



Sentimentos expressos por profissionais no atendimento a vítimas de violência sexual infantojuvenil*


Marimeire Morais da Conceição^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-5370-0209>


Climene Laura de Camargo^{4,5}

 <https://orcid.org/0000-0002-4880-3916>


Maria Carolina Ortiz Whitaker⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0253-3831>


Camila Tahis dos Santos Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2434-2817>

Nildete Pereira Gomes¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1690-4122>

Lúcia Cristina Santos Rusmando⁶

 <https://orcid.org/0000-0002-0933-1354>

Destaques: **(1)** Sentimentos oriundos de impressões individuais em consonância com a interação social. **(2)** Atender vítimas infantojuvenis repercute negativamente nas emoções dos profissionais. **(3)** Gestores do serviço precisam atentar para a saúde de profissionais que atendem às vítimas.

Objetivo: descrever sentimentos expressos por profissionais de saúde no atendimento a vítimas infantojuvenis da violência sexual na perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico. **Método:** pesquisa qualitativa realizada com 30 mulheres profissionais da saúde. Foi aplicado instrumento composto de questões fechadas para dados sociodemográficos e roteiro com perguntas abertas para a entrevista. Os dados foram organizados e analisados no *software* Nvivo versão 12, de acordo com a proposta de Bardin, sob a ótica do Interacionismo Simbólico na obra de Charles Morris. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** emergiram cinco categorias temáticas que revelaram sentimentos de empatia, medo, indignação, sofrimento e consternação. Tais sentimentos permaneceram na memória das entrevistadas, tornando o atendimento a vítimas infantojuvenis da violência sexual uma experiência tocante, difícil e que marca profundamente a vida do profissional de saúde. **Conclusão:** há necessidade de adotar estratégias de apoio à saúde mental de profissionais que atuam em serviços que prestam atendimento geral a crianças e adolescentes, considerando que existe a possibilidade de estes atenderem a vítimas infantojuvenis da violência sexual em respeito às políticas públicas preexistentes.

Descritores: Equipe de Assistência ao Paciente; Violência Doméstica; Abuso Sexual na Infância; Assistência Hospitalar; Criança; Adolescente.

* Artigo extraído de dissertação de mestrado “Violência sexual infantojuvenil: percepções de profissionais de saúde”, apresentada à Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

¹ Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

² Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis, Salvador, BA, Brasil.

³ Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), Brasil.

⁴ Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, BA, Brasil.

⁵ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁶ Universidade Federal da Bahia, Maternidade Climério de Oliveira, Salvador, BA, Brasil.

Como citar este artigo

Conceição MM, Camargo CL, Whitaker MCO, Silva CTS, Gomes NP, Rusmando LCS. Feelings expressed by professionals caring for children and teenagers victims of sexual violence. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4251 [cited ____/____/____]. Available from: _____ . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7157.4251>

URL

ano | mês | dia

Introdução

A violência sexual infantojuvenil (VSI) engloba uma multiplicidade de condutas de natureza sexual com crianças e adolescentes, sejam elas consensuais ou não⁽¹⁻²⁾. No Brasil, este conceito foi classificado em três categorias: abuso sexual; exploração sexual comercial e o tráfico de pessoas⁽³⁻⁴⁾, que inclui modalidades propagadas com o uso da Internet, como *sexting*, sextorsão e estupro virtual⁽⁵⁾, o que corrobora posicionamentos internacionais acerca da temática^(1,5).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU)⁽⁶⁾ e a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁵⁾, um bilhão de crianças e adolescentes no mundo com idade entre dois e 17 anos são vitimizadas. Estudo revela a prevalência de violência sexual de 14,5% a 89,4% entre 227 adolescentes africanos⁽⁷⁾; similarmente, no Brasil, o Boletim Epidemiológico recente alerta que a violência sexual é mais perpetrada contra crianças com idade entre cinco e nove anos e adolescentes entre 12 e 14 anos do sexo feminino⁽⁸⁾.

Em que pesem estes dados alarmantes, a invisibilidade dos casos é uma constatação. Estudos internacionais apontam para a dificuldade de identificação dos casos⁽⁹⁻¹²⁾, conseqüentemente, infere-se que o cuidado profissional às vítimas, ainda hoje, consiste em um desafio potencializado por tabus impostos socialmente em diversos contextos culturais. Esta situação é confirmada em estudo realizado na Arábia Saudita com 300 médicos da Atenção Primária à Saúde que, embora tenham conhecimento sobre abusos infantis, não registram os casos, o que gera subnotificação nos sistemas do país⁽¹³⁾.

Estudos salientam que a assistência às vítimas envolve humanização no acolhimento e prevenção de outros agravos; bem como o acompanhamento psicossocial e de saúde⁽¹⁴⁻¹⁷⁾, processo aprimorado recentemente no país através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽³⁻⁴⁾. Soma-se a este enfrentamento a disponibilidade de dispositivos tecnológicos para a denúncia, porém sua existência não dispensa o estabelecimento de interações humanas^(4,18-19).

Sabe-se que, para interagir, o indivíduo necessita ter contato (visual, auditivo, tátil e/ou verbal) com o outro, a fim de identificar situações, pessoas e objetos que são alvo de esforços, ações e intervenções⁽²⁰⁾. Portanto, o atendimento às vítimas e suas famílias é mediado pelos sentimentos, considerados molas propulsoras das ações sempre que há atribuição de significados a esta interação⁽¹⁹⁻²⁰⁾, cujas influências são marcadas pela convivência em sociedade⁽²⁰⁻²¹⁾.

O atendimento às vítimas infantojuvenis da violência sexual requer preparo emocional, pois o lidar com os

sentimentos durante este atendimento consiste em outro desafio. Estudo revela um cenário impactante percebido por profissionais ao assistir crianças e adolescentes vitimizados que apresentam lacerações de órgãos genitais, sangramentos intensos, condições de saúde que exprimem grave complicação clínica e podem culminar em óbito⁽²²⁾. Estas situações são marcantes para a experiência humana e podem ocasionar dificuldades na atuação da equipe de saúde.

Isto se explica porque as intervenções necessárias no atendimento às vítimas precisam ser mediadas por interações empáticas que mexem com estes sentimentos⁽¹⁹⁾. Por outro lado, a literatura revela que profissionais de um centro de atenção psicossocial expressam sentimentos como impotência e frustração ao cuidarem de crianças vítimas de violência⁽²³⁾, porém permanece a lacuna no conhecimento em relação aos sentimentos expressos por profissionais presentes no atendimento a vítimas de violência sexual infantojuvenil.

A relevância deste estudo está na possibilidade de contribuir para a melhoria do preparo emocional de profissionais que atuam em serviços da saúde em qualquer nível de atenção. Esta medida colabora para implementar recomendações do Ministério da Saúde para que estes trabalhadores sejam preparados e envolvidos em prol dos cuidados às vítimas e suas famílias⁽⁴⁾. No entanto, também serve para subsidiar políticas de saúde ocupacional nos serviços de saúde e, conseqüentemente, ampliar o alcance destas políticas para os diversos contextos de atendimento a crianças e adolescentes, como escolas, creches, Conselhos Tutelares e Delegacias Especializadas, entre outros, visto que os sentimentos evidenciados podem ser abrangentes a pessoas que interagem e estão em convívio na mesma sociedade. Logo, este estudo tem como objetivo descrever sentimentos expressos por profissionais de saúde no atendimento a vítimas infantojuvenis de violência sexual na perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico.

Método

Tipo de estudo

Estudo qualitativo apresentado segundo a ferramenta *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) adaptada para o Brasil⁽²⁴⁾, produto de uma dissertação de mestrado defendida em 2020 em um programa de pós-graduação do país.

Local do estudo

A pesquisa ocorreu em um hospital público do Nordeste brasileiro que fornece atendimento geral,

ambulatorial, clínico, cirúrgico, de urgência/emergência, para todos os grupos etários e de ambos os sexos. A aproximação com o campo ocorreu por meio da atuação da primeira autora como enfermeira no referido hospital. Foram visitadas as unidades assistenciais abertas (clínicas) e fechadas (unidades de atendimento a pacientes críticos), voltadas ao público pediátrico e adolescente. O projeto foi apresentado à diretoria, a responsáveis por unidades assistenciais e a possíveis participantes em um encontro prévio.

Participantes do estudo

Para a seleção dos participantes, todos os profissionais de saúde encontrados nas unidades assistenciais foram abordados individualmente e convidados a integrar a pesquisa. Mediante o aceite, eram conferidos os critérios de inclusão: atuar por mais de um ano na instituição e ter prestado assistência a crianças e adolescentes que sofreram violência sexual; e os critérios de exclusão: estar ausente do serviço pesquisado por quaisquer motivos e laborar em unidades de apoio diagnóstico.

Não houve recusas/desistências dos convidados em integrar a pesquisa. Desta maneira, dos 36 profissionais abordados aleatoriamente, apenas 31 respondiam aos critérios de inclusão, porém uma entrevistada foi descartada devido à insuficiência de informação.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em junho e julho de 2019, conduzida pela mestrandia em companhia de quatro acadêmicas de Enfermagem (todas do sexo feminino) que participavam individualmente da entrevista na função de conferir o cumprimento do roteiro previsto. Todas as estudantes eram vinculadas a um grupo de pesquisa, devidamente qualificadas para coleta de dados qualitativos em um curso de extensão frequentado no mesmo ano.

Inicialmente, aplicou-se um questionário estruturado e um roteiro de entrevista semiestruturada previamente criado pela pesquisadora que incluía a seguinte questão: como você se sentiu durante o atendimento às vítimas? Porém, ao longo dos relatos, as profissionais mencionavam também as reações observadas em outros profissionais percebidas ao longo do processo assistencial às vítimas.

As entrevistas em profundidade foram pré-agendadas com as participantes. Os diálogos, que ocorreram uma única vez, em horário de trabalho das profissionais (períodos diurno e noturno) e tiveram duração média de 45 min, foram audiogravados. Cabe destacar que a saturação

temática dos dados foi identificada na 23ª participante e confirmada com mais sete entrevistas que apresentavam similaridade das experiências compartilhadas, respondiam ao objetivo proposto e não apresentavam acréscimos para a interpretação e análise dos dados.

Análise de dados

Após a coleta, foi realizada a transcrição pelas estudantes, porém, apenas uma participante concordou em ler e corrigir sua entrevista transcrita. Diante desta dificuldade, a correção e a validação textual das demais participantes foram realizadas pela pesquisadora responsável. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática sugerida por Bardin⁽²⁵⁾ em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados e inferência.

Na etapa de pré-análise, as entrevistas foram transcritas, impressas e lidas superficialmente na íntegra. A seguir, procedeu-se à extração de temas preliminares que suscitaram a menção a sentimentos expressos que estavam também presentes nas observações das pesquisadoras, nas discussões após cada entrevista e que foram apontadas nos registros do diário reflexivo.

A segunda fase - exploração do material - foi iniciada manualmente. Foi realizado um grupo de reflexão que, semanalmente, se reunia para analisar, discutir, refletir sobre e compartilhar as impressões e interpretações dos dados. Os textos transcritos foram submetidos a releituras persistentes (cada entrevista foi lida, no mínimo, oito vezes pela pesquisadora principal e três vezes pelas acadêmicas). Neste processo, foram realizadas leituras aprofundadas, fase que ocorreu concomitantemente à escuta reiterada (mínimo de cinco vezes) de cada entrevista, a fim de possibilitar a impregnação dos textos pelas pesquisadoras. Após este processo, os textos foram importados para o *software* NVivo versão 12, onde foram organizados e sistematizados em códigos, ou nós temáticos.

Para proceder à terceira etapa - interpretação - as falas das participantes foram agrupadas em códigos por informações convergentes, dando origem ao total de 23 expressões e termos que foram considerados subtemas ou subcategorias, agrupados por significado convergente em categorias temáticas⁽²⁵⁾. A validação do processo de análise se deu a partir de discussões com três acadêmicas de Enfermagem e três pesquisadoras doutoras, além de um momento reservado com cinco participantes da pesquisa que confirmaram os resultados apresentados. O processo de análise dos dados é descrito na Figura 1.

Objeto simbólico	Expressões evidenciadas nas interações sociais	Significado	Significante
Criança/adolescente violentada sexualmente	<i>"poderia ser seus filhos"</i>	Ponderação acerca do seu possível sofrimento ao vivenciar uma situação semelhante (ter o filho criança/adolescente violentado) e sopesar o sofrimento que o outro pode estar vivenciando ao ter a filha violentada	Empatia
	<i>"pensa o sofrimento da mulher com a filha nesse estado"</i>		
	<i>"me coloco no lugar de mulher"</i>		
Ação de buscar informações para elucidar suspeita de violência sexual	<i>"recoosas de fazer muita pergunta e mãe reclamar"</i>	Possíveis reações que familiares das vítimas teriam frente às perguntas relacionadas à suspeita de violência sexual	Medo
	<i>"medo de dizer suspeita ... família ameaça"</i>		
Ações do agressor e reações frente à violência sexual contra crianças/adolescentes	<i>"indignado"</i>	Reação perante agressões sexuais infantojuvenis é rechaçar o agressor. Converte a opinião quanto à necessidade de insurgência e intolerância da sociedade contra este ato e contra aqueles que não expressam o mesmo sentimento	Indignação
	<i>"me ressentia ... mãe não demonstrou raiva"</i>		
Apresentação de quadro clínico complexo que demanda esforços físicos e emocionais dos profissionais	<i>"médico chorava muito [...] me senti péssima"</i>	Reação em reflexo à percepção de que a vítima também sofre ou mesmo resultado dos esforços físicos e emocionais empreendidos ao longo do atendimento	Sofrimento
	<i>"como se minha energia tivesse sido sugada"</i>		
Longo período após o momento do atendimento	<i>"até hoje, fica na minha mente [...] todo mundo fica emocionalmente triste"</i>	Reação de desalento aprofundado diante de alguma situação mobilizadora; esta reação pode perdurar independente da perda (e/ou distanciamento físico) ou mesmo do afastamento emocional de um objeto social, nestes casos, a história da vítima	Consternação
	<i>"levo um tempo processando essas histórias [...] não tem como não ficar mobilizada, triste"</i>		

Figura 1 – Exemplos de expressões que originaram as categorias temáticas na perspectiva do Interacionismo Simbólico. Salvador, BA, Brasil, 2019

As análises, inferências e interpretações recomendadas por Bardin⁽²⁵⁾ estão ancoradas nas bases filosóficas do Interacionismo Simbólico (IS), presentes na obra "Mente, self e sociedade" de Charles Morris. Esta teoria tem como precursor o cientista social George Herbert Mead, que teve suas ideias sistematizadas por seu orientando de doutorado Herbert Blumer. Durante o século XIX, o IS foi incorporado à Psicologia Social, conduzindo o arcabouço teórico constituído por três premissas basais: 1) a forma como uma pessoa interpreta os fatos e age depende do significado que este lhe é atribuído; 2) o significado é edificado a partir de processos interativos em sociedade; e 3) ao longo do tempo, os significados podem sofrer alterações⁽²⁰⁾.

Esta teoria centraliza o olhar nas interações sociais, nas respostas humanas e na influência que a imersão do indivíduo na sociedade tem nos seus posicionamentos frente às situações experienciadas⁽²⁰⁾. Assim, foram evidenciadas cinco categorias temáticas: empatia, medo, indignação, sofrimento e consternação.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e respeita as Resoluções do Conselho Nacional

de Saúde (466/2012 e 510/2016). Desta maneira, todas as pessoas que integraram a pesquisa, após leitura e concordância, assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram feitas em salas privativas, localizadas na instituição pesquisada, em presença da pesquisadora principal e uma acadêmica de Enfermagem, com o intuito de garantir confidencialidade e sigilo às informações prestadas. Para preservar o anonimato das participantes, seus nomes foram substituídos por "P" (referente a profissional), seguido de um número arábico, conforme ordem de realização das entrevistas: P1, P2, P3 ... P30.

Resultados

Participaram 30 profissionais de saúde, sendo 33,3% enfermeiras, 33,3% técnicas de enfermagem, 10,0% assistentes sociais, 10,0% médicas, 6,7% auxiliares de enfermagem e 6,7% psicólogas. A totalidade das participantes referiu ser do sexo feminino, autorreferidas de identidade de gênero mulher cis, orientação afetivo-sexual heterossexual, 80% da raça/cor negra e tinham idade entre 25 e 65 anos. Ainda,

73,3% tinham mais de dez anos de formação profissional concluída, 70% atuavam há mais de dez anos na área da saúde e 40% tinham mais de dez anos de atuação no hospital estudado.

Após o processo analítico, emergiram cinco categorias temáticas que representam os sentimentos expressos por profissionais e evidenciados nos relatos, a saber: empatia, medo, indignação, sofrimento e consternação, como descrito a seguir.

Empatia

De acordo com os relatos das participantes, o sentimento mais evocado foi a empatia. Empatia significa ter a capacidade de colocar-se no lugar do outro indivíduo sem, necessariamente, passar pelas mesmas experiências que ele. A empatia é considerada um sentimento relevante e indispensável ao cuidado, como foi mencionado:

A agressão sexual contra uma criança ou adolescente interfere muito no emocional. Você logo pensa que poderia ser seus filhos (P11, Técnica de enfermagem).

O coração acelera! A gente fica vendo a situação do ser humano, dessa criança/adolescente. Não sei como alguém é capaz de pegar uma criança, um bebê, como já aconteceu. Eu me pergunto: o que está acontecendo com o ser humano? [...] (P26, Assistente social).

Maciçamente a mulher é vítima de estupro. Isso mexe com nosso lugar de mulher, que é subjugada. A gente pensa no sofrimento dessa mulher, mãe, avó ao ver a filha nesse estado (P12, Assistente Social)

Eu me coloco muito no lugar de mulher. Para mim, seria a pior coisa que eu poderia sofrer na minha vida. [...] (P13, Enfermeira).

Medo

O medo foi outro sentimento expresso pelos profissionais em estudo que ocorria, principalmente, durante a coleta de informações sobre o caso de violência sexual. Esta coleta de informações é feita nos serviços de saúde com base nos relatos dos responsáveis pelas vítimas, na realização de exames laboratoriais, de imagem e anamnese. O medo também ocorria expressamente durante o ato de comunicar o diagnóstico (ou mesmo a suspeita dele) aos familiares das vítimas:

[...] o local sangrava e estava muito aberto. Ficamos receosas de fazer muita pergunta e a mãe reclamar na diretoria

do hospital dizendo que estávamos perguntando demais, constrangendo-a! (P1, Técnica de enfermagem),

Ficamos com medo de dizer que existe suspeita de violência sexual porque, muitas vezes, a família ameaça a equipe (P19, Técnica de enfermagem).

Quando eu e a outra técnica fomos trocar a fralda dele e fazer higiene íntima, observamos que o ânus estava muito dilatado. [...] tivemos receio de dizer qualquer coisa acerca da suspeita e o pai reagir mal (P10, Técnica de enfermagem).

Indignação

As colaboradoras relatam indignação, revolta e desespero diante do atendimento às vítimas de violência sexual, seja ela criança ou adolescente. O sentimento é tão aflorado que, em alguns casos, rebelam-se contra o agressor:

[...] um menino de um ano e seis meses choroso, assustado. A médica constatou fissuras, queloides e sangramento no reto. Eu e a anestesista ficamos muito indignadas! (P2, Auxiliar de enfermagem).

[...] o parente mostrava a genitália, ameaçava ela [a adolescente] de morte caso ela contasse aos pais. Um absurdo! Eu estava torcendo para o agressor morrer! (P14, Enfermeira).

[...] era uma menina inocente, que nem sabia o que tinha acontecido com ela. Lacerou a genitália. O que mais me ressentia era por causa da mãe que, em momento nenhum, demonstrou raiva (P9, Técnica de enfermagem).

O [médico] anestesista ficou indignado! A equipe toda estava indignada! (P8, Técnica de enfermagem).

Sofrimento

As profissionais entrevistadas relatam que se sentiram tão impactadas diante dos casos de violência sexual infantojuvenil, a ponto de diversos membros da equipe apresentarem o choro como a principal expressão da emoção vivenciada (misto de revolta, tristeza, raiva, empatia com a vítima). O sofrimento das vítimas refletia e gerava sofrimento também nos profissionais durante o atendimento:

A criança tinha uns dois anos. [...] lesionou da genitália até o ânus. O médico chorava muito enquanto fazia a cirurgia. Eu me senti péssima! (P9, Técnica de enfermagem).

Eu e o cirurgião ficamos muito chocados, pois era uma criança de oito meses que chegou em estado muito grave, com

lesões importantes no ânus e vagina. Fiquei muito abalada emocionalmente! (P25, Médica).

[...] são casos difíceis que envolvem o nosso sentimento. Depois do atendimento, me sinto esgotada, como se minha energia tivesse sido sugada (P27, Psicóloga).

Consternação

De forma recorrente, a imagem das vítimas e lembranças das suas histórias estão presentes nas memórias das profissionais, despertando o sentimento de consternação. Segundo as participantes, isso ocorria mesmo após ter passado um longo período em que prestaram assistência a estas crianças e/ou adolescentes:

Aconteceu há uns dois anos atrás e, até hoje, fica na minha mente quando essa criança chegou com a região perianal sangrando e foi para a sala de cirurgia [...] até hoje, todo mundo fica emocionalmente triste (P1, Técnica de enfermagem).

Cuidei de uma criança, que tinha menos de um mês de vida e foi a óbito. [...] em casa, eu só conseguia pensar nisso. Durante muito tempo, sempre que estava trabalhando, eu olhava para o leito e só pensava nela [...] e fica todo mundo muito triste com essa lembrança (P23, Auxiliar de enfermagem).

A mãe trouxe a menina para a emergência, ela suspeitava que o agressor era uma pessoa da família. [...] quando atendo casos de abuso sexual em crianças e adolescentes, levo um tempo processando essas histórias porque não tem como você não ficar muito mobilizada, triste, após atender um caso desse (P12, Assistente social).

Discussão

De acordo com os relatos das participantes, os sentimentos mais evocados foram: a empatia pelas vítimas; o medo de informar a suspeita de violência sexual, de direcionar o atendimento para este agravo e de ser retaliada; a indignação com relação ao fato ocorrido (violência sexual contra crianças e adolescentes) e com a inércia inesperada da família da vítima; o sofrimento diante dos casos clínicos e das situações de cuidado experienciadas; a consternação em relação à vítima, aos fatos relatados e ao cuidado prestado.

Estes achados alertam para a complexidade que se instaura no indivíduo envolvido no atendimento a crianças e adolescentes vitimizadas sexualmente. Embora a VSI esteja posta na sociedade e isto seja evidente em diversos estudos⁽⁷⁻¹²⁾, sua constatação na vida real ainda mobiliza as emoções de profissionais atuantes a

ponto destes resgatarem em si sentimentos que podem levá-los à completa paralização ou dar início a ações de cuidado necessárias, processo que depende da percepção de mundo de cada um.

Segundo Morris, a percepção é uma espécie de mediador necessário às interações entre as pessoas⁽²⁰⁾. Nesta perspectiva, para a prestação de cuidados, é preciso ter empatia, o que possibilita criação de laços de afeto, compreensão e reciprocidade afetiva. Isso porque, ao utilizar da empatia para prestar cuidados às vítimas infantojuvenis de violência sexual, os profissionais de saúde envolvem os sentimentos de fraternidade e compaixão, considerados importantes para o cuidado humano⁽²¹⁾. A empatia é um sentimento que atribui ao indivíduo a capacidade psicológica de sentir o que sentiria a outra pessoa, caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela⁽¹⁹⁻²¹⁾, o que ocorre por meio de interações.

Estudos nacionais e internacionais sobre a vivência de violência doméstica na infância e/ou adolescência apontam que, independentemente do tipo de violência e do número de ocorrências, as vítimas tiveram prejuízos físicos, emocionais e psíquicos. Em muitos casos, estes agravos resultam em complicações clínicas diversas, sofrimento intenso e consequente necessidade de atendimento especializado, que abarcam também seus familiares e alcançam status intergeracional^(7,11,22,26-27).

Assim, pode-se afirmar que a violência sexual ocasiona sofrimento às vítimas, seus familiares e à equipe de saúde. Neste tocante, a interação profissional-paciente é necessária à assistência e deve ser mediada pela empatia, importante instrumento de aproximação e acolhimento às vítimas e seus familiares⁽²⁰⁾.

Corroborando a discussão, estudiosos⁽²⁵⁾ afirmam que é possível inferir que a interpretação das experiências vivenciadas pelas vítimas infantis possam ser ressignificadas na idade adulta. Esta possibilidade não exclui as entrevistadas, ou seja, a depender do histórico de vida pessoal de cada profissional e de como cada uma vivenciou (ou não) situações de violência na infância/adolescência, os significados atribuídos ao seu papel de cuidador podem estar comprometidos^(12,20,26-27), o que pode ocasionar medo.

O medo de represália é sentimento comum entre profissionais que cuidam de vítimas da violência sexual. Este medo pode ser incrementado pela insegurança, esgotamento físico e emocional, falta de suporte adequado ao desempenho de atividades de cuidado e estresse, problemas laborais frequentes nos serviços de saúde nacionais e internacionais^(17,23,28-29). Há de se ponderar que a violência sexual infantojuvenil pode despertar nos familiares sentimento de desespero e descontrole emocional a ponto de se insurgirem

contra os profissionais durante o atendimento, como foi mencionado.

É certo que, em contextos violentos, toda a sociedade⁽²⁰⁾, incluindo aqueles envolvidos nos cuidados a estas vítimas, sofre abalos. Como exemplo, na Atenção Primária à Saúde, profissionais circulam e se incorporam à comunidade em resposta à necessidade de enfrentar os diversos agravos por meio de estratégias como a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Sobre isto, estudo realizado em Recife, Pernambuco, revela que a sensação de ameaça pode desencadear o sentimento de medo, considerado impeditivo para a realização da notificação compulsória de violência infantojuvenil, embora os profissionais reconheçam sua efetivação como obrigação ética e legal⁽³⁰⁾.

Contudo, um estudo nacional com 242 trabalhadores de enfermagem revela que 20% e 59% destes profissionais denunciam ter sofrido, respectivamente, agressões físicas e verbais nos horários de labor⁽³¹⁾, experiência compartilhada por enfermeiros do quadro funcional de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Paraná⁽³²⁾. No âmbito internacional, estudo realizado na Suécia com 1.567 profissionais da saúde aponta prevalência de quase 25% de vivência de violência no local de trabalho⁽³³⁾, realidade similar àquela vivida por 769 médicos noruegueses, que aponta 20,3% de prevalência de múltiplas ameaças de violência nos quatro primeiros anos de atuação profissional⁽²⁹⁾.

A idade média de 40 anos e o tempo de atuação profissional superior a 10 anos na área da saúde mencionados pelas participantes foram elementos importantes para a análise destes resultados. Em comparação, estudo desenvolvido na Noruega afirma que ter menor idade é fator associado à vivência de violência física por profissionais na prática laboral em saúde⁽²⁹⁾, realidade que diverge desta pesquisa. No entanto, pode-se confirmar a hipótese de que os anseios das profissionais eram genuínos, visto que o medo de sofrer retaliações e de possíveis reações agressivas de parentes das vítimas não é um sentimento infundado.

Por outro lado, é possível que este medo tenha que ser superado durante a atuação profissional em prol da efetividade da assistência. Estudo revela que existem mecanismos de “construção de significado” usados por sobreviventes de abusos sexuais infantis, tais como mobilizar recursos sociais e contar com o alicerce da sociedade⁽³⁴⁾. Estes dados alertam para a necessidade de profissionais da saúde estarem aptos a atuar como suporte social para as vítimas infantojuvenis, inclusive superando o medo mencionado.

Para além destes, a confiança mútua estabelecida entre os profissionais é a responsável por ampliar a

percepção de segurança e melhorar o controle emocional da equipe. Desta maneira, é possível diminuir o estresse e aumentar a confiança mútua em um ciclo de reforço positivo⁽²⁸⁾. Entretanto, a falta de tempo e a ausência de instrumentos legais que regulamentem as atribuições dos profissionais brasileiros, sobretudo a enfermagem, são desafios impostos nos cuidados às vítimas de violência sexual⁽¹⁷⁾, podendo, em consequência, contribuir para ampliar o sentimento de insegurança durante o cuidado.

Embora não tenha sido resultado deste estudo, o medo da responsabilidade legal com relação ao processo judicial que se pode instaurar após a denúncia de violência sexual também é um sentimento que acomete enfermeiros que cuidam das vítimas^(4,17). Talvez isto decorra da ausência de instrumentos legais que regulamentem suas atribuições e seu papel na cadeia de custódia das provas⁽¹⁷⁾, o que está relacionado à falta de abordagem temática durante a formação e estimula futuros profissionais a atuarem na linha de frente de cuidados a pessoas que sofreram violações sexuais⁽³⁵⁾.

Para além da formação acadêmica, a depender do convívio social destes profissionais, da simbologia atribuída à violência sexual e de como esses profissionais demonstram seus sentimentos, a forma de reagir frente à necessidade de cuidar da vítima pode apresentar nuances. Para os interacionistas como Morris, as experiências sociais influenciam as reações das pessoas, podendo ser as responsáveis (ao lado da construção social) pelas ações dos indivíduos frente às situações vivenciadas⁽²⁰⁾. Portanto, o medo relatado pode ocasionar o sentimento de despreparo do profissional para atuar no cuidado à vítima, dificultar processos como a notificação e a denúncia, embora eles demonstrem indignação quando identificam este tipo de agressão contra crianças e adolescentes. Possivelmente, esta indignação está relacionada à capacidade que o indivíduo como ser social tem de se colocar no lugar do outro, como revela Morris⁽²⁰⁾, ou simplesmente transferir a responsabilidade, como denunciam profissionais atuantes nos diversos níveis de assistência no Brasil⁽¹²⁾. Desta maneira, a indignação é resposta sentimental e está relacionada ao crime - significado atribuído a este tipo de violência para profissionais da saúde, embora possa não ser elemento impulsionador de ações de cuidado.

Portanto, infere-se que as reações diante do atendimento às vítimas ocasionaram sofrimento intenso e aflorado entre os profissionais, bem como contribuíram para tornar os fatos vivenciados inesquecíveis, mesmo quando ocorreram há muitos anos. Ademais, gatilhos emocionais impulsionados a partir das memórias vividas podem ser os responsáveis pela consternação mencionada.

Aliás, o atendimento a vítimas de violência sexual foi apontado como uma situação que marca e choca toda a equipe. Apesar de difícil, a atuação profissional está embasada em prerrogativas legais (pois consta nos códigos de deontologia, no ECA), abarca a notificação e a denúncia dos casos suspeitos/identificados, ações que, se negligenciadas, geram penalidades, como multas⁽³⁾. Estes avanços na saúde brasileira definem a condução a ser tomada por profissionais no atendimento às vítimas, situação plenamente sistematizada com orientações explícitas⁽⁴⁾, quando se compara com situação oposta, como a organização e fluxo de registros do sistema de saúde da Arábia Saudita⁽¹³⁾.

O desenvolvimento de processos formativos que visem qualificações para a condução do processo de cuidar destes casos é alicerce no preparo emocional de profissionais. Pesquisas confirmam que qualificar profissionais através da inserção de conteúdos na formação acadêmica ampliam a possibilidade de estes implementarem políticas públicas pré-existent^(17,35), ainda que esta não seja uma constatação em um estudo asiático com 300 médicos⁽¹³⁾. Por outro lado, o uso de ferramenta interativa promove a assistência segura às vítimas de violência sexual, reduz o sentimento de impotência do profissional e dá suporte ao raciocínio clínico necessário à execução do processo assistencial de saúde⁽¹⁸⁾.

Diante destes resultados, é plausível que os responsáveis pelo programa de saúde ocupacional das instituições precisem investigar sinais e sintomas relativos ao estado mental de profissionais que atuam em serviços de atendimento a vítimas de violência sexual, considerando os impactos negativos acima mencionados. Ainda, estes profissionais necessitam de intervenções contínuas, a curto, médio e longo prazo, a fim de promover ações que reduzam os riscos de desenvolver transtornos mentais leves, moderados e com repercussões de maior gravidade.

Recomenda-se a realização de outros estudos sobre esta temática, que utilizem outras metodologias. Também sugere-se que o presente estudo seja replicado em outros contextos como da educação (creches, escolas), em serviços de saúde (da atenção primária, serviços especializados e maternidades), serviços da segurança pública, e na proteção à infância e adolescência, e justiça (como Conselho Tutelar, Delegacias Especializadas, Ministério Público, e Defensoria Pública), bem como com outros grupos sociais (profissionais da segurança pública, professores e cuidadores informais) para fins de confrontar os resultados aqui obtidos e verificar semelhanças e/ou diferenças.

Este estudo limita-se a desvelar sentimentos de mulheres profissionais que atuam em um serviço

hospitalar de saúde. Entretanto, estes resultados são passíveis de generalização, posto que se trata de uma temática que ocasiona mobilização emocional de forma global em sociedades ocidentais, organizadas moralmente à luz de condutas que orientam a proteção e o direito de crianças e adolescentes. Ademais, o estudo é passível de replicação, visto que se recorreu a uma teoria social e rigor metodológico para assegurar resultados fidedignos.

Conclusão

Empatia, medo, indignação, sofrimento e consternação são sentimentos expressos pela equipe no atendimento às vítimas de violência sexual infantojuvenil. A ênfase destes sentimentos torna a experiência de cuidar destas vítimas uma vivência difícil, marcante e que mobiliza sentimentos que podem interferir na efetividade dos cuidados prestados.

Este estudo reflete a realidade de profissionais que prestam assistência às vítimas de violência sexual, portanto, recomendamos seu uso para qualificar profissionais que possam lidar com situações semelhantes. Ademais, o estudo poderá nortear a formação em saúde acerca da temática, motivar a efetivação de políticas públicas vigentes, tal qual a oferta de acompanhamento psicológico para a equipe de saúde responsável pelo cuidado às vítimas, como preconiza o Ministério da Saúde.

Agradecimentos

Agradecemos às pesquisadoras colaboradoras na coleta e tratamento de dados na condição de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia: Maria Luísa Nascimento dos Santos, Larissa Pereira Ramos, Edsângela Thalita Passos Barreto e Carolina de Jesus Santos.

Referências

1. Mathews B, Collin-Vézina D. Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma Viol Abuse*. 2019;20(2):131-48. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
2. Rizvi MB, Connors GP, King KC, Lopez RA, Rabiner J. Pennsylvania Child Abuse Recognition and Reporting [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2022 [cited 2023 Mar 09]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565852/>
3. Digiácomo MJ, Digiácomo LA. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado [Internet]. Curitiba: MPEPR; 2020 [cited 2023 Mar 09]. Available from: https://escolasuperior.mppr.mp.br/arquivos/Image/publicacoes/ECA_2020.pdf

4. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2023 Mar 11]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf
5. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 Mar 11]. Available from: <https://www.unicef.org/media/70731/file/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>
6. Organização das Nações Unidas. Plataforma Agenda 2030. Acelerando as transformações para a Agenda 2030 no Brasil [Internet]. New York, NY: ONU; 2020 [cited 2023 Mar 11]. Available from: <https://agenda21unesa.com/2018/09/15/plataforma-agenda-2030-acelerando-as-transformacoes-para-a-agenda-2030-no-brasil/>
7. Charak R, de Jong J, Berckmoes LH, Ndayisaba H, Reis R. Intergenerational maltreatment in parent-child dyads from Burundi, Africa: Associations among parental depression and connectedness, posttraumatic stress symptoms, and aggression in children. *J Trauma Stress*. 2021;34(5):943-54. <https://doi.org/10.1002/jts.22735>
8. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente [Internet]. Brasília: MS; 2023 [cited 2023 Mar 19];54(8):1-15. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>
9. Timmins F, Catania G, Zanini M, Ottonello G, Napolitano F, Musio ME, et al. Nursing management of emergency department violence-Can we do more? *J Clin Nurs*. 2022;00:1-8. <https://doi.org/10.1111/jocn.16211>
10. Bataenjer R, Grotzer M, Seiler M. For Infants With Fractures: Involvement of a Child Protection Team Is Mandatory With Few Exceptions. *Pediatr Emerg Care*. 2022;38(2):e724-e730. <https://doi.org/10.1111/jocn.16211>
11. Rancher C, Are F, Goodrum NM, Smith DW. Longitudinal Predictors of Mother- and Child-Report of Maternal Support Following Child Sexual Abuse. *Child Maltreat*. 2022;28(1):76-84. <https://doi.org/10.1177/10775595211061163>
12. Marcolino EC, Clementino FS, Souto RQ, Santos RC, Miranda FAN. Social Representations of nurses on the approach to children and adolescents who are victims of violence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3509. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5414.3509>
13. Alsaleem SA, Alsaleem MA, Asiri AM, Alkhidhran SS, Alqahtani WSS, Alzahrani MS, et al. Knowledge and attitude regarding child abuse among primary health care physician in Abha, Saudi Arabia, 2018. *J Fam Med Prim Care*. 2019;8(2):706-10. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_442_18
14. Santos DLA, Fonseca RMGS. Health needs of women victims of sexual violence in search for legal abortion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2022;30:e3532. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5834.3532>
15. Menezes MLB, Araújo MAL, Santos ASD, Gir E, Bermúdez XPD. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: epidemiological surveillance. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(esp1):e2020600. <https://doi.org/10.1590/s1679-4974202100018.esp1>
16. Leal LM, Vertamatti M, Zaia V, Barbosa CP. Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil. *PloS One*. 2021;16(11):e0249598. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249598>
17. Ribeiro CL, Maia ICVL, Souza JF, Santos VF, Santos JS, Vieira JLES. Nurses' performance of trace preservation in sexual violence against women: an integrative review. *Esc Anna Nery*. 2021;25(5):e20210133. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0133>
18. Alves OM, Primo CC, Tavares FL, Lima EF, Leite FM. Technology to support nursing care for women in situations of sexual violence. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE001085. <https://doi.org/10.37689/actape/2021AO001085>
19. Kandel ER. Em busca da memória: o nascimento de uma nova ciência da mente. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.
20. Morris CW, organizator. *Mente, self e sociedade*. Aparecida: Idéias & Letras; 2010.
21. Waldow VR. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petropolis: Vozes; 2006.
22. Conceição MM, Gomes NP, Whitaker MCO, Silva LS, Ferreira IQBP, Camargo CL. Signs and symptoms of children's sexual violence: reports of health professionals. *Rev Enferm UERJ*. 2021;29:e57289. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.57289>
23. Silva MS, Milbrath VM, Freitag VL, Gabatz RIB, Bazzan JS, Maciel KL. Care for children and adolescents victims of violence: feelings of professionals from a psychosocial care center. *Esc Anna Nery*. 2019;23(2):e20180215. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0215>
24. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/actape/2021AO02631>
25. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
26. Magalhães JR, Gomes NP, Estrela FM, Silva AF, Carvalho MR, Pereira A, et al. Meanings of family dynamics

by men who reproduced domestic violence. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE00803. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00803>

27. Marshall C, Fernet M, Langevin R. Intergenerational Continuity of Child Sexual Abuse: Comparison of Mother and Emerging Adult Dyads. *J Child Sex Abuse.* 2023;32(1):40-59. <https://doi.org/10.1080/10538712.2022.2147888>

28. Wong AH, Sabounchi NS, Roncallo HR, Ray JM, Heckmann R. A qualitative system dynamics model for effects of workplace violence and clinician burnout on agitation management in the emergency department. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):75. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07472-x>

29. Nøland ST, Taipale H, Mahmood JI, Tyssen R. Analysis of Career Stage, Gender, and Personality and Workplace Violence in a 20-Year Nationwide Cohort of Physicians in Norway. *JAMA Netw Open.* 2021;4(6):e2114749. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.14749>

30. Muniz BAA, Dantas ALM, Santana MM. Notificação de violência infantojuvenil: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Trab Educ Saúde.* 2022;20:e00620196. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs620>

31. Tsukamoto AS, Galdino MJ, Robazzi ML, Ribeiro RP, Soares MH, Haddad MC, et al. Occupational violence in the nursing team: prevalence and associated factors. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(4):425-32. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900058>

32. Oliveira CS, Martins JT, Galdino MJQ, Perfeito RR. Violence at work in emergency care units: nurses' experiences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e3323. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3856.3323>

33. Stahl-Gugger A, Hämmig O. Prevalence and health correlates of workplace violence and discrimination against hospital employees - a cross-sectional study in German-speaking Switzerland. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):291. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07602-5>

34. Westhuizen MV, Walker-Williams HJ, Fouché A. Meaning Making Mechanisms in Women Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Scoping Review. *Trauma Viol Abuse.* 2022;15248380211066100. <https://doi.org/10.1177/15248380211066100>

35. Daily KP, Loftus T, Waickman C, Start AR, Fernandes AK. Beyond the Protocols: A Team-Based Learning Intervention Improving Student Knowledge and Confidence on Caring for Survivors of Sexual Assault. *Acad Psychiatry.* 2021;96(11S):S181-S183. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004294>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Marimeire Morais da Conceição, Climene Laura de Camargo. **Obtenção de dados:** Marimeire Morais da Conceição, Climene Laura de Camargo, Nildete Pereira Gomes. **Análise e interpretação dos dados:** Marimeire Morais da Conceição, Climene Laura de Camargo, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Camila Tahis dos Santos Silva, Nildete Pereira Gomes, Lúcia Cristina Santos Rusmando. **Redação do manuscrito:** Marimeire Morais da Conceição, Climene Laura de Camargo, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Camila Tahis dos Santos Silva, Nildete Pereira Gomes, Lúcia Cristina Santos Rusmando. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Marimeire Morais da Conceição, Climene Laura de Camargo, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Camila Tahis dos Santos Silva, Nildete Pereira Gomes, Lúcia Cristina Santos Rusmando. **Outros (Tratamento dos dados e uso do software):** Marimeire Morais da Conceição, Camila Tahis dos Santos Silva. **Outros (Tratamento dos dados e preparo da equipe para coleta de dados):** Climene Laura de Camargo. **Outros (Tratamento dos dados, uso do software e preparo da equipe para coleta de dados):** Maria Carolina Ortiz Whitaker. **Outros (Tratamento dos dados):** Lúcia Cristina Santos Rusmando.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 28.10.2023

Aceito: 24.03.2024

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Marimeire Morais da Conceição

E-mail: enfufba2002@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-5370-0209>