

Uso de disciplina violenta na infância – percepções e práticas na Estratégia Saúde da Família

Use of violent discipline in childhood – perceptions and practices in Family Health Strategy

Uso de la disciplina violenta en la infancia: percepciones y prácticas en la Estrategia de Salud de la Familia

Silvana Martinho Sinhoro¹ , Anna Tereza Miranda Soares de Moura¹ 

¹Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Resumo

Introdução: A reflexão sobre violência familiar contra a criança ganhou destaque internacional nas últimas décadas, acompanhada de políticas para a abolição de atos de disciplina violenta, que ainda permanecem aceitos socialmente e são utilizados por muitos responsáveis. **Objetivo:** Conhecer as percepções e práticas no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) relacionadas à orientação sobre métodos de disciplina em duas unidades no município do Rio de Janeiro. **Métodos:** Foram abordados 38 profissionais que atuam no atendimento cotidiano às crianças. Procedeu-se à análise de conteúdo dos relatos obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, e os dados foram organizados nas categorias: “percepção dos profissionais da ESF sobre disciplina infantil” e “práticas sobre disciplina na infância: existem oportunidades de promoção na ESF?” **Resultados:** Parece ainda não existir abordagem rotineira sobre disciplina infantil em nenhuma das clínicas estudadas, nem são realizadas atividades direcionadas à prevenção de maus-tratos. Os profissionais relacionaram suas experiências pessoais (vivenciadas na própria infância e com seus filhos) com as ações realizadas em sua prática cotidiana. **Conclusões:** Os relatos sugerem que a abordagem do castigo corporal permanece encoberta nas consultas de puericultura, com perdas de oportunidades de apoio aos pais e de promoção de vínculos familiares positivos. Com base em mudanças significativas na percepção sobre o que se considera violência, os profissionais possam ressignificar suas crenças, ampliando suas ações sobre o tema.

Palavras-chave: Estratégia saúde da família. Educação infantil. Punição.

Autor correspondente:

Silvana Martinho Sinhoro
E-mail: nainha13@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá com o protocolo no 3.392.836 e posteriormente pela instituição coparticipante, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o protocolo de no 3.533.203

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 15/12/2020.

Aprovado em: 15/09/2021.

Editor Associado:

Alberto Novaes

Como citar: Sinhoro SM, Moura ATMS. Uso de disciplina violenta na infância — percepções e práticas na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):2835. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2835](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2835).



Abstract

Introduction: The reflection on family violence against children has gained international prominence in last decades, accompanied by policies for abolition of acts of violent discipline, which still remains socially accepted and used by many responsible. **Objectives:** To know the perceptions and practices within the scope of Family Health Strategy (FHS) in relation to guidance on methods of discipline in two units in the municipality of Rio de Janeiro. **Methods:** 38 professionals working in daily care of children were approached. The content analysis of reports obtained through semi-structured interviews was carried out and data were organized in two main categories: professional's perception of child discipline and practices about childhood discipline: are there opportunities for promotion in the FHS? **Results:** There is still no routine approach to child discipline in any of the studied clinics, nor are activities carried out to prevent abuse. Professionals related their personal experiences (lived in their own childhood and with their children) with actions carried out in their daily practice. **Conclusions:** Reports suggest that the approach to corporal punishment remains hidden in childcare care, with loss of opportunities to support parents and to promote positive family bonds. Based on significant changes in violence perception, professionals can reframe their beliefs, expanding their actions on the topic.

Keywords: Family health strategy. Child education. Punishment.

Resumen

Introducción: La reflexión sobre la violencia familiar contra los niños ganó protagonismo derecho internacional en las últimas décadas, acompañadas de políticas de abolición de los actos de disciplina violenta, que siguen siendo socialmente aceptados y utilizado por muchos responsables. **Objetivo:** Conocer las percepciones y prácticas en el alcance de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) relacionada con la orientación sobre métodos de disciplina en dos unidades en el municipio de Río de Janeiro. **Métodos:** Fueran abordados 38 profesionales que actúan en el cuidado diario de los niños. Se procedió al análisis de contenido de los informes obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas y los datos se organizaron en las siguientes categorías: "percepción de Profesionales de la ESF en disciplina infantil" y "prácticas sobre disciplina en la infancia: ¿Hay oportunidades de promoción en el ESF? **Resultados:** No parece existir todavía enfoque de rutina a la disciplina infantil en cualesquiera de las clínicas estudiadas, ni se llevan a cabo actividades encaminadas a prevenir el abuso. Los profesionales relataron sus experiencias personales (experimentadas en su propia infancia y con sus niños) con las acciones realizadas en su práctica diaria. **Conclusiones:** Los informes sugieren que el abordaje del castigo corporal permanece oculto en las consultas e puericultura, con pérdida de oportunidades para apoyar a los padres y promover lazos familiares positivos. Basado en cambios significativos en la percepción sobre lo que se considera violencia, los profesionales pueden resignificar sus creencias, ampliando sus acciones sobre el tema.

Palabras-clave: Estrategia de salud familiar. Educación del niño. Castigo.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo, polissêmico, que ainda permanece como um desafio no âmbito da saúde.¹ As crianças estão sujeitas especialmente à violência intrafamiliar que ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais, com resolução de conflitos interpessoais de maneira agressiva. As consequências desses atos variam de acordo com sua magnitude, frequência, e principalmente com o estágio de desenvolvimento emocional, cognitivo e físico da criança, impactando a construção de seus afetos, de sua autoestima e de seus vínculos futuros.²⁻⁴ Nas últimas décadas, o combate à violência contra crianças tornou-se prioridade para organizações nacionais e internacionais, com a proibição de tratamento degradante e de castigos corporais em vários países, incluindo o Brasil.^{5,6} Entretanto, essas recomendações não são suficientes para promover mudanças de comportamento de pais e cuidadores, que permanecem acreditando na punição corporal como estratégia de disciplina eficaz.⁷ A escolha pelo uso da disciplina violenta não necessariamente é realizada com o objetivo de perpetrar agressão física, mas pelo desconhecimento de métodos alternativos de educação, e a frustração diante do mau comportamento pode levar a escaladas crescentes na gravidade dos atos praticados.⁸⁻¹⁰

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), três quartos das crianças de dois a quatro anos no mundo (300 milhões) sofrem agressão psicológica e/ou punição física, vítimas preferenciais de seus cuidadores.⁴ No Brasil, os métodos educativos violentos também são amplamente

utilizados, e é difícil estimar sua magnitude com precisão, dados o caráter ainda oculto da violência familiar na sociedade e as dificuldades para registro de sua ocorrência.^{11,12} Atualmente, em meio à pandemia do novo coronavírus, as tensões acumuladas em meio aos temores sobre a doença, à intensa convivência familiar resultante do isolamento social, à sobrecarga de tarefas domésticas com o *home office* e à falta de emprego e renda já se mostram agravantes de conflitos e violências em muitos lares.^{13,14} Estudos têm chamado a atenção para o aumento de casos de violência contra mulheres, crianças e adolescentes, e campanhas de alerta e proteção têm sido intensificadas.^{14,15} Dados oficiais do Ministério Público Estadual apontam que, no primeiro fim de semana após a publicação de decretos estaduais com normas de distanciamento social, o Rio de Janeiro registrou aumento de 50% nos casos de violência doméstica.¹⁵

Existem recomendações e programas educacionais para orientar pais e cuidadores sobre métodos de disciplina saudáveis desde o final da década de 1980.^{16,17} Apesar disso, a abordagem da violência contra a criança ainda não é rotina no âmbito dos serviços de saúde por ser considerada como uma temática estigmatizada, evitada por muitos profissionais em sua prática.^{12,18,19} Com base na reorientação da Atenção Básica (AB) no Brasil, a instrumentação dos pais para os cuidados a seus filhos está no escopo de atuação dos profissionais da ESF, e o objetivo seria colaborar para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, além de apoiar a garantia de seus direitos.²⁰ O atendimento integral da criança pressupõe a responsabilização e a formação de vínculo do profissional com a família assistida, que vai muito além dos aspectos biomédicos relativos à dieta adequada ou à vacinação em dia, incluindo a necessidade de abarcar temas relacionados à dinâmica familiar, entre eles aspectos disciplinares e relacionais.²¹

Considerando-se a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, os elevados índices de violência na cidade e os desafios que esse nível de atenção ainda enfrenta no âmbito da qualificação e da fixação de profissionais nas equipes, parece oportuna a abordagem do tema nesse cenário. O presente estudo teve por objetivo conhecer a abordagem da equipe de saúde da família em relação aos métodos de disciplina infantil utilizados no âmbito familiar em duas clínicas da família no município do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

O estudo teve abordagem qualitativa e contou com a aplicação de entrevistas com roteiro semiestruturado, tendo como referência os profissionais de saúde atuantes em duas clínicas da família da área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro. A escolha do cenário levou em consideração a grande concentração demográfica, a existência de áreas de vulnerabilidade social e, principalmente, a ampla oferta de serviços de saúde, com unidades de emergência e universitárias que poderiam facilitar a abordagem e a sensibilização para atendimentos de casos de violência contra crianças.²²

As clínicas da família foram sorteadas entre aquelas que possuíam mais de cinco anos de funcionamento, com número igual ou superior a cinco equipes e com Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Todas as categorias profissionais envolvidas com o atendimento cotidiano de crianças foram convidadas para participar da pesquisa (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde [ACS] e técnicos de enfermagem). Foram excluídos os profissionais que possuíam menos de um ano de atuação nas unidades.

As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado com 13 questões e dividido em três partes: a primeira procurou traçar o perfil do entrevistado conforme sua formação acadêmica e atuação profissional, e as demais versaram sobre as percepções e práticas pessoais e profissionais com relação

ao tema. Duas categorias analíticas foram definidas previamente, a saber, “percepção dos profissionais da ESF sobre disciplina infantil” e “práticas relativas à disciplina na infância: existem oportunidades de promoção na ESF?”

No período compreendido entre setembro e outubro de 2019, foram realizadas 38 entrevistas, assim distribuídas: 15 entrevistas com ACS; sete com médicos; sete com técnicos de enfermagem; e nove com enfermeiros. O número final de participantes foi determinado pelo critério de saturação. Os encontros foram individuais e ocorreram durante a jornada de trabalho em sala reservada, após o aceite dos sujeitos elegíveis. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora principal. Cada entrevista durou cerca de 15 min, incluindo o tempo necessário para apresentação e assinatura do TCLE.

Foi realizada análise de conteúdo segundo as etapas previstas de organização, codificação, categorização, tratamento e interpretação dos resultados, paralelamente à coleta de dados.^{23,24} Inicialmente foi realizada a sistematização das ideias iniciais, considerando-se as categorias pré-analíticas relacionadas aos objetivos da pesquisa. A leitura flutuante do material oportunizou a identificação da realidade pesquisada, com posterior agrupamento dos dados por meio de sua organização nas respectivas categorias. Nessa fase, os profissionais entrevistados foram codificados, mantendo-se, assim, seu anonimato. Após a realização de nova leitura, foi possível identificar palavras e trechos que serviram como codificadores de temas relacionados às categorias pré-analíticas. O critério de categorização foi semântico, e não foi observado o surgimento de novas categorias ou subcategorias.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estácio de Sá, com o Protocolo nº 3392836, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o Protocolo de nº 3533203.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As unidades selecionadas contavam com o total de 107 profissionais elegíveis, entre os quais 12 enfermeiros, 23 médicos, 62 ACS e 10 técnicos de enfermagem. Não foi possível captar a experiência de nove profissionais que estavam de férias (7) ou licença (2) e duas perdas ocorreram porque os participantes tiveram que interromper a entrevista para atendimentos de urgência. Durante a coleta, houve oito recusas cujos motivos envolveram constrangimento diante da gravação e dificuldade de interromper seus afazeres para a entrevista. Em razão da situação de incertezas quanto aos vínculos com as unidades e aos atrasos no pagamento de salários, a frequência dos profissionais estava reduzida no período das entrevistas e alguns não puderam ser encontrados (16).

Após a leitura flutuante das transcrições, percebeu-se que os discursos obtidos nas duas unidades estudadas eram muito semelhantes, e a análise foi realizada de maneira agrupada. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (33) e possuía filhos (28), e a média de idade foi de 32 anos, variando de 21 a 55. A maioria dos médicos (4) era composta de recém-formados sem especialização e residentes. Todos os enfermeiros entrevistados possuíam diploma ou estavam em curso de pós-graduação ou residência em Saúde da Família. Nenhum dos ACS ou técnicos de enfermagem possuía experiência ou treinamento prévio nesse campo, além do Curso Introdutório que é cumprido por ocasião da admissão.

Os dados foram categorizados em dois eixos, a saber, “percepção dos profissionais da ESF sobre disciplina infantil” e “práticas sobre disciplina na infância: existem oportunidades de promoção na ESF?”, em sintonia com os objetivos da pesquisa. Para evitar a identificação dos respondentes, foram utilizadas abreviações que contemplavam suas respectivas categorias profissionais.

Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre disciplina infantil

Embora todos os entrevistados tivessem relatado história pessoal prévia de disciplina violenta, a maioria achava natural as crianças apanharem em determinadas situações. Foi observada certa banalização e invisibilidade da violência quando esta tinha fins educacionais. Alguns profissionais informaram que tentavam mudar os padrões vivenciados na infância, entretanto admitiam que acabavam em alguns momentos utilizando violência física ou emocional e não enxergando alternativas a suas práticas violentas.

Muito se fala na base da conversa, né, mas eu acho que às vezes um tapinha assim não é uma agressão, não, às vezes a criança apronta muito, daí dar um petelecozinho pra chamar a atenção, mas sempre conversando, explicando o que ela fez de errado e tal, pra ver se ela entende. - ENF 1 A.

[...] na realidade é uma quebra de paradigma, eu estou tentando, é um exercício diário meu e do meu marido de não repetir esses processos. Eu já bati, mas com muita dor no coração, nada perto do que meu pai fez comigo ou minha irmã, sem sombra de dúvidas. Eu bati com a mão e no máximo uma chinelada. - ENF 1 B.

[...] os meus eu procurei dar mais carinho do que eu tive corrigindo as coisas erradas, eu botava de castigo, se fazia algo errado eu tirava um brinquedo, uma televisão, às vezes era necessário bater, chinelinho, mão, varinha de goiaba às vezes (risos). Quando eles abusam demais eu grito, com a pequenininha, ela é levadíssima, e eu já não tenho tanta paciência, vou mentir não, às vezes eu grito, dou uns tapinhas no bumbum. - ACS 5 A.

Existe um forte “senso comum” sobre a educação infantil por meio da violência na infância, com uso de força física e castigos degradantes, principalmente quando as crianças são “mais indisciplinadas” e “não respondem” às demandas de seus pais ou cuidadores.²⁵ Parece que o aprendizado pela força poderia moldar melhor o caráter da criança, preparando-a para os desafios que a vida certamente trará. São representações sociais que interferem fortemente nos comportamentos familiares, servindo como referências transmitidas entre as gerações.²⁶ A cultura das punições corporais é tão fortemente representada socialmente que mesmo as famílias que não acreditam em sua eficácia tendem a utilizá-las em algum momento, e a educação positiva, apontada como alternativa à disciplina violenta, permanece pouco reconhecida e por vezes desacreditada.²⁷⁻²⁹

Atualmente existe ampla reflexão sobre o tema e até mesmo certo enfraquecimento da permissão dessas práticas violentas, com amplo aparato normativo. Ações voltadas para a abolição de todos os tipos de violência contra a criança estão até mesmo dispostos nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), além de terem forte presença na mídia.^{30,31} Entretanto, parece que os avanços trazidos pelo debate atual, bem como por estudos e políticas, não são suficientes para transformar as ideias e sentimentos dos profissionais, que acompanham de certa maneira a cultura vigente e a representação social do uso de castigo corporal. Suas práticas permanecem determinadas fortemente pelas próprias experiências, vivenciadas na infância e como pais.^{7,30} Na perspectiva do modelo ecológico explicativo para a ocorrência da violência, a vivência prévia de violência na família de origem é um importante fator de vulnerabilidade, e as experiências e padrões de maternidade/paternidade são mantidos entre

as gerações. Mesmo diante de novos ideais de relacionamento afetivo, de respeito à diversidade e reconhecimento do papel social da infância, permanece a utilização de recursos autoritários para a resolução de conflitos.^{25,32}

Considerando-se os relatos quanto à aceitação do castigo corporal e a minimização de seus efeitos no desenvolvimento da criança, seria difícil imaginar que a perspectiva das equipes sobre o tema fosse diferente.³⁰ Parece oportuno refletir sobre os motivos dessa aparente manutenção de opiniões, que pode estar relacionada às lacunas no conhecimento sobre as múltiplas consequências da violência na saúde da criança e sobre as possibilidades de atuação do profissional na promoção de bons tratamentos.³³ Vale ressaltar que os espaços relacionados aos cuidados em saúde se apresentam como locais propícios e oportunos para a detecção e a abordagem de situações de violência contra a criança.¹⁸ A abolição da prática de castigos corporais precisaria passar por um processo dialógico e educativo de reflexão social, com participação ativa dos profissionais de saúde e outras categorias que atuam em proximidade maior com crianças e seus cuidadores.^{12,27}

Práticas sobre disciplina na infância: existem oportunidades de promoção na Estratégia Saúde da Família?

A análise dos relatos mostrou claramente a ausência de atividades direcionadas especificamente para a abordagem do castigo corporal. Os entrevistados referiam como cotidianas a realização da puericultura clássica (avaliação do crescimento, desenvolvimento, vacinação) e a atuação diante dos agravos comuns da infância, não mencionando orientação para questões relacionais ou comportamentais. Os fatores apontados como limitadores dessa prática envolviam tanto aspectos relacionados à capacitação profissional quanto o pouco tempo disponível das equipes.

A identificação, a intervenção e o acompanhamento dos casos de maus-tratos ainda geram dúvidas. A falta de habilidades e competências por parte dos profissionais de saúde para lidar com as situações, o envolvimento das famílias, a ausência de padronização conceitual dos diversos tipos de maus-tratos e o precário apoio institucional interferem no enfrentamento da violência infantil e configuram desafios a serem ultrapassados.^{12,34}

[...] eu faço puericultura e a gente até fala de educação de uma forma geral, mas não especificamente de comportamento, disciplina, é mais assim orientar amamentação, a introdução alimentar, olhar as vacinas, essas coisas. – MED 2 A.

[...] eu acho que se fosse uma coisa que tivesse algum tipo de orientação, né, de como agir, eu sinto falta de orientação, um treinamento em comum com toda a equipe me ajudaria a falar desse assunto. - MED 3 JT.

[...] eu acho que falta tempo pra gente abordar isso melhor, é muita coisa pra fazer, a vida aqui na saúde da família é tão corrida que a gente às vezes quer alguma coisa e não consegue, quando tá tranquilo eu tento orientar algo diferente, mas é raro. - MED 3A

A ausência de formação e reflexão sistematizada sobre o tema parece inibir a abordagem da violência, especialmente do castigo corporal, no âmbito dos serviços de saúde.³⁴ Fica claro que toda

a vasta literatura, bem como a evolução observada nos redirecionamentos de políticas públicas, ainda não foi suficiente para mudar o que se vivencia na ponta. É natural a escolha pelo que se conhece e traz mais segurança, o que torna o assunto ainda mais distante do cotidiano dos profissionais.^{30,35} Apesar dos esforços para a mudança desse cenário, o acompanhamento da criança no contexto da APS ainda apresenta características do modelo de atendimento biomédico tradicional, centrado em práticas curativas em detrimento de atividades preventivas.^{36,37}

Foi possível observar que existe dificuldade mesmo quando o castigo corporal ocorre diante da equipe, seja dentro da unidade, seja nas visitas domiciliares, e a abordagem dos casos acaba sendo determinada também pelo lugar ocupado pela família na comunidade. Ao se considerar o modelo ecológico explicativo para a ocorrência da violência, aspectos relacionados às dimensões comunitárias e sociais aparecem como influenciadores das práticas profissionais.² Relatos sobre o medo de envolvimento com situações de violência nos territórios apontam para a necessidade de ações intersetoriais de apoio à ESF.³⁸ Mesmo quando as situações de violência contra crianças eram presenciadas, nos casos considerados leves ou quando não existia vínculo com o usuário, a orientação da disciplina não ocorria ou era realizada de forma pontual e reativa.

[...] se eu conheço a família eu até falo alguma coisa se vir batendo e tal, mas quando eu não conheço eu não costumo me meter, não, a não ser que eu veja a mãe “espancando” a criança, mas isso também eu nunca vi aqui, não. – ENF5 B.

[...] aqui tem dificuldade por ser comunidade, o tráfico dificulta também às vezes a gente a falar, levar algum caso que a gente tem medo de ter algum tipo de repressão. Porque tem algumas pessoas que a família, o marido é envolvido, eu não vou levar um caso desses pra uma instância de conselho tutelar porque eu tenho medo, né, de me expor, aí acaba que a gente fica sem muitas saídas. – ACS 2 B.

Os profissionais parecem identificar algumas possibilidades de ações de promoção, destacando a integralidade do cuidado e exemplificando a escola como espaço singular de socialização e cultivo de boas práticas relacionais.³⁹ A maioria dos entrevistados percebia a importância de instrumentalizar os pais sobre aspectos do cuidado infantil e aventava algumas iniciativas ligadas principalmente à educação em saúde. Observou-se que as ideias apontadas ainda estavam muito distantes do dia a dia e desconectadas do conceito maior de promoção em saúde, incluindo seus determinantes sociais, envolvendo autonomia, participação popular e outros setores para além da educação.⁴⁰ Embora o conceito amplo de saúde já esteja claro para toda a equipe, ainda é comum a atitude de “tutela” em relação aos usuários, com atitudes prescritivas distantes de questões mais profundas e complexas da promoção de saúde, que contemplam saberes e contexto social.^{32,41}

Dessa forma, embora a ESF seja o local onde a criança é acompanhada frequentemente, constituindo uma janela de oportunidade para a orientação adequada das famílias, pouco se avançou na construção de práticas de prevenção, reforço e apoio no desenvolvimento de formas de disciplina não violenta, sendo essa uma lacuna ainda encontrada nos serviços em geral.^{12,42} Os relatos mostram que o acompanhamento pré-natal e a própria puericultura não tangenciam ações capazes de estreitar relações entre pais e filhos, promover bons tratos, fortalecer o vínculo entre mãe e criança e transformar atitudes capazes de construir uma vida familiar mais saudável.⁴³⁻⁴⁵

A literatura destaca o potencial da longitudinalidade na assistência como possibilidade para se conhecer o usuário, seu contexto social, hábitos de vida e problemas de saúde, permitindo intervenções adequadas e resolutiveiras.^{46,47} O atendimento integral da criança requer do profissional um olhar diferenciado, e a capacitação e a Educação Permanente em Saúde (EPS) são destacadas como essenciais para a prevenção, a identificação e o enfrentamento da violência.⁴⁸ A EPS tem o processo de trabalho como objeto de transformação, partindo da reflexão crítica dos profissionais sobre o que está acontecendo no cotidiano dos serviços e buscando soluções em conjunto com a clientela para os problemas encontrados.⁴⁹ Entretanto, muitas dessas iniciativas partem de uma concepção de educação instrumental, com ênfase em ações pontuais, fragmentadas e descontextualizadas do cotidiano dos serviços, que precisam ser repensadas para melhor reflexão dos profissionais sobre suas práticas.⁵⁰

[...] esse é um tema que tem possibilidade de criar alguns grupos aqui na clínica e também na escola a partir do [Programa Saúde na Escola] PSE, a gente pode nesses espaços dar visibilidade a esse tema, então usar os espaços que já tem na comunidade e falar desse e de outros temas que precisam de visibilidade, no grupo de idosos, de dança, tem muitos pais e mães ali, podemos usar isso pra discutir esse tema. – ENF 3 AV.

[...] eu acho que esses encontros que a gente tem, talvez falar antes de acontecer, nas reuniões com as famílias de prevenção, a gente teve aqui o Agosto Dourado, onde foram abordados vários temas, desmame, desfralde, podia falar de disciplina também, do mesmo jeito que a gente aborda alimentação, desmame, desfralde abordar essa questão também, sair um pouco do consultório. – ENF 6 JT

[...] acho que uma possibilidade são as ações educativas, assim, juntar várias mães, até mesmo gestantes, e aí fazer um grupo, iniciar essa discussão... Como você pensa em criar seu filho? De que forma você agiria nessa situação? O que você entende como castigo? Promover essa reflexão nelas. – MED 4 JT

CONCLUSÃO

Os resultados parecem apontar que, a despeito do reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e da implantação de sistema legal de proteção contra todas as formas de violência, ainda não existem ações efetivas no âmbito da ESF visando à eliminação do castigo físico e outras formas de violência. A disciplina violenta, embora condenada racionalmente, permanece aceita socialmente e os próprios profissionais têm dificuldade em mudar sua prática intrafamiliar fortemente ancoradas por representações sociais. Por esse motivo, parece de especial importância a criação de oportunidades sistematizadas para a reflexão das equipes sobre as graves consequências da disciplina violenta, quebrando ciclos transgeracionais que reforçam a educação coercitiva como um caminho para a disciplina. Os profissionais precisam ser estimulados a procurar informações sobre o tema, percebendo que esse castigo corporal é considerado como violência contra criança e traz consequências graves para seu pleno desenvolvimento. Ao enxergarem seu papel como promotores de bons tratos, sempre em parceria com a comunidade atendida, pode ser possível a criação de iniciativas locais potentes para o reforço de relacionamentos afetivos saudáveis, com respeito às diferenças e combate à prática de todos os tipos de violência.

Vale destacar que, diante da complexidade do tema, a ESF (e outras unidades de saúde) tem ação limitada e dependente de outros setores da sociedade.³⁹ Intervenções focadas unicamente na mudança de atitudes sobre disciplina violenta parecem ineficazes.²⁸ A prevenção e o manejo adequados dos casos de violência infantil devem compreender os vários contextos e circunstâncias familiares em que ocorrem e necessitam de ações conjuntas e integradas, que envolvam os profissionais de diferentes áreas com atuação próxima às crianças, à sociedade, aos Conselhos Tutelares e outras instituições de proteção. Para tanto, faz-se necessário que cada ator social reconheça sua responsabilidade nesse processo e tenha condições adequadas para atuar.^{28,34}

Especialmente neste momento de pandemia, em que a vulnerabilidade de crianças e adolescentes está aumentada e o acesso à rede social de apoio diminuído, é essencial que os profissionais de saúde estejam ainda mais conscientes de seu papel como promotores de práticas positivas de educação. Atividades como visitas domiciliares permitem a aproximação dos profissionais à realidade dos usuários e são oportunidades tanto para a detecção de situações de risco quanto para a oferta de orientação aos cuidadores.⁵¹ É importante que o isolamento social seja modificado com base na colaboração dos profissionais da ESF e na integração com outros setores, auxiliando a aproximação entre familiares, reforçando redes de apoio e alternativas educativas na comunidade onde atuam.

O estudo realizado apresenta limitações quanto à população e tamanho reduzido da amostra ao considerar uma área específica (seção 3.1), o que permite interpretar os resultados encontrados com menor capacidade de generalização. Todavia, é possível que as percepções e a ausência de práticas direcionadas ao castigo corporal aqui relatadas também ocorram em serviços semelhantes, localizados em grandes centros urbanos e com organização análoga à da ESF. Não cabe aqui culpabilizar, mais uma vez, os profissionais de saúde sobre sua responsabilidade social nesse tema, mas evidenciar que permanecem lacunas no âmbito dos serviços. Ao trazer visibilidade às consequências do castigo corporal e às possibilidades de utilização da disciplina não violenta, espera-se que a reflexão proposta traga desdobramentos nas práticas das equipes, como o desenvolvimento de linhas de cuidado ampliadas para crianças e suas famílias. É provável que, com mudanças significativas na percepção sobre o que se considera violência nas relações familiares, os profissionais possam ressignificar suas crenças e ampliar suas ações na comunidade.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais que dispuseram seu tempo para participar deste trabalho.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

SMS: Administração do projeto, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Software. ATMSM: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
2. Krug EG, Dalbergh LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. [acessado em 4 set. 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
3. Global Report 2017. Ending violence in childhood. Know violence in childhood: a global learning initiative. New Delhi, India; 2017. [acessado em 24 set. 2019]. Disponível em: https://resourcecentre.savethechildren.net/node/12380/pdf/global_report_2017_ending_violence_in_childhood.pdf
4. UNICEF. A Familiar Face: violence in the lives of children and adolescents. New York: UNICEF; 2017. [acessado em 24 set. 2019]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>
5. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet* 2018;23(6):2007-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>
6. Maternowska C, Shackel RL, Carlson C, Levto RG. The global politics of the age-gender divide in violence against women and children. *Glob Public Health* 2020;16(3):354-65. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1805783>
7. Lansford JE, Cappa C, Putnick DL, Bornstein MH, Deater-Deckard K, Bradley RH. Change over time in parents' beliefs about and reported use of corporal punishment in eight countries with and without legal bans. *Child Abuse Negl* 2017;71:44-55. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.016>
8. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull* 2002;128(4):539-79. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.539>
9. Gershoff ET, Grogan-Kaylor A. Spanking and child outcomes: old controversies and new meta-analyses. *J Fam Psychol* 2016;30(4):453-69. <https://doi.org/10.1037/fam0000191>
10. Font SA, Cage J. Dimensions of physical punishment and their associations with children's cognitive performance and school adjustment. *Child Abuse Negl* 2018;75:29-40. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.008>
11. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet* 2011;6736(11):75-89.
12. Saliba Garbin CA, Wakayama B, Arcieri RM, Paula AM, Garbin AJI. La violencia intrafamiliar y los procesos notificacionarios bajo la óptica del profesional de salud pública. *Rev Cubana Salud Pública* 2017;43(2):204-13.
13. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertel-Prigione S, et al. Pandemics and violence against women and children. Working paper 528. Washington: Center for Global Development; 2020. [acessado em 10 set. 2020]. Disponível em: <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-vawg-april2.pdf>
14. Women's Aid Until Women & Children are Safe. A perfect storm: the impact of the covid-19 pandemic on domestic abuse survivors and the services supporting them. [Internet] 2020. [acessado em 10 set. 2020]. Disponível em: <https://www.womensaid.org.uk/a-perfect-storm-the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-domestic-abuse-survivors-and-the-services-supporting-them/>
15. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela covid-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad Saúde Pública* 2020;36(4):e00074420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420>
16. Rosemberg F, Mariano CLS. A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. *Cad Pesqui* 2010;40(141):693-728. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742010000300003>
17. World Health Organization. Global status report on violence prevention. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
18. Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(12):2926-36. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200022>
19. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(6):1869-78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
20. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm* 2009;62(1):113-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017>
21. Silva GS, Fernandes DRF, Alves CRL. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25(8):3185-200. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.27512018>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. [acessado em 20 jan. 2019]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>
23. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 1977.
24. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm* 2006;15(4): 679-84. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
25. Araújo GB, Sperb TM. Crianças e a construção de limites: narrativas de mães e professoras. *Psicol Estud* 2009;14(1):185-94. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100022>
26. Wachelke JFR, Camargo BV. Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia*. 2007;41(2):379-90.

27. Ribeiro JM. O uso do castigo físico em crianças e adolescentes como prática educativa: algumas perspectivas da Sociologia, Filosofia e Psicologia. *Pesqui Prát Psicossociais* 2014;9(2):213-21.
28. Beatriz E, Salhi C. Child discipline in low- and middle-income countries: socioeconomic disparities at the household-and country-level. *Child Abuse Negl* 2019;94:104023. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104023>
29. Ribeiro JML. Uso da palmada como ferramenta pedagógica no contexto familiar: mania de bater ou desconhecimento de outra estratégia de educação? *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 2012;7(1):52-8.
30. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(3):621-6. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
31. United Nations. General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
32. Rodrigues LS, Chalhub AA. Contextos familiares violentos: da vivência de filho à experiência de pai. *Pensando Fam* 2014;18(2):77-92.
33. Sinhorinho SM, Moura ATS. Disciplina violenta: uma revisão sobre suas causas, consequências e alternativas para prática pediátrica. *Rev Ped SOPERJ* 2020;20(1):10-7. <https://doi.org/10.31365/ISSN.2595-1769.V2011P10-17>
34. Santos LF, Costa MM, Javae ACRS, Mutti CF, Pacheco LR. Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. *Saúde Debate* 2019;43(120):137-49. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912010>
35. Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm* 2017;70(3):537-44. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>
36. Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007;15(6):1-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000600018>
37. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2016;21(9):2961-73. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>
38. Oliveira SF, Machado FCA. Percepção dos profissionais da estratégia saúde da família sobre processos educativos em saúde. *Rev Ciênc Plur* 2020;6(1):56-70.
39. Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc Saúde Colet* 2020;25(12):4723-35. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
40. Sasaki AK, Ribeiro MPDS. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013;8(28):155-63. [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)664](https://doi.org/10.5712/rbmf8(28)664)
41. Benício LFR, Barros JPP. Estratégia saúde da Família e violência urbana; abordagens e práticas sociais em questão. *Sanare*. 2017;16(supl 1):102-12.
42. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K, et al. Barreiras, para notificação pelo pediatra, de maus tratos infantis. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005;5(1):103-8. <http://doi.org/10.1590/S1519-38292005000100013>
43. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):163-77. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>
44. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O programa de saúde da família e a puericultura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11(3):739-43. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300021>
45. Melo EM, Silva JM, Belisário SA, Jorge AO, Pinheiro TMM, Cunha CF, et al. Promoção de saúde, práxis de autonomia e prevenção da violência. *Saúde Debate* 2018;42(spe4):5-12. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S400>
46. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. [acessado em 18 jan. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
47. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Thumé E. A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1127-35. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>
48. Santos JS, Yakuwa MS. A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. *Rev Soc Bras Enferm Ped* 2015;15(1):38-43. <http://doi.org/10.31508/1676-3793201500006>
49. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Camargo-Borges C, Kawata LS, Mishima SM. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013;21(4):1-8.
50. Ferreira CLS, Côrtes MCJW, Gontijo ED. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019;24(11):3997-4008. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04352018>
51. Cunha MS, Castilho Sá M. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface (Botucatu)* 2013;17(44):61-73. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>