



[Atribuição BB CY 4.0](#)

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E AMBIÊNCIA NOS ATENDIMENTOS OFERTADOS A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Elaine Silva de Carvalho¹

Resumo

Esta pesquisa se propõe a analisar a importância da comunicação em saúde e ambiência nos atendimentos ofertados por técnicos, psicólogos e assistentes sociais a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A metodologia se orientou com base em abordagem qualitativa e explicativa, o levantamento de dados foi feito por meio de levantamento bibliográfico a fim de construir um percurso sobre a importância dessa comunicação e da ambiência como facilitador no atendimento. Ter uma comunicação assertiva, ofertada por equipe qualificada, em ambiente acolhedor, é essencial para que os objetivos propostos sejam alcançados, para oferta de atendimento de qualidade e que seja efetivo reduzindo as violações de direitos, favorecendo a superação das situações de vivência de violência por estas crianças e adolescentes. É preciso cuidar para que a comunicação seja de fato dialógica, relacional, centrada na pessoa atendida e não na violência sofrida.

Palavras-chave

Comunicação em saúde, violência sexual, crianças e adolescentes.

Recebido em: 31/10/2022

Aprovado em: 19/12/2022

¹ Mestra em Políticas Públicas em Saúde da Escola de Governo Fiocruz de Brasília, Pós-graduada pela Universidade de Brasília em Políticas Públicas Para População em Situação de Rua, do CIAM/UnB, Especialista em Direitos Humanos da Criança e Adolescente pela Universidade Federal de Goiás-UFG. E-mail: nyacarvalho@gmail.com

THE IMPORTANCE OF HEALTH COMMUNICATION AND AMBIANCE IN THE CARE PROVIDED TO CHILDREN AND ADOLESCENT VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE

Abstract

166

This research aims to analyze health communication and the ambiance in the care offered by technicians, psychologists and social workers to children and adolescents who are victims of sexual violence. The methodology was based on a qualitative and explanatory approach to the phenomenon in focus, the data collection was done through a bibliographic survey in order to build a path about the importance of this communication and ambiance as a facilitator and non-revictimizing factor in the care. Having an assertive communication, offered by a qualified team, in a welcoming environment, is essential for the proposed objectives to be achieved, to offer quality and effective care, reducing the violations of rights, favoring the overcoming of situations of violence experienced by these children and adolescents. It is necessary to ensure that the communication is indeed dialogical, relational, centered on the person assisted and not on the violence suffered.

Keywords

Health communication; sexual violence; children and adolescents.

Introdução

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial da Saúde ressalta que pesquisas sobre violência devem ser prioridade na saúde pública. A OMS que define o conceito de saúde que compreende as esferas física, mental e social e não só não estar doente. (WHO, 2002).

Então, é essencial pensar em saúde para além da perspectiva da superação da doença, e que ela engloba todas as esferas da vida de um indivíduo. Embora pareça uma meta inatingível, nos leva a trabalhar para que o resultado das nossas intervenções seja o mais eficaz, efetivo e eficiente possível (WHO, 2002).

Dentre as denúncias registradas, em 2019, de acordo com o Disque Direitos Humanos (BRASIL, 2020, p.25), o grupo de crianças e adolescentes representou 55% do total, com 86.837 denúncias. Ainda no mesmo relatório na (p.42), a violência sexual contra crianças e adolescentes foi registrada como quarto tipo de violência com maior ocorrência em número de registros.

É importante ressaltar que “a criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento, e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis” (BRASIL, 1990, p.21).

Apesar de estarem na lei, esses direitos não são alcançados por todos, e o índice de violência sexual contra crianças e adolescentes tem aumentado a cada dia. Por isso, “não basta denunciar para que a violência sexual seja interrompida; outras violências eclodem, a sociedade e o Estado, devem estar preparados como instituições fortes e eficazes, para combatê-las também.” (SANTOS E COSTA, 2011, p. 08).

Revisão de literatura

A palavra violência tem origem do latim *violentia*, que está vinculado ao conceito do uso de força física (BONAMIGO, 2008). Um ato é descrito como violento quando regras normatizadas são socialmente quebradas, e o resultado dessa quebra culmina em resultados negativos, para a pessoa que é o alvo do ato violento (ZALUAR, 1999).

Esse ato é considerado violento quando preenche “ao menos as seguintes condições: causar dano, usar a força (física ou psíquica), ser intencional ou ir

contra a livre e espontânea vontade de quem é objeto do dano” (VILELA *et al.*, 2008, p. 07).

A violência como tema da agenda da saúde ganha peso [...] a partir da década de 1980, com a promulgação da Constituição em 1988 (MINAYO, 2006a), e a criação do Estatuto da Criança e Adolescente em 1990 (BRASIL, 1990).

Apesar disso, o número de pessoas que morrem em decorrência da violência é maior que as que morrem em decorrência de doenças (MINAYO, 2006b).

Nos últimos anos, tem sido mais intenso o trabalho de aprovar leis que protejam os direitos de crianças e adolescentes. Apesar disso a violência ainda atinge diversas classes sociais, não se limitando a gênero, idade ou vínculos (FACURI *et al.*, 2013).

A violência e suas consequências causam impactos diretos sobre a saúde das pessoas, sendo a terceira maior causa de morte no Brasil, a primeira entre crianças e adolescentes (VILELA *et al.*, 2008).

Violência sexual contra crianças e adolescentes

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública, e em sua complexidade demanda trabalho coordenado e em rede, não só do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mas também do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outros órgãos que compõem a rede do Sistema de Garantia de Direitos (BRASIL, 2011).

A violência se torna um problema de saúde complexo pelos seus diversos elementos, tendo múltiplas faces e de alcance mundial, em crescimento devastador e alarmante. Sendo por isso endêmico, propagando-se pela existência e manifestação da desigualdade nas relações de poder (SANTOS E COSTA, 2011).

Geralmente, os violentadores sexuais que cometem crimes contra crianças e adolescentes são chamados de acordo com o senso comum de pedófilos. É importante compreender que pedofilia é uma doença descrita no CID F65. 4 (CID 11, 2022).

Classificada como Parafilia, um transtorno psiquiátrico, se caracteriza pela preferência e/ou obsessão por objetos, ou práticas incomuns (DSM V, 2014).

O que difere o molestador do pedófilo, é que para o molestador situacional (que aproveita a situação), a criança não é especialmente o objeto central de sua fantasia.

Por esse motivo não pode ser considerado pedófilo, e esse molestador comete o crime pela facilidade de acesso à vítima, e o pensamento de que será difícil que seus atos sejam descobertos.

A pedofilia é um transtorno, mas não deixa de ser um crime, e o termo pedofilia (doença) não pode ser utilizado para minorar o impacto da violência sexual cometida contra crianças e adolescentes (SERAFIM *et al.*, 2009).

Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual geralmente se encontram em situação de desvantagem óbvia com relação ao agressor, e podem ser subordinados a longos períodos de violência sexual.

E quanto mais duradoura e intensa em seus acontecimentos caracterizadores, (como vínculo com o violentador, penetração genital ou anal, acompanhada de agressão física, quando resulta em gestação, ou quando a criança, ou o adolescente precisa ser afastado do contexto familiar), maiores as suas consequências/impactos.

A violência sexual possui três categorias: o abuso sexual, a exploração sexual com fins comerciais, e o tráfico de pessoas com fim de exploração (BRASIL, 2017a).

Sobre os conceitos apresentados, é importante entender que a conjunção carnal acontece quando há introdução completa, ou incompleta do pênis na vagina e o ato libidinoso quando há o atentado violento ao pudor, ou a corrupção de menores.

A violência sexual cometida contra crianças e adolescentes é uma violação do adulto e da sociedade, que nega seus direitos, desconsiderando sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (MINAYO, 2001).

O direito à palavra é um elemento ausente no contexto de violência sexual contra crianças e adolescentes, esse silêncio se apoia no segredo, que se torna mais palpável quando o adulto desconstrói a verdade apresentada pela criança (SANTOS *et al.* 2014).

Na violência intrafamiliar existe o silêncio, devido ao vínculo entre vítima e violentador (VIEIRA *et al.*, 2015), e muitas famílias não denunciam na expectativa de resolver a questão no próprio núcleo familiar (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Entre 2018 e 2019, considerando os casos de violência contra crianças e adolescentes, “o levantamento da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH), permitiu identificar que a violência sexual acontece, em 52% dos casos, na casa da própria vítima ou do suspeito, e é cometida por pai ou padrasto em 40% das denúncias” (BRASIL, 2020, p. 60).

Na violência sexual que ocorre de forma intrafamiliar, o maior índice incorre sobre meninas, o que além das relações de poder desiguais pode se justificar por uma questão de gênero (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Dados mais recentes mostram que “o suspeito é do sexo masculino em 87% dos registros e, igualmente, de idade adulta, entre 25 e 40 anos, para 62% dos casos. A vítima é adolescente, entre 12 e 17 anos, do sexo feminino em 82% das denúncias recebidas” (BRASIL, 2020, p.58).

A ocorrência da violência sexual pode gerar impactos tanto no aspecto físico quanto psicológico, e se manifestar de várias formas (FLORENTINO, 2015).

À violência além de se manifestar física e psicologicamente, pode ser cumulativa, geralmente entre dois ou mais tipos simultaneamente (RIBEIRO *et al.*, 2014). Essas manifestações violentas podem ser culturais, físicas, psicológicas, intrafamiliares, e se dar inclusive no atendimento às vítimas, quando feito de forma incorreta pelos profissionais, sendo então violência institucional e uma situação de revitimização.

É fundamental que profissionais ao atenderem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sejam capazes de garantir escuta qualificada, e ambiente acolhedor, e, ao mesmo tempo, contribuir para o restabelecimento de qualidade de vida dos atendidos. Por isso, é fundamental que a comunicação seja utilizada da melhor forma como estratégia para superação das situações de violações de direito e para promoção da saúde.

Comunicação em saúde

A comunicação é uma das capacidades humanas mais fundamentais. Desde os primórdios, o homem tem buscado formas de se comunicar, e apesar disso, a comunicação ainda é um entrave para muitas pessoas.

A palavra comunicação tem etimologia no latim *communicare* significando tornar comum, compartilhar, trocar opiniões, associar, conferenciar

(BONAMIGO, 2008). A comunicação está interconectada em rede de produção e consumo de sentidos, em um processo socio-histórico (VYGOTSKY, 2008).

A comunicação é essencial à existência humana, porque só nos reconhecemos enquanto indivíduos na troca que fazemos, e a partir do que absorvemos dessas trocas (ARAÚJO E CARDOSO, 2014).

Por isso é importante entender que a comunicação se manifesta de várias formas de expressão e pode ser verbal e/ou não verbal (RAMOS E BORTAGARAI, 2012). A comunicação pode ser descrita também como processo de troca de informações codificadas e decodificadas entre pessoas, grupos e organizações.

O ser humano é complexo, e isso acontece pela existência de um contexto pessoal em cada processo de comunicação que gera impactos diretos sobre todos seus elementos constituintes. A comunicação é mais que troca ou emissão de informação, mas mediações entre pessoas, compreensão para que o desenvolvimento pessoal seja alcançado (WOLTON, 2010).

“A comunicação se manifesta pela capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, com vistas ao bom entendimento entre as pessoas” (Ferreira, 2002, p.170). Comunicar é processo relacional e envolve troca, é bilateral, busca não só transmitir, mas compreender e conseguir tocar o outro pela sua ação.

Portanto, precisamos trabalhar com a comunicação e não com seus elementos isolados. Já que “a comunicação nunca é uma prática natural, mas resultado de um processo frágil de negociação”, pois, quem escuta pode “aceitar, recusar ou negociar a informação”. Ela “só tem sentido através da existência do outro e do reconhecimento mútuo” (WOLTON, 2010, p. 37, 89).

É importante que instituições e seus profissionais assumam papel relacional com os usuários, de maneira que as ações sejam pensadas para garantir sua qualidade de vida. A comunicação em saúde pode, portanto, auxiliar nos atendimentos para que sejam personalizados com estratégia definida em busca da promoção em saúde (TEIXEIRA, 2004).

Aplicando esse conceito ao nosso contexto, inferimos que é preciso entender o contexto da criança e adolescente, onde moram, com quem, como são essas relações. Entender o contexto dessas crianças e adolescentes é importante porque em muitas situações, a intervenção com as pessoas em atendimento por si só não gera impacto sobre as violações de direitos as quais estão submetidas.

Para a resolução é preciso acionar outras políticas (comunicação em seu aspecto organizacional) considerando as três grandes áreas da comunicação

(massiva, interpessoal e organizacional) (FADUL e KUHN, 2001). Para que crianças e adolescentes tenham direito à pensão alimentícia ou inserção em Programas Socioassistenciais de Transferência de Renda, por exemplo.

“Vivências prévias no cotidiano profissional, assim como a literatura, têm indicado que comunicação ineficaz repercute em cuidado inseguro, sendo fator contributivo para desfechos desfavoráveis” (NOGUEIRA E RODRIGUES, 2015, p.639).

A comunicação tem papel essencial em qualquer ação que objetive melhorar a saúde, porque é multidimensional, e influenciada por diversos fatores.

O método de comunicação altera fatores ligados aos aspectos léxicos, e de linguagem corporal. Desenvolver comunicação assertiva durante os atendimentos fortalece o trabalho em rede, e possibilita o empoderamento dos usuários, além de minorar os impactos causados pelas violações de direito (GRILO, 2012).

E isso acontece por meio da comunicação de forma direta e dialógica ou por meio da comunicação utilizando a ambiência do brincar e do espaço físico, entre outros elementos da comunicação não verbal.

Comunicação entre os profissionais e os usuários

A comunicação é relacional pela importância do desenvolvimento de vínculos entre técnicos e usuários, inclusive porque as características dos usuários não podem ser impeditivas de acessar o serviço.

Deve ser real por ser a partir do que a pessoa traz como sofrimento, e pode inclusive não estar vinculada à demanda inicial do atendimento, sendo conclusiva para que o objetivo seja alcançado.

A comunicação utilizada para promoção da saúde deve ser planejada, executada, avaliada quanto ao aspecto das informações utilizadas. De forma que o público compreenda as informações, e acontece na aproximação, quando o usuário se sente acolhido em seu sofrimento (MULLER, 2010).

A comunicação durante o atendimento é fundamental para que se impeça que direitos sejam violados, ou para impedir novas violações além das já cometidas.

Em muitos casos, é feita notificação para acompanhamento por suspeita de violência sexual. Há casos em que não se constata violação, mas situação de

risco, e se não forem tomadas as providências os atendidos (crianças e/ou adolescentes) podem se tornar vítimas.

Cada caso é um caso distinto, com características peculiares, que pedem ações diferenciadas. Isso faz com que os profissionais precisem se realinhar a cada atendimento de acordo com o que vai sendo apresentado pelas crianças e adolescentes (FLORENTINO, 2015).

Mais que ouvir é importante escutar, os dois conceitos se diferem na medida em que ouvir envolve perceber os sons e escutar envolve estar atento ao que é dito, envolve todos os sentidos (FERREIRA, 2002).

Cada história de vida é única, demanda atenção, sensibilidade e compreender que todo conhecimento técnico adquirido na formação não nos prepara para compreender o que o outro traz, sem que ele esteja envolvido no processo, e sem que o técnico esteja aberto ao contato com os usuários.

A informação desenvolvida por meio da comunicação precisa ter características que favoreçam a sua compreensão. Apesar de a comunicação ser via de mão dupla, cabe ao técnico responsável pelo atendimento direcionar o processo comunicativo durante o atendimento, assim como facilitar a participação das pessoas (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

Comunicação entre profissionais e usuários em contextos de violência

A infância e adolescência são marcadas pelo desenvolvimento físico e psicológico mais acentuadamente, ser vítima de violência nesses períodos ocasiona rupturas.

Quando a violência se estabelece, esse desequilíbrio se agrava, e o desenvolvimento dessas crianças e adolescentes vai sendo comprometido em seus vários níveis.

A violência sexual é identificada no Código Internacional de Doenças - CID 11, o código T 74.2, e denominado Abuso Sexual (CID 11, 2022), gera impactos severos e duradouros sobre bem-estar físico, mental e social das vítimas.

Pela exposição à violência, crianças e adolescentes podem desenvolver transtornos de forma única ou somados sendo os mais recorrentes: CID 11- F32 - episódios depressivos, CID 11 - Z 91.5 - história pessoal de autoagressão, CID 11 - X 84 - lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados, CID

11 F 43.1- transtorno de estresse pós - traumático - TEPT, CID 11- F 41.0 transtorno de pânico, CID 11- F 50 - transtornos da alimentação, CID 11- G 47- distúrbios do sono, entre outros (CID 11, 2022).

Quando crianças e adolescentes são vítimas de violência sexual, esse contexto geralmente é permeado por violências simultâneas, e uma das primeiras perdas sofridas é o direito de fala, de se comunicar para pedir socorro.

Por isso é imprescindível ao profissional ter sensibilidade/habilidade para identificar os sinais verbais, comportamentais e visuais emitidos de forma direta ou não (WHO, 2002).

Desenvolver vínculo demanda tempo e disponibilidade. Nas primeiras intervenções, é recorrente a dificuldade de se expressar, de falar sobre o acontecido, embora se perceba com o tempo que falar/se expressar tem função terapêutica.

É essencial aos profissionais estarem atentos não só à comunicação verbal como também à não verbal, como ferramentas para o atendimento personalizado.

Esse atendimento personalizado deve ser de acordo com vivências e história de vida de quem é atendido, considerando outras formas de se comunicar, quando o gestual ou corporal e mesmo a forma de olhar são compreendidos como formas de se comunicar (RAMOS E BORTAGARAI, 2012).

Os serviços de atendimento às vítimas devem utilizar projeto terapêutico singular, pois, cada história tem características pessoais, que requerem olhar diferenciado para cada escuta, processo comunicativo, desenvolvido com crianças e adolescentes atendidos (BRASIL, 1990).

Uma das funções da comunicação desenvolvida por profissionais com crianças e adolescentes em contexto de violência, é atuar na ressignificação das violações sofridas. É entender o silêncio, e mais que isso, compreender o outro em todos os seus elementos, como modo de comunicar-se.

“Escutar crianças e adolescentes, deve-se constituir em reparação secular do silêncio histórico a que foram submetidos” (SANTOS *et al.*, 2014, p. 18). A lei 13.431/2017 normatiza o atendimento de crianças e adolescentes que foram vítimas/testemunhas de violência, qualifica a escuta como escuta especializada/qualificada.

A escuta se difere do depoimento porque não tem objetivo de produzir provas, que é especificamente realizado pelos órgãos investigativos de segurança pública e do judiciário (BRASIL, 2017a).

Metodologia

O objetivo desta pesquisa é compreender como acontece a comunicação durante os atendimentos, para propor possibilidades a partir do olhar dos técnicos de aperfeiçoamento para essa comunicação.

Para isso optou-se pelo desenvolvimento de pesquisa de abordagem qualitativa com o estudo de aspectos subjetivos de um fenômeno social (comunicação). É uma pesquisa explicativa por possibilitar a identificação de fatores que determinam o acontecimento da comunicação.

Permitindo que sejam explorados o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” ampliando a compreensão sobre como se desenvolve a comunicação nos atendimentos (GIL, 2002).

Foi desenvolvida pesquisa com base em fontes bibliográficas, revistas e artigos científicos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), utilizando as palavras-chaves: comunicação, violência, crianças e adolescentes.

A busca de textos, a seleção e o fichamento foram feitos simultaneamente, tendo como resultado a organização/reorganização do conteúdo no corpo da pesquisa.

As referências bibliográficas foram sistematicamente organizadas e escolhidas pela pertinência com relação ao tema e aos objetivos propostos de forma que os temas fossem organizados do geral ao específico e para isso os temas foram organizados na seguinte ordem: políticas públicas em saúde, de comunicação em saúde, e de comunicação vinculada ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Não se busca resultado definitivo sobre o objeto de estudo, composto por pessoas e suas opiniões mutáveis e flexíveis, mas uma reflexão que nos permita ampliar a compreensão sobre o tema da pesquisa. O diálogo e o saber não são contraditórios, mas processos que se implicam reciprocamente.

Espera-se expandir conhecimento sobre a comunicação desenvolvida nos atendimentos com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e propiciar mais visibilidade sobre o tema.

Resultados e discussão

Crianças e adolescentes vêm, por vezes, traumatizados por contextos duradouros de vivência de violência sexual onde o direito de fala é o primeiro direito perdido. Também porque a maioria das violências sexuais contra crianças e adolescentes são cometidas por pessoas próximas, o que agrava os impactos causados e a dificuldade de se estabelecer vínculos no atendimento.

É imprescindível entender que, esse contexto geralmente é permeado por violências simultâneas e, uma das primeiras perdas sofridas é o direito de fala, de se comunicar para pedir socorro.

É importante compreender, que em alguns casos o silêncio é a forma de comunicar para essas crianças e adolescentes, e quando uma criança ou adolescente não utiliza comunicação verbal é necessário entender a comunicação que é manifesta (RAMOS E BORTAGARAI, 2012).

Muitas vítimas são agredidas quando pedem ajuda, o que pode o levar a um contexto de silêncio, outros são culpabilizados pela violência sofrida, se sentem envergonhados, então como pedir que eles se abram, se exponham para um estranho?

A comunicação desenvolvida precisa ser direcionada de acordo com a complexidade do atendimento, apesar de ser uma via de mão dupla, cabe ao técnico facilitar a participação dos atendidos (REIS, 2010).

Comunicação não se dissocia da noção de direito, por isso a persuasão não é compreendida como estratégia para se estabelecer comunicação com as pessoas em atendimento, a comunicação precisa ser construída ao longo do processo.

Uma das dificuldades de estabelecer comunicação dialógica está no conceito que tanto atendidos quanto técnicos têm do que é comunicação.

A Lei n.º 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, reafirma o direito de serem ouvidos e inclusive de permanecerem em silêncio (BRASIL, 2017 a).

No entanto, isso demanda assertividade para o manejo correto durante o atendimento, e cabe ao técnico conduzir o atendimento sem se frustrar com o silêncio, proporcionando ao longo do tempo um espaço de fala e de ressignificação das vivências dessas pessoas em atendimento (REY et al., 2019).

Uma das funções da comunicação desenvolvida por profissionais com crianças e adolescentes em contexto de violência é atuar na ressignificação das violações sofridas.

É entender o silêncio, mais que isso, compreender o outro em todos os seus elementos, como um modo de comunicar-se em busca da saúde (NASSAR, 2012).

O silêncio é resultado de um processo de violações de direitos episódica (que ocorreu uma única vez), ou contínua (que perdurou ao longo de um tempo), cometidas contra crianças e adolescentes os marcando pela pior das violações que é a violência sexual.

Portanto, é necessário trabalhar o fortalecimento dessas crianças e adolescentes, por meio do desenvolvimento da comunicação nos atendimentos. A comunicação é um conjunto de acontecimentos que iniciam mesmo quando a criança não é comunicativa verbalmente.

Desde que ela chega à recepção e da forma como ela se manifesta com relação ao espaço, e por todas as outras formas que essa criança possa se comunicar.

A ambiência é importante para a comunicação

O conceito de Ambiência na saúde se refere ao tratamento dado ao espaço físico que compõe um serviço de forma a ser acolhedor, como espaço de saúde, com características que geram impacto direto sobre o acolhimento e o acompanhamento dos atendidos das crianças e adolescentes em atendimento (BRASIL, 2005).

Dadas todas as características inerentes a esse público (BRASIL, 1990), quando chegam para o atendimento e todas as questões já discutidas anteriormente do medo/insegurança para falar da necessidade de criar vínculos de como se sentir exposto pelo ambiente causa rompimento no desenvolvimento do trabalho de comunicação desenvolvida interferindo sobre a privacidade (BRASIL, 2017 b).

Esse fator vai contra o preconizado pela política de humanização do SUS que prevê espaço de atendimento que ofereça conforto físico e subjetivo aos usuários do serviço. Segundo a qual a ambiência é elemento da promoção de saúde com base na Política de Humanização do SUS (BRASIL, 2010).

Por isso é tão importante considerar o espaço como parte fundamental para o desenvolvimento do atendimento e para a qualidade da comunicação desenvolvida entre profissionais e atendidos.

Recursos lúdicos facilitam com que as crianças e adolescentes se comuniquem com os técnicos

Se o silêncio é visto pelos profissionais como algo que dificulta o andamento do atendimento, a introspecção apresentada por algumas crianças e adolescentes também. Os meios lúdicos podem ser utilizados como objeto de mediação para criar aproximação com esses usuários atendidos.

Brincar pode ser uma forma de expressão e comunicação nos atendimentos, fazendo sentido para contextos, onde falar sobre o ocorrido é reabrir feridas, e a vontade é ter um momento para esquecer o acontecido.

Sendo fundamental saber identificar quando a criança ou adolescente está contando algo de si e do seu contexto pela comunicação não verbal e caminhar junto auxiliando nesse processo de cicatrização, respeitando suas escolhas.

Uma equipe de profissionais especializados e capacitados (psicólogos e assistentes sociais) pode incentivar o manuseio dos objetos, de maneira que crianças e adolescentes encontrem mais facilidade para expressar o que passou.

É fundamental que profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual sejam capazes de garantir escuta e ambiente acolhedor e, ao mesmo tempo, contribuir para o restabelecimento de qualidade de vida (PROJETO LUDOTECAS, 2021).

Jogos e outros recursos lúdicos são essenciais para o atendimento ofertado às crianças e adolescentes, em muitos casos se tornam objetos de mediação para o desenvolvimento da comunicação, para o processo de construção de vínculos entre técnicos e os atendidos.

Construção de vínculos facilita a comunicação

Nas primeiras intervenções, é recorrente a dificuldade de se expressar, de falar sobre o acontecido, embora se perceba com o tempo que falar/se expressar tem função terapêutica por isso desenvolver vínculo demanda tempo e disponibilidade.

Nos processos de saúde e doença, configurações subjetivas podem propiciar ou inviabilizar a capacidade dos atendidos de gerar alternativas diante das experiências, ou reduzir esse processo (ARAÚJO E CARDOSO, 2014).

Não existe comunicação sem primeiro existir relação, relação demanda empatia e não existe empatia sem a ação de estar disponível ao contato genuíno com o outro.

Por isso a comunicação precisa ter características que favoreçam sua compreensão, ser direcionada de acordo com cada intervenção, apesar de ser via de mão dupla.

É inerente aos profissionais que atendem as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual a capacidade de garantir escuta e ambiente acolhedor e, ao mesmo tempo, contribuir para o restabelecimento da qualidade de vida dos atendidos.

Para isso, é essencial compreender a comunicação como estratégia de promoção da saúde (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

É preciso propiciar o “apagamento de ruído”, que acontece quando são reduzidas as interferências da comunicação, limpando o que prejudica o espaço comunicativo entre técnicos e as pessoas em atendimento para que os resultados necessários sejam obtidos (ARAÚJO E CARDOSO, 2014).

É complexo também o atendimento com crianças muito pequenas, com crianças a partir de três anos pelo tamanho e fragilidade.

A direção tomada pelo profissional pode mudar conforme os atendimentos vão ocorrendo. A troca de experiência e de informação feita entre profissionais é fundamental para que o atendimento seja efetivo e eficaz em seus resultados.

A capacitação minora a possibilidade de que a comunicação seja feita de forma incorreta, o que têm impactos positivos sobre os resultados obtidos nos atendimentos (NOGUEIRA E RODRIGUES, 2015).

Considerações finais

A criança e adolescente têm direito de não se comunicar verbalmente durante o atendimento, e de continuar sendo atendidos mesmo assim, o papel do técnico é propiciar esse espaço para escuta do silêncio e com o tempo para escuta do que é verbalizado.

Muitos técnicos têm dificuldade para escutar e compreender o que não é dito verbalmente, os desenhos, o modo de brincar, de sentar, de olhar, o tom de voz, tudo isso é uma forma de comunicação e a compreensão disso deve ser aprimorada.

Por isso a importância de ambiente acolhedor e com os recursos necessários para diversas manifestações comunicativas das crianças e adolescentes, assim como de capacitação continuada dos técnicos para um atendimento que realmente é efetivo para superação das violações de direitos.

Muitos chegam ao serviço sem ter noção de que o que passam em suas vidas trata-se de uma violência, e, é preciso cuidar para que essa comunicação seja de fato dialógica, relacional, centrada na pessoa atendida e não na violência sofrida e baseada na escuta qualificada, em ambiente adequado, com quebras de silêncio promovidas seja por brinquedos, seja pelo vínculo construído a cada novo atendimento.

Referências

Araújo, I.S; Cardoso, J.M. **Comunicação e Saúde**. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2014.

Bonamigo, I.S. **Violências e contemporaneidade**. Florianópolis, p. 204-213, 2008. [Internet]. [Acesso em: 04 jan 2021] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802008000200006>.

_____. (2017, 5 abr.). Lei Nº 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 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União. [Internet]. [Acesso em 20 fev 2020] Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

[Internet] [Acesso 16 mar 2022]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [Internet] [Acesso 16 mar 2022]. Disponível em: https://redehumanizasus.net/wpcontent/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Equipe da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. **Disque Direitos Humanos: Relatório 2019**. Brasília, 2020. [Internet]. [Acesso em: 28 dez 2020]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/ptbr/acessoainformacao/ouvidoria/Relatorio_Disque_100_2019_.pdf.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei federal, 8. 1990. Ceron, M. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP
Coriolano-Marinus M.W.L. et al. **Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura**. Saúde e Sociedade. 2014, v. 23, n. 4 [Internet] [Acesso 07 set 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>

Facuri, C.O et al. **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. 2013. 29, [Internet] [Acesso 7 fev 2022].

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bjKhzzTfcLrWmgpYZpBFWqw/abstract/?lang=pt>

Fadul, A.; Dias, P.R.; Kuhn, F. **Contribuições bibliográficas para a pesquisa sobre o campo da comunicação**. Comunicação & Sociedade, São Bernardo do Campo, n.36, p.111- 140, 2 sem. 2001. [Internet] [Acesso 12 mar 2022]. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/CSO/article/view/4250/3950>

Ferreira, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 2002.

Florentino, B.R.B. **As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes**. Fractal: Revista de Psicologia,

2015. 27(2), 139-144. [Internet] [Acesso 15 mai 2021] Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1984-0292/805>

Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa** (Vol. 4, p. 175). São Paulo: Atlas. 2002.

Grillo, A.M. **Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente**. *Psic., Saúde & Doenças*. 2012; 13(2): 283-297. [Internet] [Acesso 07 set 2021]. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a11.pdf>

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais da American Psychological Association: - DSM V. Porto Alegre: Artmed. APA (2014).

Minayo, M.C.S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica**. 2006, p.1259-1267. [Internet]. [Acesso em: 15 fev 2021] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500015>.

_____. M.C.S., **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

_____. M.C.S. **Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde**. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife*, v. 1, n. 2, Aug. 2001. [Internet] [Acesso 22 jul 2021]. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mQqmmSTBf77s6Jcx8Wntkkg/?lang=pt>

Mosquera, M. **Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias**. *Comunit, La iniciativa de la comunicación*, 2003.

[Internet] [Acesso 03 set 2021]. Disponível em:

<http://www.comunit.com/en/node/150400>

Muller, W. **Comunicação: vínculo e exclusão - disparidades dos discursos do corpo e da fala**. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*. 2010.

[Internet] [Acesso 07 set 2021]. Disponível em:

<https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/article/view/34032/32794>

Nassar, M.R.F. **Comunicação e saúde: interfaces e desafios**. **DOSSIÊ • Comunicação e saúde: interfaces e desafios**. ANO 9 • EDIÇÃO ESPECIAL • NÚMEROS 16/17. *ORGANICOM*, 2012. [Internet] [Acesso 23 ago 2021].

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/139130/134482>

Nogueira, J.W.S; Rodrigues, M.C.S. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente**. *Cogitare*

Enferm. 20(3): 636-640,2015. [Internet] [Acesso 05 set 2021]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40016/26245>

Organização Mundial da Saúde. **CID-11 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 11a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2022.

Plat, V.B; Back, I.C.; Hauschild, D.B.; Goedert, J. **Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(4), 1019-1031,2018. [Internet]. [Acesso em: 07 jan 2021] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hTR8wBZKQNrYLM4HB6p849c/?lang=pt>

Projeto Ludotecas. Disponível em https://institutosabin.org.br/wp-content/uploads/2021/08/cartilha_ludotecas_instituto-sabin_menor.pdf acesso em 11 abril 2022.

Ramos, A.P; Bortagarai, F.M. **A comunicação não verbal na área da saúde**. Revista CEFAC, 14(1), 164-170,2012. [Internet] [Acesso 6 ago 2021]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>.

Reis, D.S.M. **Comunicação em saúde: variáveis que interferem na recepção da mensagem**. BIS. Boletim do Instituto de Saúde ,2010. [Internet] [Acesso 09 set 2021]. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo>.

Rey, G., Luiz, F.; Martínez, M.A; Puentes, V.R. (org.). **Epistemologia qualitativa e teoria da subjetividade: discussões sobre educação e saúde**. Uberlândia: EDUFU, 2019. [Internet] [Acesso 27 dez 2021]. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.14393/EDUFU-978-85-7078-502-2>.

Ribeiro, M.A.; Ferriani, M.G.C.; Reis, J.N. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares**. Cadernos de Saúde Pública, 20(2), 456-464,2014. [Internet]

[Acesso 10 fev 2021] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6CWJDwpmQZYnpvfVwNW4zpd/?format=pdf&lang=pt>

Santos, B.R.; Batista, I.G.; Vasconcelos, G. **Guia de Referência em Escuta Especial de Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual Aspectos Teóricos e Metodológicos**. Ed UCB. Brasília, DF, 2014.

[Internet] [Acesso 28 mar 2021] Disponível em: <https://www.childhood.org.br/publicacao/guia-de-referencia-em-escuta-especial-de-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-violencia-sexual-aspectos-teoricos-e-metodologicos.pdf>

Santos, V.A.; Costa, L.F. **A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva.**

Estudos de Psicologia (Campinas), 28(4), 529-537, 2011. [Internet]. [Acesso em: 25 fev 2021] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400013>.

Secretaria de Estado de Saúde. Goiás, Plano Estadual de Saúde 2016/2019. 2016. -Secretaria de Estado de Saúde. **Rede Intersetorial de Atenção às Pessoas em Situação de Violências. Guia de Orientador Para Gestores.** Goiás, 2019.

Serafim, A.P.; Saffi, F.; Rigonatti, P.; Casoy, I.; Barros, D.M. **Perfil psicológico e comportamental de agressores sexuais de crianças.** Rev. psiquiatr. clín. 101-111. 2009. [Internet] [Acesso 05 abr 2021] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/vHCDkd9cw7cKpnLRLDgflXk/?lang=pt>
Teixeira, J.A.C. **Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. Análise Psicológica**, 22(3), 615-620. 2004. [Internet] [Acesso 05 set 2021].

Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615620.pdf>

Vieira, L.J.E.S.; Silva, R.M.; Cavalcante, L.F.; Deslandes, S.F. **Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(11), 3407-3416, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.20512014>.

Vilela, F.V. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**, Brasília. 2008. [Internet]. [Acesso em: 04 jan 2021] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf

Vygotsky, L. **Pensamento e linguagem.** Martins Fontes, São Paulo, 2008.

Wolton, D. **Informar não é comunicar.** Editora Sulina, Porto Alegre, 2010.

World report on violence and health: summary. Geneva, World Health Organization, 2002. [Internet] [Acesso 07 fev 2021] Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf

Zaluar, A.V. **Violência e crime.** In: Miceli, S. (Org). O que ler na ciência social brasileira (1970-1995). ANPOCS, São Paulo: 1999.