a notícia, como lidar emocionalmente com isso. Mas eu acho que em relação ao protocolo daria certo.” (Participante 8 - Medicina)

5.2.2.3 Aprendizados e reflexões sobre situações de violência na relação de profissionais com usuários

Alguns participantes também apresentaram uma postura crítica com relação à condução do caso por seus preceptores e até apontaram momentos em que houve maior distanciamento entre a prática e a teoria, bem como momentos de julgamentos dos profissionais. Na percepção dos estudantes, estes comportamentos pareceram levar a deficiências na assistência e no ensino prestados e configuraram, em si, uma nova forma de violência.

Uma das falas traz também a possibilidade de que o ambiente de assistência em saúde possa ser um ambiente hostil e pouco acolhedor, afastando o usuário do sistema de saúde e dificultando o acesso ao atendimento e ao direito a saúde.

“Não sabe se, por exemplo, o posto de saúde, a atenção básica, ela acolhe esse tipo de situação. A distância também, as pessoas também não querem sair da casa delas para demorar em transporte público, chegar num lugar que ela não pode ser acolhida também”. (Participante 5 - Enfermagem)

Outras formas de violências foram identificadas nas falas dos estudantes a partir do relato de vivências nas quais o profissional de saúde apresentou falas invasivas, desrespeitosas, ou até mesmo que tomou posturas de negligência com pacientes mais vulneráveis.

“Uma das médicas, quando chegou na consulta, sem mesmo se apresentar [...] começou a pegar no cabelo da menina, [...] ela tinha acho que entre 8 e 10 anos, [...] e falar que ela tinha que melhorar esse cabelo, porque o cabelo é o terceiro órgão sexual da mulher[...]Então, pra mim, isso foi uma violência”. (Participante 14 - Medicina)

“Quando a mãe presta bastante atenção, é mais instruída, então ela (a preceptora) tem uma conduta mais bem explicada de abordar sobre a alimentação, medicação do sulfato ferroso, por exemplo, E já quando a mãe não é bem instruída, não tá prestando atenção, tipo, tá falando, mas a mãe não tá entendendo muito, então ela dá algo muito superficial e deixa.” (Participante 6 - Enfermagem)

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar as percepções, vivências e conhecimentos dos estudantes de graduação de medicina e enfermagem, quanto à prevenção, identificação e manejo da violência contra crianças e adolescentes. Neste sentido, foi buscado entender quais as principais estratégias percebidas pelos graduandos sobre a prevenção, identificação e manejo desse tipo de violência, identificar como este conteúdo é trabalhado no curso e descrever o preparo para a atuação profissional em casos de VCCA. Tais informações foram obtidas a partir do olhar do estudante e avaliadas à luz do modelo biopsicossocial.

As vivências relacionadas a VCCA reportadas pelos estudantes de Enfermagem e Medicina, aqui observadas, foram marcadas por relatos de insegurança para lidar com os casos, originada por uma abordagem esparsa e escassa do fenômeno, tanto do ponto de vista teórico, quanto prático. Além disso, os estudantes relataram não notarem uma boa articulação entre teoria e prática, tendo em vista que algumas das vezes houve divergência entre o que foi visto na sala de aula e o que foi presenciado nos cenários de assistência à saúde.

Chama atenção também, dentro das vivências relatadas, a carência de conhecimentos sobre prevenção da VCCA e por vezes o descrédito às ações de prevenção pela falta de oportunidade de experienciá-las durante as aulas práticas. Os relatos indicam que a formação acadêmica sobre o tema foi considerada limitada, com dificuldades relacionadas ao processo de notificação e ao entendimento de sua importância, bem como ao entendimento da rede de cuidados envolvida no enfrentamento a VCCA.

As percepções e vivências dos estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem sobre a violência contra crianças e adolescentes assentam-se em dimensões pessoais e experiências teórico-práticas ao longo da formação, as quais podem influenciar a sua atuação enquanto profissional de saúde.

Durante a pesquisa, a leitura dos PPCs dos cursos direcionou à compreensão sobre aspectos dos currículos dos cursos estudados.

No contexto deste estudo, observa-se que, embora o PPC do curso de medicina do qual os estudantes foram entrevistados vise desenvolver habilidades e competências para a resolução de problemas de saúde, considerando os determinantes sociais, históricos e políticos dos pacientes, ele menciona a violência apenas como uma das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) (UFPE, 2019). Isso reforça o caráter biomédico da violência na visão do referido curso, o que é compatível com a conceituação de violência elaborada pelos

estudantes, os quais tendem a focar nos impactos físicos e mentais, além do prejuízo ao desenvolvimento.

O PPC de Enfermagem da UFPE apresenta abordagem semelhante da temática, ao citar a violência na interpretação do reconhecimento, manejo e prevenção da violência, porém direcionando ao contexto específico da violência da mulher (UFPE, 2010), contradizendo um pouco o que é dito pelos estudantes de enfermagem, que referem ter contato com o tema em disciplinas de pediatria e pouco citam a violência contra a mulher.

Levando as DCNs (Brasil, 2001) e os PPCs dos cursos de Medicina e Enfermagem da UFPE (UFPE, 2010; UFPE, 2019) em consideração para a avaliação dos resultados obtidos, um dos primeiros pontos observados no discurso dos estudantes é que o conceito de violência se dá enquanto a produção de um dano físico ou psicológico produzido por um outro indivíduo, implicado de responsabilidade sobre a vítima (criança ou adolescente).

Esta visão dialoga com a definição de violência estabelecida pela OMS (Krug et al., 2002). Contudo, este ponto inicial já nos leva a entender que a percepção geral dos estudantes, mesmo contemplando aspectos para além do físico, ainda não se insere, de imediato, dentro do paradigma biopsicossocial. Essa nuance evidencia que a visão expressa pelos estudantes, em sua maioria, não apenas tende a desconsiderar a existência de violência comunitária ou institucional, mas também destaca principalmente os aspectos de prejuízo à funcionalidade do indivíduo ou a possibilidade de que este dano provoque desvios da normalidade.

Além disso, algumas falas dos estudantes remetem a uma abordagem biologicista do comportamento humano, na qual a violência é entendida como resultante dos instintos (Minayo e Souza, 1997). Termos como “agressão” exemplificam a visão biomédica arraigada no inconsciente dos estudantes, evidenciando a necessidade de integrar uma visão psicossocial ao modelo biológico. Isso também se manifestou quando, ao serem questionados sobre a violência de forma ampla, alguns estudantes trouxeram em suas falas um enfoque à assistência à violência em seu aspecto físico e material.

É interessante notar que um dos aspectos biopsicossociais da VCCA é a existência de uma disparidade de poderes. A compreensão desse aspecto é observada, na fala dos participantes, quando eles se valem de expressões como “inocência”, ou então quando apontam sobre a pequena capacidade de resposta ou de defesa da criança. Os estudantes não chegam a citar de forma explícita que o perpetrador da VCCA tenha maior poder em algum aspecto, mas parece existir o entendimento de que as vítimas têm menor poder ou estão mais vulneráveis.

Esse entendimento é de suma importância, tendo em vista que, dada a frequente dependência da vítima com relação ao abusador nos contextos de violência, a VCCA pode ser

desencadeadora de um *Betrayal Trauma*⁵ (Allard *et al.*, 2019), o qual por sua vez tem associação com transtornos futuros, como Transtornos de Personalidade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Tirone *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado na Turquia estudantes do 3º e do 4º ano de Enfermagem utilizaram metáforas para descrever os impactos do abuso infantil. Neste estudo os estudantes pareceram compreender as violências como um fenômeno de magnitude semelhante a desastres (Turan; Söyünmez, 2022). Estas compreensões dos impactos e do conceito da violência são de grande importância para o enfrentamento da VCCA, tendo em vista que, para resolver problemas, é necessário dar visibilidade a eles, aprendendo a identificá-los e é adquirindo meios para preveni-los.

Dito isso, inclui-se também a capacidade de identificar e categorizar a violência em tipos ou em naturezas. No estudo, chama atenção que apesar de muitos terem conseguido identificar e descrever violências, se levarmos em consideração as definições da OMS sobre os tipos e naturezas da violência (Krug *et al.*, 2002), a maior parte dos participantes não citou de forma literal ou completa esta classificação. Neste sentido, vale salientar a importância do entendimento e das classificações das violências, tendo em vista que a negligência (de maneira literal) é pouquíssimo relatada pelos participantes, fator que chama atenção, pois a negligência é a forma mais prevalente de VCCA (Pasian *et al.*, 2013).

No entanto, mesmo sem ter nomeado a negligência de forma literal, alguns dos estudantes mencionam a negação de direitos como forma de violência, esboçando um distanciamento do modelo biomédico em direção ao biopsicossocial, ao enxergar dimensões que vão além de “agressões” propriamente ditas, entrando na dimensão social do fenômeno.

Tais resultados são condizentes com estudos quantitativos sobre o tema. Em um estudo realizado na Itália, foi aplicado um questionário de 18 itens de múltipla escolha a estudantes do último ano de enfermagem para avaliar seu conhecimento sobre VCCA e se as lacunas do conhecimento estavam ligadas a treinamento insuficiente durante a graduação. Na autoavaliação, 66,3% dos participantes tiveram um desempenho inferior ao satisfatório acertando menos de metade das respostas. Este estudo mostrou um conhecimento objetivo baixo sobre negligência à criança nesta população, com maior domínio sobre violência física em relação à sexual, o que pode ser atribuído ao fato de que discutir violência sexual ainda é considerado um tabu (Sá *et al.*, 2024). Houve melhor desempenho quanto à violência por negligência, o que é surpreendente visto que apenas 6,9% dos estudantes reconhecerem-na

⁵ Trauma de Traição, em tradução livre.

como a forma mais comum de violência (Lupariello; Mattioda; Di Vella, 2023). Estes resultados são compatíveis com o presente estudo, tendo em vista a rara abordagem da negligência nas falas analisadas.

Neste mesmo estudo, 77,7% avaliaram seu nível de conhecimento como inferior a 5 numa escala de 0 a 10 (Lupariello; Mattioda; Di Vella, 2023). Apesar do presente estudo tratar-se de um trabalho qualitativo, estes dados se correlacionam aos estudos quantitativos pois a grande maioria dos participantes não se sentiu segura quanto ao próprio preparo para lidar com situações de VCCA.

Em outro estudo italiano, 179 estudantes de medicina foram submetidos a aplicação de questionário de múltipla-escolha com 14 questões sobre o tema da VCCA, sendo que 12 correspondiam a questões sobre maus tratos físicos, abuso sexual e negligência. Os resultados questionários mostraram insegurança e baixo conhecimento em VCCA, com a maioria dos alunos pontuando menos da metade das respostas corretas. Além disso, salienta-se o fato de que 98,8% avaliaram seus conhecimentos no tema com uma pontuação inferior a 5 (numa escala de 0 a 10) e que algumas formas de violência (como a psicológica), não foram abordadas (Lupariello, *et al.*, 2022).

Estes dados também dialogam com os dados do presente estudo ao, novamente, trazer as questões de insegurança e da má autoavaliação com relação aos conhecimentos envolvidos no enfrentamento da VCCA, bem como da heterogeneidade nos conhecimentos adquiridos ao longo da graduação, ao se tratar de diferentes naturezas da violência.

Isso é algo a se levar em consideração em termos de educação em saúde, visto que não apenas os diferentes tipos de violência são identificados e manejados de forma diferentes, como também geram diferentes atitudes por parte dos profissionais de saúde (Gürsoy; Mehmet, 2023). Por outro lado, diferenças culturais podem fazer com que algumas pessoas não enxerguem violências como tal e influenciar na percepção da violência de alguns atos (Alnasser *et al.*, 2017), a exemplo de culturas nas quais o valor da criança reside em ser um bom filho para os pais, sem que isso necessariamente seja recíproco (Boroon *et al.*, 2023).

A necessidade de compreender e identificar os vários tipos e naturezas de violência também se torna mais evidente quando observamos que alguns estudos afirmam que os profissionais que trabalham na emergência têm mais probabilidade de encontrar casos de violência (Lee; Lee, 2022), pois nos leva a questionar se de fato os trabalhadores de setores de emergência têm mais probabilidade de encontrar casos de violências ou se isto está mais associado a tipos e naturezas específicas de violência. Essa pergunta se aprofunda, pois a negligência é a forma mais prevalente de VCCA e há evidências de que pode ser mais difícil

para alguns profissionais de saúde identificarem e notificarem violência psicológica e negligência do que violência física e sexual (Gürsoy; Mehmet, 2023).

Dentre outras habilidades práticas citadas para lidar com a VCCA, a mais citada foi a capacidade de identificação (incluindo a percepção de sinais visíveis e não visíveis) dos casos de VCCA, incluindo sintomas internalizantes e baixo rendimento escolar. Essa visão se estende para alguns outros estudos, nos quais médicos referem que tem função de identificar, porém não de adereçar outros aspectos da violência (Kong *et al.*, 2018).

Alguns dos participantes conseguiram também mostrar a compreensão sobre os determinantes sociais envolvidos com a violência intrafamiliar. Ainda, destacam (não na conceituação, mas na causalidade do fenômeno) questões como sobrecarga do cuidador, dificuldade de acesso a informações sobre parentalidade e a necessidade de educação parental. Estes aspectos dos discursos dos participantes evidenciam que, mesmo diante da relatada escassez na oferta de conteúdos e vivências sobre o fenômeno na graduação, há uma compreensão para além do modelo biomédico.

Esse achado sugere que, para que prática e teoria consigam se integrar, é necessário investir na mudança da forma como esses conhecimentos, habilidades e competências são construídos ao longo da graduação.

É necessário também que os educadores da saúde mostrem a importância da adequada condução do caso, tomando-se como base a Linha de Cuidados (Brasil, 2014b), para se evitar os efeitos devastadores da VCCA na vida de crianças e adolescentes. Também é preciso sensibilizar o estudante para que, nele, se possa elicitar a empatia com as vítimas de violência e a convicção do poder transformador de uma atuação prática responsiva nos casos de VCCA.

Para além da necessidade de implicar estudantes e docentes sobre seu papel social a partir de uma postura crítico-reflexiva e humanística, como é orientado pelas DCNs (Brasil, 2001; Brasil, 2014c), é importante pensar sobre como conduzir estratégias de ensino-aprendizado que levem a este fim. Assim é necessário fazer uso de estratégias dialógico-problematizadoras, bem como de metodologias ativas como ferramenta para esta construção. Este tipo de metodologia permite ao estudante se inserir, de diversas formas, no cenário específico, fomentando a autonomia e oferecendo oportunidade de aplicar os conhecimentos e habilidades adquiridos para aquele cenário. Além disso, há também a oportunidade de receber *feedbacks*, otimizando o processo de ensino-aprendizado.

Em um estudo coreano sobre aprendizado baseado em simulações de casos de Violência Doméstica, por exemplo, foram avaliados escores de desempenhos de alunos de Medicina do 3º e 4º ano de cinco universidades na Coreia do Sul. Neste estudo observou-se que o padrão dos

estudantes não foi “centrado no paciente” e sim “centrado no evento” neste estudo. Os estudantes definiram o perpetrador focando na violência e sugeriram soluções como acompanhamento psicológico (Kong *et al.*, 2018), intervenção por vezes sugerida também pelos participantes do presente estudo.

Com relação também a percepção sobre as habilidades necessárias ou adquiridas para lidar com estes casos, chama atenção que a maioria dos estudantes referiu nunca ter tido contato com a Linha de Cuidados. Este aspecto pode ser um dos que explica um repertório limitado quanto às estratégias para o manejo dos casos de violência e a insegurança reportada pela quase totalidade dos estudantes entrevistados. Muitos afirmam não entender o que deve ser feito diante de um caso de violência, bem como quais os próximos passos e processos envolvidos no manejo dos casos de VCCA.

Apesar disso, muitos dos graduandos conseguem compreender a delicadeza da questão e necessidade de acolhimento, não apenas da criança e do adolescente em situação de violência, mas também de seus responsáveis. Em alguns outros estudos, é observado que o contato com cenários de violência pode levar a uma série de sentimentos negativos e até a comportamentos julgadores por parte dos profissionais em contato com estas situações (Tweedlie; Vincent, 2019). Contudo, mesmo reconhecendo a importância do acolhimento, os estudantes ainda parecem não compreender a amplitude dos espaços e sujeitos envolvidos na rede de enfrentamento à violência. Consequentemente, também parecem não ter plena compreensão da extensão de seu próprio papel futuro nesse contexto, sentindo-se inseguros em relação às situações que poderão enfrentar no futuro.

Isto corrobora com um outro estudo, no qual foi aplicado um questionário sobre conhecimentos e atitudes de estudantes de medicina, residentes de pediatria e pediatras sobre VCCA na Arábia Saudita. Nele, 62% expressaram escassez de conhecimento sobre a existência de serviços institucionais de proteção à criança (Alnasser *et al.*, 2017).

Esta insegurança relatada pelos participantes deste estudo é evidenciada em outras pesquisas, nos quais os profissionais de saúde relatam insegurança e incerteza para lidar com os casos de VCCA. Os participantes destes estudos atribuem essa insegurança à formação incipiente, superficial e focada predominantemente na teoria na graduação, bem como a falta de contato prático, conhecimento ou habilidades relativas à VCCA (Tweedlie; Vincent, 2019; Gürsoy; Mehmet, 2023; Magalhães *et al.*, 2021; Kong *et al.*, 2018; Mouatadir *et al.*, 2023), impactando no manejo dos casos e nos conhecimentos e atitudes acerca da VCCA (Boroon *et al.*, 2023; Lee; Lee, 2022).

Somado a isto, outro fator que causa muita insegurança nos estudantes e profissionais quanto ao manejo do tema está relacionado ao medo de represálias ou consequências legais, de modo que os aspectos éticos e legais do manejo da VCCA também devem ser orientados durante a formação do profissional de saúde (Kong *et al.*, 2018).

Há um estudo no qual foi aplicado questionário de 4 dimensões entre 2020-2021 para 370 graduandos, residentes, estudantes de mestrado e doutorado em enfermagem sobre percepções habilidades e práticas em VCCA. Nele, 23,2% dos participantes afirmaram que os profissionais de enfermagem não deveriam intervir nos casos de maus tratos a crianças (Mouatadir *et al.*, 2023). Este dado parece não ser consonante com os resultados do nosso estudo, no qual todos os participantes pareceram afirmar a importância de sua profissão no enfrentamento a VCCA de alguma forma.

Além disso, são poucos os participantes que referem ter tido contato com políticas públicas relacionadas à VCCA ou com estratégias de prevenção contra o fenômeno. A maioria dos que mencionam ter tido contato com estas estratégias não as citam ou, quando indagados, citam estratégias relacionadas à denúncia ou a própria identificação dos casos de violência.

Dentre as estratégias de combate e prevenção à VCCA, podemos citar sistemas de proteção social, qualificação e capacitação dos profissionais (de saúde, educação e assistência social), fortalecimento da parentalidade (e educação parental), planejamento das ações em saúde de forma intersetorial, garantia de sistemas de proteção e de leis a favor das crianças e dos adolescentes e notificação compartilhada entre os setores de saúde e justiça (Linhares, 2023). Deve-se destacar que a capacitação dos profissionais não deve ser limitada àqueles que trabalham na assistência das vítimas, mas também deve ser estendida aos profissionais envolvidos com o ensino nas graduações de saúde.

É interessante notar que os participantes também conseguiram identificar a necessidade de educação parental para mudança de crenças e comportamentos violentos transmitidos entre gerações. Ou seja, alguns dos estudantes compreendem o ciclo da violência e enxergam a necessidade de quebrá-lo. São poucos os estudos que correlacionam a percepção dos estudantes sobre as práticas de educação parental e seu papel na prevenção da VCCA.

A visão elicitada pelos participantes vai de encontro ao que é preconizado nas DCNs no sentido de formação de profissionais com visão “humanista, crítica e reflexiva” (Brasil, 2001). Chama atenção que, diante do conteúdo das entrevistas, no geral essa compreensão não vem daquilo que é ofertado apenas nos espaços teóricos de ensino, mas especialmente advém de um pensamento crítico originado a partir das vivências experienciadas nos cenários práticos de ensino e aprendizagem. Apesar disso, analisando as falas dos participantes, é possível

compreender que, ainda que o cenário prático seja um campo fértil para o aprendizado, a participação de preceptores e docentes presentes nestes cenários parece ocorrer de forma bastante heterogênea.

Inclusive, com relação às experiências vividas, alguns participantes também apresentaram uma postura crítica com relação à condução do caso por seus preceptores e até apontaram momentos em que houve maior distanciamento entre a prática e a teoria, bem como momentos de julgamentos realizados pelos profissionais. Na percepção dos estudantes, estes comportamentos pareceram levar a deficiências na assistência e no ensino prestados e configuraram, em si, uma nova forma de violência.

Dentro deste tema, alguns dos relatos evidenciam a forma como profissionais de saúde, mesmo que numa posição de ensino, acabam negligenciando necessidades em saúde dos usuários e indo na contramão de princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como o da equidade (Noronha; Pereira, 2013) e ao princípio bioético de justiça (Koerich; Machado; Costa, 2005). Nesses casos, uma das possíveis consequências é proporcionar ao usuário a visão de que os serviços de saúde seriam ambientes potencialmente hostis, visão esta que poderia acabar por distanciar o usuário do serviço e minar seu acesso, conservando assim um ciclo de violência e desigualdade.

No que se refere ao tema “Aprendizados e reflexões sobre situações de violência na relação de profissionais com usuários”, observa-se que, em determinados momentos, profissionais que deveriam utilizar sua experiência para conduzir os casos atendidos nos serviços de saúde podem, eventualmente, adotar comportamentos violentos. Os relatos desta seção chamam atenção e reforçam a necessidade de educação permanente, bem como de estratégias de sensibilização dos próprios profissionais de saúde e daqueles que educam em saúde numa perspectiva biopsicossocial e não reducionista⁶ (Giovanella *et al.*, 2012).

Assim, a necessidade de se aproximar do modelo biopsicossocial para o preparo dos atuais e futuros profissionais de saúde se dá não apenas para o manejo da violência, mas também para entender as particularidades e necessidades dos usuários de saúde (Giovanella *et al.*, 2012), bem como os limites éticos da profissão, num mundo dinâmico de mudanças sociais.

Quando analisados os participantes que mencionam estratégias – como educação parental, campanhas educativas em espaços públicos, visitas domiciliares, fortalecimento dos vínculos afetivos e capacitação dos próprios profissionais de saúde –, eles parecem desencantados com essas possibilidades. Embora reconheçam a viabilidade teórica dessas

⁶ Relacionado ao modelo biomédico, na qual muitos destes educadores em saúde se formara.

estratégias, afirmam que nunca as viram aplicadas na prática. Isso pode, em parte, explicar por que, embora os participantes demonstrem uma postura crítica e reflexiva, essa postura nem sempre se traduz em atitudes concretas nos cenários de aprendizado prático.

Isso nos direciona a outro problema evidenciado nas falas dos participantes: a distância entre prática e teoria. Embora alguns mencionem terem tido aulas que abordaram o tema, muitos relatam que, frente a situações de VCCA, a prática de alguns profissionais (professores, preceptores, profissionais assistentes nos cenários de prática) não dialogou com o que foi ofertado em termos de aprendizado teórico sobre o enfrentamento do fenômeno.

Além da distância entre práxis dos profissionais e teoria, algo que pode agir como uma barreira no processo de ensino-aprendizagem sobre a VCCA é a distância temporal entre a oferta das experiências teóricas e das vivências práticas. Alguns estudantes relatam que esse conteúdo é visto em matérias iniciais, às vezes dos primeiros períodos do curso. Nesse momento o estudante não tem contato com os cenários de prática clínica, podendo levar a uma maior dificuldade de aplicar os conceitos neste momento, de sedimentar estes conteúdos, e até mesmo de gerar dúvidas que impulsionam o aprendizado, visto que muitas dessas dúvidas se darão a partir do contato com as situações. Isto também contradiz alguns dos pontos das DCNs de 2001, os quais preconizam o contato precoce do estudante com a prática, bem como a articulação teórico-prática (Brasil, 2001). Esta perspectiva ressalta a necessidade de uma abordagem do tema de forma continuada e longitudinal durante o curso.

Essas afirmações dialogam com um estudo desenvolvido ao longo do internato de um curso de Medicina: 235 estudantes de medicina que passaram para o internato (que dura 18 meses) entre os anos de 2019 e 2020. Os participantes completaram um questionário de 49 itens no primeiro mês do internato e ao final do internato sobre VCCA. Houve aumento significativo do conhecimento sobre prevenção e de práticas sobre prevenção, ao longo do internato. Contudo, a pontuação diminuiu quando avaliadas atitudes com relação ao diagnóstico e notificação dos casos de VCCA (Boroon *et al.*, 2023).

Ademais, as falas dos participantes neste estudo, juntamente com os resultados obtidos em outras pesquisas (Lee; Lee, 2022; Lupariello; Mattioda; Di Vella, 2023), levantam a possibilidade de que o preparo teórico oferecido possa ser insuficiente, considerando a insegurança para lidar com os casos e a dificuldade em nomear certos aspectos das violências. Os participantes mencionaram terem tido aulas teóricas e expositivas sobre o tema, além de rodas de conversa. Dessa forma, podemos indagar se o problema reside não no conteúdo em si, mas na forma como esse conteúdo é abordado.

Em um outro estudo (já citado anteriormente) que investiga o tema, a maior parte dos estudantes dos primeiros períodos viu o conteúdo de forma superficial, e tinha a expectativa de que o assunto fosse ser melhor abordado no futuro. No entanto, a abordagem seguiu sendo superficial e, ao final do curso, 44% dos alunos daquele estudo não se sentiam preparados para lidar com situações de violência (Koifman; Menezes; Bohrer, 2012). É oportuno mencionar novamente este estudo e outros dados que indicam uma percepção similar: uma grande parcela dos alunos ainda não se sente preparada para lidar com a VCCA. O que torna essa comparação preocupante é o fato de que, há 12 anos, em 2012, esses dados e essa defasagem já existiam, e, hoje, a percepção dos estudantes permanece praticamente inalterada.

No presente estudo, muitos estudantes relataram receio de lidar com aspectos emocionais e delicados dos casos, uma dificuldade também observada em trabalhos de simulação de VCCA. Em um desses estudos, alguns participantes descreveram que as reações dos atores envolvidos na simulação comprometeram o plano previamente estabelecido. Eles também se sentiram desconfortáveis por não saber como responder às perguntas da mãe sobre os próximos passos do processo e perceberam uma dificuldade maior do que esperavam para fazer perguntas potencialmente constrangedoras (McClure *et al.*, 2020).

Tendo em vista o caráter prático e o relato de insegurança dos estudantes para lidar com os cenários de violência na prática, bem como as deficiências sobre o uso da Linha de Cuidados, é possível que uma abordagem continuada do fenômeno e baseada em metodologias ativas fosse mais proveitosa para este aprendizado, tornando-a mais profunda e facilitando uma aprendizagem que se aproxime mais do conceito de aprendizagem significativa (Farias, 2022), assim, tornando-a mais sólida ao aproveitar estruturas cognitivas e experiências vividas pelos estudantes. Dito isso, entender e avaliar de forma contínua o que os estudantes entendem ou sabem sobre o assunto pode aprimorar o aprendizado acerca do manejo da VCCA.

Assim, talvez fosse mais interessante que o tema fosse abordado de forma participativa (Lupariello; Mattioda; Di Vella, 2023) e contínua ao longo da graduação, bem como que se estimulasse nos alunos a visão dos cenários de atuação prática e estágio como ambientes férteis para aprendizado sobre o tema, com base na autonomia e na proatividade para o esclarecimento de dúvidas sobre os temas presenciados.

Além disso, seria interessante que a teoria contasse com a presença de metodologias ativas e, possivelmente com ferramentas como o Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE), Simulações (Lee; Lee, 2022) e *Team Based Learning*, dentre outros. Nestas práticas, poderia ser construído um cenário clínico no qual o estudante poderia desenvolver ou testar as

habilidades e conhecimentos esperados deles, dentre eles os de reconhecimento, acolhimento, notificação e seguimento na rede de saúde.

Esta necessidade de inserção de novas metodologias de ensino-aprendizado durante a formação de profissionais de saúde é reforçada pela dificuldade apresentadas pelos estudantes na entrevista sobre como dar seguimento aos casos de VCCA, podendo indicar a dificuldade destes em desenvolver e lançar mão de estratégias de resolução de problemas, competência preconizada ao Médico e Enfermeiro pelas DCNs. Assim, é interessante fomentar o uso de estratégias de ensino e aprendizagem baseados na resolução de problemas (como *Problem Based Learning*), capazes de melhorar a capacidade de resolução de problemas e de raciocínio crítico (Sharma *et al.*, 2023).

Especialmente, é necessário lançar mão de estratégias de ensino-aprendizagem que aliem prática e teoria, como preconizado nas DCNs, tendo em vista que os estudos têm mostrado que o ensino teórico sozinho não tem sido suficiente para elicitar a consolidação de conhecimentos, competências e habilidades desde a graduação (Lupariello; Mattioda; Di Vella, 2023).

Além disso, em algumas formas específicas de violência, como o *cyberbullying*, a inserção do uso das tecnologias de informação e de inteligência artificial poderiam ser úteis para o manejo, mas também para o ensino e aprendizagem (Gómez-Cantarino *et al.*, 2022). Todavia, estes recursos podem representar também mais uma exigência à formação dos docentes em educação, que precisam ser capacitados a utilizá-las.

Com relação ainda à dimensão social e à necessidade de abordagem intersetorial da VCCA, os alunos pareciam entender a necessidade de uma visão multiprofissional. No entanto, eles não conseguiam desenvolver uma explicação para a integração entre as profissões, cabendo ao médico e ao enfermeiro a responsabilidade pelos problemas de ordem física, enquanto outros profissionais, como o assistente social, seriam mais habilitados para lidar com as demandas sociais. Além disso, os participantes apresentaram dificuldades em nomear mais de um dos componentes das redes de proteção à criança (políticas de saúde, assistência social, educação, segurança pública, direitos humanos e justiça) (Corrêa, 2018).

Os casos de VCCA, no entanto, devem ser conduzidos não apenas de forma multiprofissional, visto que isto tornaria o processo fragmentado. Devem ser conduzidos, de fato, como um processo, de maneira intersetorial e interprofissional, cabendo ao profissional da assistência, além da identificação e acolhimento das vítimas e suas famílias, a notificação e o diálogo com os outros profissionais e setores envolvidos para o estabelecimento dos planos e

acompanhamento das crianças, adolescentes e suas famílias, vítimas de violência (Ishii *et al.*, 2020).

Isto se concatena com a percepção de alguns, que abordaram a necessidade de intervenções ou manejo do caso como um caso de VCCA apenas diante da confirmação de violência ou em casos em que a violência atingisse uma suposta intensidade (ou que fosse física). Inclusive, uma parte considerável dos participantes considerou que o caso presenciado na faculdade foi bem conduzido quando houve confirmação e alguns chegaram a citar a presença de casos suspeitos de violência, porém quando o faziam parecia haver um tom de minimização do problema com expressões como “só suspeita”.

Tal percepção pode ser um dos fatores que explica o fenômeno da subnotificação e decréscimo de notificações de violência (Lupariello; Mattioda; Di Vella, 2023), se contrapondo ao aumento dos registros de BOs evidenciados nos últimos anos. Isso ocorre não apenas pelo entendimento centrado numa perspectiva biomédica de que a violência só deva ser notificada quando houver dano visível, mas também pelo entendimento que este dano precisa ser confirmado para que seja real e do interesse do profissional de saúde.

Também chama atenção que esta perspectiva pode estar relacionada à falta de entendimento do profissional de saúde sobre seu papel na atenção à violência. A crença de que haja necessidade de confirmar a ocorrência de violência leva à conclusão de que muitos acreditam ser função do profissional de saúde a tarefa de investigação jurídica, criminal ou policial do caso – tarefas que, na realidade, fogem do escopo das atividades do profissional de saúde, o qual deve identificar as situações suspeitas de violência e não provar crimes (Turan; Söyünmez, 2022). Num contexto de VCCA e violências no geral, estas atividades estariam mais ligadas àquelas descritas na Linha de Cuidados: Acolhimento, Atendimento, Notificação e Seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

Talvez o não entendimento das funções do profissional de saúde neste contexto esteja também ligado ao não entendimento do fenômeno da violência como algo que demande uma abordagem biopsicossocial e intersetorial, gerando lacunas na compreensão da VCCA e em seu manejo e prevenção, implicando em importantes danos à população geral.

A ideia de que a violência teria que ser confirmada para ser notificada pode estar enraizada não apenas numa ideia de judicialização como apontada acima, mas também na falta de clareza da função da notificação. O entendimento da notificação como um instrumento de denúncia e de intervenção policial/de autoridades, como descrito por alguns participantes⁷,

⁷ Ver Quadro 3.

justificaria a suposta necessidade da confirmação e aventaria um suposto caráter punitivista da notificação.

É possível que este entendimento expresso por alguns dos estudantes justifique parte dos receios apresentados por eles, como o de entrar em conflito com os cuidadores das crianças e adolescentes em situação de violência, bem como de terem sua própria segurança em risco por este motivo. Estes resultados dialogam com o que é descrito por Rolim *et al* (2015), visto que alguns fatores como pouca experiência profissional, falta de conhecimento sobre a ficha de notificação, baixa confiança nos órgãos de proteção e medo de consequências legais são fatores associados à não notificação.

É importante salientar que a notificação de violência, além de compulsória, é uma importante ferramenta epidemiológica, desencadeando a geração de dados que subsidiam políticas de saúde (Garbin *et al.*, 2015). Nesse sentido, a subnotificação se torna um problema, uma vez que ocorreria uma subestimativa do número real de casos e, portanto, do impacto do problema no território.

As ideias sobre os papéis da notificação, colocados pelos estudantes nesta pesquisa, não estão em consonância com aquilo que é preconizado acerca dos deveres e responsabilidades do profissional de saúde diante da VCCA. Assim, elas levam, conseqüentemente, a um receio de adereçar o assunto com os responsáveis pelas crianças e adolescentes, tendo em vista a possibilidade de que estes mesmos sejam os autores das violências em questão. Toda essa linha de raciocínio leva a outros receios com relação ao próprio preparo para lidar com certos aspectos da violência, como com o cuidado com a família, o medo de represálias dos autores da violência, dentre outros. Pelo discurso apresentado, parece que estes receios podem se comportar como barreiras para o aprendizado do tema, para o contato com o tema e até mesmo para a realização do melhor manejo possível, mesmo quando se enxerga que há um problema, como é visto em diversos outros estudos.

Retomando-se as DCNs (Brasil, 2001) para os cursos da saúde (ainda vigentes para o curso de enfermagem), os estudantes devem receber uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, desenvolvendo, ao final do curso habilidades e competências relacionadas a Atenção à Saúde, Tomada de decisões, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento e Educação Permanente. Estas competências deverão estar pautadas nas dimensões biopsicossociais dos processos saúde e doença e devem se estender ao manejo da VCCA.

Já nas novas DCNs para o curso de medicina (Brasil, 2014c), as competências são divididas em Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Desta forma, seria

esperado que os estudantes de medicina, adquirissem, ao fim do curso, também estas competências para lidar com a VCCA.

Assim, as DCNs têm o potencial de moldar a formação, ao direcionar os Projetos Pedagógicos dos Cursos, levando a mudanças curriculares importantes, mesmo que ainda existam dificuldades para sua implementação como “à lacuna na adoção de novas estratégias educacionais, à necessária integração curricular com o Sistema Único de Saúde (SUS), à falta de atuação e centralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), à ausência de formação interdisciplinar e interprofissional e à carência de alinhamento de objetivos e ações entre docentes, coordenadores de curso e gestores do SUS” (Oliveira *et al.*, 2021, p.3).

Nota-se que as dificuldades relacionadas à implementação das DCNs se encontram, em alguns pontos, com as dificuldades observadas neste estudo com relação aos processos de ensino-aprendizado sobre VCCA para estudantes de medicina e enfermagem. Assim, se torna necessário um fortalecimento destes aspectos para a adequada implementação das DCNs, ao mesmo tempo que seria interessante que as DCNs reforçassem a necessidade aquisição de conhecimentos, habilidades e competências para o enfrentamento da VCCA e de outras formas de violência.

Quanto às limitações deste estudo, menciona-se que, diante do instrumento construído para a entrevista, não foi possível avaliar as competências e habilidades dos estudantes a respeito da VCCA. Além disso, nota-se uma escassez de falas a respeito de adolescentes, o que não significa que o adolescente sofra menos violência, mas sim que ainda há pouca visibilidade para o problema da violência na adolescência, mesmo por que as causas externas (incluindo-se as violências), continuam a ser a primeira causa de óbitos nesta faixa etária (Malta *et al.*, 2021). Outra das limitações foi que, apesar de a amostra ter sido determinada por saturação de dados, houve uma baixa resposta ao contato para a realização da pesquisa. Isto pode também levantar a possibilidade de que o tema ainda cause insegurança, constrangimento ou desconforto.

Por fim, há pouquíssimos estudos (Gürsoy; Mechmet, 2023; Lupariello; Mattioda; Di Vella, 2023) que exploram a percepção dos graduandos e profissionais de medicina e enfermagem sobre VCCA, especialmente poucos estudos qualitativos. Isto coloca em evidência não apenas uma lacuna de pesquisa, mas também uma possível lacuna em termos de ensino e assistência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências relacionadas a VCCA dos estudantes de Enfermagem e Medicina, aqui observadas, foram marcadas por experiências pontuais com casos vistos em cenários de práticas e abordagem teórica escassa. Somada a escassez da abordagem, foi relatado o distanciamento entre teoria e prática. Os relatos indicam que a formação acadêmica sobre o tema foi considerada limitada, com dificuldades relacionadas ao processo de notificação e à aplicação prática do conhecimento adquirido.

Estas dificuldades, relatadas pelos participantes, estiveram relacionadas a questões como inadequações no manejo dos casos experienciados e a superficialidade da abordagem teórico-prática do tema ao longo do curso.

Isto posto, é importante ressaltar que as profissões de Medicina e Enfermagem são, em muitos casos, as primeiras a terem contato com casos suspeitos de VCCA nos mais diversos cenários de assistência à saúde, tendo sido, por este motivo, escolhidos para este estudo. Desta forma, é essencial que estes profissionais recebam uma educação que ofereça as bases para o cuidado integral à saúde das crianças e adolescentes vítimas de violência, bem como às suas famílias.

Diante dos aspectos avaliados, os entrevistados também parecem se sentir inseguros e com baixos níveis de conhecimento sobre as diferentes formas de violência, como resolver problemas associados a estes casos, tendo em vista a distância entre teoria e prática, bem como a insuficiência teórica e prática da abordagem do problema nos currículos. Alguns participantes relatam, inclusive, não terem presenciado situações de violência ou, ao presenciarem, afirmaram que nada foi feito em relação ao aspecto da violência nos atendimentos.

Apesar de conseguirem citar algumas questões sociais envolvidas no fenômeno da VCCA e de entenderem os impactos da violência, eles também reportam muitos receios quanto a algumas questões práticas com as quais podem se deparar ao longo do atendimento de uma criança ou adolescente em situação de violência, a exemplo da notificação, da coordenação do trabalho interprofissional e intersetorial, das estratégias de prevenção e da comunicação com os responsáveis.

Há relatos de que a experiência de contato com situações de violência nem sempre foi devidamente aproveitada durante a prática profissional. Muitas vezes, diante de outras demandas de saúde dos pacientes nos estágios, o manejo da violência acabou sendo relegado a segundo plano.

Os achados deste estudo podem colaborar para a visualização de novas formas de contribuição, enriquecendo as vivências dos estudantes. Ainda, ao tomar conhecimento das percepções apresentadas, docentes e preceptores podem utilizar essas informações para enriquecer sua prática, incentivando os estudantes a reconhecerem os cenários práticos e teóricos como oportunidades essenciais para o aprendizado. Isso pode ajudar a esclarecer dúvidas e a promover uma compreensão mais profunda sobre a VCCA ao longo da formação profissional.

Estes achados apontam, ainda, a necessidade patente de investir em novas formas de ensino e aprendizado sobre VCCA, de maneira a perceber a importância de abordar este tema de forma longitudinal e integrada, ao longo da graduação, bem como de fortalecer as pontes entre ensino prático e teórico. Além disso, também fica evidente a necessidade de investir na educação continuada dos profissionais e dos docentes sobre o tema, de maneira a reforçar sua importância e a necessidade de reconhecimento e enfrentamento ao problema diante do contato com ele nos campos de prática e estágios.

Outra questão que pode ser apontada é a necessidade de maior diálogo entre os setores envolvidos no enfrentamento a VCCA, no sentido de fortalecer o trabalho intersetorial. Algo muito interessante poderia ser o cruzamento ou geração conjunta dos dados sobre a VCCA entre os setores de saúde, jurídico e educacionais, que ainda trabalham de forma pouco integrada – fator exemplificado por algumas falas dos participantes e pelos estudos citados.

Ademais, surgem oportunidades para a realização de novas pesquisas, explorando as perspectivas dos estudantes, com o objetivo de compreender suas principais inseguranças e vulnerabilidades no manejo da VCCA. Essas investigações podem contribuir para a elaboração e implementação de estratégias de ensino-aprendizado que ajudem a reduzir tais inseguranças, o que, por sua vez, pode minimizar os impactos da VCCA na saúde individual e coletiva, bem como no desenvolvimento infanto-juvenil saudável.

Outra lacuna identificada, tanto nas falas dos participantes quanto na literatura utilizada na discussão, refere-se às questões específicas da violência contra o adolescente. Esse grupo etário parece ser raramente, ou até mesmo não mencionado, abrindo espaço para investigações sobre o problema da violência, suas formas de enfrentamento e a educação voltada para essa questão entre adolescentes. Considerando que essa é uma população ainda altamente vulnerável a diferentes tipos de violência, é crucial explorar como essas experiências podem impactar não apenas o desenvolvimento individual, mas também o futuro da sociedade como um todo.

Nesse sentido, poderia ser de grande valia, ainda, a realização de pesquisas voltadas à avaliação das habilidades práticas dos estudantes, ou mesmo dos impactos da implementação

de metodologias ativas de ensino para a aquisição destas habilidades, não apenas com a população infantil, mas também com a adolescente.

É necessário que os docentes e preceptores consigam dialogar com os discentes, dentro e fora da sala de aula, para a promoção de uma visão biopsicossocial do problema. Esta visão, a ser construída em conjunto, pautada no cuidado integral ao indivíduo e à coletividade, deverá ser capaz de elicitar nos profissionais de saúde formados e nos estudantes a sensibilidade ao fenômeno da violência e o anseio pela transformação social e cultural dos meios nos quais estão inseridos. Assim, o ensino em saúde poderá colaborar para que se dê mais um passo em direção a cultura de paz e ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLARD, C. B.; et al. Japanese Students Do See the Value of Asking About Child Abuse and Trauma in the Research Setting. **Journal of Empirical Research on Human Research Ethics**, v. 14, n. 2, p. 141–151, jan. 2019.

ALNASSER, Y.; et al. Child maltreatment between knowledge, attitude and beliefs among Saudi pediatricians, pediatric residency trainees and medical students. **Annals of Medicine and Surgery**, v. 16, p. 7-13, abr. 2017.

ARAÚJO, J. P.; et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 67, n. 6, p. 1000-1007, dez. 2014.

BOROON, M.; et al. Knowledge, attitude, and practice regarding child maltreatment amongst Iranian medical students through internship course: an 18-month longitudinal study. **BMC Primary Care**, v. 24, n. 1, jan. 2023.

BORRES, M. P.; HÄGG, A. Child abuse study among Swedish physicians and medical students. **Pediatrics International: Official Journal of the Japan Pediatric Society**, v. 49, n. 2, p. 177–182, abr. 2007.

BOURROUL, M. L. M.; REA, M. F.; BOTAZZO, C. Pediatric residents confronted with domestic violence against children and adolescents. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.737-48, out./dez. 2008.

BRASIL. **Decreto nº 9603, de 10 de dezembro de 2018**. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília: Diário Oficial da União, 2018.

BRASIL. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição**. Brasília: Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, 2001.

BRASIL. Disque 100 registra mais de 17,5 mil violações sexuais contra crianças e adolescentes nos quatro primeiros meses de 2023. **Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania**, 17 mai. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/disque-100-registra-mais-de-17-5-mil-violacoes-sexuais-contra-criancas-e-adolescentes-nos-quatro-primeiros-meses-de-2023>>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069/90. São Paulo: Atlas, 1991.

BRASIL. **Lei nº 12015, de 07 de agosto de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília: Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. **Lei nº 13010, de 26 de junho de 2014**. Altera a Lei nº 8069, de 13 de Julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Brasília: Diário Oficial da União, 2014a.

BRASIL. **Lei nº 13431, de 04 de abril de 2017.** Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. **Lei nº 14432, de 03 de agosto de 2022.** Institui a campanha Maio Laranja, a ser realizada no mês de maio de cada ano, em todo o território nacional, com ações efetivas de combate ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes. Brasília: Diário Oficial da União, 2022.

BRASIL. **Lei nº 9970, de 17 de maio de 2000.** Institui o dia 18 de Maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Brasília: Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2010.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2014b.

BRASIL. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012.

BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014.** Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014c.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using Thematic Analysis in Psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

BUCCI, M.; et al. Toxic Stress in Children and Adolescents. **Advances in Pediatrics**, n. 63, p. 403-428. 2016.

CARVALHO-BARRETO, A. Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 2, p. 275, ago. 2016.

CASTANEDA, L. Healthcare and the Biopsychosocial Model: understand to act. **CoDAS**, v. 31, n. 5, p. e20180312, out. 2019.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. Atlas da violência 2024. Brasília: Ipea; FBSP, 2024.
Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>

CORRÊA, M. C. **Entre limites e possibilidades**: a intersetorialidade na rede de proteção da criança e do adolescente vítima de violência na cidade de Porto Alegre. 2018. 157 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Humanidades, Porto Alegre, 2018.

COSSETIN, M.; LARA, A. M. B. O percurso histórico das políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente no Brasil: o período de 1920 a 1979. **Revista Histedbr On-Line**, v. 16, n. 67, p. 115, jul. 2016.

COSTA, D. K. G.; et al. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 79-95, 2015.

DICICCO-BLOOM, B.; Crabtree, B. F. The qualitative research interview. **Medical Education**, v. 40, n. 4, p. 314-321, abr. 2006.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, n. 24, p. 213-225, dez. 2004.

EGRY, E. Y. ; et al. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 119-125, fev. 2017.

ENGEL, G. L. The Need for a New Medical model: a Challenge for Biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, abr. 1977.

FARIAS, G. B. Contributos da aprendizagem significativa de David Ausubel para o desenvolvimento da Competência em Informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 27, p. 58-76, jul. 2022.

FELITTI, V. J.; et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 14, n. 4, p. 245-258, mai. 1998.

FERREIRA, M. J. M.; et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, mai. 2019.

FERREIRA, M. M. S.; MAIA, L. C.; COSTA, S. M. CALDEIRA, A. P. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina no Brasil: mudanças no processo de formação. **Jornal de Políticas Educacionais**. V. 17, e89451. Maio de 2023.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 388-394, 1 fev. 2011.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**: 2022. São Paulo: FBSP, 2022.

GARBIN, C. A. S.; et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, jun. 2015.

GIOVANELLA, L.; et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GÓMEZ-CANTARINO, S.; et al. Theorising about child maltreatment: Narrative review on health education models, conceptual frameworks and the importance of the information and communication technologies. **Frontiers in Psychology**, v. 13, ago. 2022.

GÜRSOY, M. Y; MECHMET, F. C. Nursing students' attitudes toward reporting child abuse and neglect: A cross-sectional study in Turkey. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, v. 36, n. 3, p. 220-227, ago. 2023.

ISHII, M.; et al. Interprofessional Collaborative Practice for Child Maltreatment Prevention in Japan: A Literature Review. **Kobe Journal of Medical Sciences**, v. 66, n. 2, p. E61–E70, ago. 2020.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, p. 106–110, mar. 2005.

KOIFMAN, L.; MENEZES, R. M.; BOHRER, K. R. Abordagem do tema “Violência contra a Criança” no curso de medicina da Universidade Federal Fluminense. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 02, p. 172–179, jun. 2012.

KONG, H.-H.; et al. Medical students' clinical performance of dealing with patients in the context of domestic violence. **Korean Journal of Medical Education**, v. 30, n. 1, p. 31–40, mar. 2018.

KORSTJENS, I.; MOSER, A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. **European Journal of General Practice**, v. 23, n. 1, p. 274–279, out. 2017.

KRUG, E. G. **World Report on Violence and Health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LEE, P.-Y.; LEE, B.-O. Effectiveness of simulation-based education on nursing students' professional knowledge, attitude and self-confidence in handling child abuse cases. **Nurse Education in Practice**, v. 65, p. 103480, out. 2022

LEIVA- PEÑA, V.; RUBÍ-GONZÁLEZ, P.; VICENTE-PARADA, B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 45, p. 1, 16 dez. 2021.

LINHARES, M. B. M. **Prevenção de violência contra crianças**. São Paulo: Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2023. Disponível em: <<https://ncpi.org.br/publicacao/prevencao-de-violencia-contra-criancas/>>. Acesso em: 20 set. 2024.

LUDERMIR, A. B.; et al. Previous experience of family violence and intimate partner violence in pregnancy. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

LUPARIELLO, F.; et al. Child abuse and neglect: Are future medical doctors prepared?. **Legal Medicine**, v. 58, p. 102100, set. 2022.

LUPARIELO, F.; MATTIODA, G.; DI VELLA, G. Knowledge of child abuse and neglect in nursing students: Assessment and perspectives. **Journal of Forensic Sciences**, v. 68, n. 6, 2023

MAGALHÃES, B. C.; et al. How is Violence Themed in Nursing Education? Curricular Components in Northeastern Brazil. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 37, n. 17-18, p. NP16859–NP16884, jun. 2021.

MALTA, D. C.; et al. Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4069–4086, set. 2021.

MCCLURE, N.; et al. Child Abuse Response Simulation for Advanced Practice Nursing Students. **Clinical Nurse Specialist**, v. 34, n. 4, p. 157–161, jul. 2020.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. suppl, p. 1259–1267, 2006a.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b.

MINAYO, M. C. S.; Souza, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, p. 513–531, nov. 1997

MORETTI, M. S.; PESSOA, A. S. G. Avaliação da Eficácia de um Programa de Formação sobre Violência contra Crianças e Adolescentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, p. 1-7, 2020.

MOUATADIR, F. E. B.; et al. Child Maltreatment: Skills and Perceptions as Competencies in Higher Nursing Education. **Children**, v. 10, n. 10, 2023.

NETO, D. L. et al. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 627–634, 2007

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3.

NUNES, C.; et al. Artigo Original. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 903–911, 2009.

OLIVEIRA, B. G.; et al. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. **Revista Bioética**, v. 26, n. 3, p. 403–411, dez. 2018.

OLIVEIRA, C. A. DE et al. Encontros e desencontros entre projetos pedagógicos de cursos de Medicina e Diretrizes Curriculares Nacionais: percepções de professores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. ONU, set. 2015.

ORHON, F. S.; et al. Attitudes of Turkish parents, pediatric residents, and medical students toward child disciplinary practices. **Child Abuse & Neglect**, v. 30, n. 10, p. 1081–1092, out. 2006.

PASIAN, M. S.; et al. Negligência infantil: a modalidade mais recorrente de maus-tratos. **Pensando famílias**, v. 17, n. 2, p. 61–70, 1 dez. 2013.

PEREIRA, I. D. F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 319–338, ago. 2013.

PISIMISI, D.-C. et al. Knowledge and Attitudes of Medical and Nursing Students in Greece Regarding Child Abuse and Neglect. **Children**, v. 9, n. 12, p. 1978, dez. 2022.

PONCE, B.J.; FONSECA, J. Violência contra a criança, educação em direitos humanos e justiça curricular. **Inter-Ação**, 14 dez. 2018.

RIBEIRO, A. C.; et al. Enfrentamento das situações de violência contra crianças e adolescentes na perspectiva de Conselheiros Tutelares. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 56, p. 1-8, 2022.

RODRIGUES, A. M. M. et al. Projetos políticos pedagógicos e sua interface com as diretrizes curriculares nacionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 182–90, 31 mar. 2013.

ROLIM, A. C. A. et al. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014

SÁ, A.A.A.; et al. A Violência sexual e o silêncio da academia - Até quando? **Revista Foco**, v. 17, n. 4, p. e4673–e4673, 10 abr. 2024.

SAWYER, S. M. ; et al. The Age of Adolescence. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 2, n. 3, p. 223–228, mar. 2018.

SHARMA, S.; et al. Outcomes of problem-based learning in nurse education: A systematic review and meta-analysis. **Nurse Education Today**, v. 120, p. 105631, jan. 2023

SILVA, V. M. G. A notificação compulsória no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. **Serviço Social em Debate**, v. 5, n. 1, jul. 2022.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância**. Porto Alegre: SBP, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Protocolo de Abordagem da Criança ou Adolescente Vítima de Violência Doméstica**. Porto Alegre: SBP, 2018.

TIRONE, V. et al. The association between social support and posttraumatic stress symptoms among survivors of betrayal trauma: a meta-analysis. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 12, n. 1, p. 1883925, 1 jan. 2021.

TURAN, F. D.; SÖYÜNMEZ, S. Perceptions of third and fourth year nursing students enrolled in a pediatric nursing course regarding the concept of child abuse: A metaphorical study. **Nurse Education Today**, v. 113, p. 105359, jun. 2022.

TWEEDLIE, J.; VINCENT, S. Adult student nurses' experiences of encountering perceived child abuse or neglect during their community placement: Implications for nurse education. **Nurse Education Today**, v. 73, p. 60–64, fev. 2019

UNITED NATIONS CHILDREN FUND (UNICEF). **A Familiar Face**: Violence in the lives of children and adolescents. New York: UNICEF, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE). Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina *campus* Recife. Recife, 2019. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/documents/1894452/0/PPC+medicina+2019.2.pdf/f4248618-b13b-4082-a26c-5f04f35d5a76>>. Acesso em 28 de Nov.2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE). **Resolução nº1/2021**. Aprova o Regimento Interno do Centro de Ciências da Saúde, que com ela é publicado. Recife, 2021. Disponível em <<https://www.ufpe.br/documents/39014/0/Regimento+CCS+-+publicado+B.O..pdf/dfa4fd01-c46a-4521-a9b3-0dd51a554884>>. Acesso em 28 de Nov. de 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE). Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde. Recife, 2010

WAKSMAN, R. D. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. Brasília: Cfm, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Status Report on Preventing Violence against Children 2020**. [S.l.]: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **INSPIRE handbook**: Action for implementing the seven strategies for ending violence against children. Genebra, Switzerland: World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **INSPIRE**: seven strategies for ending violence against children. Uptake between 2016 and 2021. [S.l.]: World Health Organization, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Nurturing Care for Early Childhood Development**: A framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential. [S.l.]: World Health Organization, 2018.

APÊNDICES

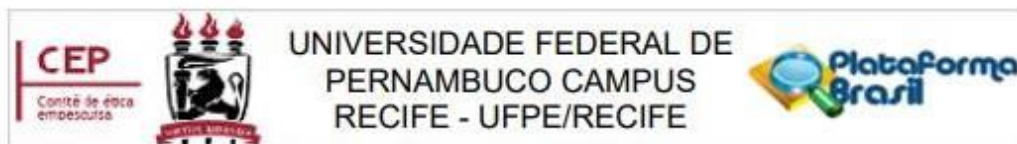
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

QUEST IONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO		
DADOS PESSOAIS		
Nome:	Data de Nascimento:	Idade:
Gênero:		
Curso de Graduação:		Período:
Formação prévia:		
QUESTIONÁRIO SOCIAL		
Endereço:		
Estado civil:	Renda Familiar:	Tipo de residência
Quem mora com você:		

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA	
01)	Você já presenciou durante a graduação alguma situação de violência contra a criança ou adolescente durante a sua formação como médico/enfermeiro? Como foi? Qual o cenário? O que aconteceu? <i>Se em caso positivo a questão anterior como o caso foi conduzido? Como você avalia esta condução? O que deu certo?</i>
	<i>Como foi? Houve notificação ? Você faria algo de diferente quanto a condução deste caso, se pudesse?</i>
02)	Você já realizou uma notificação em conjunto com algum profissional? Qual o papel da notificação nos casos de VCCA?
03)	Quais os tipos de violência contra a criança e o adolescente que você conhece ?
04)	Como foi sua formação na graduação para lidar com casos de violência contra a criança e o adolescente? <i>Como você percebe o seu preparo para lidar com esses casos ?</i>
05)	O que deve ser feito diante do atendimento de um caso de violência? O que o profissional de saúde deve fazer? Qual a importância de uma boa condução de casos de violência na infância e na adolescência?
06)	Qual/quais disciplinas no curso abordou a temática da violência? (aulas teóricas e vivências práticas) Você teve contato com alguma política pública ou diretriz relacionada a prevenção ou enfrentamento da VCCA?
07)	Você já ouviu falar na Linha de Cuidado Integral a Saúde da Criança, Adolescente e sua Família em situação de violência?
08)	Qual é o papel da sua profissão em atuar no manejo da VCCA?
09)	Qual é o papel da sua profissão em atuar no manejo da VCCA em colaboração com outras profissões?
10)	Quais estratégias você conhece para prevenir a violência? Diante dessas reflexões, o que você entende como VCCA?

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIAS DOS GRADUANDOS EM ENFERMAGEM E MEDICINA NO CONTEXTO DE FORMAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Pesquisador: Ana Beatriz Moura Raulino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74725623.4.0000.5208

Instituição Proponente: Centro de Ciências Médicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

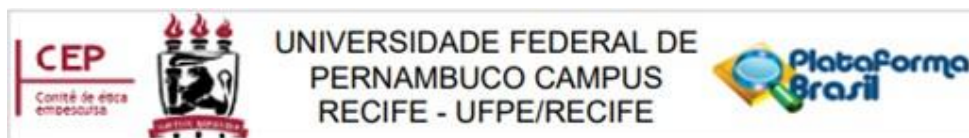
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.432.768

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação da estudante ANA BEATRIZ MOURA RAULINO sob orientação do Prof. Dr. Fernando Antônio Menezes da Silva e coorientação da Prof(a). Dr(a). M^a Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco que para responder a questão de pesquisa: Quais as vivências, conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de enfermagem e medicina sobre a prevenção, identificação e manejo da violência contra crianças e adolescentes ao final da graduação? Realizarão um estudo de caráter exploratório, descritivo e de metodologia qualitativa na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com os estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem, mais especificamente aqueles dos dois últimos semestres de cada curso, regularmente matriculados. Serão excluídos os estudantes que tenham outras formações em nível superior antecedentes; trabalhar ou ter trabalhado formalmente em setores que prestem assistência a vítimas de violência. Após convite e aceite dos voluntários, serão distribuídos questionários que contemplem dados demográficos e socioeconômicos. Em seguida serão marcadas entrevistas, baseadas em um roteiro de perguntas semiestruturadas que contemplem as perspectivas sobre vivências, reconhecimento, manejo e prevenção de violência, durante a graduação. O corpus será composto pelo material dos questionários, pelas notas de campo e pelo material transcrito das entrevistas. Este conjunto será analisado através do método de Análise Temática de Braun e Clarke, com o suporte do software ATLAS t.i (8.0) para organização

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.432.768

e codificação de dados, facilitando a separação e análise dos temas.

Objetivo da Pesquisa:

Os autores descrevem como objetivo primário: Analisar as vivências, os conhecimentos, habilidades e atitudes de estudantes de graduação de medicina e enfermagem sobre prevenção, identificação e manejo da violência contra crianças e adolescentes ao final de suas graduações.

E como objetivos secundários:

Descrever as principais estratégias percebidas pelos graduandos sobre a prevenção e manejo da violência contra crianças e adolescentes;

Identificar, a partir das experiências dos discentes, como são oferecidos os conteúdos e práticas que contemplem a violência contra a criança e ao adolescente em disciplinas do curso;

Avaliar o preparo para a prática em casos de violência vivenciados pelos alunos no contexto de existência da Linha de Cuidado Integral À Saúde da Criança, do Adolescente e Suas Famílias em Situação de violência e do modelo biopsicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos do estudo, os autores apontam: constrangimentos, receios sobre os conhecimentos do profissional de saúde acerca da VCCA. Tendo em vista a modalidade escolhida (entrevista presencial), os participantes podem experimentar certo desconforto, porém ao início da entrevista será esclarecido que este é um espaço seguro e acolhedor não apenas para certezas, mas também para dúvidas. Será assegurado que entendemos que o participante é um profissional em aprendizado. Os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecimentos via endereço eletrônico ou telefone pessoal.

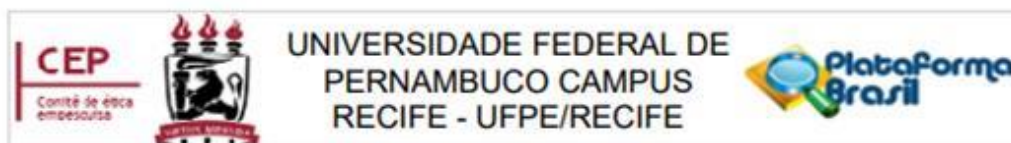
Como benefícios, será oferecido, ao final, o acesso a material educativo sobre o tema a ser elaborado pelos pesquisadores, que tem como objetivo esclarecer dúvidas e otimizar os conhecimentos no tema, baseados no referencial teórico e em evidências científicas.

Os benefícios indiretos terão potencial teórico de se estenderem para a sociedade em geral, visto que o estudo poderá trazer maior visibilidade ao tema da VCCA, proporcionar mudanças de atitudes e práticas dos alunos, bem como fomentar novas ações em educação em saúde e formação dos recursos humanos da saúde durante a graduação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo aumentará o escopo de evidências nas práticas forenses e apresenta todos os termos

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.432.768

consoante os preceitos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de Rosto – A Folha de Rosto é um dos principais documentos a ser apresentado na Plataforma Brasil, portanto, é dever do pesquisador responsável apresentar todas as informações pertinentes e fidedignas preenchidas no momento da inserção dos dados pessoais, institucionais e financeiro (quando for o caso), e todos os campos devem ser preenchidos. No estudo, a folha de rosto apresenta-se consoante os preceitos éticos.
2. O termo de Compromisso e Confidencialidade – conforme os preceitos éticos.
3. Projeto detalhado e Formulário das Informações Básicas da Pesquisa na Plataforma Brasil: Conforme os preceitos éticos.
4. Riscos e benefícios: Conforme os preceitos éticos.
5. Cartas de Anuência – consoante os preceitos éticos.
6. ORÇAMENTO E CRONOGRAMA – Conforme os preceitos éticos.
7. Currículo dos pesquisadores: Conforme os preceitos éticos.
8. Declaração de vínculo com a pós-graduação - Conforme os preceitos éticos.

Recomendações:

Rever ortografia

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

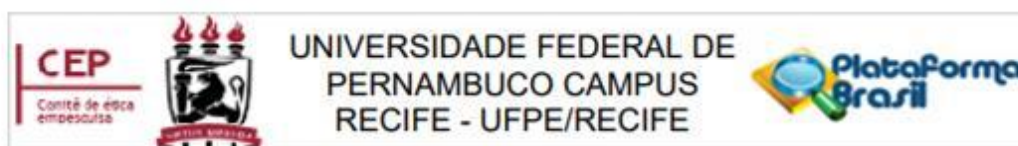
Diante do exposto, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012, na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, considera-se que o estudo foi avaliado como APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO, com autorização para iniciar a coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.432.768

pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada com a devida justificativa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2208654.pdf	05/10/2023 11:05:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoajustesout2023.docx	05/10/2023 11:05:11	Ana Beatriz Moura Raulino	Aceito
Outros	atestadomatriculapoca.pdf	05/10/2023 10:54:04	Ana Beatriz Moura Raulino	Aceito
Outros	curriculolattesanabeatriz.pdf	05/10/2023 10:53:38	Ana Beatriz Moura Raulino	Aceito
Outros	curriculolattesproffernando.pdf	05/10/2023 10:53:11	Ana Beatriz Moura Raulino	Aceito
Outros	curriculolattesprofwanderleya.pdf	05/10/2023 10:52:47	Ana Beatriz Moura Raulino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclenovo.docx	05/10/2023 10:52:05	Ana Beatriz Moura Raulino	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinadaprofpaulo.pdf	02/10/2023 21:53:35	Ana Beatriz Moura Raulino	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.pdf	27/09/2023 00:30:04	Ana Beatriz Moura Raulino	Aceito
Outros	ANUENCIAENF.pdf	18/09/2023 11:04:26	Ana Beatriz Moura Raulino	Aceito
Outros	ANUENCIAMED.pdf	18/09/2023 11:04:10	Ana Beatriz Moura Raulino	Aceito

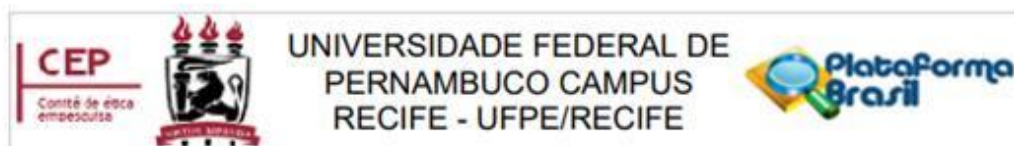
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.432.768

RECIFE, 18 de Outubro de 2023

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br