

**Atuação da equipe multiprofissional de saúde frente aos casos de abuso sexual em
crianças e adolescentes**

**Performance of the multidisciplinary health team in cases of sexual abuse in children
and adolescents**

**Actuación del equipo multidisciplinario de salud en casos de abuso sexual en niños y
adolescentes**

Recebido: 02/11/2020 | Revisado: 07/11/2020 | Aceito: 16/11/2020 | Publicado: 26/11/2020

Patrick Leonardo Nogueira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2399-9526>

Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil

E-mail: patrick_mocesp70@hotmail.com

Flaviane Rodrigues Benfica

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3873-7820>

Faculdades Santo Agostinho, Brasil

E-mail: flaviane-benfica@hotmail.com

Liziane Marília de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0538-9495>

Faculdades Santo Agostinho, Brasil

E-mail: liziane_marilia@yahoo.com.br

Cláudio Luís de Souza Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9127-6349>

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, Brasil

E-mail: claudioluis2612@yahoo.com.br

Fábio Batista Miranda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0934-980X>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: fbtmiranda@gmail.com

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3376-5678>

Universidade Ceuma, Brasil

E-mail: apfcoelho@gmail.com

Adelia Dayane Guimarães Fonseca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1168-7106>

Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

E-mail: adeliadayane@yahoo.com.br

Carolina dos Reis Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2107-6306>

Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil

E-mail: carolina.calreis@yahoo.com.br

Valdira Vieira de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2020-2489>

Faculdades Santo Agostinho, Brasil

E-mail: valdira_oliver@hotmail.com

Resumo

Objetivo: caracterizar a atuação da equipe multiprofissional de saúde frente aos casos de abuso sexual em crianças e adolescentes. Método: estudo descritivo, exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 102 profissionais de saúde da Atenção Básica de uma cidade de Minas Gerais. Utilizou-se um questionário semiestruturado como instrumento de coleta de dados. Estes foram analisados conforme a epidemiologia analítica descritiva simples. Resultados: prevalência de profissionais do sexo feminino, entre 18 e 30 anos, agentes de saúde, ensino médio completo e tempo de serviço entre 1-3 anos. Apenas 28,4% atenderam vítimas de abuso sexual, cuja prevalência foi de adolescentes entre 12-18 anos. Da amostra, 85,2% relatam saber identificar o abuso sexual; 74,5% observam o comportamento das crianças e adolescentes durante visitas domiciliares; 60,7% comunicam ao superior e 36,2% informam ter um fluxograma de atendimento, porém não se encontra impresso, pois varia de acordo a necessidade da vítima. Observa-se que a maior parte dos profissionais não participou de cursos ou treinamento do serviço de educação continuada. Conclusão: A maioria dos profissionais entrevistados respondeu conhecer sinais clínicos de abuso sexual e a conduta a ser tomada mediante a constatação desse fato. Porém, poucos apresentam experiência no atendimento às vítimas de abuso sexual e a maioria respondeu não ter participado de educação continuada tendo como tema o abuso sexual.

Palavras-chave: Delitos sexuais; Criança; Adolescente; Pessoal de saúde; Enfermagem.

Abstract

Objective: to characterize the role of the multidisciplinary health team in the face of cases of sexual abuse in children and adolescents. Method: a descriptive, exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with 102 health professionals from Primary Care in a city in Minas Gerais. A semi-structured questionnaire was used as a data collection instrument. These were analyzed according to the simple descriptive analytical epidemiology. Results: prevalence of female professionals, between 18 and 30 years old, health workers, complete high school and length of service between 1-3 years. Only 28.4% treated victims of sexual abuse, whose prevalence was among adolescents aged 12-18 years. Of the sample, 85.2% reported knowing how to identify sexual abuse; 74.5% observe the behavior of children and adolescents during home visits; 60.7% communicate to the superior and 36.2% inform having a service flowchart, but it is not printed, as it varies according to the victim's need. It is observed that most professionals did not participate in courses or training in the continuing education service. Conclusion: most of the interviewed professionals answered that they knew clinical signs of sexual abuse and the conduct to be taken upon the confirmation of this fact. However, few have experience in caring for victims of sexual abuse and most responded that they had not participated in continuing education on sexual abuse.

Keywords: Sex offenses; Child; Adolescents; Health personnel; Nursing.

Resumen

Objetivo: caracterizar el rol del equipo multidisciplinario de salud ante los casos de abuso sexual en niños y adolescentes. Método: estudio descriptivo, exploratorio, transversal con abordaje cuantitativo, realizado con 102 profesionales de la salud de Atención Primaria de una ciudad de Minas Gerais. Se utilizó un cuestionario semiestructurado como instrumento de recolección de datos. Estos fueron analizados según la epidemiología analítica descriptiva simple. Resultados: prevalencia de mujeres profesionales, entre 18 y 30 años, trabajadoras de la salud, bachillerato completo y antigüedad entre 1-3 años. Solo el 28,4% atendió a víctimas de abuso sexual, cuya prevalencia fue entre adolescentes de 12 a 18 años. De la muestra, el 85,2% informó saber cómo identificar el abuso sexual; 74,5% observa el comportamiento de niños y adolescentes durante las visitas domiciliarias; El 60,7% se comunica con el superior y el 36,2% informa tener un diagrama de flujo del servicio, pero no se imprime, ya que varía según la necesidad de la víctima. Se observa que la mayoría de los profesionales no participó en cursos o capacitaciones en el servicio de educación continua. Conclusión: La mayoría de los profesionales entrevistados respondieron conocer los signos clínicos de abuso sexual y la

conducta a tomar ante la confirmación de este hecho. Sin embargo, pocos tienen experiencia en el cuidado de víctimas de abuso sexual y la mayoría respondió que no habían participado en educación continua sobre abuso sexual.

Palabras clave: Delitos sexuales; Niño; Adolescente; Personal de salud; Enfermería.

1. Introdução

A violência sexual envolvendo crianças e adolescentes é um fenômeno antigo e complexo que envolve diversas causas socioeconômicas e histórico-culturais, associado a pouca publicidade, ilegalidade, impunidade e, na maioria das vezes, é banalizada pela sociedade (Brasil, 2015). Esse tipo de violência acontece nas várias classes sociais e nas diferentes culturas. Os diversos atos de violência sexual podem ser manifestados em diferentes momentos e ambientes. Este fenômeno pode ser desencadeado dentro da própria família, tendo em vista o tipo de interação e convivência da criança e do adolescente com a família, de modo a observar a qualidade do meio em que estes jovens se encontram. Dentre os muitos atos de violência ao qual um ambiente insalubre pode propiciar para uma criança e um adolescente, tem-se o estupro intra-matrimonial; estupro praticado por estranhos; investidas sexuais indesejadas ou assédio sexual, inclusive exigência de sexo como forma de barganha; estupro de vulnerável e incapaz; abuso sexual de crianças e adolescentes; pais violentos que agredem mulheres e filhos; uso de drogas lícitas e ilícitas dentro da família; dentre outras situações (Brasil, 2018; Arpini, Savegnago, & Witt, 2017).

Em um estudo realizado com 3205 estudantes adolescentes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas de capitais brasileiras, a violência como construção da masculinidade é abordada em relatos de meninos e meninas quando expressam qualitativamente a agressão física como algo próprio do ser homem e concebem-na como uma ação mais praticada prevalentemente pelos namorados contra suas parceiras do que o reverso. Nesse contexto, a sensação de traição foi tida como bastante grave pelos meninos, considerando uma forma de humilhação, gerando atitudes impulsivas e violentas. Embora avaliados com menor frequência e como um recurso de defesa, a agressão feminina é considerada banal por adolescentes de ambos os sexos, uma vez que não traz danos físicos graves. Partindo do pressuposto de que a agressão feminina é desqualificada, por outro, sua banalização foi bastante questionada pelos meninos, diante, sobretudo, da não possibilidade de se revidar imposto legalmente pela sanção social à violência contra a mulher. Reiterando essa lógica de banalização da agressão feminina, tem-se que os garotos percebem-na como

humilhação, preocupando-se muito mais com os efeitos em sua moral do que com os possíveis danos físicos (Oliveira, Assis, Njaine, & Pires, 2016).

Ainda que os direitos sexuais das crianças e adolescentes, bem como o direito à proteção de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, sejam garantidos pelas leis brasileiras, a violência sexual cresce exponencialmente. No país em 2016, foram registradas 77.290 denúncias de violação do direito de crianças e adolescente, sendo por mês 6.763 no estado de Minas Gerais, o qual ocupa o 14º no ranking entre os estados brasileiros. A violência sexual atinge 11,38% desses registros, o equivalente a 16.555 dos casos denunciados em todo o Brasil (Brasil, 2016a). Segundo o levantamento feito pelo Ministério da Saúde (MS), a maioria das vítimas de violência é do sexo feminino (55%), com faixa etária entre quatro e 11 anos. Já entre os suspeitos, a maioria é mulher (52%) e tem entre 18 e 59 anos (71%). A mãe aparece muito como autora da violência. A maioria das famílias brasileiras é comandada por mulheres. Nos casos específicos de violência sexual, os padrastos (21%) são os principais abusadores, seguidos de pai (19%), mãe (14%), tio (9%) e vizinhos (7%) (Melo, 2020).

O abuso sexual pode ser definido como toda e qualquer interação sexual na qual a pessoa é obrigada a se expor sem consentimento, com uso de força física, repressão, aliciação, intimidação ou agressão psicológica (Silveira et al., 2019). A Lei nº 12.015/2009 do Código Penal, Art. 217, considera estupro de vulnerável como ato libidinoso e conjunção carnal com vítima que tenha idade inferior a 14 anos. Incorre na mesma pena quem pratica as ações com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência (Brasil, 2009). Ainda, o abuso sexual é um tipo de violência domiciliar na qual abrange também outros tipos de violência (física, negligência, dentre outros), praticada por membros do núcleo familiar, seja por afinidade ou por afetividade, é descrita como a principal entre os abusos (Brasil, 2009; Silveira et al., 2019). Em se tratando de abuso sexual contra crianças, esta pode ser entendida como uma agressão definida como o envolvimento de crianças e adolescentes dependentes e evolutivamente imaturos em atividades sexuais que eles não compreendem para os quais não são capazes de dar consentimento informado, e que violam os tabus sexuais dos papéis familiares. Fundamentalmente, estabelece-se uma relação de poder ou controle entre o agressor e a vítima que, não necessariamente, é uma pessoa adulta (Santos, Mascarenhas, Rodrigues, & Monteiro, 2018).

A família e os profissionais de saúde devem atentar para os indicadores apresentados pelas crianças e adolescentes que sofrem abuso sexual o qual poderá se manifestar com o

comportamento sexual inadequado para faixa etária, ausência de confiança em adultos, evasão de residência, regressão para fases anteriores do desenvolvimento, recreação sexual agressiva, constrangimento excessivo, informações de situação de abuso, idealização ou tentativa de autoextermínio, de autoagressão, também pode apresentar sinais ou sintomas relacionado à infecção do trato urinário (ITU); algia ou edema em região genital e anal; lesão, sangramento ou secreção vaginal ou peniana; infecção sexualmente transmissível (IST); dificuldade de deambular e de controlar os esfíncteres (Silveira et al., 2019).

A atenção primária à saúde (APS) atua como elemento chave em casos de abuso sexual, por ter contato direto com as famílias. As ações e campanhas para sensibilizar, conscientizar e educar as crianças e adolescentes quanto aos tipos de carinho feito por um adulto, podem ser implantados de forma preventiva. A disponibilização de apoio psicológico, caso a família esteja em situação de risco, também auxilia no prognóstico da vítima, assim como realizar visita domiciliar periódica em caso suspeito ou confirmado de abuso (Vieira & Deslandes, 2016).

Dentro do processo de controle do abuso sexual vivenciado por crianças e adolescente, sendo este fato um grave problema de saúde pública, a APS apresenta grande contribuição significativa dentro da promoção, prevenção e recuperação da saúde das vítimas de abuso. Espera-se da APS o contínuo acompanhamento das vítimas e das famílias por meio de visitas sistemáticas de profissionais de saúde no intuito de identificar as situações de violência (maus-tratos, negligência, exploração sexual, abuso sexual, exploração do trabalho infantil, entre outros) ou de violência repetida. O profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) possui a atribuição de orientar, permanentemente, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sob sua responsabilidade, para a identificação ou suspeitas de violência contra crianças e adolescentes, assim como encaminhar-los para a Unidade de Saúde. A participação efetiva da equipe é primordial no acolhimento das pessoas envolvidas na situação de violência e na notificação compulsória (suspeita ou comprovação de violência). Faz-se necessário que a equipe seja subsidiada com ações de educação permanente voltadas para a temática (Carlos, Pádua, & Ferriani, 2017).

Os estudos científicos abordam que os profissionais de saúde que atuam na APS têm um papel fundamental para a percepção de um caso de abuso sexual, bem como para o seu diagnóstico precoce, pois geralmente são os primeiros a serem informados ou identificam essas situações através de observação, visita domiciliar (VD), assim como o uso de perguntas de forma direta ou indireta a algum membro da família. Se o profissional não estiver apto, a abordagem inicial poderá trazer maior dano à vítima, por expor detalhes íntimos, trazendo

mais fragilidade à criança e ao adolescente. Faz-se necessário a qualificação contínua desses profissionais para que incluam como método de trabalho a ausculta qualificada (Aleluia et al., 2020; Campos, Silva, & Aguiar, 2019). Tendo em vista o avanço profissional dos casos de violência, muitas dificuldades ainda se fazem presentes em relação à qualidade da assistência oferecida, bem como à articulação dos serviços entre si. Os setores de prestação de serviços como saúde, serviço social, policial e jurídico são integrantes de uma rede pouco inter-relacionada. Estudos realizados em diferentes localidades brasileiras revelam as dificuldades encontradas pelos profissionais na efetuação da notificação, segundo os pesquisadores, existem problemas na rede de serviços, nas regulamentações técnicas e nos mecanismos legais de proteção aos profissionais responsáveis por notificar. A ausência de respaldo da instituição, em caso de notificação, para com o profissional, gera insegurança e descrédito nas redes de apoio, pois estas se encontram desarticuladas (Garbin, Dias, Rovida, & Garbin, 2015).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi caracterizar a atuação da equipe multiprofissional frente aos casos de abuso sexual em crianças e adolescentes.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 102 profissionais de saúde de 11 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Várzea da Palma, localizado na região norte de Minas Gerais. Este município está situado no Alto São Francisco, apresenta uma área territorial de 2.220,279 km², bem como uma população estimada de 39.803 habitantes e uma densidade demográfica de 16,13 habitantes/km² (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2020). Sua principal fonte de renda se concentra na agropecuária, em metalúrgicas, nos comércios e em indústrias, sendo o terceiro maior pólo industrial e econômico do norte de Minas Gerais.

O município de Várzea da Palma dispõe de 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta um quadro de 135 profissionais contendo: 58 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 12 Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal (ASB/TSB), 24 Técnicos de Enfermagem, 10 Médicos, 11 Enfermeiros, 11 Dentistas e 09 Psicólogos para o atendimento da população. Sendo assim, a amostra do estudo foi composta por 101 profissionais na qual compuseram as seguintes categorias profissionais: 50 ACS, 11 ASB/TSB, 16 Técnicos de Enfermagem, 08 Médicos, 09 Enfermeiros, 06 Dentistas e 01 Psicólogo. Dos 34 profissionais que não compuseram a amostra: 16 se recusaram a participar

do estudo, quatro apresentavam tempo de serviço inferior a seis meses e 14 profissionais não foram encontrados no dia e hora marcada na ESF.

Foi enviada uma carta de apresentação, juntamente com uma cópia do projeto de pesquisa e um Termo de Consentimento Institucional (TCI) à Coordenação da APS da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea da Palma (SMS-VP) para autorização do estudo. A instituição foi devidamente orientada quanto às diretrizes da pesquisa e autorizou a realização do estudo por meio da assinatura do TCI de modo a estar ciente.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação no estudo: (1) ser profissional atuante da ESF abordada; (2) ter o cadastro nacional de estabelecimento de saúde (CNES) ativo, vinculando-o à ESF; (3) ter tempo de serviço superior a seis meses; (4) ser encontrado na ESF em até três tentativas. Foram excluídos do estudo profissionais que apresentavam vínculo temporário (substituição à licença) ou estavam de atestado médico e férias.

A coleta de dados foi realizada no 1º semestre de 2019, durante o período de março a maio, pelo pesquisador responsável. Utilizou-se um questionário semiestruturado, de elaboração própria, como instrumento de coleta de dados cujo qual foi aplicado aos profissionais que compõem a equipe das ESF.

Foi realizado um estudo-piloto 15 dias antes da coleta para a validação do questionário. Esta etapa ocorreu com os profissionais de uma das ESF, sendo estes não considerados na amostra total do estudo, no intuito de observar possíveis falhas no questionário durante a coleta a fim de corrigi-las. O instrumento de coleta de dados continha variáveis para análise do perfil socioeconômico e laboral do profissional entrevistado (sexo, faixa etária, profissão, escolaridade e tempo de serviço), bem como do perfil das experiências práticas e clínicas (atendimento das vítimas, faixa etárias das vítimas, sinais clínicos, comportamento das vítimas, conduta profissional e fluxograma de atendimento), e o perfil da participação e periodicidade em atividades de educação continuada.

Os participantes do estudo foram devidamente orientados sobre as diretrizes da pesquisa, bem como sua participação voluntária, de modo que os mesmos consentiram realizar a entrevista por meio da assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo uma das vias entregue ao entrevistado e a outra via ficando com o pesquisador responsável.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram organizados, processados e tabulados em um banco de dados por meio de um programa estatístico, sendo este o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão Windows 15, e apresentados em tabelas cuja construção se

deu por meio do programa Microsoft Office Excel®, versão 2010. As tabelas contêm variáveis as quais são expressas por meio de frequências absolutas (n) e frequências percentuais (%), bem como por medidas de tendência central (MTC), sendo estas a média aritmética ponderada (MAP) e o desvio padrão (DP). Posteriormente, os dados foram analisados conforme epidemiologia analítica descritiva simples.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2016b). O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Saúde e Desenvolvimento Humano Santo Agostinho de Montes Claros (CEP FASA), sob parecer consubstanciado nº 3.285.293/2019, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 10661118.9.0000.9087.

3. Resultados

Com relação ao perfil socioeconômico, demográfico e laboral dos profissionais entrevistados, observou-se que a maior parte da amostra deste estudo foi constituída por profissionais de saúde do sexo feminino (85,3%), faixa etária entre 18-30 anos (48,1%) e idade média de 24,57 anos, prevalência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (49,0%), ensino médio completo (59,8%) e tempo de atuação no serviço entre um e três anos (53,9%) e tempo médio equivalente a 1,777 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil socioeconômico, demográfico e laboral dos profissionais entrevistados. Várzea da Palma, MG, Brasil, 2019. (n=102).

Variáveis	n	%	MAP±DP
Sexo			
Masculino	15	14,7	-
Feminino	87	85,3	-
Faixa etária (anos)			
[18,30]	49	48,1	24,57±3,611
[31,50]	45	44,1	40,84±5,950
[51,80]	04	3,9	66,50±9,574
Não informado	04	3,9	-

Profissão

ACS	50	49,0	-
ASB/TSB	11	10,8	-
Técnico de Enfermagem	16	15,7	-
Médico	08	7,8	-
Enfermeiro	09	8,8	-
Dentista	06	5,9	-
Psicólogo	01	1,0	-
Não informado	01	1,0	-

Escolaridade

Ensino Fundamental completo	06	5,9	-
Ensino Médio completo	61	59,8	-
Ensino Superior completo	31	30,4	-
Não informado	04	3,9	-

Tempo de serviço (anos)

1-3	55	53,9	1,777±0,749
> 3	44	43,1	4,079±0,558
Não informado	03	2,9	-

ACS = Agente Comunitário de Saúde. ASB = Auxiliar de Saúde Bucal. TSB = Técnico de Saúde Bucal.

Fonte: Banco de dados dos pesquisadores, (2019).

Os dados referentes à experiência clínica e prática dos profissionais entrevistados quanto à atuação em casos de abuso sexual de crianças e adolescentes revelam que apenas 28,4% dos profissionais tiveram contato com vítimas de abuso sexual durante o seu atendimento. Das vítimas atendidas, a maioria era adolescente com idade entre 12-18 anos (48,4%). Quanto à aptidão do profissional para a identificação destes casos, 85,2% sabem identificar os sinais clínicos deste agravo, 74,5% observam o comportamento das vítimas durante suas visitas domiciliares (VD), 60,7% dos profissionais comunicam seus superiores em caso de abuso sexual e em 36,2% das ESF apresentam um fluxograma de atendimento destas vítimas, porém não se encontra impresso em decorrência de variar de caso para caso (Tabela 2).

Tabela 2 – Experiência clínica e prática dos profissionais entrevistados quanto à atuação em casos de abuso sexual de crianças e adolescentes. Várzea da Palma, MG, Brasil, 2019. (n=102).

Variáveis	n	%	MAP±DP
Você atendeu alguma vítima de abuso sexual?			
Sim	29	28,4	-
Não	70	68,9	-
Não se lembra	02	1,8	-
Não informado	01	0,9	-
Qual a faixa etária (anos) apresentada por estas vítimas? (n=29)			
[0,1]	01	3,4	0,916±0,0
[2,5]	05	17,2	3,333±1,178
[5,10]	09	31,0	7,129±1,686
[12,18]	14	48,4	14,940±2,361
Você sabe identificar os sinais clínicos de um abuso sexual?			
Sim	87	85,2	-
Não	13	12,7	-
Não se lembra	02	2,1	-
Você observa o comportamento das crianças e adolescentes durante a realização de uma visita domiciliar (VD)?			
Sim, sempre	76	74,5	-
Às vezes	19	18,6	-
Raramente	04	3,9	-
Nunca	03	3,0	-
Qual a conduta profissional frente a um caso de abuso sexual?			
Denuncia	37	36,2	-
Comunica a seu superior	62	60,7	-
Comunica aos pais	02	1,9	-
Omite por não ter certeza	01	1,2	-

Existe um fluxograma de atendimento às vítimas de abuso sexual no serviço de saúde da ESF?

Não sabe.	28	27,4	-
Não existe. Apenas são encaminhadas ao Pronto Socorro.	32	31,3	-
Sim. Mas não é impresso, pois varia de acordo com a necessidade da vítima.	37	36,2	-
Sim. Impresso e acessível a todos os profissionais.	05	5,1	-

VD = Visita Domiciliar.

Fonte: Banco de dados dos pesquisadores, (2019).

O perfil da participação e periodicidade em atividade de educação continuada sobre o abuso sexual pelos profissionais de saúde atuantes nas ESF mostra que 76,4% dos profissionais não participaram de capacitações envolvendo este tema e dentro das equipes, 56,8% dos profissionais abordam este tema em suas capacitações a cada seis meses (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil da participação e periodicidade em atividade de educação continuada sobre o abuso sexual pelos profissionais de saúde atuantes nas ESF. Várzea da Palma, MG, Brasil, 2019. (n=102).

Variáveis	n	%
Participou de educação continuada tendo como tema o abuso sexual?		
Sim, oferecido pelo serviço.	16	15,6
Sim, por conta própria.	06	5,8
Não.	78	76,4
Não informado.	02	2,2
Realiza educação continuada dentro da equipe sobre abuso sexual?		
Sim, é necessário a cada semestre.	58	56,8
Sim, é necessário anualmente.	41	40,1
Não informado.	03	3,1

Fonte: Banco de dados dos pesquisadores, (2019).

4. Discussão

Os resultados desse estudo quanto ao perfil socioeconômico e demográfico dos participantes, demonstraram um maior número de mulheres na composição da equipe multiprofissional, ratificando a predominância feminina na área da saúde. Essa feminização é compatível com a literatura, inclusive entre os profissionais das ESF, dados que só reforçam o estereótipo da mulher como figura responsável pelo cuidado, além disso, o profissional do sexo feminino tende a lidar com a situação de abuso sexual com maior destreza quando comparado com o profissional do sexo masculino, tendo em vista que a mulher seja mais paciente para a condução da resolução do quadro de abuso sexual (Costa et al., 2013; Hauser et al., 2013; Tambasco, Silva, Pinheiro, & Gutierrez, 2017). O intervalo de 18-30 anos (24,570±3,611) é predominante entre os participantes, sendo 48,1% dos adultos jovens, realidade semelhante à de outros estudos realizados com profissionais de saúde, os quais também mostraram a prevalência de adultos jovens nesta mesma faixa etária atuantes nesses serviços. Sendo assim, profissionais mais novos tendem a estar mais informados e buscar por aperfeiçoamentos de modo a facilitar o processo de trabalho com pacientes vítimas de abuso sexual, quando comparados com profissionais mais velhos (Lino, Lanzoni, Albuquerque, & Schweitzer, 2012). Neste estudo, apenas 3,9% dos profissionais apresentaram idade superior a 51 anos de idade. Chama a atenção a escolaridade de 5,9% dos ACS que possuem apenas ensino fundamental completo, fato que pode comprometer o seu papel enquanto mobilizador de uma comunidade. O grau de escolaridade está relacionado às condições de o ACS incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (Baptistini & Figueiredo, 2014).

O tempo de serviço na ESF encontrado nesse estudo revela o pouco tempo de trabalho dos profissionais na função exercida, podendo evidenciar que muitas das vezes o mecanismo de contratação das equipes pode estar alicerçado por meio de concursos recentes ou contratos temporários, o que pode gerar dificuldade de fixação de mão de obra e prejudicar o processo de trabalho. Isso, pois, a necessidade de um vínculo estável e a construção de laços fixos na comunidade são peças chaves para aquisição de confiança no trabalho da equipe e, conseqüentemente, maior possibilidade de identificação de suspeita de violência sexual (Nicoletti, Giacomozzi, & Cabral, 2017).

Atualmente, a violência sexual é reconhecida como grave problema de saúde pública, exigindo preparo tanto dos profissionais quanto das instituições de saúde para atuarem junto à população infantojuvenil. Neste estudo realizado em Várzea da Palma/MG, 28,4% dos

profissionais relataram já ter atendido vítimas de abuso sexual e descreveram que 48,4% desses atendimentos apresentavam idade entre 12-18 anos. Sendo assim, estudos abordam que o número de atendimentos a adolescentes pode estar relacionado à possibilidade em realizar denúncia, assim como o maior entendimento sobre a sexualidade e ao fato de compreender as relações interpessoais permissíveis ou não; já as crianças são as mais vulneráveis por terem menos condições de defesa e de discernimento dos fatos (Nicoletti, Giacomozzi, & Cabral, 2017; Muniz & Araújo, 2018).

Na equipe multiprofissional, 85,2% informaram saber reconhecer a sintomatologia clínica de uma criança ou adolescente em situação de violência sexual, o que diverge de outros estudos abordando a violência intrafamiliar, os quais ressaltam que a equipe enfrenta dificuldades em identificar os casos suspeitos, mesmo sendo de sua responsabilidade estar apto para identificar e notificar um comportamento inadequado (Platt, Back, Hauschild, & Guedert, 2018; Souto, Zanin, Ambrosano, & Flório, 2018). Em outro estudo também é destacado que os profissionais, em sua maioria, sentem-se inseguros pela falta de conhecimentos e habilidades para o manejo no cuidado das vítimas de violência (Fernandes, Cruz, Assis, Assis, & Nery, 2017). Atenta-se que 60,7% dos funcionários sinalizaram que ao reconhecer um caso de abuso sexual, a conduta inicial seria comunicar a seu superior de imediato. Estudiosos sugerem que o despreparo técnico, emocional e o medo de possível retaliação pelo agressor, comunidade ou por familiar da vítima, até mesmo a exposição do profissional e falta de proteção adequada, impedem que a denúncia seja feita de forma direta. Sendo assim, utilizam outras estratégias (Platt, Back, Hauschild, & Guedert, 2018; Souto, Zanin, Ambrosano, & Flório, 2018). Em contrapartida, apenas 36,2% referiram a denúncia imediata como primeira opção. A legislação aponta a obrigatoriedade da notificação e as penalidades para aqueles que, cientes de um caso de violência, não denunciam (Brasil, 2009).

De acordo o Ministério da Saúde, é preconizado às seguintes orientações técnicas para a prevenção do abuso sexual: enfatizar para a família a importância de valorizar a criança e o adolescente; enriquecer os recursos de comunicação das famílias para que possam disciplinar sem violência; garantir o direito à individualidade e à singularidade de cada família e de cada vítima; garantir o atendimento específico da saúde sem prejuízo das ações de proteção e vice-versa; estimular a criança ou adolescente e suas famílias a adotarem estratégias de proteção para enfrentarem as dificuldades geradas a partir do momento da publicação da violência sofrida; oferecer orientações e suporte para que a criança ou adolescente possa compreender com mais clareza o processo que está vivendo; ouvir, atenta e exclusivamente, a criança ou adolescente, evitando interrupções; evitar que a ansiedade ou curiosidade do profissional leve-

o a pressionar o paciente ou sua família para obter informações; permitir que a criança ou adolescente se expresse com suas próprias palavras, respeitando seu ritmo; utilizar linguagem simples e clara para que a criança ou o adolescente entenda o que está sendo dito; confirmar com a criança ou adolescente se você, como profissional, está, de fato, compreendendo o que ela está relatando; expressar apoio e solidariedade por meio do contato físico com a criança/adolescente apenas se ela/ele assim o permitir; explicar à criança/adolescente o que irá acontecer em seguida, como a equipe irá proceder, ressaltando sempre que ela estará protegida; analisar, sempre em equipe, as soluções possíveis para as situações de violências suspeitas ou confirmadas; refletir durante o processo do atendimento quando será o melhor momento e a forma de o Conselho Tutelar ser comunicado e sempre informar a criança, o(a) adolescente e/ou a família sobre o procedimento que será feito (Brasil, 2010).

Estudo sobre o quadro de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças de zero a nove anos no Brasil evidenciou que Minas Gerais é o 15º estado com a mais baixa frequência (11,6%) de notificações de violência em relação a todas as faixas etárias (Barufaldi et al., 2017). Com isso, torna-se, portanto, primordial estimular as notificações pelos profissionais e que estes incentivem a comunidade a notificar até mesmo os casos suspeitos de violência. Corroborando com esses dados, vários estudos vêm discutindo a responsabilidade e a dificuldade de profissionais de diversas áreas do conhecimento em realizarem a notificação de violência contra a criança e o adolescente (Costa et al., 2020). Desta forma, destaca-se a urgência de qualificação dos profissionais que lidam com a denúncia e notificação do abuso, para que diminua a subnotificação dos casos e medidas preventivas e ações governamentais possam ser implantadas.

Tendo em vista os fatores dificultadores intrínsecos ao processo de notificação imediata, aponta-se a falta de conhecimento profissional, tanto do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), quanto do fluxo e dos instrumentos de notificação, além da falta de treinamento técnico e emocional do profissional para identificar casos de violência, situações de risco e sinais de alerta; o medo de censura por parte da família, do agressor e/ou da comunidade dificulta a realização direta da denúncia (Platt, Back, Hauschild, & Guedert, 2018; Souto, Zanin, Ambrosano, & Flório, 2018). O enfrentamento da violência sexual requer adequado manejo, sendo imprescindível a organização e a capacitação técnica para que haja um efetivo trabalho em rede. No entanto, apesar do reconhecimento desta importância, este estudo constatou não existir comunicação efetiva entre a rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência com os profissionais da Atenção Primária. Fato evidenciado, principalmente, ao se constatar a falta de conhecimento com relação à existência

de fluxograma de atendimento a casos suspeitos ou confirmados de violência sexual. Em outro estudo (Santos, Mascarenhas, Rodrigues, & Monteiro, 2018) são identificadas falhas no encaminhamento das vítimas devido à ausência de fluxograma padronizado, de modo a inviabilizar a análise do atendimento, a reavaliação do caso e a elaboração de novas estratégias de intervenção. Neste estudo, 36,2% disseram que existe o fluxograma de atendimento, porém não impresso, de modo a variar conforme a necessidade da vítima.

As informações obtidas nesse estudo demonstram mais fragilidades do que potencialidades nas formas de condução dos casos de violência neste estudo, evidenciando a necessidade de uma maior incorporação de ações de educação continuada para que se possam desenvolver, além do atendimento eficaz, ações de promoção no combate à violência sexual. É discutido na literatura científica que é preciso criar oportunidades de discussão, sensibilização e capacitação para o contínuo acompanhamento da criança, adolescente e familiares em situação de abuso sexual (Craveiro, 2016; Barufaldi et al., 2017; Santos, Mascarenhas, Rodrigues, & Monteiro, 2018).

Sem o conhecimento prévio, o profissional encontra dificuldade para atuar em caso de violência. Neste estudo, 76,4% dos profissionais informaram não ter participado de qualquer tipo de educação continuada sobre esse assunto, fato que encontra similaridade com outro estudo que destaca a falta de capacitação específica (Assis, Avanci, Pesce, Pires, & Gomes, 2012) e 15,6% já participaram de curso oferecido pela unidade. Com isso, um profissional bem capacitado encontra-se apto a identificar os casos de abuso sexual de modo a prevenir novos casos e intervir nos casos existentes fazendo com que o índice deste agravo diminua consideravelmente. Já a não capacitação do profissional e da equipe contribuirá para o aumento da ocorrência destes casos, bem como para a piora da saúde pública com relação a estas vítimas. O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA), como forma de proteção e defesa dos direitos da criança e adolescente, garante a qualificação permanente de profissionais que atuam na rede e também solicita a inserção do tema de educação em sexualidade no currículo da educação básica e ensino superior (Brasil, 2013). O estudo mostrou que 56,8% dos profissionais julgam necessária a educação continuada voltada para esse tema semestralmente e 40,1% relataram a necessidade de capacitação anual.

5. Considerações Finais

Por meio deste estudo, pode-se identificar a atuação da equipe multiprofissional de

saúde frente aos casos de abuso sexual em crianças e adolescentes. Infere-se que o baixo índice de profissionais capacitados com relação ao abuso sexual pode contribuir para o aumento dos casos. A não implementação de um fluxograma de atendimento acessível à equipe configura um frágil suporte institucional nas formas de identificação, nos procedimentos a serem adotados, assim como nas decisões quanto à notificação e aos encaminhamentos necessários de casos de violência sexual. Os achados do estudo demonstram uma desarticulação nas práticas de serviços dos profissionais de saúde da APS quanto à temática estudada. Torna indispensável que os profissionais desenvolvam a capacidade de identificar os grupos vulneráveis, bem como a gestão do serviço desenvolver programas de capacitação continuada visando a melhoria da comunicação e promovendo a intersetorialidade e a efetividade das ações de promoção à saúde. Faz-se necessário também que a prevenção da violência em todas as suas formas seja mais bem incorporada e discutida nos currículos de graduação, para que se tenham profissionais capacitados e comprometidos com os direitos das crianças e adolescentes.

Referências

Aleluia, E. S., Carvalho, M. L. R., Bonfim, V. V. B. S., Dias, M. A. S., Leal, V. M., & Almeida, A. O. L. C. et. al. (2020). Repercussões do abuso e exploração sexual na criança e adolescente e a importância da qualificação da enfermagem frente aos casos: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(52), e3617. Recuperado de: <https://doi.org/10.25248/reas.e3617.2020>

Arpini, D. M., Savegnago, S. D. O., & Witt, C. S. (2017). O ponto de vista de adolescentes em situação de vulnerabilidade social sobre o agressor sexual. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(2), 247-262. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/02.pdf>

Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., Pires, T. O., & Gomes, D. L. (2012). Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2305-2317. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900012>

Baptistini, R. A., & Figueiredo, T. A. M. (2014). Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambiente & Sociedade*, 17(2), 53-70. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000200005>

Barufaldi, L. A., Souto, R. M. C. V., Correia, R. S. B., Montenegro, M. M. S., Pinto, I. V., Silva, M. M. A., & Lima, C. M. (2017). Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2929-2938. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009*. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília: MS. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2010). *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. 104p. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf

Brasil. Ministério Público do Paraná. Secretaria de Direitos Humanos. (2013). *Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes*. Curitiba (PR): MPPR. Recuperado de: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publico/sedh/08_2013_pnevsca.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para Mulheres. Norma Técnica. (2015). *Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios*. Brasília: MS. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2016a). *Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Disque 100 – Dados de denúncias de violações de direitos de crianças e adolescentes*. Brasília: MS. Recuperado de: https://www.gov.br/mdh/pt-br/canais_atendimento/ouvidoria

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2016b). *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Regulamenta a realização de pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de: https://bvsms.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. (2018). *Violência contra crianças e adolescentes: análise de cenários e propostas de políticas públicas*. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos. Recuperado de: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf>

Campos, G. O., Silva, D. S., & Aguiar, N. (2019). Manejo e cuidados da enfermagem à criança vítima de abuso sexual. *Revista Amazonia: Science & Health*, 7(4), 2-15. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v7n4p2-15>

Carlos, D. M., Pádua, E. M. M., & Ferriani, M. G. C. (2017). Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 511-518. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>

Costa, L. G., Costa, V. S., Silva, N. M., Freitas, F. M., Coutinho, M. T., & Souza, C. A. et al. (2020). Considerações frente a violência infantil e as ações do enfermeiro: um ensaio da literatura. *Research, Society and Development*, 9(9), e79996712. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6712>

Costa, S. M., Prado, M. C. M., Andrade, T. N., Araújo, E. P. P., Silva Junior, W. S., & Gomes Filho, Z. C., et al. (2013). Perfil do profissional de nível superior nas equipes da estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(27), 90-96. Recuperado de: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/download/530/552>

Craveiro, A. V. (2016). *Protocolo de atendimento à criança e ao adolescente vítima da violência do Município de Foz do Iguaçu*. Foz do Iguaçu (PR): Itaipu Binacional. 100p. Recuperado de: https://mppr.mp.br/arquivos/File/imprensa/2017/Cartilha_ProtocolodeAtendimento_Foz.pdf

Fernandes, F. S., Cruz, K. D., Assis, B. F., Assis, V. K. B., & Nery, F. S. (2017). *O olhar do enfermeiro no reconhecimento de violência sexual em crianças e adolescentes durante o atendimento hospitalar*. In: International Nursing Congress, Universidade Tiradentes. Recuperado de: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5944/2348>

Garbin, C. A. S., Dias, I. A., Rovida, T. A. S., & Garbin, A. J. I. (2015). Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1879-1890. Recuperado de: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>

Hauser, L., Castro, R. C. L., Vigo, A., Trindade, T. G., Gonçalves, M. R., & Stein, A. T., et al. (2013). Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(29), 244-255. Recuperado de: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/821/584>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Censo demográfico 2020 – Várzea da Palma*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/varzea-da-palma.html>

Lino, M. M., Lanzoni, G. M. M., Albuquerque, G. L., & Schweitzer, M. C. (2012). Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Revista Cogitare Enfermagem*, 17(1), 57-64. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5380/c.e.v17i1.26375>

Melo, K. (2020). *Denúncias de violações contra crianças e adolescentes aumentam 14%*. Brasília: Agência Brasil. Recuperado de: [https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-05/denuncias-de-violacoes-contras-criancas-e-adolescentes-aumentam-](https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-05/denuncias-de-violacoes-contras-criancas-e-adolescentes-aumentam-14)

Muniz, P. E. M. A., & Araújo, F. C. (2018). Serra do silêncio: violência sexual em Maranguape (CE). *Revista Temporalis*, 18(35), 355-371. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n35p355-371>

Nicoletti, M., Giacomozzi, A. I., & Cabral, M. F. (2017). Análise de dois estudos de casos sobre abuso sexual cometido por mães. *Revista de Psicología (Lima)*, 35(2), 423-452. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201702.002>

Oliveira, Q. B. M., Assis, S. G., Njaine, K., & Pires, T. O. (2016). Violência física perpetrada por ciúmes no namoro de adolescentes: um recorte de gênero em dez capitais brasileiras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3), e32323. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32323>

Paraná (PR). Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Ação Social e Trabalho. Secretaria Municipal de Educação, Esportes e Cultura. Centro de Atendimento Especializado à Criança. (2012). *Protocolo da rede municipal de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência*. Colombo (PR): CAEC. Recuperado de: <http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/2-PROTOCOLO-MUNICIPAL-DA-REDE-DE-PROTECAO-A-CRIANCA-E-AO-ADOLESCENTE-VERSAO-2012.PDF>

Platt, V. B., Back, I. C., Hauschild, D. B., & Guedert, J. M. (2018). Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e conseqüências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1019-1031. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>

Santos, M. J., Mascarenhas, M. D. M., Rodrigues, M. T. P., & Monteiro, R. A. (2018). Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola - Brasil, 2010-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(2), e2017059. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200010>

Silveira, R. P., Moraes, J. S., Terra, M. G., Souto, V. T., Silva, A. A., & Siqueira, D. F. (2019). Práxis do ensino na educação básica diante de adolescentes usuários de droga. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 90(28), 1-6. Recuperado de: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.458>

Souto, D. F., Zanin, L., Ambrosano, G. M. B., & Flório, F. M. (2018). Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 3), 1237-1246. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0048>

Tambasco, L. P., Silva, H. S., Pinheiro, K. M. K., & Gutierrez, B. A. O. (2017). A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na atenção primária à saúde. *Saúde em Debate*, 41(esp), 140-151. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017S212>

Vieira, N. M. F., & Deslandes, S. F. (2016). As estratégias da saúde da família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1583-1596. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.145420>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Patrick Leonardo Nogueira da Silva – 20%

Flaviane Rodrigues Benfica – 15%

Liziane Marília de Carvalho – 15%

Cláudio Luís de Souza Santos – 5%

Fábio Batista Miranda – 5%

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão – 5%

Adelia Dayane Guimarães Fonseca – 10%

Carolina dos Reis Alves – 10%

Valdirla Vieira de Oliveira – 15%