

Violência infantojuvenil:

aspectos laborais e qualidade de vida no trabalho
dos profissionais da saúde que assistem a essas vítimas

Nagma Nascimento Prado
Maria Pena Alves Melo
Mara Ramos de Oliveira
Thays Peres Brandão
Ailton de Souza Aragão



AYA EDITORA

2026

Violência infantojuvenil:

aspectos laborais e qualidade de vida no trabalho
dos profissionais da saúde que assistem a essas vítimas



Violência infantojuvenil:

aspectos laborais e qualidade de vida no trabalho
dos profissionais da saúde que assistem a essas vítimas

Nagma Nascimento Prado
Maria Pena Alves Melo
Mara Ramos de Oliveira
Thays Peres Brandão
Ailton de Souza Aragão



AYA EDITORA

2026

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Autores

Nagma Nascimento Prado

Maria Pena Alves Melo

Mara Ramos de Oliveira

Thays Peres Brandão

Ailton de Souza Aragão

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora©

Imagens de Capa

br.freepik.com

Capa

AYA Editora©

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva (UNIDAVI)

Prof.ª Dr.ª Adriana Almeida Lima (UEA)

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza (UCPEL)

Prof.º Dr. Alaerte Antonio Martelli Contini (UFGD)

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos (IFAP)

Prof.º Dr. Carlos Eduardo Ferreira Costa (UNITINS)

Prof.º Dr. Carlos López Noriega (USP)

Prof.ª Dr.ª Claudia Flores Rodrigues (PUCRS)

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria de Genaro Chioli (UTFPR)

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota (IFPI)

Prof.ª Dr.ª Déa Nunes Fernandes (IFMA)

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis (UEMG)

Prof.º Dr. Denison Melo de Aguiar (UEA)

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos (UNIFAP)

Prof.º Dr. Gilberto Zammar (UTFPR)

Prof.º Dr. Gustavo de Souza Preussler (UFGD)

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota (IF Baiano)

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza (UFS)

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso (UNISC)

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão (UFPE)

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski (UTFPR)

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior (UFRR)

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra (IFCE)

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho (UFRPE)

Prof.ª Dr.ª Maralice Cunha Verciano (CEDEUAM-Unisalento - Lecce - Itália)

Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina Nery da Fonseca Rocha Medina (UEA)
Prof.^a Dr.^a Maria Gardênia Sousa Batista (UESPI)
Prof.^o Dr. Myller Augusto Santos Gomes (UTFPR)
Prof.^o Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda (UEPG)
Prof.^o Dr. Rafael da Silva Fernandes (UFRA)
Prof.^o Dr. Raimundo Santos de Castro (IFMA)
Prof.^a Dr.^a Regina Negri Pagani (UTFPR)
Prof.^o Dr. Ricardo dos Santos Pereira (IFAC)
Prof.^o Dr. Rômulo Damasclin Chaves dos Santos (ITA)
Prof.^a Dr.^a Silvia Gaia (UTFPR)
Prof.^a Dr.^a Tânia do Carmo (UFPR)
Prof.^o Dr. Ygor Felipe Távora da Silva (UEA)

Conselho Científico

Prof.^o Me. Abraão Lucas Ferreira Guimarães
Prof.^a Dr.^a Andreia Antunes da Luz (UniCesumar)
Prof.^o Dr. Clécio Danilo Dias da Silva (UFRGS)
Prof.^a Ma. Denise Pereira (FASU)
Prof.^o Dr. Diogo Luiz Cordeiro Rodrigues (UFPR)
Prof.^o Me. Ednan Galvão Santos (IF Baiano)
Prof.^a Dr.^a Eliana Leal Ferreira Hellvig (UFPR)
Prof.^o Dr. Fabio José Antonio da Silva (HONPAR)
Prof.^o Dr. Gilberto Sousa Silva (FAESF)
Prof.^a Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues (FASF)
Prof.^a Dr.^a Karen Fernanda Bortoloti (UFPR)
Prof.^a Dr.^a Leozenir Mendes Betim (FASF)
Prof.^a Dr.^a Lucimara Glap (FCSA)
Prof.^a Dr.^a Maria Auxiliadora de Souza Ruiz (UNIDA)
Prof.^o Dr. Milson dos Santos Barbosa (UniOPET)
Prof.^a Dr.^a Pauline Balabuch (FASF)
Prof.^a Dr.^a Rosângela de França Bail (CESCAGE)
Prof.^o Dr. Rudy de Barros Ahrens (FASF)
Prof.^o Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares (UFPI)
Prof.^a Dr.^a Silvia Aparecida Medeiros Rodrigues (FASF)
Prof.^a Dr.^a Sueli de Fátima de Oliveira Miranda Santos (UTFPR)
Prof.^a Dr.^a Tássia Patricia Silva do Nascimento (UEA)
Prof.^a Dr.^a Thaisa Rodrigues (IFSC)

© 2026 - **AYA Editora**. O conteúdo deste livro foi enviado pelos autores para publicação em acesso aberto, sob os termos da Licença Creative Commons 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). Esta obra, incluindo textos, imagens, análises e opiniões nela contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva dos autores, que assumem total responsabilidade pelo conteúdo apresentado. As interpretações e posicionamentos expressos neste livro representam exclusivamente as opiniões dos autores, não refletindo, necessariamente, a visão da editora, de seus conselhos editoriais ou de instituições citadas. A AYA Editora atuou de forma estritamente técnica, prestando serviços de diagramação, produção e registro, sem interferência editorial sobre o conteúdo. Esta publicação é fruto de pesquisa e reflexão acadêmica, elaborada com base em fontes históricas, dados públicos e liberdade de expressão intelectual garantida pela Constituição Federal (art. 5º, incisos IV, IX e XIV). Personagens históricos, autoridades, entidades e figuras públicas eventualmente mencionadas são citados com base em registros oficiais e noticiosos, sem intenção de ofensa, injúria ou difamação. Reforça-se que quaisquer dúvidas, críticas ou questionamentos decorrentes do conteúdo devem ser encaminhados exclusivamente aos autores da obra.

P896 Prado, Nagma Nascimento

Violência Infantojuvenil: aspectos laborais e qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde que assistem a essas vítimas [recurso eletrônico]. / Nagma Nascimento Prado...[et al]. -- Ponta Grossa: Aya, 2026. 70 p.

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-938-7

DOI: 10.47573/aya.5379.1.446

1. Crime sexual contra as crianças. 2. Castigos corporais em crianças. 3. Crianças - Maus-tratos. 4. Violência familiar. 5. Violência contra adolescentes - Aspectos psicológicos. I. Melo, Maria Pena Alves. II. Oliveira, Mara Ramos de. III. Brandão, Thays Peres. IV. Aragão, Ailton de Souza. V. Título

CDD: 364.15554

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

**International Scientific Journals Publicações de
Periódicos e Editora LTDA**

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

WhatsApp: +55 42 99906-0630

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
CAPÍTULO 1 - VIOLÊNCIA INFANTO JUVENIL NO BRASIL: ENTRE A NORMA LEGAL E A REALIDADE DOS SERVIÇOS	11
CAPÍTULO 2 - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE LIDAM COM VIOLÊNCIA INFANTOJUVENIL.....	29
CAPÍTULO 3 - EFEITOS PSÍQUICOS DO TRABALHO COM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INFANTOJUVENIL.....	42
SOBRE OS AUTORES.....	62
ÍNDICE REMISSIVO	64

APRESENTAÇÃO

O presente livro é fruto de uma produção científica vinculada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGSAT), na modalidade de Mestrado Profissional, do Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva (IGESC) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

O propósito central da obra é articular o conhecimento científico à prática dos serviços. A obra nasce da integração de três projetos de pesquisa, selecionados pelo Professor Dr. Ailton de Souza Aragão, docente do referido Programa e docente do Departamento de Saúde Coletiva e líder do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde e Sociedade (NUIPESS) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), para estruturar uma pesquisa voltada à temática da violência infantojuvenil bem como seus desdobramentos sobre a saúde do/da trabalhador/a.

Compreendendo a amplitude e a relevância do tema, optou-se por integrar à equipe a Prof.^a Ms.^a Thays Peres Brandão, pesquisadora convidada que, em conjunto com o orientador e as discentes Maria Pena Alves de Melo, Nagma Nascimento Prado e Mara Ramos de Oliveira unificaram suas propostas em um único projeto de pesquisa denominado Gerador que teve como eixo comum a análise de situações complexas, vivenciadas nos contextos de trabalho da Rede de Atenção à Saúde na cidade de Uberlândia, MG.

As temáticas da pesquisa articulam-se nas violências contra crianças e adolescentes, qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde e os impactos psicológicos e emocionais vivenciados por profissionais que atuam no cuidado de crianças vítimas de violência, configurando-se como questões interdependentes e de grande relevância social.

Nesse cenário, o PPGSAT/UFU tem papel estratégico ao oferecer formação continuada e fomentar pesquisas voltadas para a realidade local e que em muito refletem um cenário mais amplo. A produção científica do programa contribui para compreender, dentre outros determinantes, os impactos da violência estrutural sobre o processo saúde-doença-cuidado dos/das trabalhadores/as. E que para esse estudo, subsidia a elaboração de protocolos de acolhimento, políticas de prevenção e práticas de cuidado que fortalecem o SUS municipal aliada às demais políticas públicas. Ao capacitar profissionais

e gerar evidências aplicáveis ao cotidiano dos serviços, o PPGSAT amplia as possibilidades de garantia de direitos sociais, ao enfrentamento desse fenômeno, articulando formação acadêmica, gestão e atenção integral à saúde.

Dessa forma, a presente obra se organiza em três capítulos que mantêm entre si uma articulação teórico-metodológica, voltada à compreensão do fenômeno da violência infantojuvenil e de seus impactos sobre os trabalhadores da saúde. O objetivo é oferecer uma visão abrangente, crítica e aplicada, que contribua para o fortalecimento das políticas públicas e das práticas de cuidado no âmbito do SUS.

O Capítulo 1 discute a violência infantojuvenil como um grave problema social e de saúde pública. Destaca os tipos de violência infanto juvenil, seus impactos no desenvolvimento e o arcabouço legal brasileiro que garante a proteção integral de crianças e adolescentes e a importância da atuação intersetorial entre saúde, educação, assistência social, segurança e justiça. Contudo, em diálogo com a literatura, evidencia desafios como a subnotificação, a falta de integração entre setores e a insuficiente capacitação profissional. Conclui enfatizando que o enfrentamento da violência requer não apenas leis eficazes, mas também práticas articuladas, formação continuada e suporte institucional aos profissionais que atuam na rede de proteção.

O Capítulo 2 dedica-se a analisar como as condições organizacionais, expressos nos processos de trabalho; os vínculos laborais, o suporte institucional e o reconhecimento profissional, por meio de planos de carreira, por exemplo, interferem no bem-estar físico e mental desses trabalhadores. São elementos que incidem tanto sobre a compreensão do fenômeno pela equipe de profissionais quanto sobre as práticas, conexão que é fundamental para a efetivação do cuidado e da proteção integral de crianças e adolescentes em situação de violência.

O Capítulo 3 apresenta uma revisão integrativa de literatura sobre os impactos psicológicos e emocionais vivenciados por profissionais de saúde que atuam no cuidado de crianças vítimas de violência. A análise de estudos publicados entre 2020 e 2025 evidenciou os efeitos emocionais decorrentes do contato cotidiano com o sofrimento das vítimas, expressos em quadros de: burnout, estresse traumático secundário e fadiga por compaixão. A carência de capacitação e de suporte institucional, que não são exclusivos da cidade pesquisada, fragiliza a atuação e compromete o cuidado; e as estratégias de enfrentamento e autoproteção, com destaque para a importância da educa-

ção permanente e do trabalho interprofissional. Os resultados reforçam que o enfrentamento da violência infantojuvenil exige não apenas preparo técnico, mas também políticas institucionais intersetorialmente articuladas voltadas à promoção da saúde mental e ao fortalecimento dos profissionais que integram a rede de cuidado.

Ao reunir saberes, experiências e evidências, esta obra reafirma o compromisso do Mestrado Profissional com a produção de conhecimento aplicado e a valorização do protagonismo dos profissionais como sujeitos da pesquisa e da prática. A escrita coletiva consolidou-se como uma estratégia de integração dialética entre teoria e prática, permitindo que as análises individuais se articulassem em um projeto comum, com densidade teórica e sentido de totalidade.

Isso posto, espera-se que o livro contribua para o fortalecimento da rede de atenção à saúde e para o enfrentamento ético, intersetorial e humanizado das violências e de suas repercussões no mundo do trabalho.

Thays Peres Brandão e Ailton de Souza Aragão

Janeiro de 2026.

CAPÍTULO 1 - VIOLÊNCIA INFANTO JUVENIL NO BRASIL: ENTRE A NORMA LEGAL E A REALIDADE DOS SERVIÇOS

A violência constitui um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública e atravessa dimensões individuais, coletivas e institucionais. Esta nuance se manifesta nos ambientes doméstico, escolar, comunitário. Além de gerar sofrimento físico e emocional, a violência fragiliza vínculos sociais, compromete a qualidade de vida e produz impactos duradouros nas trajetórias de indivíduos e comunidades (Wong *et al.*, 2022).

A violência é definida como o uso intencional da força física ou do poder, seja de forma real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, prejuízo no desenvolvimento ou privação (WHO, 2002).

Trata-se de um fenômeno complexo, que pode se manifestar em diferentes contextos e afetar pessoas de todas as idades. Quando direcionada a crianças, assume contornos ainda mais graves, pois atinge indivíduos em pleno processo de desenvolvimento físico, cognitivo e emocional (Valério *et al.*, 2022).

Na infância, vivenciar situações de violência compromete não apenas o bem-estar imediato, mas também o desenvolvimento saudável a longo prazo. Evidências apontam que crianças expostas a maus-tratos apresentam maior probabilidade de desenvolver comportamentos de risco e condições crônicas de saúde física e mental ao longo da vida, como doenças cardiovasculares, distúrbios gastrointestinais e depressão (Krug *et al.*, 2002; Petruccelli; Davis; Berman, 2019; Valério *et al.*, 2022; Winter *et al.*, 2022). Reconhecer as múltiplas manifestações dessa violência é, portanto, um passo essencial para orientar estratégias eficazes de prevenção e intervenção.

A violência física na infância envolve qualquer forma de agressão que provoque lesões temporárias, comprometa o desenvolvimento ou leve à mor-

te. Essa modalidade de violência, além dos danos físicos imediatos, pode gerar traumas psicológicos duradouros que afetam a autoestima, a socialização e o desempenho escolar da criança (Dias, 2021).

A violência sexual, por sua vez, consiste em qualquer ato de natureza sexual, com ou sem penetração, que explore indevidamente a ingenuidade, o vínculo afetivo ou a vulnerabilidade da criança. Esse tipo de abuso frequentemente ocorre em contextos de confiança, o que amplia o sofrimento emocional e dificulta a denúncia, podendo gerar consequências severas para o desenvolvimento psicossocial (Laguna *et al.*, 2021).

A violência emocional é considerada a forma mais sutil de agressão, mas não menos nociva. Inclui comportamentos como humilhar, ridicularizar, xingar, desvalorizar ou impedir a expressão de sentimentos. Embora muitas vezes invisível, provoca danos significativos à autoestima, à segurança emocional e ao desenvolvimento afetivo (Kim *et al.*, 2023).

A negligência refere-se à omissão no atendimento às necessidades básicas da criança, como alimentação, higiene, descanso, proteção e acesso à saúde. Conforme aborda o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), principal agência nacional de saúde pública dos Estados Unidos, A negligência trata-se de uma forma de violência crônica que compromete diretamente a sobrevivência e o desenvolvimento saudável, podendo estar associada a contextos de pobreza extrema, vulnerabilidade social ou desestrutura familiar (CDC, 2025).

A dimensão do problema torna-se ainda mais evidente quando se analisam os dados globais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2021, cerca de 1,1 bilhão de crianças em todo o mundo tenham sofrido algum tipo de violência, física, sexual, emocional ou negligência (OMS, 2024).

No Brasil, o cenário também é alarmante. O Disque 100, serviço gratuito destinado ao registro e encaminhamento de denúncias de violações de direitos humanos, contabilizou, em 2024, 289,4 mil denúncias envolvendo crianças e adolescentes. No mesmo período, Minas Gerais figurou entre os estados com maior número de registros, com cerca de 72,8 mil denúncias relacionadas a esse público, ficando atrás apenas de São Paulo e do Rio de Janeiro (Brasil, 2025a).

A magnitude da violência infantil evidencia a necessidade de um atendimento estruturado em rede, sustentado por um fluxo intersetorial que articule saúde, assistência social, educação, segurança pública, justiça e socieda-

de civil. Esse modelo, já previsto na legislação brasileira, tem como propósito assegurar a identificação precoce, o acolhimento adequado e a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco, por meio de ações coordenadas de prevenção, proteção e responsabilização (Brasil, 2010).

No Brasil, a doutrina da proteção integral encontra respaldo na Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 227, estabelece ser dever da família, da sociedade e do Estado assegurar, com prioridade absoluta, o direito à vida, à saúde, à dignidade, à educação e à proteção contra toda forma de negligência, exploração e violência (Brasil, 2024).

Esse princípio é detalhado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990, que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos plenos de direitos. O ECA não apenas define normas de proteção e responsabilização em casos de violência, mas também regula direitos à convivência familiar, à educação, à saúde, ao lazer e à participação social, abrangendo aspectos físicos, emocionais e sociais do desenvolvimento infantil (Brasil, 1990).

Complementando esse arcabouço, o Código Penal Brasileiro tipifica condutas como maus-tratos, lesão corporal e abuso sexual, prevendo sanções específicas para crimes cometidos contra menores de idade. No plano internacional, o Brasil é signatário da Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 2025), que orienta políticas públicas e práticas de proteção, reforçando o compromisso do país com a promoção de ambientes seguros e o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.

Esse conjunto normativo fundamenta a criação e a implementação de programas, serviços e políticas públicas voltados à prevenção e ao enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes, definindo diretrizes, responsabilidades e fluxos de atuação.

A operacionalização dessas medidas ocorre de forma articulada, por meio de uma rede complexa e interdependente de serviços e instituições organizada segundo o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA). O SGDCA integra e coordena ações de diferentes setores, de modo a assegurar proteção integral, prevenir novas violações e garantir a responsabilização dos agressores, promovendo respostas rápidas, qualificadas e intersetoriais (Brasil, 2006).

Essa rede envolve setores como saúde, assistência social, educação, segurança pública, justiça e sociedade civil, previstos pelo ECA e regula-

mentado por normas complementares, como a Lei nº 12.594/2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE); a Lei nº 13.431/2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência; e o Decreto nº 9.603/2018, que regulamenta essa última (Brasil, 2012, 2017, 2018).

Rede de Atendimento Escolar

A escola desempenha papel central na prevenção e no enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes, sendo um dos espaços mais estratégicos da rede de proteção dada a sua capilarização em quase todo o território nacional e pelo contato diário com estudantes (MEC, 2024).

Como exposto, do ponto de vista jurídico, a legislação brasileira estabelece de forma inequívoca que a proteção de crianças e adolescentes é um dever compartilhado entre a família, a sociedade e o Estado, cabendo, portanto, à escola um papel ativo nesse processo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Artigo 13, determina que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade”, reforçando que a omissão constitui infração administrativa. O artigo 245 do mesmo Estatuto prevê multa para médicos, professores ou responsáveis por instituições de ensino que deixarem de comunicar às autoridades competentes tais casos, com aplicação em dobro em caso de reincidência (Brasil, 1990).

Complementarmente, a Lei nº 13.431/2017 institui o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente Vítima ou Testemunha de Violência, estabelecendo procedimentos específicos para a escuta protegida, o acolhimento e o encaminhamento seguro, de forma a evitar a revitimização (Brasil, 2017).

Essas normas, alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Educação em Direitos Humanos e às orientações do Ministério da Educação, orientam que a atuação da escola vá além da mera notificação de casos, abrangendo a promoção de um ambiente seguro, a adoção de medidas preventivas e a construção de protocolos internos para a detecção, o acolhimento e o encaminhamento de situações de violação de direitos, garantindo a integridade física, psicológica e social dos estudantes (Brasil, 2006; 2025b; MEC, 2024; MPPA, 2025).

A integração operacional entre os setores de saúde e educação é institucionalmente viabilizada pelo Decreto nº 6.286/2007 (Brasil, 2007), que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), prevendo que ações de prevenção e atenção à saúde sejam executadas pelas equipes de Saúde da Família vinculadas ao território, com deslocamento periódico às unidades escolares para a realização de avaliações clínicas, psicossociais e a identificação de vulnerabilidades.

No entanto, estudo realizado com 38 profissionais da saúde e 53 da educação, em três municípios de Minas Gerais com diferentes níveis de adesão ao programa (Pereira *et al.*, 2021) e com coordenadores do PSE vinculados às 12 Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (Weschenfelder Corrêa; Ceriotti Toassi, 2019) a partir da perspectiva fenomenológica, o significado das ações do Programa Saúde na Escola (PSE mostraram desafios. Apesar do reconhecimento PSE como uma estratégia relevante de articulação entre saúde e educação, sua implementação ainda se caracteriza por ações fragmentadas, pontuais e pouco integradas, com baixa continuidade e frágil envolvimento da comunidade escolar.

Na prática cotidiana, o fluxo de atendimento inicia-se, majoritariamente, a partir da percepção de professores diante de mudanças comportamentais, ausências frequentes sem justificativa, machucados visíveis, relatos diretos ou indiretos ou outros indícios de violação de direitos (Brasil, 2025b; MEC, 2024; MPPA, 2025).

A abordagem inicial com a criança ou adolescente deve ocorrer em ambiente seguro, com discrição e sem pressão para obter detalhes, evitando perguntas invasivas e garantindo que o objetivo é ajudá-la. Se houver psicólogo na equipe escolar, esse profissional deve conduzir o acolhimento; caso contrário, o próprio professor que identificou os sinais poderá fazê-lo, seguindo as orientações legais (Brasil, 2025b; MEC, 2024; MPPA, 2025).

Considerando que apenas cerca de 15% das escolas públicas brasileiras contam com psicólogos em suas equipes, a identificação e o acolhimento inicial de crianças e adolescentes em situação de violência frequentemente recaem sobre profissionais da educação, especialmente professores e gestores escolares (Reis; Gemignani; Rodrigues, 2025).

A família da criança ou do adolescente deve ser acionada, preferencialmente, pela direção da escola, através de alguém da confiança da criança

ou adolescente e, não aquele que realizou a violência. Outrossim, caso não seja possível identificar um familiar de referência, e o agressor seja alguém muito próximo da criança ou adolescente, a escola deve avaliar, a possibilidade de dirigir-se diretamente às autoridades, a fim de evitar que a família interfira nas investigações ou, coloque a criança em riscos ainda maiores (Brasil, 2006; MEC, 2024; MPPA, 2025).

A partir desse momento de comunicação com escola e família, a gestão escolar deve realizar a notificação formal ao Conselho Tutelar, preferencialmente por meio de documento escrito, podendo também acionar órgãos como Ministério Público e delegacias especializadas (Brasil, 2006; 2025b; MEC, 2024; MPPA, 2025).

As comunicações podem ocorrer por telefone, por escrito, em visita ao órgão competente ou por solicitação oficial da escola, sendo recomendável que haja um fluxo interno padronizado para orientar professores e demais funcionários em casos de detecção de violência. O denunciante pode requerer sigilo de identidade, e, caso as autoridades não adotem medidas, o Ministério Público deve ser acionado (Brasil, 2006; MEC, 2024; MPPA, 2025).

Em emergências, a direção pode solicitar que o Conselho Tutelar compareça à escola para ser cientificado da ocorrência ou, se necessário, encaminhar a vítima diretamente ao órgão responsável, acompanhada por membro da equipe e, se possível, por familiares que não estejam envolvidos na violência (Brasil, 2006; 2025b; MEC, 2024; MPPA, 2025).

Após a denúncia compete ao Conselho Tutelar acolher, averiguar, encaminhar e requisitar serviços públicos para garantir a proteção integral, podendo encaminhar a vítima para registro de boletim de ocorrência e realização de exame de corpo de delito, além de suporte psicológico ou psiquiátrico (MEC, 2024).

Para que essa atuação seja efetiva, é imprescindível que os profissionais da educação conheçam o Sistema de Proteção Integral e saibam identificar, no próprio município, os órgãos responsáveis por sua operacionalização. Contudo, apesar da clareza das determinações legais, persistem obstáculos na prática cotidiana. Em muitas instituições, conforme apontam Guimarães, Machado e Ormeño (2020) o compartilhamento de situações de violação de direitos ainda se dá de modo burocrático e distanciado, pois os educadores, ao identificarem um caso, limitam-se a repassá-lo à equipe pedagógica, que então aciona o órgão competente. Essa dinâmica revela uma compreensão

restrita da responsabilidade docente, frequentemente associada à ideia de que a proteção da infância é tarefa de instâncias externas à escola.

Essa fragmentação entre o dever legal e a ação prática evidencia um problema estrutural de formação e de cultura institucional. A legislação, ao atribuir à escola um papel ativo na rede de proteção, espera que os profissionais sejam capazes de reconhecer sinais de vulnerabilidade e de atuar de forma articulada com os demais setores do sistema (saúde, assistência social e justiça). No entanto, a ausência de formação continuada sobre o tema e a sobrecarga das funções pedagógicas tendem a reduzir essa atuação a um simples ato de repasse, o que fragiliza a efetividade das políticas de proteção.

Mesmo seguindo o fluxo estabelecido, nem sempre o Conselho Tutelar ou demais instâncias da rede de proteção oferecem a atenção e a celeridade necessárias. Em estudo realizado em Sinop (MT), Silva (2025) verificou que conselheiras tutelares reconhecem a lentidão nos encaminhamentos e a resistência de familiares em colaborar com os procedimentos, o que frequentemente mantém as crianças em situação de risco, mesmo após a denúncia.

Resultados semelhantes foram observados por Anunciação *et al.* (2022), em pesquisa conduzida em uma escola pública de um bairro periférico baiano, na qual se evidenciaram fragilidades na articulação intersetorial entre escola, saúde e assistência social, além da demora nas respostas dos órgãos competentes e da resistência de pais ou responsáveis em aderir às medidas protetivas. Soma-se a isso o receio de sofrer represálias por parte da família ou do agressor, situação especialmente recorrente em contextos de alta vulnerabilidade social, o que pode gerar hesitação ou atraso na comunicação dos casos (Guimarães; Machado; Ormeño, 2020).

Além desses desafios, destaca-se a ausência de formação específica, uma vez que muitos cursos de licenciatura não incluem, em sua grade curricular, disciplinas voltadas à temática da violência contra crianças e adolescentes ou, quando o fazem, tratam-na de maneira superficial. Essa lacuna formativa compromete não apenas a capacidade de identificar sinais mais sutis, mas também amplia a carga emocional sobre os profissionais, que muitas vezes se veem inseguros quanto à melhor forma de agir e acabam enfrentando essas situações sem o respaldo técnico necessário (Guimarães; Machado; Ormeño, 2020; Silva, 2025).

Com isso, torna-se perceptível a distância entre a normatividade legal e a efetividade prática das ações de proteção à infância, revelando uma con-

tradição estrutural entre o que se exige da escola e as condições reais em que os profissionais atuam. Essa lacuna reflete um modelo institucional que transfere responsabilidades sem garantir os meios para cumpri-las, resultando em uma sobrecarga operacional sobre educadores que, sem formação adequada ou suporte intersetorial efetivo, são compelidos a agir em um campo de alta complexidade social e emocional.

A falta de preparo técnico, somada à morosidade dos órgãos da rede de proteção e à insegurança frente a possíveis represálias, fragiliza o papel da escola como agente de cuidado mostrando que o enfrentamento da violência infantojuvenil ainda é tratado mais como obrigação burocrática do que como compromisso ético e coletivo.

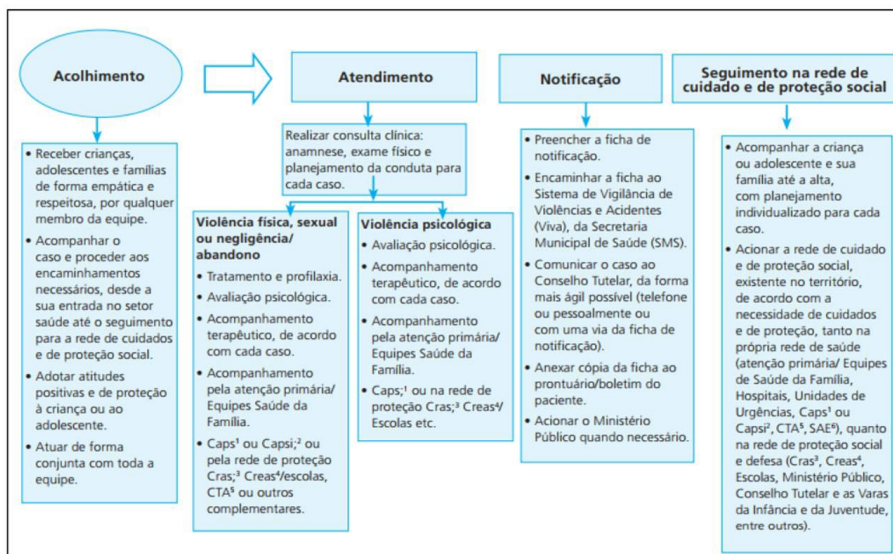
Portanto, superar essa realidade implica repensar a formação docente, fortalecer a rede de proteção e instituir uma cultura institucional de corresponsabilidade, na qual a defesa dos direitos das crianças e adolescentes seja um valor partilhado, e não apenas uma exigência legal.

Rede de Atendimento na Saúde

No Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência se organiza em um fluxo interligado que articula diferentes pontos da rede de saúde e de proteção social (Brasil, 2010).

O acolhimento pode ocorrer desde a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de Unidades Básicas e Estratégia Saúde da Família, até serviços de urgência e emergência (SAMU, UPAs e hospitais) ou pontos especializados, como Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) e Centros Especializados em Reabilitação (CER) (Brasil, 2010). Independentemente do local, a detecção da situação exige postura de escuta qualificada, registro da suspeita e acionamento inicial da rede de proteção, conforme demonstrado na Figura abaixo.

Figura 1 - Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.



Legenda: 1 CAPS: Centros de Atenção Psicossocial; 2 CAPS-i: Centro de Atenção Psicossocial Infantil; 3 CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; 4 CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; 5 CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento; 6 SAE: Serviço de Atenção Especializada. Fonte: Magalhães (2011, p. 90).

Apesar das diferenças entre os níveis de atenção, todos seguem um fluxo integrado de cuidado. Na APS, o foco está na promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, por meio da detecção precoce dos problemas, manutenção do vínculo contínuo com as famílias e na coordenação das ações intersetoriais no território, sobretudo em áreas vulneráveis. Nessa perspectiva, a APS é o núcleo de articulação das redes locais e de promoção permanente da prevenção (Brasil, 2010).

Nos serviços de urgência e emergência, a atuação se volta para o manejo clínico imediato, mas esse atendimento isolado não é suficiente para garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Porém, na prática, constatamos que a efetividade depende da capacidade de rápida articulação entre o serviço e a rede de proteção social e com os órgãos de segurança pública, sobretudo em situações que envolvem risco à integridade física ou continuidade da violência. Esse movimento de articu-

lação ainda enfrenta entraves estruturais e de comunicação entre setores, o que muitas vezes resulta em atendimentos fragmentados e encaminhamentos ineficazes (Campoamor; Martinez; Santos, 2024).

Conforme o livro *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*, elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010), no acolhimento inicial, deve-se realizar escuta qualificada em ambiente seguro e privado, restringindo o relato ao essencial para proteção e evitando investigações paralelas no serviço de saúde. Simultaneamente, procede-se à avaliação de risco e de necessidades clínicas imediatas, incluindo avaliação clínica, profilaxia pós-exposição quando indicada, apoio psicossocial, organização do segmento, registro adequado e articulação com a rede de proteção (Brasil, 2010).

A violência é de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O procedimento consiste no preenchimento adequado da ficha específica (Figura 2), contendo dados essenciais para identificar a vítima, caracterizar o evento e orientar a proteção (Brasil, 2025d).

Figura 2 - Ficha de Notificação/ Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS		Nº
Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o sergipe de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.				
1) Data da Notificação		2) UF		3) Município de Notificação
4) Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)		Código (BGE)		Código (CNES)
5) Data da Ocorrência do Evento		6) Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
7) Nome		8) Data de Nascimento		
9) Idade		10) Sexo		11) Estado
12) Cor		13) Escolaridade		14) Situação conjugal
15) Ocupação		16) Possui algum tipo de deficiência?		17) Situação conjugal
18) Relações sexuais		19) Possui algum tipo de deficiência?		20) Situação conjugal
21) Número do Cartão SUS		22) Nome da mãe		
23) Logradouro (rua, avenida...)		24) Número		
25) Complemento (apto., casa, ...)		26) Ponto de Referência		27) CEP
28) (DDD) Telefone		29) Zona: Urbana 2 - Rural		30) País (se residente fora do Brasil)
31) Local de ocorrência		32) Município de ocorrência		33) Bairro de ocorrência
34) Logradouro de ocorrência (rua, avenida...)		35) Número		36) Complemento (apto., casa, ...)
37) Zona de ocorrência		38) Ocorreu outras vezes?		39) A lesão foi autoprovocada?
40) Meio de agressão		41) Tipo de violências		42) Tipo de violências
43) Tipo de violências		44) Tipo de violências		45) Tipo de violências
46) Tipo de violências		47) Tipo de violências		48) Tipo de violências
49) Tipo de violências		50) Tipo de violências		51) Tipo de violências
52) Tipo de violências		53) Tipo de violências		54) Tipo de violências
55) Tipo de violências		56) Tipo de violências		57) Tipo de violências
58) Tipo de violências		59) Tipo de violências		60) Tipo de violências
61) Tipo de violências		62) Tipo de violências		63) Tipo de violências
64) Tipo de violências		65) Tipo de violências		66) Tipo de violências
67) Tipo de violências		68) Tipo de violências		69) Tipo de violências
70) Tipo de violências		71) Tipo de violências		72) Tipo de violências
73) Tipo de violências		74) Tipo de violências		75) Tipo de violências
76) Tipo de violências		77) Tipo de violências		78) Tipo de violências
79) Tipo de violências		80) Tipo de violências		81) Tipo de violências
82) Tipo de violências		83) Tipo de violências		84) Tipo de violências
85) Tipo de violências		86) Tipo de violências		87) Tipo de violências
88) Tipo de violências		89) Tipo de violências		90) Tipo de violências
91) Tipo de violências		92) Tipo de violências		93) Tipo de violências
94) Tipo de violências		95) Tipo de violências		96) Tipo de violências
97) Tipo de violências		98) Tipo de violências		99) Tipo de violências
100) Tipo de violências		101) Tipo de violências		102) Tipo de violências
103) Tipo de violências		104) Tipo de violências		105) Tipo de violências
106) Tipo de violências		107) Tipo de violências		108) Tipo de violências
109) Tipo de violências		110) Tipo de violências		111) Tipo de violências
112) Tipo de violências		113) Tipo de violências		114) Tipo de violências
115) Tipo de violências		116) Tipo de violências		117) Tipo de violências
118) Tipo de violências		119) Tipo de violências		120) Tipo de violências
121) Tipo de violências		122) Tipo de violências		123) Tipo de violências
124) Tipo de violências		125) Tipo de violências		126) Tipo de violências
127) Tipo de violências		128) Tipo de violências		129) Tipo de violências
130) Tipo de violências		131) Tipo de violências		132) Tipo de violências
133) Tipo de violências		134) Tipo de violências		135) Tipo de violências
136) Tipo de violências		137) Tipo de violências		138) Tipo de violências
139) Tipo de violências		140) Tipo de violências		141) Tipo de violências
142) Tipo de violências		143) Tipo de violências		144) Tipo de violências
145) Tipo de violências		146) Tipo de violências		147) Tipo de violências
148) Tipo de violências		149) Tipo de violências		150) Tipo de violências
151) Tipo de violências		152) Tipo de violências		153) Tipo de violências
154) Tipo de violências		155) Tipo de violências		156) Tipo de violências
157) Tipo de violências		158) Tipo de violências		159) Tipo de violências
160) Tipo de violências		161) Tipo de violências		162) Tipo de violências
163) Tipo de violências		164) Tipo de violências		165) Tipo de violências
166) Tipo de violências		167) Tipo de violências		168) Tipo de violências
169) Tipo de violências		170) Tipo de violências		171) Tipo de violências
172) Tipo de violências		173) Tipo de violências		174) Tipo de violências
175) Tipo de violências		176) Tipo de violências		177) Tipo de violências
178) Tipo de violências		179) Tipo de violências		180) Tipo de violências
181) Tipo de violências		182) Tipo de violências		183) Tipo de violências
184) Tipo de violências		185) Tipo de violências		186) Tipo de violências
187) Tipo de violências		188) Tipo de violências		189) Tipo de violências
190) Tipo de violências		191) Tipo de violências		192) Tipo de violências
193) Tipo de violências		194) Tipo de violências		195) Tipo de violências
196) Tipo de violências		197) Tipo de violências		198) Tipo de violências
199) Tipo de violências		200) Tipo de violências		201) Tipo de violências
202) Tipo de violências		203) Tipo de violências		204) Tipo de violências
205) Tipo de violências		206) Tipo de violências		207) Tipo de violências
208) Tipo de violências		209) Tipo de violências		210) Tipo de violências
211) Tipo de violências		212) Tipo de violências		213) Tipo de violências
214) Tipo de violências		215) Tipo de violências		216) Tipo de violências
217) Tipo de violências		218) Tipo de violências		219) Tipo de violências
220) Tipo de violências		221) Tipo de violências		222) Tipo de violências
223) Tipo de violências		224) Tipo de violências		225) Tipo de violências
226) Tipo de violências		227) Tipo de violências		228) Tipo de violências
229) Tipo de violências		230) Tipo de violências		231) Tipo de violências
232) Tipo de violências		233) Tipo de violências		234) Tipo de violências
235) Tipo de violências		236) Tipo de violências		237) Tipo de violências
238) Tipo de violências		239) Tipo de violências		240) Tipo de violências
241) Tipo de violências		242) Tipo de violências		243) Tipo de violências
244) Tipo de violências		245) Tipo de violências		246) Tipo de violências
247) Tipo de violências		248) Tipo de violências		249) Tipo de violências
250) Tipo de violências		251) Tipo de violências		252) Tipo de violências
253) Tipo de violências		254) Tipo de violências		255) Tipo de violências
256) Tipo de violências		257) Tipo de violências		258) Tipo de violências
259) Tipo de violências		260) Tipo de violências		261) Tipo de violências
262) Tipo de violências		263) Tipo de violências		264) Tipo de violências
265) Tipo de violências		266) Tipo de violências		267) Tipo de violências
268) Tipo de violências		269) Tipo de violências		270) Tipo de violências
271) Tipo de violências		272) Tipo de violências		273) Tipo de violências
274) Tipo de violências		275) Tipo de violências		276) Tipo de violências
277) Tipo de violências		278) Tipo de violências		279) Tipo de violências
280) Tipo de violências		281) Tipo de violências		282) Tipo de violências
283) Tipo de violências		284) Tipo de violências		285) Tipo de violências
286) Tipo de violências		287) Tipo de violências		288) Tipo de violências
289) Tipo de violências		290) Tipo de violências		291) Tipo de violências
292) Tipo de violências		293) Tipo de violências		294) Tipo de violências
295) Tipo de violências		296) Tipo de violências		297) Tipo de violências
298) Tipo de violências		299) Tipo de violências		300) Tipo de violências

Fonte: Brasil, 2006.

Esse registro, realizado pelo profissional de saúde que atendeu o caso, é sigiloso e deve ser enviado ao setor responsável pela vigilância epidemiológica da unidade ou município, que dará seguimento conforme previsto em lei e protocolos locais (Brasil, 2025d).

Somente após essa etapa, ocorrem os encaminhamentos e a articulação intersetorial: os serviços de saúde devem acionar, conforme o caso, o Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, articulando-se com a assistência social (CRAS/CREAS), educação, segurança pública e justiça (Brasil, 2010).

Desafios na Articulação Entre as Redes Setoriais de Proteção

O Brasil tem uma legislação considerada das mais avançadas do mundo com relação a garantia dos direitos de crianças e adolescentes, porém, muitos desses direitos, estão apenas disciplinados no texto legal. Embora existam instrumentos oficiais de notificação, como o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (Viva), integrado ao SINAN, a efetividade da notificação e do acompanhamento dos casos ainda é limitada (ANDI, 2023).

As principais dificuldades concentram-se no processo de notificação e no funcionamento do sistema de proteção. Profissionais da saúde e da educação relatam insegurança no preenchimento das fichas, receio de retaliação por parte dos agressores e falta de retorno sobre as providências adotadas após a notificação (ANDI, 2023; Campoamor; Martinez; Santos, 2024).

Estudo de Aragão e Otoni (2024) corrobora esses achados ao evidenciar que a notificação da violência ainda é permeada por medo e desamparo institucional. Os assistentes sociais entrevistados relataram ameaças diretas de agressores, insegurança diante da ausência de proteção institucional e descrédito quanto à efetividade da notificação para gerar respostas concretas. Soma-se a isso a carência de capacitação na formação inicial e continuada, o que reforça a subnotificação e agrava o impacto emocional e psicológico sobre os trabalhadores envolvidos no cuidado.

Além disso, o Conselho Tutelar, encontra limites institucionais por não dispor de poder judicial, o que restringe sua capacidade de intervenção em situações emergenciais (Campoamor; Martinez; Santos, 2024).

Outro aspecto crítico é a desarticulação entre setores. A comunicação entre escolas, unidades de saúde, órgãos de segurança e instâncias de justi-

ça é instável e dependente de contatos pessoais, sem protocolos integrados ou fluxos contínuos de informação. Esse quadro gera sobreposição de ações em alguns casos e omissões em outros, resultando em encaminhamentos inadequados, revitimização e baixa resolutividade (Costa, 2025; Mapelli *et al.*, 2020).

No campo epidemiológico, há ainda a pulverização e subnotificação de dados, o que compromete o diagnóstico do fenômeno e a formulação de políticas públicas. A ausência de integração entre registros da Saúde, Assistência Social, Segurança Pública e canais como o Disque 100 impede a construção de um sistema único capaz de dimensionar a violência contra crianças e adolescentes em sua real magnitude (Cezar; Arpini; Goetz, 2017).

Esse quadro não é exclusivo do contexto nacional. A UNICEF (2021) identifica em diversos países inconsistências nas definições, nos métodos de coleta e na completude dos dados administrativos, ausência de interoperabilidade entre sistemas setoriais, o que resulta em lacunas significativas e duplicidade de registros. Tais falhas estruturais dificultam o planejamento integrado das ações e o monitoramento de compromissos internacionais, especialmente os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3, 5 e 16, que tratam, respectivamente, da saúde e bem-estar, da igualdade de gênero e do fortalecimento das instituições de justiça e proteção (Brasil, 2025c).

Dessa forma, embora existam mecanismos formais de notificação e políticas nacionais que reconheçam a gravidade do problema, a prática revela um cenário marcado por lacunas de articulação, insuficiência de capacitação profissional e fragilidade na gestão das informações.

O desafio central, portanto, não reside apenas na criação de novos instrumentos, mas na efetiva organização e integração das redes de proteção, garantindo que crianças e adolescentes sejam acolhidos como sujeitos de direitos e que as notificações se convertam em ações resolutivas e preventivas (ANDI, 2023; Cezar; Arpini; Goetz, 2017).

Portanto, a complexidade que envolve o enfrentamento da violência infantojuvenil não se limita às vítimas e suas famílias, estendendo-se também aos profissionais que atuam diretamente na rede de atenção e proteção. Esses trabalhadores, frequentemente expostos a situações de sofrimento, negligência e violação de direitos, experimentam intensas demandas emocionais, pressões institucionais e condições laborais desafiadoras. Diante desse contexto, torna-se essencial refletir sobre os fatores que influenciam a qualidade de vida no trabalho desses sujeitos, especialmente no âmbito do SUS.

Referências

ANDI, A. de N. dos D. da I. **Cuidado e proteção: a importância da notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes**. Brasília, 2023. Disponível em: https://criamente.com/projetos/andi/infancia_midia/cuidado-e-protacao-a-importancia-da-notificacao-dos-casos-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes/.

ANUNCIAÇÃO, L. L. *et al.* **Violência contra crianças e adolescentes: intervenções multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde na escola**. Saúde em Debate, São Paulo, v. 46, n. spe3, p. 201–212, nov. 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022e315. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000700201&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2025.

ARAGÃO, A. de S.; OTONI, E. M. da S. Assistentes sociais, saúde e violência: : da insegurança individual ao enfrentamento coletivo. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 27, n. 1, p. 5–22, 31 jul. 2024. DOI: 10.5433/1679-4842.2024v27n1p5. Disponível em: 10.5433/1679-4842.2024v27n1p5.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Brasília: Presidente da República: 2024. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988/arquivos/ConstituicaoTextoAtualizado_EC%20133.pdf. Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 9.603, de 10 de dezembro de 2018**. Regulamenta a Lei no 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília: 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Decreto/D9603.htm. Acesso em: 4 ago. 2024.

BRASIL. **Disque 100 registra 657,2 mil denúncias em 2024 e crescimento de 22,6% em relação a 2023**. Brasília: Secretaria de Comunicação Social, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/disque-100-registra-657-2-mil-denuncias-em-2024-e-crescimento-de-22-6-em-relacao-a-2023>.

BRASIL. **Escuta Protegida na Escola: Prevenção e Combate à Violência Sexual de Estudantes**. Brasília, DF, Brasil: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 13.431 de 4 de abril de 2017.** Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm.

BRASIL. **Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República: 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069compilado.htm.

BRASIL. **Lei no 12.594, de 18 de janeiro de 2012.** Brasília: Presidência da República: 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs.> .

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** Brasília: Nações Unidas Brasil, 2025c. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. **Resolução no 113 de 2006.** Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), 2006. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/resolucao-no-113-de-19-04-06-parametros-do-sgd.pdf/view>.

BRASIL. **VIVA/SINAN - Vigilância Contínua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/viva-sinan/viva-sinan-vigilancia-continua>.

CAMPOAMOR, M. M.; MARTINEZ, E. Z.; SANTOS, C. B. dos. Fluxo da violência contra crianças e adolescentes na Rede de Atenção à Saúde: desafios e necessidades. Physis: **Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 34, p. e34058, 1 jul. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434058pt>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434058pt>.

CDC. About child abuse and neglect. Atlanta, 31 jan. 2025. **Portal: Child abuse and neglect prevention.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/child-abuse-neglect/about/index.html>. Acesso em: 30 out. 2025.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. **Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes.** Psicologia: Ciência e Profissão, São Paulo, v. 37, p. 432–445, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001942015>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001942015>.

COSTA, V. S. D. **O Papel das Redes de Assistência e Educação junto às crianças vítimas de violência.** 2025. Artigo de graduação — Universidade Federal do Tocantins, Miracema do Tocantins, 25 mar. 2025. Accepted: 2025-03-25T17:38:05Z. Disponível em: <http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/7456>.

DIAS, D. A. **Entenda as dimensões dos maus-tratos contra crianças.** Brasília: Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, 2021. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/infancia-e-juventude/noticias-e-destaques/2021/maio/entenda-as-dimensoes-dos-maus-tratos-contra-criancas>.

GUIMARÃES, A. P. de A.; MACHADO, L.; ORMEÑO, G. I. R. **Conhecimento de educadoras a respeito dos maus-tratos infantis: identificação e notificação de casos.** Dialogia, São Paulo, v. 36, p. 518–531, dez. 2020. DOI: 10.5585/dialogia.n36.17185. Disponível em: 10.5585/dialogia.n36.17185.

KIM, S. G. *et al.* **Child abuse and automatic emotion regulation in children and adolescents.** Development and Psychopathology, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 157–167, 2023. DOI: 10.1017/S0954579421000663.

KRUG, E. G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Lancet, Londres, v. 360, n. 9339, p. 1083–1088, 5 out. 2002. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12384003/>. Acesso em: 22 jul. 2024.

LAGUNA, T. F. dos S. *et al.* **A violência sexual contra a criança e as influências no seu desenvolvimento.** Research, Society and Development, São Paulo, v. 10, n. 5, p. e53910515264–e53910515264, 16 maio 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.15264. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/15264>. Acesso em: 30 out. 2025.

MAGALHÃES, M. de L. **Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado.** 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado) — Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. publisher-place: Rio de Janeiro. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2643>.

MAPELLI, L. D. *et al.* Inter-sectoral network to face violence against children and adolescents in a rural context. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, São Paulo, v. 41, p. e20190461, 20 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190461>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190461>.

MEC, M. da E. **O papel da escola no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília: Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, Ciência e Cultura (OEI); Ministério da Educação (MEC), 2024. (Coleção Cadernos Temáticos de Educação em Direitos Humanos).

MPPA. **A escola e o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente: sobre o SGDCA e o papel da escola em situações de violência**. Belém: Ministério Público do Estado do Pará, 2025. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/areas/institucional/cao/infancia/dia-nacional-da-escola.htm>.

OMS, O. M. da. **OMS: 1 bilhão de crianças sofrem violência e menos de 10% recebem ajuda**. Genebra, Suíça: ONU News, 8 nov. 2024. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2024/11/1840356>.

ONU, O. das N. U. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Brasília: Unicef Brasil, 2025. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>.

PEREIRA, M. D. *et al.* Intersectoral actions between health and education: notes on the Health at School Program. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. e310224, 2021. DOI: 10.1590/s0103-73312021310224. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312021000200622&tlng=en. Acesso em: 23 jan. 2026.

PETRUCCELLI, K.; DAVIS, J.; BERMAN, T. **Experiências adversas na infância e resultados de saúde associados: uma revisão sistemática e meta-análise**. *Abuso e negligência infantil*, Amsterdam, v. 97, p. 104127, 1 nov. 2019. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104127. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213419303047>. Acesso em: 22 jul. 2024.

REIS, D.; GEMIGNANI, D.; RODRIGUES, L. **Apenas 15% das escolas públicas brasileiras têm psicólogos**. São Paulo, 9 jul. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2025/07/09/apenas-15percent-das-escolas-publicas-brasileiras-tem-psicologos.ghtml>. Acesso em: 21 jan. 2026.

SILVA, S. N. da. **Educação e prevenção ao abuso sexual infantil**. Eventos Pedagógicos, Sinop, v. 16, n. 1, p. 202–213, 30 jul. 2025. DOI: 10.30681/rep.v16i1.13936. Disponível em: 10.30681/rep.v16i1.13936.

UNICEF, U. N. C. F. **Strengthening Administrative Data on Violence against Children: challenges and promising practices from a review of country experiences**. New York: UNICEF, 2021.

VALÉRIO, I. D. *et al.* **Maus-tratos infantis e uso de substâncias na adolescência e na vida adulta: dados de uma coorte de nascimentos brasileira**. Abuso e negligência infantil, Amsterdam, v. 131, p. 105766, 1 set. 2022. DOI: 10.1016/j.chiabu.2022.105766. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213422002988>. Acesso em: 22 jul. 2024.

WESCHENFELDER CORRÊA, H.; CERIOTTI TOASSI, R. F. **Programa Saúde na Escola: potencialidades e desafios na construção de redes de cuidado**. Saúde em Redes, Porto Alegre, v. 4, n. 3, p. 37–47, 20 abr. 2019. DOI: 10.18310/2446-4813.2018v4n3p37-47. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1835>. Acesso em: 23 jan. 2026.

WHO. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. 360 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9241545615>. Acesso em: 13 jul. 2023.

WINTER, S. M. *et al.* Impacto imediato do abuso infantil nas trajetórias de saúde mental, desenvolvimento e saúde física. **Revista de Psicologia e Psiquiatria Infantil, Nova Jersey**, v. 63, n. 9, p. 1027–1045, 2022. DOI: 10.1111/jcpp.13550. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.13550>. Acesso em: 22 jul. 2024.

WONG, R. S. *et al.* **Evidence of individual differences in the long-term social, psychological, and cognitive consequences of child maltreatment**. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, London, v. 16, n. 1, p. 88, 23 nov. 2022. DOI: 10.1186/s13034-022-00524-4. Disponível em: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-022-00524-4>. Acesso em: 29 out. 2025.

CAPÍTULO 2 - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE LIDAM COM VIOLÊNCIA INFANTOJUVENIL

A concepção de saúde passou por importantes transformações ao longo dos séculos. Nos primórdios do século XX era entendida apenas como ausência de doenças, seguindo o modelo biomédico (Batistella, 2007). Em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definiu de uma forma mais ampla “um estado de ‘completo’ bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1948, p.16). Essa concepção vai além da mera ausência de doenças, reconhecendo que estar saudável envolve equilíbrio físico, psicológico e social, refletindo uma abordagem holística do cuidado com a vida. No entanto, Batistella (2007) critica o termo “completo”, argumentando que ele é idealizado e difícil de ser plenamente atingido, limitando seu uso prático para avaliação de saúde.

Décadas depois, esse entendimento foi reforçado ao se reconhecer que as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais em que as pessoas vivem e trabalham também determinam sua saúde (PAHO, 2018).

Esse conjunto de fatores é conhecido como determinantes sociais da saúde (DSS), definidos como as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais que afetam a saúde de indivíduos e populações, incluindo elementos como educação, renda, moradia, meio ambiente e relações de trabalho (Costa; Oliveira; Modena, 2022; Dahlgren; Whitehead, 1991).

Esses fatores expressam as múltiplas influências que condicionam os processos de saúde e doença ao longo do curso de vida. Para fins de compreensão analítica, tais influências podem ser organizadas em diferentes níveis de determinação, desde características individuais até fatores estruturais mais amplos, esquematizado na Figura 3 por Dahlgren e Whitehead (1991).

Figura 3 - Representação esquemática dos determinantes sociais da saúde, segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).



Fonte: adaptado de Dahlgren e Whitehead (1991, p. 11).

Nesse cenário, o trabalho pode ser compreendido como uma atividade humana intencional, inserida em contextos sociais e econômicos, que mobiliza esforço físico ou intelectual para produzir bens, serviços ou conhecimentos (Korczyński, 2024; Voswinkel, 2020).

O trabalho passou a ser identificado como um dos principais DSS, dada a sua centralidade na vida humana e sua capacidade de produzir tanto realização e pertencimento quanto desgaste e adoecimento. Considerando que o trabalhador dedica, em média, um terço do seu dia às atividades laborais, torna-se evidente que as características desse ambiente influenciam diretamente seu bem-estar (Costa; Oliveira; Modena, 2022).

A partir da perspectiva dos DSS, compreendemos que, em perspectiva dialética, o trabalho ocupa posição central na produção das condições de vida e de saúde dos sujeitos, não apenas como meio de subsistência, mas como espaço de construção de identidades, vínculos e sentidos. No contexto do Sistema Único de Saúde, essa centralidade adquire contornos ainda mais complexos, pois o trabalho em saúde se desenvolve em territórios marcados por desigualdades sociais, violência estrutural e fragilidade das redes de proteção.

Além disso, autores como Giovani Alves (2011) e Ricardo Antunes (1999) destacam que o trabalho não é apenas fonte de realização e pertencimento, mas também pode gerar desgaste físico e psicológico, dependendo das condições laborais, da exploração e da organização do trabalho, reforçando seu papel como determinante social da saúde.

Para isso é necessário compreender como a Saúde do Trabalhador (ST) se tornou campo de práticas e estudos. A Medicina do Trabalho evoluiu junto com as condições de produção, iniciando na Revolução Industrial, quando surgiram as primeiras ações voltadas à prevenção de acidentes diante de jornadas excessivas e ambientes insalubres. No século XX, ampliou-se o foco para higiene industrial, ergonomia e legislação protetiva (Mendes; Dias, 1991).

No Brasil, leis trabalhistas como a Consolidação das Leis do Trabalho (Brasil, 1943), Normas Regulamentadoras (Brasil, 1978), a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2024) e a Previdência Social (Brasil, 1991) estruturaram o cuidado.

Atualmente, a Saúde do Trabalhador adota uma abordagem interdisciplinar, priorizando promoção da saúde, vigilância e participação ativa do trabalhador. Historicamente centrada na prevenção de doenças específicas, a Medicina do Trabalho evoluiu para a ST, com uma abordagem interdisciplinar, priorizando promoção da saúde, vigilância e participação ativa do trabalhador. A ST caracteriza-se, assim, como uma área interdisciplinar e multiprofissional, que integra dimensões técnicas, sociais e políticas na busca por prevenir agravos e promover ambientes laborais mais seguros (Minayo; Thedim, 1997).

Nesse sentido, é importante ressaltar que as vulnerabilidades sociais presentes nos territórios, como pobreza, insegurança alimentar, precariedade habitacional, desigualdade de renda, exclusão escolar e acesso limitado a serviços básicos, têm sido associadas a maiores riscos de exposição de crianças e adolescentes à vivências de violência e situações de risco. Justino *et al.* (2025) indicam que condições adversas no ambiente socioeconômico contribuem para a vulnerabilização de crianças e jovens, afetando seu desenvolvimento físico, emocional e social, e predispondo-os a experiências aos diferentes tipos de violências.

Esses mesmos fatores estruturais também influenciam o modo como os serviços de saúde atendem a essa população, pois a demanda por cui-

dados especializados, vigilância ampliada e ações intersetoriais aumenta em contextos de vulnerabilidade, estimulando maior carga de trabalho, exposição contínua a situações emocionalmente desgastantes e tensão psíquica entre os profissionais da rede de saúde. Em territórios vulneráveis, a recorrência de casos de violência infantojuvenil e a complexidade das necessidades assistenciais podem intensificar a pressão sobre os trabalhadores, amplificando experiências de sobrecarga laboral, estresse ocupacional e risco de adoecimento relacionado ao trabalho (Justino *et al.*, 2025).

A partir dessa perspectiva, emergiu a discussão acerca da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), como um desdobramento e ampliação da agenda da ST. Se a ST enfatiza a prevenção de doenças e a redução de riscos, a QVT incorpora a necessidade de considerar, também, a satisfação, a motivação e a valorização dos trabalhadores.

Desse modo, a QVT é compreendida como o conjunto de condições e fatores presentes no ambiente laboral que asseguram o atendimento das necessidades humanas durante a execução das atividades, promovendo equilíbrio entre vida profissional e pessoal, maior engajamento e serviços de melhor qualidade (Brandão; Aragão; Maganhoto, 2022).

A discussão sobre QVT deu origem a diferentes modelos teóricos, construídos em distintos momentos históricos e contextos socioeconômicos. Entre eles, o modelo proposto por Walton (1973) tornou-se um marco de referência ao sistematizar oito dimensões fundamentais para avaliar a QVT: compensação justa e adequada; condições de trabalho; uso e desenvolvimento de capacidades; oportunidade de crescimento e segurança; integração social na organização; constitucionalismo; equilíbrio entre trabalho e vida pessoal; e relevância social do trabalho. Esse modelo destacou-se por traduzir de forma prática o conceito de QVT, permitindo sua aplicação em diagnósticos organizacionais e em políticas voltadas ao bem-estar dos trabalhadores.

Apesar de sua importância histórica, é necessário reconhecer que o modelo de Walton reflete o contexto organizacional da década de 1970, marcado por transformações no mundo do trabalho. Nesse período, surgiram modelos produtivos como o toyotista, no Japão, caracterizado por produção flexível, eficiência e participação dos trabalhadores na melhoria contínua dos processos (Antunes, 2024).

Nesse cenário de transformações, ganha relevância o modelo das características do trabalho proposto por Hackman e Oldham (1975), que

estabeleceu uma relação direta entre trabalho, motivação e satisfação dos trabalhadores. O modelo destaca dimensões como significado da tarefa, autonomia, variedade de habilidades e feedback, ao evidenciar que a forma como o trabalho é estruturado influencia o engajamento e o bem-estar.

Desde então, novas abordagens vêm ampliando esse debate, incorporando dimensões relacionadas à saúde mental, às inovações tecnológicas, à diversidade, à equidade de gênero e, de forma crítica, às próprias exigências do trabalho contemporâneo, muitas vezes associadas à flexibilização das leis trabalhistas em nome da empregabilidade, mas que resultaram em precarização, perda de direitos e instabilidade laboral.

Nesse sentido, Limongi-França (2004) propôs uma abordagem biopsicossocial organizacional, integrando fatores biológicos, psicológicos, sociais e organizacionais em uma perspectiva mais interdependente. Posteriormente, Estelle Morin (2008) reforçou a necessidade de considerar o sentido do trabalho e a saúde mental no trabalho como determinantes da QVT, evidenciando como a percepção positiva ou negativa do trabalho influencia diretamente o envolvimento, a saúde mental e o comportamento organizacional dos trabalhadores.

O desenvolvimento conceitual da QVT abrange diferentes dimensões do trabalho e da experiência subjetiva dos trabalhadores. Inicialmente, o tema surgiu com abordagens voltadas à humanização das relações laborais e às condições objetivas de trabalho, evoluindo para perspectivas mais integradoras, que incluem aspectos psicossociais, organizacionais e de sentido do trabalho. O Quadro 1 apresenta o desenvolvimento dos principais referenciais teóricos da QVT, evidenciando as contribuições de diferentes autores para a compreensão do conceito.

Quadro 1 - Desenvolvimento dos principais conceitos de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), 2025.

Autor / Período	Concepção de QVT	Elementos centrais	Contribuição para o campo
Walton (1973)	Abordagem humanista e organizacional	Compensação justa, condições de trabalho, oportunidades de crescimento, integração social, constitucionalismo e equilíbrio trabalho–vida	Marco inicial do conceito de QVT, com foco na humanização do trabalho e nos direitos do trabalhador

Autor / Período	Concepção de QVT	Elementos centrais	Contribuição para o campo
Hackman e Oldham (1976)	Modelo das características do trabalho	Significado da tarefa, autonomia, variedade de habilidades, feedback	Introduziu a relação entre desenho do trabalho, motivação e satisfação
Limongi-França (2004)	Abordagem biopsicossocial organizacional	Integração de fatores biológicos, psicológicos, sociais e organizacionais	Avanço conceitual ao compreender a QVT como fenômeno sistêmico e interdependente
Morin (2008)	Abordagem do sentido do trabalho	Sentido, significado, coerência entre valores pessoais e organizacionais, saúde mental	Ênfase na dimensão subjetiva do trabalho e nos impactos sobre saúde mental e engajamento
Abordagens contemporâneas (pós-2010)	QVT ampliada e contextual	Saúde mental, sofrimento psíquico, riscos psicossociais, condições organizacionais e contexto social	Integra a QVT aos debates sobre saúde do trabalhador, precarização e contextos de vulnerabilidade

Fonte: Walton (1973), Hackman e Oldham (1975), Limongi-França (2004) e Morin (2008). Adaptado pelos autores (2026).

A evolução dos modelos de Qualidade de Vida no Trabalho evidencia que a garantia de condições materiais adequadas, embora necessária, é insuficiente para responder às exigências do trabalho contemporâneo em saúde (Silva *et al.*, 2024). No caso dos profissionais que atuam no cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência, a QVT está diretamente relacionada à forma como o trabalho é organizado, ao reconhecimento institucional, à possibilidade de elaboração do sofrimento vivido no cotidiano laboral e à existência, ou ausência, de espaços de escuta, apoio e responsabilização.

Defende-se, neste capítulo, que a QVT deve ser compreendida como um fenômeno relacional e contextual, profundamente atravessado pelas desigualdades sociais, pela violência estrutural dos territórios e pelas limitações históricas do próprio sistema de saúde.

Nesse cenário, a situação dos trabalhadores no Brasil é preocupante. Uma pesquisa nacional realizada em 2024 pelo Instituto de Pesquisa Data-

Senado mostrou que para 48% dos brasileiros a qualidade de vida dos trabalhadores do país é regular. Dentre os que se posicionam nos extremos, 35% avaliam como ruim ou péssima e apenas 16% como boa ou ótima (Senado Federal, 2024).

Após destacar a percepção “regular” da QVT por quase metade dos brasileiros, torna-se essencial aprofundar a compreensão sobre o impacto dessa condição na saúde como um todo. A baixa QVT gera múltiplas consequências, entre elas, destacam-se o aumento de adoecimentos físicos e psicológicos relacionados ao trabalho, o crescimento do absenteísmo, a queda de produtividade, a rotatividade elevada e falhas de comunicação (Melo *et al.*, 2020).

Nesse sentido, Melo *et al.* (2020) demonstram que o consumo frequente de medicamentos aumenta em 2,31 vezes a chance de baixa QVT, enquanto os distúrbios do sono ampliam esse risco em 3,15 vezes. Tais condições, além de resultarem de uma baixa QVT, também a retroalimentam, configurando um ciclo contínuo de deterioração da saúde e do bem-estar no ambiente de trabalho.

Nesse cenário, um dos indicadores mais alarmantes é o expressivo número de afastamentos por transtornos mentais: em 2023, foram registrados 283.345 benefícios concedidos pelo INSS, número que em 2024 atingiu 471.649 licenças, representando um crescimento de 68% em apenas um ano (SmartLab, 2025).

Esses dados revelam uma realidade ainda mais crítica entre os trabalhadores da saúde, que enfrentam ambientes de elevada pressão e forte demanda física e emocional. Os dados das pesquisas da Fiocruz (2021), realizada com 831 profissionais de saúde do Distrito Federal e de Machado *et al.* (2023) realizado com 15.132 profissionais de saúde das cinco regiões do Brasil mostraram um cenário de intenso sofrimento psíquico entre profissionais da saúde, caracterizado por elevados níveis de estresse, ansiedade e depressão, bem como por sinais de esgotamento emocional, desgaste profissional e sensação constante de tensão.

Esse conjunto de evidências demonstra que o impacto das condições de trabalho sobre a saúde mental é profundo e persistente, indicando um processo contínuo de desgaste que ultrapassa experiências isoladas e revela um padrão consistente de adoecimento no setor

Os aspectos estruturais configuram-se como determinantes centrais das condições de trabalho, uma vez que situações como longas jornadas, baixa remuneração, gestão precária e escassez de pessoal são recorrentes em diferentes níveis de atenção e regiões do país (Balabem, 2020; Borges *et al.*, 2023). A esses fatores soma-se a exigência cotidiana de elevada expertise técnica, associada à necessidade de lidar com emoções intensas como angústia, dor, sofrimento, medo, desconfiança e incerteza, que afetam simultaneamente a saúde dos profissionais e a qualidade da execução de suas atividades (Nunes *et al.*, 2023).

As pesquisas realizadas com 28 profissionais de saúde da APS, em Uberlândia, Minas Gerais (Maganhoto; Aragão; Brandão, 2022), com 125 trabalhadores da saúde, de forma online, abrangendo as cinco regiões do Brasil (Sato *et al.*, 2022) e em Patrocínio, Minas Gerais, com 25 profissionais da APS (Brandão *et al.*, 2021) revelaram que a insatisfação com a QVT entre profissionais da saúde está associada a sintomas como estresse, depressão, distúrbios do sono, dores físicas e, em muitos casos, à Síndrome de Burnout, afetando a maioria desses trabalhadores.

Complementando essa perspectiva, Mesquita *et al.* (2021) indicam que absenteísmo, ausência do trabalhador por questões de saúde e presenteísmo, presença física acompanhada de queda de produtividade em razão de desgaste físico ou emocional, representam formas de adoecimento laboral intensificadas pela sobreposição de responsabilidades profissionais e familiares, contribuindo para a sobrecarga física e mental e para a redução da capacidade produtiva.

Em condições consideradas comuns, o trabalho na APS já apresenta desafios significativos, como demonstrado por Brandão *et al.* (2021), que identificaram carga horária extenuante, escassez de tempo para repouso e exposição contínua ao sofrimento alheio, elementos que produzem desgaste emocional importante. Esse cenário se intensifica quando os profissionais lidam diretamente com situações de violência, especialmente quando estas têm como vítimas crianças e adolescentes.

Conforme Chauí (2017) argumenta, a violência não é apenas um ato individual, mas parte de uma estrutura histórica que transforma diferenças em desigualdades hierárquicas. Ela é alimentada por desigualdades históricas e sociais, pela pobreza, pelo racismo, pelas disparidades de gênero e pela precarização das políticas públicas, que dificultam a garantia de direitos

básicos (Krug *et al.*, 2002; Minayo, 2006). Nesse sentido, o fenômeno da violência se consolida como um produto das iniquidades sociais, perpetuando ciclos de exclusão e marginalização.

Além disso, a exposição contínua a situações de sofrimento, vulnerabilidades e violações de direitos tende a intensificar o desgaste emocional, gerar sentimento de impotência e desencadear conflitos éticos, exigindo dos trabalhadores competências técnicas e afetivas complexas (Zamora *et al.*, 2022).

Assim, ao avançarmos para o próximo capítulo, é fundamental analisar os impactos psicológicos e emocionais vivenciados por esses profissionais, discutindo como a literatura científica tem evidenciado mecanismos de sofrimento, estratégias de enfrentamento e repercussões na saúde mental e na qualidade de vida no trabalho nesse contexto específico.

Referências

ALVES, G. **Trabalho e Subjetividade: o Espírito do Toyotismo na era do Capitalismo Manipulatório**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011. 168 p.

ANTUNES, R. **Oltre il taylorismo-fordismo, il toyotismo e il capitale: senza nostalgia**. In: MARI, G. *et al.* (org.). Studi e saggi. Florença, Itália: Firenze University Press, 2024. ISSN 2704-5919. Accepted: 2024-12-20T12:28:50Z. DOI: 10.36253/979-12-215-0319-7.135. Disponível em: 10.36253/979-12-215-0319-7.135.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho: Ensaio Sobre a Afirmação e a Negação do Trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999. 264 p.

BALABEM, A. C. C. P. **Qualidade de vida dos profissionais da atenção primária em saúde : uma revisão sistemática**. 2020. Piracicaba, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1168639>. Acesso em: 28 jul. 2024.

BATISTELLA, C. E. C. **Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/handle/icict/39209>. Acesso em: 23 set. 2025.

BORGES, M. M. S. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e Burnout em trabalhadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre**, v. 44, p. 20220279, 10 jul. 2023. DOI: 10.1590/1983-1447.2023.20220279.pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/XJh-VWLfTDbcPDHN7WQPP5gR/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2024.

BRANDÃO, T. P. *et al.* A qualidade de vida (do) no trabalho da equipe de profissionais da atenção primária em saúde no triângulo mineiro. **Revista Recien, São Paulo**, v. 11, n. 36, p. 43–53, 2021. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.43-53>. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.43-53>. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRANDÃO, T. P.; ARAGÃO, A. de S.; MAGANHOTO, A. M. dos S. Qualidade de vida no (do) trabalho e as perspectivas dos profissionais da atenção básica no município mineiro. **Revista Científica Multidisciplinar 21, Jundiaí**, v. 3, p. e331210–e331210, 2022. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i3.1210>. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1210>. Acesso em: 24 jun. 2022.

BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho. **Brasília: Presidência da República: 1943**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Brasília: Presidente da República: 2024. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988/arquivos/ConstituicaoTextoAtualizado_EC%20133.pdf. Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. **Lei no 8.213 de 24 de julho de 1991**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria no 3.214, de 8 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras - NRs 1 a 28 - relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília: Ministério do Trabalho: 6 jul. 1978. Disponível em: <https://basis.trt2.jus.br/handle/123456789/3263>. Acesso em: 30 ago. 2024.

CHAUI, M.; ITOKAZU, E. M.; CHAUI-BERLINCK, L. **Sobre a violência: 5**. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2017. 320 p.

COSTA, G. A. S.; OLIVEIRA, F. G. D.; MODENA, C. M. Promoção da saúde do trabalhador em pesquisas brasileiras de abordagem qualitativa: uma revisão de escopo. **Research, Society and Development, Itabira**, v. 11, n. 1, p. 1–13, 4 jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25140>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25140>. Acesso em: 30 set. 2023.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm. Holländargatan: Instituto for Futures Studies, 1991**. 69 p. publisher-place: Suíça. Disponível em: <https://>

portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2025/09/6472456.pdf.
Acesso em: 23 jan. 2026.

FIOCRUZ, F. O. C. **Relatório parcial – Saúde mental dos profissionais da saúde (DF)**. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/02/relatorio_parcial_saude_mental_profissionais_DF.pdf.

HACKMAN, J. R.; OLDFHAM, G. R. Development of the Job Diagnostic Survey. **Journal of Applied Psychology**, [s. l.], v. 60, n. 2, p. 159–170, abr. 1975. DOI: 10.1037/h0076546. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/h0076546>. Acesso em: 8 fev. 2025.

JUSTINO, N. F. *et al.* Determinantes sociais da saúde: impactos no desenvolvimento de crianças e adolescente em situações de risco. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 1927–1942, 1 fev. 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i2.18210.

KORCZYNSKI, M. **The Sociology of contemporary work what it is, and why we need it**. Bristol, Reino Unido: Bristol University Press, 2024. 232 p.

KRUG, E. G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Lancet, Londres, v. 360, n. 9339, p. 1083–1088, 5 out. 2002. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12384003/>. Acesso em: 22 jul. 2024.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de Vida no Trabalho: Conceitos e Práticas nas Empresas da Sociedade Pós-Industrial**. São Paulo: Atlas, 2004. 189 p.

MACHADO, M. H. *et al.* **Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 2809–2822, 2023. DOI: 10.1590/1413-812320232810.10072023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10072023>. Acesso em: 22 nov. 2025.

MAGANHOTO, A. M. dos S.; ARAGÃO, A. de S.; BRANDÃO, T. P. Qualidade de vida no trabalho de profissionais da atenção básica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 16, n. 1, 1 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.253285>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/253285>. Acesso em: 4 jul. 2023.

MELO, A. B. R. *et al.* Danos à saúde e qualidade de vida no trabalho de enfermeiros hospitalares: um estudo transversal. **Rev. Enferm.**

UERJ (Online), [s. l.], , p. e46505–e46505, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.46505>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.46505>.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 25, n. 5, p. 341–349, out. 1991. DOI: 10.1590/S0034-89101991000500003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 fev. 2019.

MESQUITA, F. de. **Mulheres trabalhadoras após a maternidade: trabalho e presenteísmo**. Uberlândia, , 22 dez. 2021. DOI: 10.14393/ufu.di.2021.696. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/33995>. Acesso em: 23 set. 2025.

MINAYO, M. C. de S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica**. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11, p. 1259–1267, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500015>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500015>.

MINAYO, C. G.; THEDIM, S. M. D. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. suppl 2, p. S21–S32, 1997. DOI: 10.1590/S0102-311X1997000600003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 jun. 2025.

MORIN, E. **Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel**. *Rapports de recherche scientifique*, Montréal, Canadá, , 18 mar. 2008. Disponível em: <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique/491>.

NUNES, A. A. S. *et al.* **Promoção da saúde do trabalhador e humanização no trabalho: relato das atividades realizadas na atenção primária e secundária**. *Semina: Ciências biológicas e da saúde*, Londrina, v. 44, n. 2, p. 127–136, jul. 2023. DOI: <http://doi.org/10.5433/1679-0367.2023v-44n2p127>. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/45426/49573>.

PAHO. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Genebra: Organização Pan Americana de Saúde, 2018.

SATO, T. de O. *et al.* **Poor Health Conditions among Brazilian Healthcare Workers: The Study Design and Baseline Characteristics of the HEROES Cohort**. *Healthcare*, Basileia, v. 10, n. 10, p. 2096, out. 2022. DOI:

10.3390/healthcare10102096. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/10/2096>. Acesso em: 28 jul. 2024.

SENADO FEDERAL. **Pesquisa sobre jornada de trabalho e qualidade de vida**. . Brasília: Instituto de Pesquisa DataSenado, 2024. Disponível em: https://www.senado.leg.br/institucional/datasenado/relatorio_online/pesquisa_trabalho/2024/interativo.html. Acesso em: 17 ago. 2025.

SILVA, J. V. D. *et al.* Qualidade de Vida no Trabalho: Fatores Organizacionais e Sua Influência na Saúde Mental de Profissionais da Saúde. **IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)**, Nova York, EUA, v. 26, n. 8, p. 58–62, ago. 2024. Disponível em: <https://www.iosrjournals.org>.

SMARTLAB, O. de S. e S. no T. **Promoção do Trabalho Decente**. Brasília: Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, 2025. Observatório de dados institucionais. Disponível em: <https://smartlabbr.org>.

VOSWINKEL, S. **Meaningful Work**. Comparative Sociology, Leiden, v. 19, n. 6, p. 741–755, 17 dez. 2020. DOI: 10.1163/15691330-12341529. Disponível em: https://brill.com/view/journals/coso/19/6/article-p741_5.xml.

WALTON, R. E. **Quality of Working Life: What Is It?** Sloan Management Review, Cambridge, Massachusetts, v. 15, n. 1, p. 11–21, 1973. Disponível em: <https://surl.lu/zqkfag>. Acesso em: 10 set. 2024.

ZAMORA, J. C. *et al.* Trauma vicário e secundário no trabalho com violência: revisão de escopo. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho, Florianópolis**, v. 22, n. 2, p. 2002–2010, jun. 2022. DOI: 10.5935/rpot/2022.2.22049. Disponível em: 10.5935/rpot/2022.2.22049.

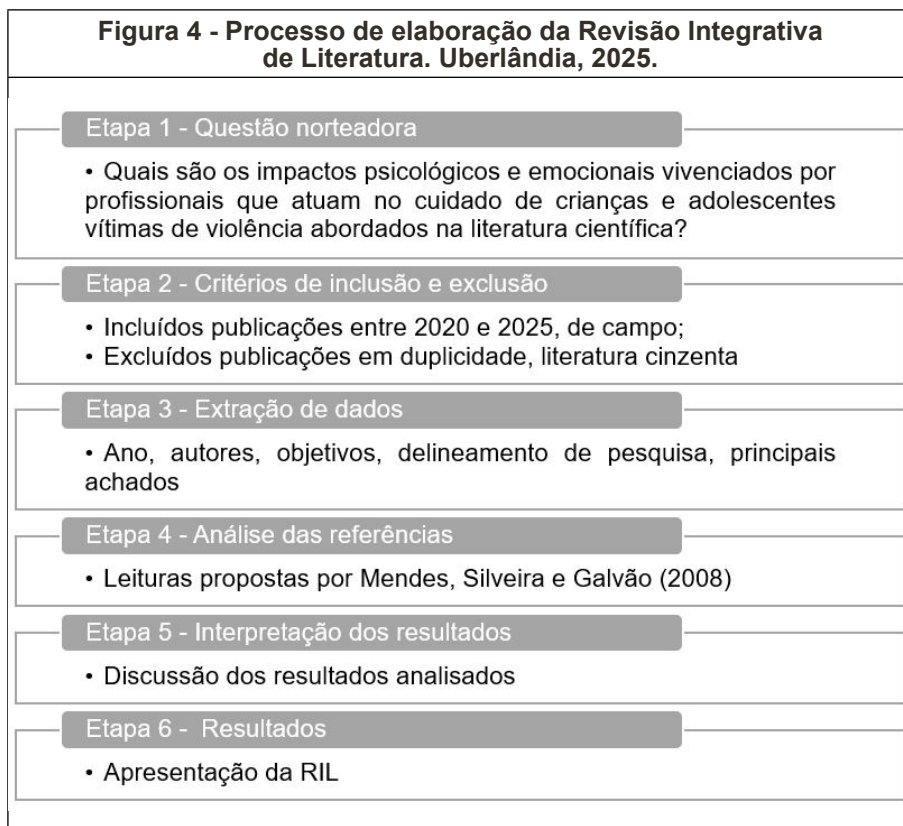
CAPÍTULO 3 - EFEITOS PSÍQUICOS DO TRABALHO COM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INFANTOJUVENIL

A partir das temáticas apresentadas nos capítulos 1 e 2, os autores evidenciam que o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes repercute não apenas nas trajetórias das vítimas, mas também nas condições de trabalho e na saúde mental dos profissionais envolvidos em seu cuidado.

Enquanto o Capítulo 1 abordou a complexidade do fenômeno da violência infantojuvenil no território, evidenciando desafios estruturais e interseccionais, o Capítulo 2 aprofundou os efeitos dessa realidade sobre a qualidade de vida no trabalho, demonstrando para os autores como fragilidades organizacionais, vínculos laborais precários e insuficiente suporte institucional podem produzir sofrimento e desgaste profissional.

Nesse contexto, este terceiro capítulo avança na compreensão desse cenário ao apresentar uma Revisão Integrativa de Literatura. Essa forma de pesquisa permite reunir, analisar e sintetizar os resultados de estudos relevantes sobre a saúde mental e o sofrimento psíquico de profissionais que atuam com crianças vítimas de violência, contribuindo para aprofundar o conhecimento da área e orientar práticas e políticas profissionais (Botelho; Cunha; Macedo, 2011).

A revisão integrativa foi estruturada conforme as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), apresentadas na Figura abaixo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2025

Foram incluídos na presente revisão os estudos publicados entre os anos de 2020 e 2025, que abordavam sobre profissionais da saúde envolvidos no cuidado de crianças e/ou adolescentes em situação de violência. Foram excluídos estudos que não atendiam aos critérios de elegibilidade previamente definidos. A busca pelos estudos foi realizada de forma sistematizada em bases de dados científicas, com organização manual dos registros em planilha eletrônica, utilizando descritores padronizados (DeCS/MeSH) combinados com o operador booleano AND. As estratégias foram adaptadas a cada base, com o objetivo de recuperar produções relevantes sobre a atuação de profissionais da saúde frente à violência infantil. A Tabela 1 apresenta os termos utilizados, os operadores aplicados e o número de estudos obtidos em cada etapa da busca.

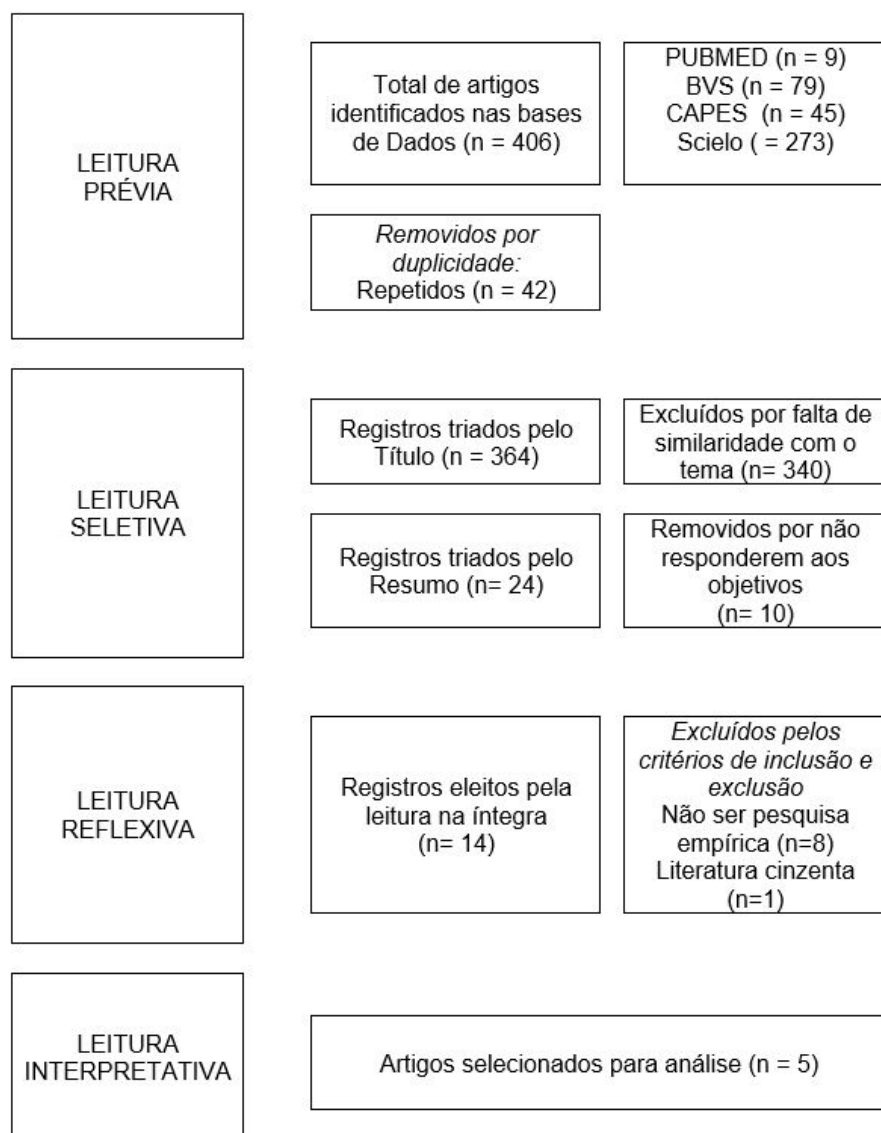
Tabela 1 - Estratégia de busca e número de estudos identificados nas bases de dados para a revisão integrativa sobre os efeitos psíquicos do trabalho com vítimas de violência infantojuvenil (2020–2025), Uberlândia, 2025.

TERMOS	PUBMED	BVS	CAPES	SCIELO
(Referral and Consultation) AND (Child Abuse / Adolescent Abuse) AND (Occupational Health)	0	0	16	0
(Health Personnel) AND (Child Abuse) AND (Adolescent) AND (Referral and Consultation)	9	3	29	0
(Saúde do Trabalhador) AND (Violência infantil) AND (Profissional da saúde)	0	76	0	0
(Saúde do Trabalhador) AND (Violência infantil) AND (profissional da saúde) AND (Atenção Primária)	0	0	0	273
TOTAL	9	79	45	273

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos seguiu etapas sistematizadas, contemplando a aplicação progressiva dos critérios de exclusão em cada base de dados consultada. A Figura 2 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos estudos, detalhando o número de registros identificados até a definição do conjunto final de estudos incluídos na revisão.

Figura 4 - Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos da revisão integrativa sobre os efeitos psíquicos do trabalho com vítimas de violência infantojuvenil (2020–2025), Uberlândia, 2025.



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Ao final do processo, 5 artigos atenderam a todos os critérios de elegibilidade e foram incluídos para leitura completa e análise aprofundada. O Quadro 2 apresenta a caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa, com destaque para os principais achados e conclusões extraídos da leitura completa dos textos. A numeração dos artigos (A1, A2, A3...) foi definida de forma aleatória, sendo “A” referente a artigo, e os números definidos para fins de organização e referência no texto, não refletindo critérios de seleção ou prioridade analítica.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa. Uberlândia, 2025.

	Título	Autor	Principais achados	Conclusão
A1	Assistência dos profissionais de saúde às crianças e adolescentes em situações de violência	Freitas <i>et al.</i> (2020)	Identificou que os profissionais realizam escuta qualificada, atendimento individual e em grupo, apoio às famílias e articulação com outros serviços diante da violência vivida por crianças.	Destacou a importância de compreender os significados que os profissionais atribuem às suas experiências para embasar práticas mais efetivas.
A2	Qualidade de vida e enfrentamento profissional em um hospital de referência para vítimas de violência sexual	Dornelles <i>et al.</i> (2020)	Verificou níveis médios de fadiga por compaixão, estresse traumático secundário e Burnout, além de correlação entre estratégias de enfrentamento e o bem-estar profissional.	Recomendou desenvolver estratégias de enfrentamento como tomada de decisão e controle emocional para evitar sofrimento psíquico no trabalho.
A3	Qualidades de pós-graduação para profissionais de saúde e bem-estar em formação para prevenção colaborativa e intervenção precoce em maus-tratos infantis: um estudo qualitativo	Lines <i>et al.</i> (2024)	Apontou deficiência na formação interprofissional para atuação conjunta no enfrentamento aos maus-tratos infantis.	Sugeriu reformular os currículos da saúde e assistência social para incluir competências essenciais ao cuidado colaborativo frente à violência.

	Título	Autor	Principais achados	Conclusão
A4	Ações de vigilância das violências em serviços da atenção primária, hospitalar e de reabilitação no Brasil.	Avanci <i>et al.</i> (2025)	Revelou fragilidade na notificação na atenção primária e maior efetividade dos hospitais; apontou falhas na formação continuada e na integração dos serviços.	Recomendou fortalecer a educação permanente, integrar sistemas de informação e qualificar registros para melhorar a vigilância e o cuidado.
A5	Abuso sexual contra crianças: construindo estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana do Recife.	Batista <i>et al.</i> (2023)	Constatou desconhecimento dos profissionais da APS sobre o tema e ausência de preparo para atuação frente ao abuso sexual infantil.	Enfatizou a necessidade de investir em educação permanente para qualificar a intervenção das equipes de saúde diante da violência infantil.

Fonte: Dados da pesquisa, 2025

A análise dos dados foi orientada pela Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin (2016). A leitura flutuante e a exploração do material possibilitaram a identificação de núcleos de sentido nos textos selecionados, posteriormente organizados em categorias temáticas, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 4 - Árvore de Categorização, Uberlândia, 2025.



Fonte: Dados da pesquisa, 2025

Esse processo analítico resultou na construção de três categorias interpretativos centrais que sintetizam as principais dimensões dos achados: i) os impactos psicológicos e o sofrimento traumático nos profissionais, ii) a ausência de capacitação e suporte institucional, e iii) as estratégias de enfrentamento e proteção da saúde mental.

Esses eixos que possibilitam compreender, de forma articulada, as implicações subjetivas e organizacionais do trabalho em contextos de atenção

à violência contra crianças e adolescentes, revelando aspectos críticos para a formulação de políticas de cuidado aos trabalhadores da saúde.

Resultados

A presente revisão integrativa analisou cinco estudos que abordaram a atuação e os impactos vivenciados por profissionais de saúde no cuidado a crianças vítimas de violência. Os artigos analisados foram publicados entre 2020 e 2025, com maior concentração em 2020 (40%), e distribuição igual nos anos de 2022, 2024 e 2025 (20% cada). Essa distribuição pode ser explicada pelo fato de que 2020 marcou o início da pandemia de COVID-19, o que impulsionou a produção científica sobre temas relacionados à saúde mental, às condições de trabalho e à atuação dos profissionais da saúde em contextos de crise.

As pesquisas analisadas foram conduzidas em diferentes regiões: 40% foram realizadas no Nordeste, 20% no Sul, 20% em âmbito nacional e 20% no exterior (Austrália). Essa distribuição revela uma maior concentração de investigações no Nordeste brasileiro. A presença de um estudo internacional amplia o escopo da discussão e reforça o interesse global pelas questões relacionadas à saúde e ao trabalho em contextos de violência e vulnerabilidade.

Em relação aos delineamentos metodológicos, os estudos Freitas *et al.* (2020) (A1), Lines *et al.* (2024) (A3) e A5 (60%), adotaram abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas, rodas de conversa e técnicas participativas. Enquanto, um dos estudos, Dornelles *et al.* (2020) (A2), seguiu abordagem quantitativa, com aplicação de questionários estruturados, e Avanci *et al.* (2025) (A4) utilizou metodologia mista, combinando instrumentos qualitativos e quantitativos. Essa diversidade reflete a complexidade do fenômeno investigado, que demanda tanto a escuta das experiências subjetivas quanto a análise de indicadores objetivos. A predominância de métodos qualitativos é coerente com a necessidade de apreender os significados e as vivências dos profissionais que atuam diante da violência, como destaca Minayo (2020).

Os 5 estudos analisados apresentaram objetivos convergentes voltados à compreensão dos desafios enfrentados por profissionais de saúde que atuam com crianças em situação de violência. Em Freitas *et al.* (2020) (A1) e Lines *et al.* (2024) (A3), 40% das investigações, buscou-se compreender os sentidos atribuídos pelos trabalhadores às suas práticas. Outros 40%, Dor-

nelles *et al.* (2020) (A2) e Avanci *et al.* (2025) (A4) tiveram como foco a relação entre qualidade de vida no trabalho e estratégias de enfrentamento. Já em Batista *et al.* (2023) (A5) (20%) concentrou-se na formação interprofissional e na construção coletiva de estratégias de intervenção. Essa distribuição evidencia o reconhecimento de que o enfrentamento da violência infantil no contexto da saúde exige preparo técnico, suporte emocional e articulação em rede, elementos essenciais para prevenir o adoecimento dos profissionais e qualificar o cuidado, como indicam Silva *et al.* (2020) e Melo *et al.* (2020).

A amostra conjunta dos estudos que compuseram o corpus desta revisão totalizou 290 profissionais de saúde atuantes em diferentes contextos de enfrentamento à violência infantil. Esses profissionais estavam distribuídos em diferentes níveis de atenção à saúde, evidenciando a diversidade da amostra: aproximadamente 62% atuavam em serviços hospitalares ou de referência, 23% em unidades da atenção primária à saúde e 15% em centros ou serviços especializados em saúde mental infantojuvenil ou de apoio inter-setorial. Essa distribuição reflete a complexidade da rede de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes no Brasil, que exige o envolvimento coordenado de múltiplos pontos da atenção à saúde para garantir um cuidado integral e eficaz (Rubio *et al.*, 2025).

Em relação ao sexo dos participantes, observou-se que a maioria absoluta era do sexo feminino, representando aproximadamente 82,4% da amostra total. Esse dado acompanha a tendência mundial identificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que, com base em dados de 104 países, constatou que as mulheres representam cerca de 70% da força de trabalho nos setores de saúde e cuidado social (OMS, 2019).

A maioria dos profissionais, participantes das cinco pesquisas que integraram esta revisão, possuía nível superior e, entre os que apresentavam especializações, poucas estavam diretamente relacionadas à saúde mental ou à temática da violência. Nos estudos analisados, um dado recorrente foi que entre 65% e 100% dos participantes relataram não ter recebido capacitação formal sobre violência infantil.

Essa lacuna formativa tem implicações diretas na saúde desses trabalhadores, que frequentemente vivenciam sentimento de insegurança, medo de agir inadequadamente e sobrecarga emocional. Silva e Camargo (2023), reforçam esse cenário ao evidenciar que muitos profissionais não se sentem preparados para lidar com casos de maus-tratos infantis, o que pode com-

prometer tanto a qualidade da assistência quanto o equilíbrio emocional e psicológico dos envolvidos no cuidado.

Entre os estudos que compuseram o corpus desta revisão, um abordou diretamente o tema do cuidado psicológico oferecido aos profissionais. Nele, mais de 75% dos participantes relataram não realizar qualquer tipo de acompanhamento psicológico, apesar de atuarem cotidianamente com situações de violência. Esse dado, embora isolado, é significativo e revela uma negligência institucional em relação ao cuidado com a saúde mental dos trabalhadores, visto que, a situação de atuar diretamente com violência pode acarretar diversas consequências à saúde desses profissionais, impactando negativamente seu bem-estar e a qualidade da assistência prestada (Sheehan; Holland; Carr, 2024).

Os achados evidenciaram que a atuação de profissionais de saúde no cuidado a crianças vítimas de violência é atravessada por múltiplos desafios estruturais, formativos e emocionais. Importante as reflexões sobre os estudos incluídos na revisão convergem ao demonstrar fragilidades relacionadas à qualificação profissional, insuficiência de apoio institucional e ausência de mecanismos de cuidado psicológico, aspectos que repercutem diretamente na qualidade da assistência e no bem-estar desses trabalhadores. A diversidade metodológica analisada amplia a compreensão do fenômeno, reforçando que o enfrentamento da violência infantil demanda ações intersetoriais, investimento em formação continuada e suporte adequado aos profissionais envolvidos.

Assim, os resultados apresentados fundamentam a transição para a discussão, cuja primeira categoria aborda os impactos psicológicos e o sofrimento traumático vivenciados por esses profissionais no exercício de suas funções.

Discussão

Impactos psicológicos e sofrimento traumático nos profissionais

Os impactos emocionais vivenciados por profissionais da saúde que atuam com crianças e adolescentes vítimas de violência ultrapassam os limites da prática técnica, atingindo de forma significativa a dimensão subjetiva do trabalho.

O estudo de Freitas *et al.* (2020) (A1) evidencia que, ao realizar escuta qualificada, apoiar famílias e articular serviços da rede de proteção, os trabalhadores enfrentam sentimento de impotência, frustração e sobrecarga emocional, derivados do contato repetido com narrativas traumáticas.

Achados semelhantes foram encontrados por Conceição *et al.* (2024) no qual, os profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, identificaram, medo, indignação, sofrimento e consternação, que permanecem na memória dos profissionais e transformam o atendimento em uma experiência profundamente impactante e difícil de processar.

Esses relatos, encontrados nos estudos mencionados (Freitas *et al.* (2020) - A1, Dornelles *et al.* (2020) - A2, Lines *et al.* (2024) - A3, Avanci *et al.* (2025) - A4 e Batista *et al.* (2023) – (A5), inicialmente vistos apenas como respostas emocionais, revelam-se como potenciais desencadeadores de quadros clínicos relevantes, como o Burnout, o estresse traumático secundário, e a fadiga por compaixão.

O Burnout manifesta-se por exaustão emocional, despersonalização e sensação de ineficácia profissional (Perniciotti *et al.*, 2020). Já o estresse traumático secundário é definido por Zamora *et al.* (2022) como a resposta do profissional frente à elevada exposição a materiais traumáticos de terceiros, resultando em sintomas de excitabilidade, paralisação e evitação. Além dessas condições, destaca-se também a fadiga por compaixão, entendida como o desgaste emocional que decorre da empatia contínua diante do sofrimento do outro, levando à diminuição da capacidade de envolvimento afetivo e à exaustão psicológica (Lucena *et al.*, 2024).

O estudo de Dornelles *et al.* (2022) (A2) confirmou empiricamente essa relação ao identificar níveis médios de Burnout, fadiga por compaixão e estresse traumático secundário em mais da metade dos profissionais entrevistados. Corroborando, o estudo de O'Hara *et al.* (2020), realizado com 62 pediatras, identificou níveis de estresse traumático secundário superior a 84% da população de referência, enquanto o Burnout superou os níveis de 66%. Além disso, observou-se que o Burnout foi significativamente mais alto entre aqueles que lidaram com múltiplos tipos de maus-tratos, em comparação aos que atuaram majoritariamente em apenas uma categoria de violência.

Os mesmos autores apontam para a materialização das consequências descritas teoricamente, ganham densidade ao serem comparados com outros achados. Nesse ponto, torna-se evidente a gravidade dos efeitos emo-

cionais associados à prática profissional, o que permite uma transição analítica para outra dimensão igualmente relevante, a desigualdade de gênero na vivência desses impactos (Dornelles *et al.* (2022) (A2).

Dornelles *et al.* (2020) (A2) evidenciou maior vulnerabilidade entre mulheres, com uma probabilidade 3,5 vezes maior de desenvolver estresse traumático secundário em relação aos homens. Esse padrão é consistente com o exposto por Baum *et al.* (2014), cujo estudo mostrou que o sexo feminino apresenta maior suscetibilidade à traumatização secundária, com efeito considerado moderado, o que significa que há aproximadamente 64% de chance de uma mulher apresentar níveis mais elevados de sintomas em comparação a um homem no mesmo contexto.

De forma semelhante, Carmassi *et al.* (2022) identificaram que mulheres atuando em serviços de emergência exibem maior prevalência de sintomas de estresse pós-traumático e Burnout do que seus colegas homens. Essa vulnerabilidade é particularmente relevante, já que a força de trabalho em saúde é majoritariamente composta por mulheres.

Esses achados dialogam com a literatura de Gois *et al.* (2025) e Nunes e Moraes (2021) como Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS, que constataram a predominância feminina no atendimento especializado, dados que reforçam a urgência de direcionar atenção especial às profissionais do sexo feminino, que apresentam maior vulnerabilidade ao estresse traumático secundário e ao Burnout, e são maioria na área da saúde.

Diante disso, é fundamental que instituições de saúde implementem programas de suporte psicológico e prevenção da sobrecarga emocional que contemplem todos os profissionais envolvidos no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. Essas ações devem ser universais, mas também sensíveis às especificidades de grupos mais vulneráveis, como as mulheres, reconhecidas pela literatura como mais suscetíveis ao estresse traumático secundário e ao Burnout.

Falta de Capacitação e Suporte Institucional

Os sintomas emocionais e psicológicos discutidos no item anterior, como o Burnout, o estresse traumático secundário e a fadiga por compaixão, não podem ser compreendidos de forma isolada. Eles estão diretamente as-

sociados às condições estruturais em que os profissionais atuam, em especial à fragilidade do suporte institucional oferecido (Avanci *et al.* (2025) (A4)).

Um primeiro ponto recorrente nos achados refere-se à falta de protocolos consistentes e normas acessíveis de atuação. O artigo de Avanci *et al.* (2025) (A4) evidencia que a inexistência de diretrizes objetivas, somada ao medo de represálias de grupos transgressores e à insegurança quanto a responsabilizações legais, compromete a efetividade da notificação compulsória de violência. Situação semelhante foi identificada por O'Hara *et al.* (2020), que mostraram como pediatras relataram insegurança diante da notificação justamente pela ausência de padronização nos procedimentos técnicos. A falta de padronização local, capacitação e adoção efetiva desses instrumentos conduz muitos profissionais ao improviso, ampliando a percepção de vulnerabilidade em sua atuação (Avanci; Oliveira; Assis, 2025) (A4).

O que nos leva a outro problema, a fragilidade da estrutura organizacional e dos mecanismos de suporte institucional. Fernandes *et al.* (2025) destacam que a insuficiência de recursos humanos, materiais e de protocolos operacionais obriga os profissionais a estabelecerem prioridades de forma improvisada, produzindo sentimento de frustração e impotência. Essa realidade aparece também em Avanci *et al.* (2025) (A4), que aponta a precariedade na organização dos serviços e a falta de credibilidade da rede de proteção como fatores que enfraquecem o sistema. Nesses contextos, a instituição falha em oferecer respaldo adequado, deslocando para o trabalhador a responsabilidade de lidar sozinho com decisões de grande complexidade.

Nesse cenário, a fragilidade da integração intersetorial também surge como um grande problema, comprometendo a efetividade da rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência. O artigo de Batista *et al.* (2023) (A5) revela que a falta de articulação entre os diferentes pontos da rede resulta em encaminhamentos inadequados e na insegurança dos profissionais diante da complexidade dos casos.

Essa realidade é corroborada por Deslandes *et al.* (2016) que, ao analisar a atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual em quatro capitais brasileiras, identificou que, apesar da existência de protocolos e fluxos de atendimento, havia lacunas na implementação prática desses procedimentos, resultando em encaminhamentos inadequados e na sensação de desamparo entre os profissionais.

Além disso, o estudo de Pinheiro, (2018) realizado através de levantamento feito pelo Ministério dos Direitos Humanos, durante o governo Michel Temer, mostrou que, embora existam políticas e diretrizes para o enfrentamento da violência, há uma implementação fragmentada e desigual nos diferentes estados e municípios, evidenciando a falta de supervisão institucional e a insuficiência de integração intersetorial. Essa desarticulação entre saúde, justiça e assistência social compromete a credibilidade da rede e amplia a sensação de abandono entre os trabalhadores (Svendsen *et al.*, 2024).

Essa percepção de abandono também se expressa nas relações de trabalho. Avanci *et al.* (2025) (A4) evidencia a alta rotatividade de profissionais, a ausência de planejamento e a postura de gestores que impõem procedimentos sem escutar os trabalhadores. Como observam Njaine *et al.* (2020), a falta de critérios objetivos e justos nas avaliações de desempenho gera ressentimento e contribui para o desgaste físico e emocional dos profissionais, comprometendo a qualidade do atendimento.

Mais do que falhas isoladas, trata-se de fragilidades estruturais do sistema de proteção, que transferem ao profissional a responsabilidade de lidar sozinho com dilemas complexos. A ausência de diretrizes objetivas a desarticulação entre setores e a falta de suporte organizacional ampliam a sensação de desamparo, alimentando o ciclo de sobrecarga e desgaste psicológico (Avanci; Oliveira; Assis, 2025) (A4).

Estratégias de Enfrentamento e Autoproteção

Os cinco estudos analisados revelam fragilidades importantes na formação inicial dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de referências à violência contra crianças e adolescentes. Em diferentes contextos, a insuficiência de preparo formal se repete como entrave central, evidenciando a distância entre o que é ensinado nos cursos de graduação e as demandas da prática profissional.

No estudo de Freitas *et al.* (2020) (A1), nenhum dos entrevistados havia participado de capacitações específicas sobre o tema, assim como Lines *et al.* (2024) (A3) enfatiza que a graduação, isoladamente, não oferece suporte suficiente para o enfrentamento dos maus-tratos infantis, expondo lacunas estruturais no preparo básico. Essa realidade converge com os resultados encontrados por Pereira *et al.* (2024), que constatou que a formação universitária inicial não oferece preparo adequado aos profissionais de saúde para lidar com a violência infantil.

Os autores afirmam ainda que, em geral, o tema é tratado de forma superficial ou aparece apenas transversalmente em outras disciplinas, o que gera lacunas na qualificação. Como consequência, os trabalhadores chegam ao serviço sem segurança ou domínio suficientes para reconhecer, notificar e intervir de forma efetiva nos casos de violência (Pereira *et al.*, 2024).

Diante desse cenário, os estudos analisados convergem ao indicar que a educação continuada e as estratégias de enfrentamento institucionais são dimensões indissociáveis. Contudo, identificam-se lacunas persistentes, Avanci *et al.* (2025) (A4) mostrou que apenas 38,2% dos serviços de atenção primária e 29,4% dos hospitais em municípios brasileiros desenvolvem ações de educação permanente, e mesmo nas capitais, onde os índices são mais elevados (58,8% e 83,3%), essas iniciativas tendem a ser pontuais e insuficientes diante da alta rotatividade de trabalhadores.

Situação semelhante foi identificada no estudo de Batista *et al.* (2023) (A5), no qual a maioria dos profissionais da atenção primária nunca havia participado de encontros formativos sobre abuso sexual infantil, e por Pacheco *et al.* (2024) no qual 77,1 % dos profissionais não receberam educação continuada, e apenas 37,1 % se sentiram capacitados para atuar no tema. Essas lacunas formativas reforçam a percepção de que a ausência de processos sistemáticos de qualificação fragiliza a prática profissional.

Contudo, quando iniciativas de caráter coletivo e participativo são implementadas, os resultados apontam em direção oposta, revelando experiências capazes de transformar o cotidiano dos serviços. Batista *et al.* (2023) (A5), evidenciou que os Círculos de Cultura criaram espaços de discussão de casos e construção coletiva de fluxos de cuidado, fortalecendo a prática interprofissional.

Nesse cenário, no estudo de Moretti *et al.* (2020), que avaliou a efetividade de um programa de capacitação voltado à identificação de casos de violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. A iniciativa, desenvolvida com 166 participantes estudantes e trabalhadores da área, envolveu atividades teóricas e práticas sobre os tipos de violência, fluxos de notificação e responsabilidades ético-legais dos profissionais. Após a formação, observou-se aumento significativo no conhecimento e na segurança dos participantes para identificar e notificar situações de violência, além de mudanças positivas nas concepções sobre o fenômeno e maior sensibilidade na abordagem às vítimas.

Contudo, embora tais experiências revelem o potencial transformador da educação permanente quando desenvolvida de forma participativa e continuada, elas ainda se configuram como iniciativas isoladas e restritas a contextos específicos. O quadro mais amplo, é marcado pela ausência de políticas institucionais consolidadas que garantam a sistematização e a continuidade desses processos formativos (Batista; Gomes; Villacorta, 2023)2023 (A5).

As experiências relatadas em alguns estudos demonstram o potencial transformador da educação permanente quando implementada de forma participativa e continuada. No entanto, essas iniciativas ainda se mostram pontuais e restritas a contextos específicos, não sendo suficientes para consolidar um modelo de formação sustentado nas instituições. O quadro mais amplo, refletido pelos trabalhos Freitas *et al.* (2020) (A1), Dornelles *et al.* (2020) (A2), Lines *et al.* (2024) (A3), Avanci *et al.* (2025) (A4) e Batista *et al.* (2023) (A5), revela justamente a ausência de práticas sistemáticas de qualificação e de estratégias voltadas à saúde dos trabalhadores.

A saúde do trabalhador, enquanto campo interdisciplinar, compreende a relação dinâmica entre as condições de trabalho, os processos produtivos e o bem-estar físico e mental dos profissionais. Essa perspectiva amplia o olhar biomédico tradicional, reconhecendo que o adoecimento no trabalho decorre não apenas de fatores individuais, mas de contextos organizacionais e institucionais marcados por sobrecarga, precarização e ausência de suporte técnico e emocional (Dejours, 2012; Minayo; Thedim, 1997).

No caso dos profissionais da saúde e da educação, como retratam os estudos analisados (Freitas *et al.* (2020) - A1, Dornelles *et al.* (2020) - A2, Lines *et al.* (2024) - A3, Avanci *et al.* (2025) - A4 e Batista *et al.* (2023) - A5), a falta de preparo técnico e de espaços de apoio institucional para lidar com situações complexas, como os casos de violência infantojuvenil, impacta diretamente sua saúde mental e emocional. Esses achados evidenciam que a qualificação continuada não deve ser entendida apenas como instrumento de aprimoramento técnico, mas como uma estratégia de promoção da saúde e de valorização do trabalhador.

Assim, mais do que uma limitação acadêmica, esse vazio representa a carência de políticas institucionais que articulem educação permanente e cuidado com o profissional, ainda tratada como ação episódica em vez de processo contínuo de fortalecimento da prática e do bem-estar das equipes.

Referências

- AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, Q. B. M.; ASSIS, S. G. de. **Ações de vigilância das violências em serviços da atenção primária, hospitalar e de reabilitação no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, p. e17372024, 2025.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 2016.
- BATISTA, M. K. B.; GOMES, W. da S.; VILLACORTA, J. A. M. **Abuso sexual contra crianças: construindo estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana do Recife**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, p. 208–220, 2023.
- BAUM, N.; RAHAV, G.; SHARON, M. Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences. **The American Journal of Orthopsychiatry**, Pisa, Itália, v. 84, n. 2, p. 111–122, 2014.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais**. *Gestão e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121–136, 2011.
- CARMASSI, C. *et al.* **Gender and occupational role differences in work-related post-traumatic stress symptoms, burnout and global functioning in emergency healthcare workers**. *Intensive & Critical Care Nursing*, Pisa, Itália, v. 69, p. 103154, 2022.
- CONCEIÇÃO, M. M. da *et al.* Feelings expressed by professionals caring for children and teenagers victims of sexual violence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, p. e4251, 2024.
- DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, p. 363–371, 2012.
- DESLANDES, S. F. *et al.* **Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 20, p. 865–877, 2016.
- DORNELLES, T. M.; MACEDO, A. B. T.; SOUZA, S. B. C. de. **Professional quality of life and coping in a reference hospital for victims of sexual violence**. *Texto & contexto enferm*, [s. l.], p. e2190153–e2190153, 2020.
- FERNANDES, R. A. **Acolhimentos transformadores e intersetoriais: um estudo sobre as estratégias do CAPSI no cuidado infantojuvenil**. 2025.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/24337>.

FREITAS, R. J. M. de *et al.* Assistência dos profissionais de saúde às crianças e adolescentes em situações de violência. SMAD, **Rev. eletrônica saúde mental alcool drog**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1–8, 2020.

GOIS, Y. D. C. *et al.* **Percepção das profissionais envolvidas no atendimento às vítimas de violência sexual em um centro de referência no estado de Sergipe**. Caderno Pedagógico, Lajeado, v. 22, n. 1, p. e13466–e13466, 2025.

LINES, L. E. *et al.* **Graduate qualities for preservice health and welfare professionals for collaborative prevention and early intervention for child maltreatment: A qualitative study**. Nurse Education in Practice, Amsterdã, Holanda, v. 81, p. 104176, 2024.

LUCENA, V. de L. *et al.* Satisfação e Fadiga por Compaixão em Profissionais de uma Casa de Apoio Institucional para Crianças e Adolescentes. **Revista Semiárido De Visu, Petrolina**, v. 12, n. 1, p. 331–349, 2024.

MELO, R. A. D. *et al.* Protection network in the assistance to children, adolescents and their families in situation of violence. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 41, p. e20190380, 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MINAYO, M. C. de S. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde**. In: NJAINE, K. *et al.* (org.). Impactos da Violência na Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020. p. 19–42. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/p9jv6>. Acesso em: 30 ago. 2024.

MINAYO, C. G.; THEDIM, S. M. D. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. suppl 2, p. S21–S32, 1997.

MORETTI, M. S.; PESSOA, A. S. G. Evaluation of the Effectiveness of a Training Program on Violence against Children and Adolescents. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, p. e127, 2020.

NJAINE, K. *et al.* **Impactos da Violência na Saúde**. São Paulo: Editora FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/p9jv6>.

NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. de. **Práticas Profissionais relacionadas às Demandas de Violência Sexual: Revisão da Literatura Nacional**. Psicologia: Ciência e Profissão, São Paulo, v. 41, p. e227527, 2021.

O'HARA, M. A. *et al.* **Child Abuse Taking Its Toll on the Emotional Well-Being of Pediatricians**. Clinical Pediatrics, [s. l.], v. 59, n. 4–5, p. 450–457, 2020.

OMS, O. M. da. **Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019. Relatório técnico. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>. .

PACHECO, S. S. *et al.* **Atuações de enfermeiros da atenção primária na prevenção de abuso sexual infantil em contexto escolar**. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, São José dos Pinhais, v. 17, n. 13, p. e13652–e13652, 2024.

PEREIRA, P. da S. *et al.* **Narrativas da enfermagem sobre a violência sexual em criança e adolescente**. Research, Society and Development, Vargem Grande Paulista, v. 13, n. 12, p. e52131247640–e52131247640, 2024.

PERNICIOTTI, P. *et al.* Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **Revista da SBPH, Belo Horizonte**, v. 23, n. 1, p. 35–52, 2020.

PINHEIRO, J. de D. **Ações de Proteção a Crianças e Adolescentes contra violências: levantamentos nas áreas de saúde, assistência social, turismo e direitos humanos**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

RUBIO, C. A. R. *et al.* **Rede de proteção às crianças/adolescentes vítimas de violência: revisão de escopo**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, p. e18142023, 2025.

SHEEHAN, D.; HOLLAND, J.; CARR, A. **The positive and negative effects of working with child sexual abuse for health and social care professionals: A systematic review**. Child Abuse Review, Chichester, Reino Unido, v. 33, n. 1, p. e2849, 2024.

SILVA, M. S. da *et al.* Assistência de enfermagem à criança/adolescente vítima de violência: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 115–123, 2020.

SILVA, B. P. da; CAMARGO, D. de. **Professional practices in situations of child abuse: an integrative review.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1703–1715, 2023.

SVENDSEN, S. M. S. *et al.* **Early life body size and puberty markers as predictors of breast cancer risk later in life: A neural network analysis.** *PloS One*, [s. l.], v. 19, n. 2, p. e0296835, 2024.

ZAMORA, J. C. *et al.* Trauma vicário e secundário no trabalho com violência: revisão de escopo. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 2002–2010, 2022.

SOBRE OS AUTORES

Nagma Nascimento Prado

Graduada em Serviço Social, Mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia. Atua como Assistente Social na Prefeitura Municipal de Uberlândia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6098711018161047>.

Maria Pena Alves Melo

Graduada em Serviço Social, Mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia. Atua como Assistente Social na Prefeitura Municipal de Uberlândia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0294529422302297>.

Mara Ramos de Oliveira

Graduada em Serviço Social, Mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia. Atua como Assistente Social na Prefeitura Municipal de Uberlândia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5270216010367541>

Thays Peres Brandão

Graduada em Enfermagem, Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Atua como coordenadora do Grupo de Pesquisas em Saúde do Trabalhador. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0857704143417847>.

Ailton de Souza Aragão

Graduado em Ciências Sociais, Pós-Doutor em Ciências da Saúde. Atua como docente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, lotado no Instituto de Ciências da Saúde e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6939854687355473>.

ÍNDICE REMISSIVO

A

abordagem 15, 29, 31, 33, 38, 49, 56
absenteísmo 35, 36
acompanhamento 22, 51
adoecimento 30, 32, 35, 36, 50, 57
adolescentes 8, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 31, 34, 36, 42, 43, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60
áreas vulneráveis 19
assistência social 9, 12, 13, 17, 22, 46, 55, 60
atenção primária 37, 38, 40, 47, 50, 56, 58, 60
autoestima 12

B

bem-estar 9, 11, 23, 29, 30, 32, 33, 35, 46, 51, 57
bem-estar físico 9, 29, 57
burocrática 18

C

coletivo 18, 24, 56
comunicação 16, 17, 20, 22, 35
constitucionalismo 32, 33
criança 12, 14, 15, 16, 24, 25, 26, 60
crianças 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 34, 36, 39, 42, 43, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60
crise 49

D

depressão 11, 35, 36
desenvolvimento 9, 11, 12, 13, 26, 28, 31, 32, 33, 39
desgaste físico 31, 36, 55
desigualdade 31, 53
desigualdades sociais 30, 34
diagnósticos 32
direitos 9, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 24, 25, 27, 33, 36, 37, 60
direitos sociais 9
distúrbios 11, 35, 36
diversidade 33, 49, 50, 51
doenças 11, 19, 29, 31, 32

E

educação 9, 12, 13, 15, 16, 22, 29, 47, 56, 57
emocional 11, 12, 17, 18, 22, 31, 35, 36, 37, 46, 50, 51, 52, 53, 55, 57
entrevistados 22, 52, 55
escola 14, 15, 16, 17, 18, 24, 27
escolar 11, 12, 15, 16, 31, 60
estratégia 10, 15, 37, 57
estratégias 9, 11, 37, 43, 46, 47, 48, 50, 56, 57, 58, 60
estratégico 8
ético 10, 18, 56

F

força física 11
formação acadêmica 9
fortalecimento 9, 10, 23, 57

G

gastrointestinais 11

gestão 9, 16, 23, 36

I

infantis 26, 28, 46, 50, 55

infantojuvenil 8, 9, 10, 18, 23, 32, 42, 44, 45, 50, 57, 58

insegurança 18, 22, 24, 31, 50, 54

isoladamente 55

J

jurídico 14

justiça 9, 12, 13, 17, 22, 23, 55

L

leis 9, 25, 31, 33

lesão 11, 13

M

maus-tratos 11, 13, 14, 26, 46, 50, 52, 55

N

narrativas traumáticas 52

P

planejamento 23, 55

poder judicial 22

políticas 8, 9, 10, 13, 17, 23, 31, 32, 36, 42, 49, 55, 57

prática profissional 53, 55, 56

processo 8, 11, 14, 22, 35, 44, 45, 46, 48, 57

produção científica 8, 49

profilaxia 20

profissionais 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 25, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60

psicológico 11, 16, 22, 29, 31, 51, 53, 55

psicológicos 8, 9, 12, 33, 34, 35, 37, 48, 51, 53

psicólogos 15, 27

psicossociais 15, 33, 34

R

recursos humanos 54

relevância social 8, 32

S

saudável 11, 12, 29

saúde 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60

segurança 9, 12, 13, 19, 22, 32, 56

serviços 8, 9, 13, 16, 18, 19, 22, 30, 31, 32, 46, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 58

sistema 6, 14, 17, 22, 23, 24, 25, 34, 54, 55

sobrecarga emocional 50, 52, 53

sofrimento 9, 11, 12, 23, 34, 35, 36, 37, 42, 46, 48, 51, 52

suporte emocional 50

T

trabalhador 8, 30, 31, 33, 34, 36, 38, 40, 54, 57, 59

trabalhadores 8, 9, 22, 23, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57

traumático 9, 46, 48, 51, 52, 53

V

vigilância 22, 31, 32, 47, 58

violência 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61

violências 8, 10, 13, 14, 19, 20, 25, 26, 31, 47, 58, 60

vítima 14, 16, 20, 24, 25, 60

vítimas 8, 9, 18, 23, 26, 36, 42, 44, 45, 46, 49, 51, 52, 54, 56, 59, 60

vulnerabilidade 12, 17, 32, 34, 49, 53, 54

vulnerabilidades 15, 31, 37



AYA EDITORA

2026