

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ

RAQUEL DO CARMO MOCELIM

ATENDIMENTO HUMANIZADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

PONTA GROSSA

2023

RAQUEL DO CARMO MOCELIM

ATENDIMENTO HUMANIZADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Humanized care for children victims of sexual abuse

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciência e Tecnologia, do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR).
Orientadora: Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira.

PONTA GROSSA

2023



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licença permite remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es) e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.



RAQUEL DO CARMO MOCELIM

ATENDIMENTO HUMANIZADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Trabalho de pesquisa de mestrado apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre Em Ensino De Ciência E Tecnologia da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Área de concentração: Ciência, Tecnologia E Ensino.

Data de aprovação: 26 de Junho de 2023

Dra. Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Eloiza Aparecida Silva Avila De Matos, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dr. Renato Van Wilpe Bach, Doutorado - Universidade Estadual de Ponta Grossa (Uepg)

Documento gerado pelo Sistema Acadêmico da UTFPR a partir dos dados da Ata de Defesa em 24/07/2023.

Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui, e nada disso eu conseguiria sozinha. Dedico esta vitória a todos aqueles que colaboraram de alguma forma para que este sonho pudesse ser concretizado. Sou eternamente grata a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, sem Ele nada sou, e por que d'Ele, por Ele, e para Ele, são todas as coisas. Por isso dedico toda honra e glória ao meu Senhor e Salvador.

AGRADECIMENTOS

As primeiras palavras de agradecimento vão para Deus, pois sem ele eu não teria chegado até aqui.

Agradeço imensamente a Professora Doutora Rosemari Monteiro Foggiato Silveira, que desde o início acompanhou e orientou este trabalho. Pela sua disponibilidade, incentivo e pelas enriquecedoras trocas de ideias com que me presenteou ao longo deste percurso, mostrando-se capaz de apoiar e criticar, sempre de forma eficiente e rápida, sem representar, em momento algum, motivo a mais de estresse de forma, acolhendo minhas ansiedades, dúvidas e inseguranças, apoiando-me nas horas difíceis.

À Professora Doutora. Eloisa Aparecida Silva Avila, pelo seu carisma, frontalidade, simpatia, compreensão, apoio e pela oportunidade que concede aos mais variados profissionais, das mais variadas ciências e artes, de participar nos seus programas formativos.

Ao Professor Doutor Renato Van Wilpe Bach, que se disponibilizou tirando minhas dúvidas e compartilhando textos e informações preciosos e prontamente aceitou o desafio de participar da minha banca.

Meu filho Eduardo Polli que sempre foi fonte inspiradora de força, afeto e determinação. É para onde olho quando preciso reabastecer as minhas forças. Mesmo sem entender porque “escreve” tanto, apoiou em todos os momentos essa construção. Você filho é a força das minhas motivações. Amo você!

Meus Pais e irmãos por serem suporte, por me guiarem, e se preocuparem comigo se estou andando nos caminhos corretos e justos.

Meu namorado Fabiano Carneiro que representa minha segurança em todos os aspectos, meu companheiro, que é o meu abraço espontâneo e tão necessário, especialmente neste período de conclusão. Obrigada por me fazer tão amada nos momentos mais difíceis da minha vida.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho Regina Rodrigues, Marivalda Soczek da Silva Zeny, Simone Patrícia Barros, Priscila Degraf, Everson Milleo e Adalberto Teixeira, que sempre compreenderam a minha ausência durante este período tão importante para minha caminhada profissional.

À gestão atual da FMS, em especial a Presidente Juliane Dorosxi, pelo incentivo, apoio, ajuda e carinho prestados ao longo deste período.

Ao NEP, em especial o coordenador Diego Osmar Rodrigues e também o ex-coordenador Carlos Coradassi.

À Cescage e em especial a coordenadora do Curso de Enfermagem Elaine Portes e aos demais docentes.

A toda a equipe do antigo Hospital da Criança e da atual equipe do HUMAI, gratidão pela disponibilidade e empenho com que me acompanhou e tornou possível a realização e entrega desta dissertação devido participação na recolha de dados, pela disponibilidade em participar de forma gratuita e empenhada neste trabalho.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da UTFPR, pela disponibilidade em ajudar, tirar dúvidas e de compartilhar textos e informações ao longo deste período.

Por fim, a todos que de forma direta ou indireta tornaram este trabalho possível pelas palavras de incentivo, pelo apoio e ajuda prestados neste período, particularmente na fase final deste projeto.

Muito obrigada!

RESUMO

O assédio e o abuso sexual infantil são assuntos de complicada discussão que, no entanto, constituem problemas sérios e recorrentes no mundo todo. Essas situações incluem quaisquer tipos de contato de natureza sexual direcionados à criança. Os profissionais da área da saúde frequentemente são os primeiros a terem contato com essas crianças em condições de interferir na condição de abuso. É necessário, portanto, que eles tenham ciência de como proceder nesse tipo de situação para uma intervenção eficaz. Dessa maneira, o objetivo dessa dissertação é verificar como melhorar o acolhimento/atendimento às vítimas de abuso sexual infantil (ASI). A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Materno-Infantil (HUMAI), em Ponta Grossa (Paraná), com 6 profissionais (farmacêutico, médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional) pertencentes ao quadro da equipe multidisciplinar, durante 12 horas no ano de 2022. Trata-se de uma pesquisa aplicada de abordagem qualitativa, na forma de estudo de caso. A coleta dos dados se deu por meio de seminários/reuniões de estudo, observação, anotações em diário de campo e questionário no Google Forms. Os resultados demonstram ter sido muito importantes, as reuniões de estudo com os profissionais participantes da pesquisa em que se buscou levantar as dificuldades, trazer fundamentos teóricos tanto na questão específica quanto da legislação que regulamenta o atendimento à vítima de ASI. Isso possibilitou que juntos, profissionais de diferentes especialidades discutissem as dificuldades e falhas para esse tipo de atendimento. No decorrer das reuniões de estudo foi possível perceber que o protocolo existente era muito simplificado, dando margem para diferentes tipos de ações e interpretações, sem que houvesse uma padronização e articulação entre as diferentes especialidades envolvidas no processo de acolhimento à criança vítima de ASI. Assim, no decorrer das reuniões com a equipe multidisciplinar foi evidenciado a necessidade de melhorar o protocolo existente em 2018. No desenvolvimento do novo protocolo em conjunto com a equipe multidisciplinar procurou-se detalhar e estabelecer normas e fornecer orientações referente ao procedimento a ser adotado por cada profissional da equipe multidisciplinar, contemplando também orientações para o atendimento não só de vítimas de violência sexual, mas de qualquer forma de violência, demonstrando mais uma vez a ação benéfica da elaboração de protocolos na minimização de traumas e revitimização das crianças no atendimento, que é o principal intuito a ser alcançado no que se refere à humanização do atendimento daqueles que sofreram violência sexual. O protocolo produto desta pesquisa foi utilizado como estudo piloto no ano de 2022 pelo HUMAI. Em 2023 com a nova administração que agregou novos serviços como a maternidade, unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, o protocolo desenvolvido nesta pesquisa serviu de parâmetro para que o protocolo que está sendo implementado efetivamente no HUMAI visando a um ASI mais humanizado.

Palavras-chave: criança; abuso sexual infantil; protocolo de atendimento; equipe multidisciplinar de saúde.

ABSTRACT

Harassment and child sexual abuse are matters of complicated discussion that, however, constitute serious and recurrent problems worldwide. These situations include any types of contact of a sexual nature directed at the child. Health professionals are often the first to have contact with these children in a position to interfere with the condition of abuse. It is therefore necessary that they are aware of how to proceed in this type of situation for effective intervention. In this way, the objective of this dissertation is to verify how to improve the reception/assistance to victims of child sexual abuse (ASI). The research was carried out at the University Hospital - Maternity and Youth (HUMAI-UEPG) in Ponta Grossa-Paraná with 6 professionals (pharmacist, doctor, nurse, social worker, psychologist and occupational therapist) belonging to the multidisciplinary team, for 12 hours in the year 2022. These professionals were responsible for welcoming and caring for child victims taken to the emergency department of this hospital. This is an applied research with a qualitative approach, in the form of a case study. Data collection took place through a seminar and a questionnaire on Google Forms. The results show that the study meetings with the professionals participating in the research were very important, in which it was sought to raise the difficulties, to bring theoretical foundations both in the specific question and in the legislation that regulates the assistance to the victim of ASI. This made it possible for professionals from different specialties to discuss the difficulties and shortcomings of this type of care together. During the study meetings, it was possible to perceive that the existing protocol was very simplified, giving room for different types of actions and interpretations, without standardization and often without articulation between the different specialties involved in the welcoming process. child victim of ASI. Thus, during the meetings with the multidisciplinary team, the study evidenced the need to improve the existing protocol in 2018. In the development of the new protocol together with the multidisciplinary team, an attempt was made to detail and establish norms and provide guidelines regarding the procedure to be adopted by each professional of the multidisciplinary team, also contemplating guidelines for the care not only of victims of sexual violence, but of any form of violence, demonstrating once again the beneficial action of the elaboration of protocols in the minimization of traumas and re-victimization of the children in the attendance, which is the main objective to be reached with regard to the humanization of the attendance of those who suffered sexual violence. The protocol product of this research was used as a pilot study in the year 2022 by HUMAI. In 2023 with the new administration that added new services such as maternity, pediatric and neonatal intensive care unit and the protocol served as a parameter for the protocol that is being effectively implemented in HUMAI aiming at a more humanized ASI.

Keywords: children; child sexual abuse; assistance protocols; multidisciplinary healthcare team.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| Figura 1 - Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências | 38 |
| Figura 2 - Diagrama de Investigação-ação..... | 50 |
| Figura 3 - Fluxo de atendimento à crianças vítimas de abuso sexual usado no HCPJVO no período de 2018-2021 | 68 |
| Figura 4 - Fluxo de atendimento à criança vítima de violência física, maus tratos e negligência..... | 71 |
| Figura 5 - Fluxo de atendimento à criança vítima de violência sexual detalhado | 72 |
| Figura 6 - Fluxo de atendimento HUMAI à criança vítima de violência sexual | 74 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----------|
| Gráfico 1 - Número de notificações de violência sexual total contra crianças e adolescentes, segundo cada ano de notificação | 20 |
| Gráfico 2 - Participantes com pós-graduação | 58 |
| Gráfico 3 - Tempo de atuação dos profissionais no atendimento infantil | 60 |
| Gráfico 4 - Conhecimento dos profissionais acerca do protocolo que regulamenta o fluxo de acolhimento do paciente vítima de abuso sexual infantil | 62 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1 - Sinais indiretos de erotização precoce | 27 |
| Quadro 2 - Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual em crianças e adolescentes | 27 |
| Quadro 3 - Sinais da violência sexual em crianças e adolescentes | 27 |
| Quadro 4 - A implantação da linha de cuidado na temática da violência..... | 37 |
| Quadro 5 - Planejamento metodológico da pesquisa | 50 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1 - Características da violência sexual contra adolescentes notificada no Sinan, segundo sexo | 22 |
| Tabela 2 - Alterações comportamentais da criança em situações de violência..... | 26 |
| Tabela 3 - Características sociodemográficas de crianças vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo | 30 |
| Tabela 4 - Características do provável autor da violência sexual contra crianças notificada no Sinan, segundo sexo | 32 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ASI | Abuso Sexual Infantil |
| CREAS | Centros de Referência Social Especializada |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| EF | Extrafamiliar |
| ESF | Equipes de Saúde da Família |
| HUMAI | Hospital Universitário Materno-Infantil |
| IF | Intrafamiliar |
| IML | Instituto Médico Legal |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAI | Pronto Atendimento Infantil |
| PAVAS | Programa de Atenção a Vítimas de Abuso Sexual |
| PNAISC | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UNICEF | <i>United Nations Children's Fund</i> |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 | Objetivo geral..... | 17 |
| 1.2 | Objetivos específicos..... | 18 |
| 1.3 | Justificativa..... | 18 |
| 1.4 | Estrutura do trabalho | 18 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA | 20 |
| 2.1 | Abuso sexual infantil | 20 |
| 2.1.1 | Caracterização do ato de ASI..... | 21 |
| 2.1.2 | O processo de diagnóstico | 23 |
| 2.1.3 | Principais sinais e sintomas | 25 |
| 2.1.4 | Perfil da vítima..... | 28 |
| 2.1.5 | Perfil familiar..... | 30 |
| 2.1.6 | Perfil do agressor | 31 |
| 2.2 | Abordagem dos casos de ASI..... | 33 |
| 2.2.1 | Ingresso da vítima de ASI no Sistema de Assistência à Saúde | 36 |
| 2.2.2 | Atenção Integral à Saúde das Crianças Vítimas de ASI..... | 37 |
| 2.2.3 | A equipe multidisciplinar no atendimento às vítimas | 39 |
| 2.2.4 | Capacitação de profissionais para o atendimento | 41 |
| 2.2.5 | Denúncia e notificação dos casos de ASI | 41 |
| 2.3 | Missão no atendimento a vítima de ASI | 42 |
| 2.3.1 | Assistência humanizada à vítima de ASI..... | 42 |
| 2.3.2 | Acolhimento..... | 44 |
| 2.3.3 | Atendimento | 44 |
| 2.3.4 | Atitude dos profissionais..... | 45 |
| 3 | MÉTODO..... | 48 |
| 3.1 | Caracterização do processo de pesquisa e do universo da pesquisa | 54 |
| 3.1.1 | Universo da pesquisa | 55 |
| 3.1.2 | Crterios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa..... | 55 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 3.2 | Requisitos para a elaboração do protocolo de atendimento humanizado à vítima de ASI | 56 |
| 3.2.1 | Validação do protocolo | 56 |
| 3.3 | Considerações éticas..... | 57 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 58 |
| 4.1 | Elaboração de um novo protocolo: uma necessidade..... | 69 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 77 |
| | REFERÊNCIAS..... | 79 |
| | APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 86 |
| | APÊNDICE B - Questionário de avaliação..... | 89 |
| | ANEXO A - Termo de aceite de realização de pesquisa HUMAI-UEPG | 95 |
| | ANEXO B - Termo de Concordância de trabalho submetido ao CEP | 97 |
| | ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP | 99 |

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual infantil pode ser considerada um grave problema de saúde pública dada sua alta prevalência a nível mundial (GRAY; RARICK, 2018; CASTRO *et al.*, 2019). Trata-se de uma forma de agressão na qual a criança ou adolescente é inserida em atos libidinosos, atividades impróprias ou jogos sexualizados por meio de um adulto de qualquer gênero, com o intuito de utilizar o menor como objeto sexual para autossatisfação pessoal (PIMENTEL; ARAÚJO, 2006).

Esta violência pode se caracterizar através de toques, carícias, sexo oral, masturbação, relações com penetração, seja ela digital, genital ou anal. O Abuso Sexual Infantil (ASI) é caracterizado em diferentes situações nas quais não há contato físico, tais como voyeurismo, exibicionismo e o assédio (HABIGZANG; KOLLER, 2005).

Na maioria dos casos, o ASI ocorre no ambiente em que a criança tem como lar, realizado por pessoas que apresentam proximidade à vítima, ou que atuam como cuidador dos mesmos, o que configura o abuso denominado intrafamiliar (IF) (COHEN; MANNARINO, 2000; KOLLER; DE ANTONI, 2004).

A violência denominada intrafamiliar é uma ocorrência muitas vezes velada por sua natureza íntima e privada, normalmente realizada em local doméstico e sob o silêncio das vítimas intimidadas (PLATT; GUEDERT; COELHO, 2021). Mesmo que não haja laços de consanguinidade, os abusos sexuais que envolvem uma criança e um adulto responsável, seja este o tutor, cuidador, membro da família ou familiar à criança, são considerados incestuosos (SAFFIOTI, 1996; COHEN; MANNARINO, 2000).

Os sinais de maus-tratos são caracterizados por negligência, violência física, violência psicológica e violência sexual. Geralmente as agressões físicas acontecem nas regiões de face, cabeça e pescoço (CAVALCANTI; PRESTES; ANGELO, 2011). Já o abuso particulariza-se pelo fator de imaturidade quanto a atividades sexuais, sendo as vítimas incapazes mentalmente e fisicamente de dar qualquer consentimento por falta de compreensão do ato (PIMENTEL; ARAÚJO, 2006).

Portanto, identificar sinais de maus-tratos pelo profissional da Saúde requer treinamentos e protocolos estabelecidos, especialmente nos casos de ASI, visto que este impacta gravemente a estruturação física e psicológica da criança (CLAYTON; JONES; BROWN, 2018).

O processo brasileiro de reconhecimento de práticas sociais e culturais que violavam os direitos das crianças e adolescentes teve início na década de 60 e foi o ponto de partida para a discussão dos contextos histórico-culturais que embasam as práticas de violência a esta parcela da sociedade (GOMES, 2018). Por meio do esforço conjunto de esferas da sociedade e governo empenhados na garantia da proteção de crianças e adolescentes, em meados do século XX a violência evoluiu de uma fatalidade pessoal, de caráter privado, para um problema social mais amplo e que denuncia a sociedade em que ocorre, revelando as opressões naturalizadas no meio social (GOMES, 2018).

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990) promove a proteção de crianças e adolescentes de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. A lei torna obrigatório que os profissionais de saúde e educação realizem notificações de casos suspeitos ou confirmados de qualquer tipo de violência ou maus tratos cometidos contra crianças ou adolescentes (artigos 13 e 245) (BRASIL, 1990). A notificação promove a ligação entre os âmbitos de saúde e o meio legal de modo a fortalecer a rede multiprofissional e interinstitucional, por meio do controle e levantamento epidemiológico relativo à violência.

Os dados recentes relativos ao ASI no Brasil revelam que, dos 159 mil registros feitos realizados no ano de 2019 pelo Disque Direitos Humanos, 86,8 mil são de violações de direitos de crianças ou adolescentes, o que representa um aumento de quase 14% em relação ao ano de 2018 (BRASIL, 2020). Evidenciou-se também que a violência sexual está presente em 11% das denúncias que se referem a esta parcela da população, o que corresponde a 17 mil ocorrências de violência sexual. Em relação as denúncias de violência sexual em comparação ao ano de 2018, o número se manteve praticamente estável, apresentando uma queda de apenas 0,3% (BRASIL, 2020).

Os dados epidemiológicos sobre o ASI na literatura brasileira não são abrangentes, correspondendo a locais isolados e amostras parciais. Além disso, os dados levantados em delegacias, Conselhos Tutelares e ambulatórios não refletem a realidade das ocorrências. Os estudos do Instituto Médico Legal (IML) e o Programa de Atenção a Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS), em São Paulo, avaliam que apenas 10% a 15% dos casos são revelados (BRINO; WILLIAMS, 2003). A verdadeira

incidência dos crimes sexuais é desconhecida, devendo ser um dos delitos de maior subnotificação e sub-registro (SAFFIOTI, 1996).

Perante essa afirmação e as demais expostas anteriormente, considero importante ressaltar a minha trajetória como profissional Enfermeira, tendo em vista que fui responsável como gerente administrativa de um hospital infantil da cidade de Ponta Grossa que até 2020 foi mantido pelo município e que atualmente está sendo gerenciado pelo Hospital Universitário Materno-Infantil, da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HUMAI-UEPG), em Ponta Grossa, Paraná. Em minha experiência profissional como Enfermeira, atuei no cuidado de crianças, e como docente na formação de profissionais Enfermeiros, dentro e fora do âmbito hospitalar, inclusive no acompanhamento de alunos em campos de estágio.

Nestas Unidades, percebia que tanto alunos como profissionais Enfermeiros apresentavam dificuldades em perceber o paciente como um ser humano possuidor de valores, com suas crenças, seus medos. Isto me permitiu desenvolver uma profunda reflexão sobre o atendimento a vítima de abuso sexual infantil, bem como visualizar as lacunas que ocorrem no acolhimento realizado por uma equipe multidisciplinar. Em alguns casos não havia uma conexão entre os profissionais da área de saúde integrantes da equipe multidisciplinar em relação ao caso, o que leva a um desconforto desnecessário para as vítimas e familiares, que precisam relembrar e repassar várias vezes o acontecido para diferentes profissionais, não do ponto de vista técnico, mas sim em relação à pessoa humana.

Nesse contexto, observa-se que o atendimento dessa criança vítima de abuso sexual pelas Equipes de Saúde é deficitário, pois ocorre de forma não padronizada e não articulada. Dessa forma a pergunta norteadora dessa pesquisa é: **como melhorar o acolhimento/atendimento às vítimas de abuso sexual infantil do HUMAI em Ponta Grossa, Paraná?**

A relevância do preparo da equipe multidisciplinar de Saúde para o atendimento da criança vítima de abuso sexual, para tanto são apresentados os objetivos da pesquisa.

1.1 Objetivo geral

Verificar como melhorar o acolhimento/atendimento às vítimas de abuso sexual infantil no HUMAI, em Ponta Grossa, no Paraná.

1.2 Objetivos específicos

- Descrever aspectos que constituem o fenômeno do abuso sexual de crianças;
- Elaborar e propor um protocolo de atendimento para as crianças vítimas de ASI de maneira detalhada para um atendimento padronizado e eficaz;
- Implementar como estudo de validação o protocolo de atendimento para as crianças vítimas de ASI desenvolvido neste estudo.

1.3 Justificativa

Parte-se do pressuposto que a elaboração de um protocolo contendo as informações e orientações necessárias para esses profissionais, e que possa fornecer uma padronização e organização no atendimento, é essencial para que a vítima não sofra uma nova forma de trauma durante o atendimento.

Dessa forma, a implementação de um protocolo de atendimento que possa ser seguido pela equipe multidisciplinar de saúde para trabalhar de forma articulada, organizada e multissetorial pode ser extremamente importante e eficaz no fornecimento de um atendimento mais humanizado, no qual os constrangimentos e efeitos negativos sejam minimizados.

Entende-se que o processo de atendimento deve ser contínuo e articulado, privilegiando a construção do vínculo com as famílias, que são peças fundamentais de toda a intervenção. A par deste trabalho conjunto, devem ser providenciados meios para a formação contínua dos profissionais, para que estes tenham conhecimento sistematicamente atualizado.

1.4 Estrutura do trabalho

No primeiro capítulo apresenta-se a revisão da literatura, na qual são apresentados os principais conceitos e dados sobre a violência sexual infantil no Brasil e no mundo, necessários para o desenvolvimento da pesquisa. Neste capítulo serão abordadas questões como o perfil da vítima, da família e do agressor; a caracterização do ato; aspectos legais; o ingresso do paciente no Sistema de Saúde, abordagem dos casos e formas de diagnóstico. Também serão considerados os aspectos relacionados à equipe multiprofissional responsável pelo atendimento, bem como

serão abordadas questões como a humanização e acolhimento no atendimento às vítimas.

No segundo capítulo são descritos os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento do trabalho e na sequência, no terceiro capítulo, serão apresentados os resultados obtidos em cada etapa.

Por fim, no último capítulo são apresentadas as considerações finais, as limitações do trabalho e as futuras perspectivas de atuação na área de pesquisas.

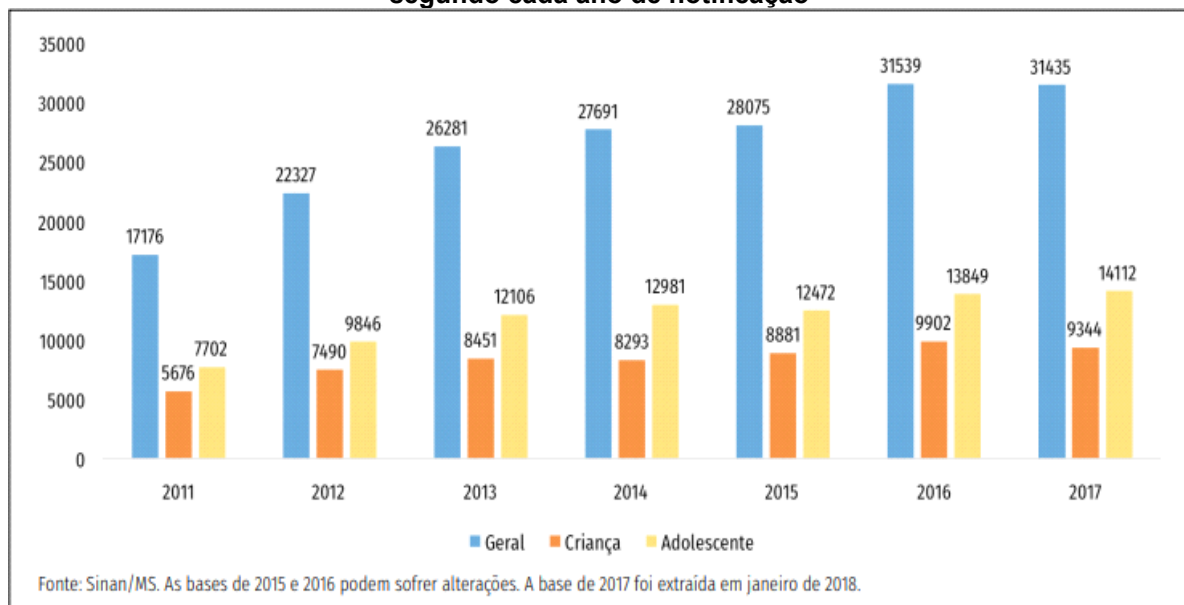
2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Abuso sexual infantil

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o ASI como o abuso ou negligência praticados contra crianças até os 18 anos de idade, composto por situações de ameaça física, emocional, sexual, de negligência ou de exploração que possa causar danos à saúde da criança. Neste sentido, constata-se que qualquer envolvimento sexual sem pleno conhecimento e compreensão, sem consentimento ou sem observância da legislação vigente de proteção à criança e ao adolescente é crime e extremamente grave no que tange ao desencadeamento de transtornos biopsicossociais (OMS, 2015; BRASIL, 2018).

Em nível mundial, a United Nations Children's Fund (UNICEF) reporta, por meio de um relatório publicado no ano de 2017, que a cada sete minutos, em algum lugar no mundo uma criança ou adolescente é vítima de violência (UNICEF, 2017). As estatísticas brasileiras também são alarmantes: nos anos de 2011 e 2017 foram notificados 184.524 casos de violência sexual em crianças e adolescentes, segundo um boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde em junho de 2018 (BRASIL, 2018). Desta forma, no Gráfico 1, pode-se observar o aumento das notificações de casos de ASI no Brasil em cada ano entre o período de pesquisa citado acima (BRASIL, 2018).

Gráfico 1 - Número de notificações de violência sexual total contra crianças e adolescentes, segundo cada ano de notificação



Fonte: Brasil (2018)

No entanto, nota-se que ainda existe uma dificuldade na realização das notificações, a qual pode ser atribuída a alguns fatores, sendo eles: variedade de definições de abuso sexual, dificuldade de identificação do agressor, do ato ocorrido, das circunstâncias praticadas, e, por vezes, do vínculo familiar que envolve a inibição do agressor devido ao grau de parentesco com a vítima ou o medo de represália.

Além disso, a identificação do ato criminoso é ainda dificultada pela ausência de profissionais capacitados para a apreensão e abordagem da situação, o que evidencia a necessidade do apoio multidisciplinar. A interação entre o poder de polícia e os diversos serviços de assistência de saúde e social, a fim de oferecer o atendimento integral da vítima e da família, é fundamental.

Sendo assim, o abuso sexual envolve diversas facetas, as quais são importantes para definição e tratamento adequado de cada situação, ao abordar os aspectos individuais e os reflexos no ser biopsicossocial da vítima e no contexto de inserção da criança (BRASIL, 2018).

2.1.1 Caracterização do ato de ASI

A violência contra a criança e o adolescente pode se manifestar de várias formas, podendo ser de ordem econômica, sexual, moral. Ela pode se manifestar simbolicamente, com a ocorrência em ambientes variados também em ambientes escolhidos ao acaso ou estrategicamente, como a escola, a residência, no trânsito e na mídia. É importante ressaltar que todas as formas de violência praticadas contra a criança acerca desse tema, violenta e fere todos os direitos da vítima e desencadeia a ruptura social da sobrevivência humana ainda em desenvolvimento nesta fase (BRASIL, 2018).

Por esta razão, a caracterização do ato criminoso de ASI é um importante indicador de situações vivenciadas em países e permite a identificação facilitada de casos e a culpabilização do agressor, pois por meio desta caracterização é possível acompanhar estatisticamente o local, a forma e o tempo de duração do ASI. Na Tabela 1, a seguir, foram retiradas informações do boletim epidemiológico recentemente divulgado em relação a violência sexual contra adolescentes e apresenta informações acerca das características dessa violência (BRASIL, 2018).

Tabela 1 - Características da violência sexual contra adolescentes notificada no Sinan, segundo sexo

| Características | Adolescente (n=83.068) ^a | | | | | |
|---|-------------------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | Total | | Feminino (n=76.716) | | Masculino (n=6.344) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Ocorreu outras vezes | | | | | | |
| Sim | 33.030 | 39,8 | 30.474 | 39,7 | 2.556 | 40,3 |
| Não | 35.859 | 43,2 | 33.585 | 43,8 | 2.274 | 35,8 |
| Ignorado | 14.171 | 17,1 | 12.657 | 16,5 | 1.514 | 23,9 |
| Local de ocorrência | | | | | | |
| Residência | 48.363 | 58,2 | 45.061 | 58,7 | 3.302 | 52,0 |
| Habituação coletiva | 715 | 0,9 | 563 | 0,7 | 152 | 2,4 |
| Escola | 1.149 | 1,4 | 889 | 1,2 | 260 | 4,1 |
| Local de prática esportiva | 464 | 0,6 | 397 | 0,5 | 67 | 1,1 |
| Bar ou similar | 772 | 0,9 | 730 | 1,0 | 42 | 0,7 |
| Via pública | 11.509 | 13,9 | 10.783 | 14,1 | 726 | 11,4 |
| Comércio/serviços | 1.050 | 1,3 | 936 | 1,2 | 114 | 1,8 |
| Indústrias/construção | 339 | 0,4 | 323 | 0,4 | 16 | 0,3 |
| Outros | 9.256 | 11,1 | 8.322 | 10,8 | 934 | 14,7 |
| Ignorado | 9.443 | 11,4 | 8.712 | 11,4 | 731 | 11,5 |
| Tipo de violência sexual^b | | | | | | |
| Assédio sexual | 19.121 | 19,9 | 17.363 | 19,6 | 1.758 | 23,2 |
| Estupro | 67.523 | 70,4 | 62.658 | 70,9 | 4.865 | 64,2 |
| Pornografia infantil | 1.884 | 2,0 | 1.592 | 1,8 | 292 | 3,9 |
| Exploração sexual | 3.427 | 3,6 | 3.045 | 3,4 | 382 | 5,0 |
| Outros | 3.990 | 4,2 | 3.709 | 4,2 | 281 | 3,7 |

Fonte: Brasil (2018)

De acordo com a tabela, os números demonstram que a maioria dos crimes denunciados aos órgãos de proteção ocorreram apenas uma vez. No entanto, possível perceber analisando a tabela que ocorreu também, de forma expressiva, casos de ASI mais de uma vez, o que indica a persistência da violência e o aumento do trauma provocado na vítima. No que se refere ao local de ocorrência com maior estatística de dados, segundo a pesquisa, é a residência, e em segundo lugar da via pública. Isso se deve, às características já abordadas sobre o autor do crime, que principalmente apresenta-se dentro do círculo familiar da vítima (BRASIL, 2018).

Outro dado observado, se refere à forma de violência praticada, na qual se destaca o estupro, seguido do assédio sexual, sendo que, ocasionalmente, o segundo acaba desencadeando o primeiro, tendo em vista as vulnerabilidades das vítimas e a persistência de manipulação dos agressores.

Os dados apresentados indicam os casos notificados de ASI, no entanto, sabe-se que o crime é mais frequente do que se imagina, uma vez que muitas vítimas são silenciadas por medo ou vergonha social, frente aos familiares, vizinhos, amigos e profissionais responsáveis pela proteção, que ao receberem a informação, omitem a denúncia e conseqüentemente mascaram a realidade assustadora e acabam colaborando para a prática do ASI (BRASIL, 2018).

Em um estudo realizado por Habigzang e Koller (2005) foi observado que na grande maioria das vezes, a violência sexual é denunciada pela mãe da vítima, seguida pela própria vítima, e em último lugar por outros parentes e também por instituições, tais como escolas, hospitais e pelo departamento de polícia. Entretanto, em 61,7% dos casos denunciados, alguém informou que já sabia da situação abusiva e não realizou a denúncia aos órgãos de proteção.

Nestes casos, as pessoas que tinham conhecimento anterior da violência eram a mãe, irmãos, parentes, pai, escola e outros. Isso revela a dificuldade que a família e a sociedade ainda apresentam para denunciar essas situações aos órgãos de proteção, embora a denúncia seja um procedimento determinado por lei (BRASIL, 1990).

Esta subnotificação dos casos de violência contra a criança ocorre por vários fatores, entretanto alguns autores têm ressaltado que um dos motivos é a dificuldade da equipe multiprofissional de saúde em reconhecer a situação e realizar o diagnóstico da mesma, pois observa-se que o trabalho nesse campo ainda é fragmentado, desorganizado e, em geral, metodologicamente difuso. Observa-se também que há um despreparo generalizado destes profissionais no manejo dos casos. (AMAZARRAY; KOLLER, 1998; HABIGZANG; KOLLER, 2005).

2.1.2 O processo de diagnóstico

O processo do diagnóstico é muito importante pois compreende a avaliação das evidências que foram abordadas no relato das vítimas e dos acompanhantes e a identificação dos sinais clínicos, como hematomas e lesões. No que diz respeito aos sinais físicos/clínicos no abuso sexual de crianças do sexo feminino, geralmente eles são identificados pelos profissionais da saúde por meio de algumas características, sendo elas: lesões no hímen, corrimento, cortes/incisões, cicatrização e ainda, alargamento do canal vaginal, em alguns casos, há também, mordidas na pele (SOUZA; ASSIS; ALZUGUIR, 2002). Em alguns casos feridas vulvares ou anais e

infecções podem também estar presentes (FISHER; GOLDSMITH, HURCOMBE, 2017).

Segundo Alcoforado (2018), exames laboratoriais solidificam o diagnóstico e podem trazer achados como cortes nas paredes vaginais, presença de esperma, lesões orais, hematomas, queimaduras, presença de sangue e cabelos do agressor no corpo da vítima.

Os profissionais também devem estar atentos às modificações comportamentais, como a ocorrência frequente de pesadelos, dificuldades para dormir, ou mudanças no padrão de sono, apego exacerbado de adultos e/ou acompanhantes, presença de brincadeiras agressivas ou sexualizadas com bonecos e outras crianças, atitudes desproporcionais ao contexto (ALCOFORADO, 2018).

É importante que os familiares das crianças tenham acesso a essas informações, bem como a informações em relação a situações que possam influenciar no risco da ocorrência de abusos, como a drogadição, alcoolismo, histórico de práticas de crimes, rompimento familiar e presença de padrasto (GARCIA; MACIEIRA; OLIVEIRA, 2017).

O diagnóstico de uma vítima de ASI deve incluir a avaliação médica, para identificação clínica, exame físico, histórico psicossocial e avaliação laboratorial para investigações de substâncias ou moléculas do agressor (COCCO; SILVA; JAHN, 2010).

Segundo Souza, Assis e Alzuguir (2002) na investigação deve-se evitar que sejam feitas perguntas fechadas e diretivas, que as mesmas sejam repetidas por vários profissionais. De acordo com Ferreira (2002), outros métodos que podem ser utilizados para o diagnóstico do abuso são os jogos dinâmicos, que promovem um ambiente descontraído para a fala, além de propiciar a identificação das habilidades motoras e da linguagem da criança, uma vez que estudos evidenciam que a vítima tende a falar mais quando estão jogando. Há também a utilização da boneca anatomicamente detalhada, que favorece a percepção pela criança das regiões corporais manipuladas pelo agressor.

No entanto, em todos os casos de suspeita de violência sexual, o exame físico completo é considerado o principal mecanismo de auxílio diagnóstico, função que culturalmente é apropriada aos profissionais médicos e enfermeiros; além disso o exame é bastante útil para a coleta de evidências do abuso.

Essas evidências corporais, segundo equipes forenses, precisam ser coletadas em até 72 horas após o abuso, visto a possibilidade de perda da evidência que são adquiridas através de instrumentos como a lupa, colposcópico, e a técnica com raios ultravioletas, que permite a identificação de líquidos seminais no corpo da criança (MATTAR *et al.*, 2007).

Quanto aos procedimentos de entrevista, estes correspondem a outra parte do processo de diagnóstico, a mesma deve ser realizada em ambiente resguardado, com a promoção do vínculo com a vítima a fim de favorecer confiança e respeito (COCCO; SILVA; JAHN, 2010).

Desta forma, os diversos métodos diagnósticos identificados neste tópico, continuam sendo muito bem desenvolvidos e modificados a medida da evolução dos mecanismos médico-legais de percepção do ASI. Porém esta evolução deve ser acompanhada pelo treinamento dos profissionais em utilizá-las nos diferentes serviços de saúde, visando o fortalecimento da assistência e resolutividade dos casos, por isso a importância da capacitação dos profissionais responsáveis pelo atendimento da vítima de abuso sexual.

2.1.3 Principais sinais e sintomas

Os sinais da agressão sexual são consequências do ato e podem apresentar alterações de acordo com a etapa do desenvolvimento infantil. Segundo o Ministério da Saúde, quanto mais prolongado, intenso ou precoce o abuso, maiores serão os danos ocasionados à saúde da criança (BRASIL, 2010). Neste sentido, a faixa etária, aspectos relacionados ao desenvolvimento cognitivo, aspectos relacionados à frequência e o tipo de abuso, e ainda o vínculo com o agressor, são determinantes para as situações de risco para a violência sexual (UNICEF, 2012).

Segundo Oliveira, Marques e Silva (2015), muitas vezes a criança pode apresentar-se calma logo após o episódio do abuso, como mecanismo de proteção propriamente estabelecido pelo centro regulador das emoções. Imprescindível ressaltar que crianças menores de três anos nem sempre apresentam sinais evidentes de agressão, porém, estes podem se agravar mediante continuidade das situações de abuso.

Alguns sinais comportamentais aparecem com mais frequência nas crianças vítimas de ASI e devem ser levados em consideração durante o atendimento destas

para uma sugestão do diagnóstico do abuso. A Tabela 2 sinaliza alguns desses sinais mais frequentes nos casos acolhidos pelos serviços.

Tabela 2 - Alterações comportamentais da criança em situações de violência

| SINAIS DA VIOLÊNCIA | CRIANÇA | | |
|---|--------------|------------|------------|
| | Até 11 meses | 1 a 4 anos | 5 a 9 anos |
| Choros sem motivo aparente | | | |
| Irritabilidade frequente, sem causa aparente | | | |
| Olhar indiferente e apatia | | | |
| Tristeza constante | | | |
| Demonstrações de desconforto no colo | | | |
| Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites | | | |
| Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas | | | |
| Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes | | | |
| Distúrbios de alimentação | | | |
| Enurese e encoprese | | | |
| Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala | | | |
| Distúrbios do sono | | | |
| Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento | | | |
| Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico | | | |
| Afecções de pele frequentes, sem causa aparente | | | |
| Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola | | | |
| Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade | | | |
| Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações | | | |
| Pesadelos frequentes, terror noturno | | | |
| Tiques ou manias | | | |
| Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas | | | |
| Baixa autoestima e autoconfiança | | | |
| Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio | | | |
| Problemas ou déficit de atenção | | | |
| Sintomas de hiperatividade | | | |
| Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes | | | |
| Uso abusivo de drogas | | | |

* Os espaços coloridos indicam a presença do sinal da violência na respectiva faixa etária.

Fonte: Brasil (2010)

Outros sinais de que a criança sofreu violência sexual estão relacionados aos fatores físicos e indiretos, tais como erotização precoce, comportamental e

relacionados ao ato agressivo corporal, como seguem demonstrados respectivamente pelos Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 - Sinais indiretos de erotização precoce

- A falta de preocupação dos pais com a exposição da criança às intimidades do casal.
 - A exposição a atitudes de exibicionismo, como falas inadequadas à idade sobre atitudes sexuais pessoais e de outros.
 - Imagens ou outros materiais eróticos ou pornográficos.
 - Incentivo ao desenvolvimento precoce sexual, através de vestimentas que expõem o corpo, brinquedos ou jogos que objetivam aguçar a curiosidade sexual, dentre outros.
- Obs.: É importante considerar também as alterações comportamentais comuns a todas as formas de violência mencionadas no Quadro 2, no início deste capítulo.**

Fonte: Pfeiffer e Waksman (2004)

Quadro 2 - Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual em crianças e adolescentes

- Atitudes sexuais impróprias para a idade.
- Demonstração de conhecimento sobre atividades sexuais superiores à sua fase de desenvolvimento, através de falas, gestos ou atitudes.
- Masturbação frequente e compulsiva, independente do ambiente em que se encontre.
- Tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, a manipulação genital, ou ainda que reproduzem as atitudes do abusador com ela.
- Mudanças de comportamento.
- Infecções urinárias de repetição.

Fonte: Pfeiffer e Waksman(2004)

Quadro 3 - Sinais da violência sexual em crianças e adolescentes

- **Edema ou lesões em área genital**, sem outras doenças que os justifiquem, como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis.
- **Lesões de palato ou de dentes anteriores**, decorrentes de sexo oral.
- **Sangramento vaginal em pré-púberes**, excluindo a introdução pela criança de corpo estranho.
- **Sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal** sem presença de doença que o justifique, como constipação intestinal grave e crônica.
- **Rompimento himenal.**
- **Doenças sexualmente transmissíveis.**
- **Gravidez.**
- **Aborto.**

Fonte: Pfeiffer e Waksman(2004)

Tais sinais e sintomas podem ou não estar presentes em todas as situações de ASI, o que evidencia a necessidade do olhar integral e singular dos profissionais que atendem os casos suspeitos intra-hospitalares.

2.1.4 Perfil da vítima

O perfil das vítimas é um índice importante para caracterizar os atos de violência. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), do total de denúncias de violência realizadas 74,2% delas são praticados contra crianças do sexo feminino e 25% são praticados em crianças do sexo masculino. Além disso, a literatura aponta a maior frequência de ASI em meninas (SENN; BRAKSMAJER; URBAN, 2017; PLATT *et al.*, 2018).

Diversos países classificados como de primeiro mundo também apresentam taxas semelhantemente altas, o que demonstra que poder econômico não é o bastante quando não há uma política efetiva de proteção e segurança, principalmente daqueles que, pela idade, são extremamente vulneráveis (SENN; BRAKSMAJER; URBAN, 2017; CLAYTON; JONES; BROWN, 2018; PLATT *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado no sul do Brasil (PLATT *et al.*, 2018) na cidade de Florianópolis (SC), foi investigado os casos de suspeita ou confirmação de abuso sexual infantil entre os anos de 2008 e 2014, o sistema utilizado para a coleta de dados desse estudo foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Conforme resultados, houve predomínio de vítimas do sexo feminino, com maior recorrência no sexo masculino e maior ocorrência das violências em residências. Em relação ao tipo de violência, o estupro foi duas vezes mais frequente no sexo feminino e em mais da metade dos casos o autor era homem conhecido da vítima.

Outro dado abordado no boletim é a idade das vítimas, onde 51,9% das vítimas do sexo feminino têm faixa etária entre um e cinco anos e 42,9% das vítimas estavam na faixa entre seis e nove anos. Entre as crianças do sexo masculino, destaca-se que 48,9% estavam entre a faixa etária de um a cinco anos e 48,3% entre seis e nove anos (BRASIL, 2018). A literatura indica que a maior ocorrência de ASI se dá entre crianças com idade inferior a 12 anos de idade (PLATT *et al.*, 2018).

Segundo Monteiro, Teles e Castro (2008), crianças com idade inferior a 12 anos são mais suscetíveis a situações de submissão ou abuso de poder dos agressores e este fato pode ser uma justificativa para esta faixa etária mais

comumente acometida pelo ASI. No entanto, a ocorrência de menores índices de notificação de com vítimas do sexo masculino, pode, em parte, ser explicada pela menor procura pelos serviços de proteção devido à timidez da família, ou até mesmo, da vítima, além do estigma cultural (GAWRYSZEWSKI; VALENCICH; CARNEVALLE, 2012; CONCEIÇÃO *et al.*, 2020).

Este dado fomenta a discussão sobre as características das informações divulgadas, em paralelo aos valores que a sociedade propaga, visto que, atualmente, a maioria das notícias publicadas ou apresentadas sobre ASI se referem, em sua maioria o sexo feminino (PLATT *et al.*, 2018).

No entanto, algumas questões devem ser consideradas: será que somente o sexo feminino está exposto ao abuso, ou a cultura social vigente é quem permite que somente este gênero possa denunciar? Será que a informação acerca das denúncias é amplamente divulgada a todas as famílias, ou somente a àquelas que, em seu círculo familiar, possuem meninas? Será que os profissionais responsáveis pela abordagem e tratamento dos casos, estão preparados para o acolhimento da vítima de ASI? Esses questionamentos suscitam o debate para a situação de aprendizado civil brasileiro, do viver em sociedade, e, principalmente, da forma com que a população compreende este grave problema (MONTEIRO; TELES; CASTRO, 2008).

Estudos mostram que algumas características pessoais das vítimas podem estar relacionadas a uma maior ou menor suscetibilidade a episódios de abuso, como, por exemplo, o interesse da vítima pelos estudos, capacidade em se comunicar, aparência física, higiene, afetividade, distúrbios do desenvolvimento, vulnerabilidade, temperamento, entre outros fatores. O uso de cigarro, álcool e de outras drogas pelas crianças também tem sido apontado como um fator predisponente. Alguns autores também mostram que há uma relação maior entre a ocorrência de abusos quando as vítimas sofrem de algum problema de saúde, principalmente quadros mentais e psicológicos, mas também com problemas de saúde decorrentes de negligência e as deficiências congênitas (HABIGZANG; KOLLER, 2005; PLATT *et al.*, 2018).

Entre os dados de ocorrência, o boletim do SINAN informa que 33,7% dos casos de notificação de ASI tiveram caráter de repetição e que os locais de maior ocorrência foram a residência (69,2%) e a escola (4,6%). Estas informações despertam preocupação, visto que são os locais de permanência integral da criança considerando a baixa faixa etária. A Tabela 3, apresentada a seguir, demonstra outras características das situações de ASI, considerando o perfil da vítima (BRASIL, 2018).

Tabela 3 - Características sociodemográficas de crianças vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo

| Características | Total | | Feminino (n=43.034) | | Masculino (n=14.996) | |
|-------------------------------|--------|------|---------------------|------|----------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Faixa etária (em anos) | | | | | | |
| <1 | 2.653 | 4,6 | 2.238 | 5,2 | 415 | 2,8 |
| 1 a 5 | 29.686 | 51,2 | 22.354 | 51,9 | 7.332 | 48,9 |
| 6 a 9 | 25.691 | 44,3 | 18.442 | 42,9 | 7.249 | 48,3 |
| Raça/cor da pele | | | | | | |
| Branca | 22.611 | 39,0 | 16.577 | 38,5 | 6.034 | 40,2 |
| Negra | 26.407 | 45,5 | 19.782 | 46,0 | 6.625 | 44,2 |
| Amarela | 280 | 0,5 | 209 | 0,5 | 71 | 0,5 |
| Indígena | 586 | 1,0 | 509 | 1,2 | 77 | 0,5 |
| Ignorada | 8.146 | 14,0 | 5.957 | 13,8 | 2.189 | 14,6 |
| Deficiência/transtorno | | | | | | |
| Sim | 1.910 | 3,3 | 1.199 | 2,8 | 711 | 4,7 |
| Não | 47.828 | 82,4 | 35.818 | 83,2 | 12.010 | 80,1 |
| Não se aplica | 185 | 0,3 | 140 | 0,3 | 45 | 0,3 |
| Ignorado | 8.107 | 14,0 | 5.877 | 13,7 | 2.230 | 14,9 |
| Região de residência | | | | | | |
| Norte | 9.106 | 15,7 | 7.200 | 16,7 | 1.906 | 12,7 |
| Nordeste | 7.270 | 12,5 | 5.695 | 13,2 | 1.575 | 10,5 |
| Sudeste | 23.417 | 40,4 | 17.156 | 39,9 | 6.261 | 41,8 |
| Sul | 12.597 | 21,7 | 8.913 | 20,7 | 3.684 | 24,6 |
| Centro-Oeste | 5.635 | 9,7 | 4.067 | 9,5 | 1.568 | 10,5 |
| Ignorada | 5 | - | 3 | - | 2 | - |

Fonte: Brasil (2018)

Além dos fatores intrínsecos relacionados à criança, também devem ser considerados os fatores de risco e proteção extrínsecos, como os recursos sociais, funcionamento familiar, recursos emocionais dos cuidadores e recursos financeiros. Na grande maioria dos casos a exacerbação ocorre quando as crianças não dispõem de uma boa rede de apoio familiar, social e afetiva (HABIGZANG; KOLLER, 2005).

2.1.5 Perfil familiar

Como a maioria de casos de ASI ocorrem dentro da residência da criança, é importante ressaltar algumas características da dinâmica familiar nesses casos. Muitas vezes, a violência é justificada pelos familiares como uma forma de punição devido ao mau comportamento da criança. Segundo Trindade, Linhares e Vanrell

(2014), a violência sexual não é a única empregada na punição, mas também as agressões físicas, emocionais, maus tratos, entre outras formas de violência.

Os riscos para a ocorrência de ASI incluem: a separação dos pais e a inserção de um parceiro substituinte no âmbito familiar, como o padrasto; baixo nível de instrução dos progenitores; histórico de abuso na infância dos pais; uso de drogas; transtornos mentais; gravidez da criança não desejada; entre outras (CASTRO; SANTOS-IGLESIAS, 2016).

As situações de abuso podem ocorrer também em famílias estruturadas e aparentemente sem problemas, o que acaba por mitigar os casos ou até mesmo não despertar a devida atenção dos órgãos de proteção à criança e ao adolescente (HABIGZANG; KOLLER, 2005). Diferentemente de outros tipos de agressão, o nível econômico, tanto no se refere ao agressor quanto à vítima, não parece influenciar na ocorrência do ASI (SENN; CAREY; COURRY-DONIGE, 2012).

Taveira, Frazão e Dias (2009), caracterizam dois tipos de ASI, o Intrafamiliar (IF) e Extrafamiliar (EF). O primeiro revela o agressor dentro do círculo familiar e de acordo com o autor é o mais abundante na atualidade e o que desencadeia maior dano psicológico e emocional, pois leva à perda da confiabilidade e segurança do lar.

Além disso, há uma demora na descoberta destes casos, visto a proximidade familiar do agressor e o vínculo entre as pessoas da família, em muitos casos inclui também a dependência financeira e o peso da possibilidade de inexistência de insumos necessários à sobrevivência, o que gera a prorrogação e frequência do crime.

O abuso EF é considerado pelo autor como menos frequente, porém não menos importante. Dado o número de ocorrências, é considerado aquele que ocorre fora do ambiente familiar, por terceiros, e que também causa danos à criança.

É importante ressaltar que a criança está sujeita aos dois tipos de ASI, e que as duas situações também podem ocorrer de forma simultânea, considerando o contexto de vulnerabilidade social da criança, o que exige atenção especial dos órgãos competentes na descoberta dos agressores.

2.1.6 Perfil do agressor

Atualmente ocorrem consensos literários e estatísticos sobre os autores do crime de violência sexual contra crianças, em sua maioria são do sexo masculino, e com idade superior a 30 anos, devido particularmente à estrutura física favorável ao abuso, com conversas manipuladoras que transferem para a criança postura protetiva,

ocasionando a maioria dos casos (CLAYTON; JONES; BROWN, 2018; GRAY; RARICK, 2018; PLATT *et al.*, 2018).

Pode-se considerar, no contexto social dos agressores, que em algumas situações encontram-se casados pela segunda vez, a existência de enteadas, pode ser um agente facilitador da prática do crime (HABIGZANG; KOLLER, 2005). Outros dados abordam também a afetividade e a proximidade do agressor com a vítima, sendo que a maioria deles pertencem a um ambiente próximo da desta (PEREDA, 2016; PLATT *et al.*, 2018). Além disso, é relativamente comum que os agressores tenham sofrido ou testemunhado algum tipo de abuso na infância (CLAYTON; JONES; BROWN, 2018).

Gawryszewski, Valencich e Carnevalle (2012) identificaram que em 43,8% os autores da agressão foram os seus responsáveis legais. Normalmente o agressor age sozinho, sendo que a prevalência de mais de uma pessoa no crime é inferior a 10% (PLATT *et al.*, 2018). Na Tabela 4 é possível observar algumas características dos agressores identificadas pelo boletim epidemiológico no ano de 2018.

Tabela 4 - Características do provável autor da violência sexual contra crianças notificada no Sinan, segundo sexo

| Características | Criança (n=58.037) ^a | | | | | |
|--|---------------------------------|------|---------------------|------|----------------------|------|
| | Total | | Feminino (n=43.034) | | Masculino (n=14.996) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Número de envolvidos | | | | | | |
| Um | 43.359 | 74,7 | 32.534 | 75,6 | 10.825 | 72,2 |
| Dois ou mais | 7.180 | 12,4 | 4.654 | 10,8 | 2.526 | 16,8 |
| Ignorado | 7.491 | 12,9 | 5.846 | 13,6 | 1.645 | 11,0 |
| Sexo do autor | | | | | | |
| Masculino | 47.324 | 81,6 | 34.778 | 80,8 | 12.546 | 83,7 |
| Feminino | 2.298 | 4,0 | 1.728 | 4,0 | 570 | 3,8 |
| Ambos os sexos | 1.795 | 3,1 | 1.327 | 3,1 | 468 | 3,1 |
| Ignorado | 6.613 | 11,4 | 5.201 | 12,1 | 1.412 | 9,4 |
| Vínculo do autor com a vítima^b | | | | | | |
| Familiares | 20.545 | 37,0 | 16.301 | 39,8 | 4.244 | 29,0 |
| Amigos/conhecidos | 15.341 | 27,6 | 10.148 | 24,8 | 5.193 | 35,4 |
| Desconhecidos | 3.639 | 6,5 | 2.693 | 6,6 | 946 | 6,5 |
| Outros | 16.046 | 28,9 | 11.773 | 28,8 | 4.273 | 29,2 |

Fonte: Brasil (2018)

Uma das situações mais difíceis de serem encontradas na literatura estatística, são os casos de denúncia que envolvem o agressor sendo o pai da vítima. Essa penosa e debilitante ocorrência acaba por levar a criança a um dano emocional

extremamente crítico, e que em alguns casos, constitui motivo potencial para a prática de suicídio nesta faixa etária.

Nesses casos o agressor para de ocupar o espaço de uma figura protetora do lar em muitos casos ocorre uma quebra de vínculo com a vítima, o que acaba por ruir a estrutura familiar. A família, em muitos casos pós-denunciados, passa a não ter condições de sobrevivência, devido ao cargo de provedor do agressor, além da ruína emocional do vínculo quebrado e do trauma vivenciado pela criança, lembrado rotineiramente pela vítima não tratada.

Isto corrobora uma situação de penúria existencial, e exige das equipes de atenção, adequada terapêutica, não só individual, mas também da coletiva familiar, a fim de minimizar os danos causados pelo crime (HABIGZANG; KOLLER, 2005).

2.2 Abordagem dos casos de ASI

A assistência aos casos de violência sexual se baseia na combinação de cuidados e proteção da vítima de ASI, com um atendimento individualizado, e também coletivo. A abordagem familiar por profissionais de saúde, considerando que a prestação de serviços terapêuticos de saúde no ASI, é mais complexa devido ao estado traumatizado da criança acometida (GARCIA; MACIEIRA; OLIVEIRA, 2017). Um ponto positivo na atuação multiprofissional no atendimento de vítimas de ASI é a possibilidade de identificação dos casos, considerando a proximidade com a percepção de alterações físicas e comportamentais do paciente, além da observação da dinâmica familiar que sugerem o abuso.

A atuação interdisciplinar envolvendo várias profissões e disciplinas no apoio ao atendimento das vítimas é algo necessária para a consolidação da assistência integral da vítima. Além disso, essa atuação está relacionada com a responsabilidade significativamente aumentada e capacidade emocional de um único profissional em desenvolver um tratamento à vítima do abuso (FERREIRA, 2002). O autor supracitado considera que alguns aspectos devem ser observados para a capacitação multidisciplinar de profissionais que possam a vir atender a vítima, tais como:

- A diferenciação entre a fantasia e a realidade relatada que, por vezes, é muito confundida pelos profissionais, exacerbado pela dificuldade do senso de realidade destes;

- A dificuldade de filtrar os atos de abuso, justificado pelo imenso e profundo trabalho emocional, que identifica a necessidade de um local apropriado para o descanso mental;
- O incentivo do diálogo multiprofissional daquele que está em interação com a vítima, de outras agências ou colegas de trabalho, para a colocação de ideias e ações de inserção no contexto da vítima;
- Possibilidade de reavaliação dos profissionais para o estabelecimento dos próprios limites pessoais e profissionais, permitida pelo apoio interdisciplinar;
- Manejo adequado das questões relacionadas ao gênero, evidenciado pelo comportamento sexualizado das vítimas de abuso sexual.

A equipe multidisciplinar possui uma abordagem de atendimento criterioso visando a prioridade dos direitos da criança, da preservação do vínculo familiar e também da observação do direito da guarda dos filhos. Com o apoio interdisciplinar, é possível estabelecer a priorização de casos pertinentes para a investigação. A atenção da medicina, pode assegurar a decorrência normalizada do crescimento e desenvolvimento da criança, a cicatrização de lesões sem a responsabilização do abuso. A psicologia e psiquiatria são comumente envolvidas nos casos de atendimento das vítimas, pela competência de comunicação com as crianças avaliando o estado mental após a ocorrência do abuso (COCCO; SILVA; JAHN, 2010).

A enfermagem, segundo pesquisa realizada por Ferreira (2002), é a classe profissional que está mais frequentemente associada ao atendimento das vítimas, por se encontrarem ocasionalmente envolvidos na triagem e primeiro atendimento destes casos, e por serem, ainda, os primeiros profissionais a observarem uma possível necessidade de internação hospitalar ou indicarem o atendimento multidisciplinar nos casos de abuso.

O papel da enfermagem, é preventivo, atuando na orientação e acompanhamento do pré-natal, puericultura, orientação em saúde da comunidade, visitas domiciliares e educação permanente dos profissionais que gerencia. A atuação da equipe de enfermagem estende-se além da técnica ou cuidados com parâmetros físicos, mas é fortalecida pelo contexto de sentimentos e emoções decorrentes do envolvimento com a criança (WOISKI; ROCHA, 2010).

O serviço social participa ativamente do processo terapêutico de crianças vítimas de ASI, considerando que são eles quem geralmente realizam contato com as unidades de saúde básica e órgãos policiais e Centros de Referência de Assistência Social Especializada (CREAS). Os assistentes também desenvolvem funções preventivas, em grupos da comunidade; detecção precoce de situações de risco; investigação de circunstâncias familiares, pessoais e sociais; ações intervencionistas, com a mobilização direta intrafamiliar e extrafamiliar, esta última com acionamento de instrumentos de apoio como a escola, comunidade, entre outros (FERREIRA, 2002; TAVEIRA; FRAZÃO; DIAS, 2009).

Muitas dessas tarefas são identificadas em outras atuações profissionais, pois na abordagem multidisciplinar, cada profissional abordará os casos em sua total ou parcial conjuntura, percebendo-se a necessidade da consulta interpessoal para destinação correta dos casos pertinentes (FERREIRA, 2002).

De acordo com Alcoforado (2018), no entanto, algumas particularidades dos serviços de saúde, acabam dificultando o atendimento das vítimas, principalmente quanto à proteção da criança, visto a falha estrutural de acolhimento da vítima e familiares, em muitos casos os serviços acabam solicitando a colaboração dos próprios acompanhantes para a monitorização dos casos. Para sanar esse tipo de problema, protocolos e fluxogramas de atendimento à vítima de ASI, vem sendo desenvolvidos para a abordagem qualificada de pacientes em casos suspeitos, e colaboram para a identificação da sequência adequada de encaminhamentos para a atenção (BRASÍLIA, 2011; SÃO PAULO, 2012).

Alguns fatores podem dificultar o atendimento as crianças vítimas de violência sexual em instituições de saúde que são responsáveis por esses atendimentos. A escassez de pessoal, sobrecarga de trabalho e falta de apoio psicológico, podem ser fatores que influenciam no desfecho. Entretanto, tais fatores devem ser tratados de maneira individualizada para que não interfiram negativamente no processo de identificação do ASI e no reconhecimento dos sinais e sintomas deste. Para que assim possa ser rompido o ciclo de violência e para que haja suporte adequado vítimas e o encorajamento à denúncia dos casos (CASADO, 1997; SOUZA; ASSIS; ALZUGUIR, 2002).

2.2.1 Ingresso da vítima de ASI no Sistema de Assistência à Saúde

O SUS tem um papel importante na prevenção, enfrentamento e na atenção integral às vítimas. Em 2010, o Ministério da Saúde lançou a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, orientando gestores e profissionais de saúde na organização da atenção seguindo as dimensões: Acolhimento, Atendimento, Notificação e Seguimento na Rede de Cuidado e de Proteção Social (BRASIL, 2018).

Dentre as normativas que norteiam o cuidado com crianças e adolescentes que sofrem violências, destacam-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), de 2015, que prevê como um dos seus eixos estratégicos a “atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz”. As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, também possuem como eixo estruturante a “Vitimização juvenil e a integração de políticas interfederativas, governamentais e com a sociedade - violência doméstica e a violência sexual, mortalidade por causas externas e a promoção da cultura de paz” (BRASIL, 2018).

O atendimento às pessoas em situação de violência sexual é obrigatório nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde- SUS, e deve-se dar de forma humanizada, emergencial, integral e multidisciplinar. A atenção primária à saúde é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, constituindo-se na porta de entrada preferencial do SUS. As Equipes de Saúde da Família (ESF), apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por estarem geograficamente muito próximos das famílias, têm maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências em crianças e adolescentes, realizar o acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificar os casos e encaminhar para a rede de cuidados e de proteção social. A partir de 2013, os serviços de referência de atenção às pessoas em situação de violência sexual foram classificados em quatro tipos, que vão desde a atenção ambulatorial em unidades básicas de saúde aos serviços especializados em hospitais (BRASIL, 2018).

Cotidianamente, os serviços de saúde disponíveis recebem a população em suas diversas demandas, desde a física caracterizada pelos distúrbios orgânicos evidentes, até a demandas emocionais, no sentido da preservação de funções

cognitivas para a manutenção da qualidade de vida. No entanto, quando se explora o setor infantil pediátrico, as demandas são conseqüentemente mais agravadas, visto a condição imatura do organismo ao adaptar-se com as novas condições, até a abordagem familiar, que neste caso, é considerada dificultosa.

De acordo com Ferreira (2002), o ASI pode apresentar-se de três formas nos serviços de assistência à saúde: pela denúncia explícita da vítima ou dos acompanhantes; pela suspeita de um adulto ou profissional de saúde e como causa subjacente de sinais ou sintomas identificados no ambiente de saúde.

2.2.2 Atenção Integral à Saúde das Crianças Vítimas de ASI

A linha de cuidado para as crianças vítimas de ASI é um princípio estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que proporciona a padronização dos serviços de saúde na proteção e promoção da saúde das crianças, além de favorecer a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2010). A eficácia desta estratégia depende da ação multidisciplinar com o estabelecimento de meios de apoio e auxílio à prática profissional, como fluxogramas e protocolos, que garantam a sucessão orientada de ações profissionais na rede. No quadro 4, estão listadas as vantagens do estabelecimento da linha de cuidado dentro dos serviços de atenção à saúde da criança:

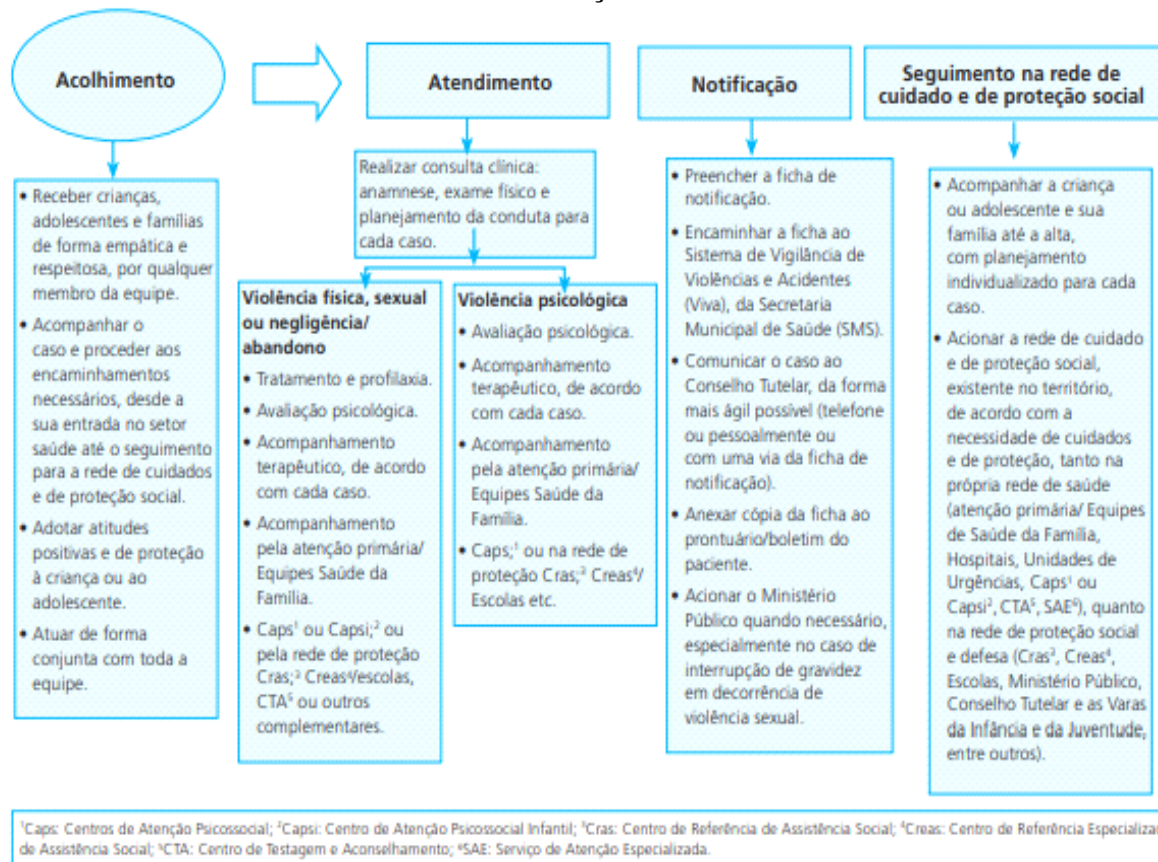
Quadro 4 - A implantação da linha de cuidado na temática da violência

- a) organizar e articular os recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir o acesso, o cuidado e a proteção;
- b) estabelecer o "percurso da atenção" a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos para a violência, organizando o fluxo de acordo com as demandas;
- c) definir as funções, responsabilidades e competências de cada serviço de atenção na produção do cuidado e na proteção social;
- d) estabelecer normas, protocolos e fluxos em todos os níveis de atenção;
- e) promover a capacitação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social;
- f) desenvolver ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência.

Fonte: Brasil (2010)

Diagramas também são vastamente utilizados para a elucidação dos principais passos adotados no serviço de atenção, e objetivam evidenciar aos profissionais a importância da sua atuação em cada uma das etapas. Assim, o diagrama demonstrado na Figura 1, aborda as principais etapas da intervenção dos casos suspeitos de violência sexual infantil, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

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



Fonte: Brasil (2010)

A Linha de Cuidado é um caminho para o alcance da atenção integral em saúde, o qual desponta como um dos princípios do SUS, e prevê o cuidado integral do paciente desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção. O cuidado é uma atitude que demonstra preocupação, responsabilização e solidariedade com o sofrimento e a dor do próximo e deve estar relacionado a uma prática humanizada. A Política Nacional de Humanização (PNH) evidencia o cuidado a partir da compreensão do acolhimento como um ato de aceitação, credibilidade e aproximação, de forma que o outro se sinta pertencido em uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

2.2.3 A equipe multidisciplinar no atendimento às vítimas

O abuso sexual, especialmente quando ocorre na infância ou adolescência, é considerado um fenômeno universal, de caráter social, histórico e cultural que, pelos graves danos que determina, constitui-se em um complexo problema de saúde pública. Torna-se, portanto, um grande desafio aos profissionais dessa área, pois exige muito preparo e capacitação para o adequado manejo clínico e psicológico das vítimas (GARCIA; MACIEIRA; OLIVEIRA, 2017).

O Brasil é um dos países onde essa forma de violência, é bastante incidente, gerando grande impacto no campo da saúde, pois atinge diretamente as estruturas dos serviços de saúde. Nesse sentido, os profissionais, em suas áreas de atuação, podem contribuir para a interrupção do ciclo da violência. Para tal, é importante que haja uma parceria dialógica entre os serviços médicos, clínicos e de emergência e a saúde pública, para que se promovam intervenções para além da medicalização da violência e que não se limitem ao setor saúde (NUNES; SARTI; OHARA, 2009; COCCO; SILVA; JAHN, 2010). Entretanto, evidencia-se que a atuação inter e multidisciplinar diante do ASI ainda é precária na maior parte dos estabelecimentos de saúde (MEIRELES; CARVALHO, 2018).

Muitos autores têm ressaltado o despreparo dos profissionais para lidar com tais circunstâncias diante do aumento na demanda para o atendimento a crianças vítimas. Além disso, o fluxo seguido pelos profissionais tem se dado de forma casual e não sistemática (AMAZARRAY; KOLLER, 1998; HABIGZANG; KOLLER, 2005; COCCO; SILVA; JAHN, 2010). Essa dificuldade está relacionada a diversos fatores, como por exemplo, aspectos emocionais dos profissionais, estruturais, legais, da existência de órgãos de apoio, além da oferta de capacitações para a identificação dos sinais. Essa dificuldade impede a execução de uma assistência eficaz às vítimas, o que contribui para a invisibilidade da violência (COCCO; SILVA; JAHN, 2010).

É importante que os profissionais que se defrontam com essas situações tenham consciência de que estão diante de uma conjuntura complexa, onde se evidencia, inicialmente, a necessidade do acolhimento e de uma postura cautelosa, com o estabelecimento de um vínculo de confiança com a criança e seus familiares. Além disso, a melhora na qualidade da assistência é uma questão premente.

É clara a necessidade de uma abordagem multiprofissional neste atendimento, personalizada e correspondente à complexidade da situação e à

multiplicidade de consequências impostas às vítimas. Daí a importância de uma abordagem ampla e integrada e do incremento de equipes multidisciplinares. Recomenda-se que o atendimento se baseie em protocolos de orientação que padronizam a assistência de maneira a torná-la mais eficaz (COCCO; SILVA; JAHN, 2010).

É comum que as vítimas de abuso apresentem sinais físicos bem evidentes, bem como trauma emocional, o qual pode ser expresso por meio de reações ao toque durante o atendimento ou no momento da abordagem à criança, o que exige uma abordagem apropriada por parte da equipe (WOISKI; ROCHA, 2010).

Outros autores afirmam que as vítimas têm dificuldade em revelar a ocorrência do abuso, e muitas vezes essa descoberta se dá pelo fato de que as crianças costumam apresentar sinais comportamentais que denunciam o acontecido, e isso ocorre geralmente de forma acidental, mas que varia muito com a idade da criança (SOUZA; ASSIS; ALZUGUIR, 2002). Geralmente a emergência costuma ser o setor que mais recebe as vítimas de abuso infantil, considerando que é a porta de entrada para os processos médico-legais. Porém, alguns estudos caracterizam este setor como impróprio para o atendimento das vítimas, devido o volume de ocorrências, o que torna um ambiente inadequado para escuta/entrevista do paciente, e pela dificuldade de coleta de evidências do ato criminoso.

Crianças em idade escolar podem revelar o acontecido com mais facilidade, mas também podem esconder propositalmente, uma vez que, nesta fase, a criança passa a reconhecer a natureza tabu da sexualidade e a ter maior consciência das consequências sociais da revelação. Outro fato a ser analisado é que crianças mais velhas podem estar mais suscetíveis ao abuso sexual prolongado, devendo o profissional de saúde estar atento a isto. Nestes casos a revelação pode não ocorrer de forma imediata, as crianças podem preferir relatar suas histórias de abuso ao longo de uma terapia (SOUZA; ASSIS; ALZUGUIR, 2002).

Já as escolas são apontadas como ambientes nos quais grande parte dos casos de exploração e ASI é percebida, sendo posteriormente encaminhadas às instituições de saúde, a quem cabe o diagnóstico, e o tratamento e a notificação. No entanto, algumas instituições parecem não se encontrar preparadas para uma abordagem adequada deste problema (SOUZA; ASSIS; ALZUGUIR, 2002).

2.2.4 Capacitação de profissionais para o atendimento

Diante da conjuntura dos casos complexos de ASI, ao considerar a dificuldade do diagnóstico e as possibilidades terapêuticas restritas a cada caso, é extremamente importante a capacitação permanente dos multiprofissionais envolvidos na assistência com atividades de reflexão intra e extrapessoais, que promovam a identificação de falhas no atendimento, ou discrepâncias emocionais que provoquem uma situação ineficaz de abordagem da criança violentada (ALCOFORADO, 2018).

É fundamental, que as instituições de saúde que atendem as situações de abuso infantil, propiciem um ambiente de trabalho estruturado e de respaldo para os profissionais atuarem de maneira segura e eficaz, e ainda minimizando as dificuldades do manejo do ASI que são identificadas pelo sentimento de repúdio pelos agressores e pela negligência do responsável em proteger a criança destas situações (GARCIA; MACIEIRA; OLIVEIRA, 2017).

Neste sentido, faz-se importante o manejo psicológico destes profissionais, com a possibilidade de tutoria assistida, por meio da promoção do cuidado ao cuidador estabelecido e constante, para a correta adequação do atendimento e melhora da oferta de serviços.

2.2.5 Denúncia e notificação dos casos de ASI

Atualmente no Brasil, observa-se um aumento do número de denúncias de ASI, e de pesquisas que justificam a necessidade de uma maior articulação de serviços, mobilização externa e da conscientização dos profissionais sobre os direitos da criança, da mulher e do adolescente. A notificação de casos suspeitos ou confirmados é obrigatória para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde, segundo o ECA. É considerada uma parte essencial da intervenção dos casos, à medida que favorece o acionamento do conselho tutelar e reduz situações de risco de abuso para as famílias uma vez que estabelece uma ponte com procedimentos legais (SOUZA; ASSIS; ALZUGUIR, 2002; GARCIA; MACIEIRA; OLIVEIRA, 2017).

Os profissionais que atendem diretamente as vítimas de abuso infantil, devem estabelecer um vínculo qualitativo com o processo de notificação, já que esta promove a atuação fundamentada na proteção da vítima, corroborando com um cenário de atendimento integralizado da rede de atenção à saúde.

A capacitação dos profissionais dos serviços de saúde deve partir das instituições por motivo de que estas apresentam aproximação com órgãos de treinamento, sendo dever destas a promoção da orientação criteriosa para identificação dos casos de abuso, por meio de etapas bem definidas no processo que compreende a abordagem, a identificação, a conduta, e o encaminhamento das vítimas e familiares (GARCIA; MACIEIRA; OLIVEIRA, 2017).

2.3 Missão no atendimento a vítima de ASI

Crianças e adolescentes são considerados pessoas de direitos garantidos pelo ECA, e, por esta razão, qualquer situação de violência que os envolvam como vítimas serão tratados e julgados conforme esta legislação (BRASIL, 1990). Com relação ao tratamento da vítima, é importante ressaltar que o acolhimento consiste na principal ferramenta de aproximação do profissional e da vítima, o qual promove a melhora das condições de resolutividade. Neste sentido, a sensibilização e orientação de gestores e profissionais envolvidos no atendimento as vítimas de ASI se faz necessário para o desenvolvimento da atenção integral à saúde da criança, adolescente e às famílias que se encontram em situações de risco de violência (UNICEF, 2012).

A abordagem envolve o trabalho junto à vítima e à família, estabelecendo uma linha de cuidado, articulada com o cuidado e a proteção social. Assim, neste tópico serão tratadas algumas questões importantes para a exposição da missão dos serviços de saúde (OLIVEIRA; MARQUES; SILVA, 2015).

2.3.1 Assistência humanizada à vítima de ASI

A assistência humanizada em saúde refere-se à aproximação da relação entre os profissionais de saúde e os indivíduos que procuram pelos serviços, sendo esta composta por questões relacionadas à confiança, vínculo, respeito, interação e comunicação entre as pessoas que ofertam e as que recebem o serviço. No que tange ao atendimento pediátrico, a humanização requer mais requinte e delicadeza, ao considerar a terapêutica de um organismo ainda imaturo e em desenvolvimento, além de carregar consigo o peso de uma família ansiosa por informações (BRASIL, 2010; BRASÍLIA, 2011).

Quanto à abordagem de vítimas de ASI, os profissionais precisam compreender a necessidade da promoção de um ambiente favorável ao diálogo, para que os casos suspeitos possam ser investigados e compartilhados entre as disciplinas, de forma articulada, organizada e multissetorial. O processo de auxílio e apoio a criança abusada sexualmente exige um conjunto orientado de ações e serviços, que propiciem a terapêutica, tanto da vítima, quanto da sua família, com atitudes profissionais protetivas e integrais a saúde da criança.

Neste sentido, os profissionais presentes dentro dos serviços que recebem casos de ASI devem assumir uma postura ética e interdisciplinar, ao perceber que a intervenção não se limita apenas à sua área de atuação, mas envolve as demais habilidades e conhecimentos (BRASIL, 2010; BRASÍLIA, 2011).

De acordo com Santana e Santana (2016), o feeling da escuta qualificada é a principal ferramenta na construção do vínculo com a criança, permitindo observar e aceitar o que eles falam, recuperando a cultura da abordagem singular, ou seja, com foco individualizado do ser.

Outro item importante no atendimento humanizado é não permitir que a vítima se sinta culpada pelas situações sofridas, deixando claro que o que ocorreu não foi culpa sua. Assumir uma postura de sigilo e orientação, sem prometer algo que não possa ser cumprido, e ainda favorecer o diálogo aberto de informações e intervenções que serão realizadas a partir daquele momento. Evitar a revitimização, com a repetição das mesmas informações a vários profissionais, prevenindo a ressalva do sofrimento (BRASÍLIA, 2011). É recomendado utilizar uma linguagem entre vistas, permitindo a criança olhar e ser olhada, e promovendo a multiplicação das informações em um ambiente apropriado para tal (BRASIL, 2010).

Entretanto, o acolhimento só se apresenta-se viável se for compreendido como uma linha de cuidado, uma ação contínua em todos os locais e momentos do processo de produção de saúde. Colocar em prática a ação do acolhimento requer uma atitude de mudança nos serviços de saúde, que envolve a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica; melhorias na organização dos serviços de saúde; maior qualidade das ações de saúde; a humanização das relações em serviço; a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; e a governabilidade das equipes locais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

2.3.2 Acolhimento

O acolhimento é um espaço integrador, entre o profissional de saúde e o usuário do serviço, e nos casos que envolvem pacientes infantis, deve ser o primeiro passo para a inserção destes nas possíveis terapias identificadas após o diagnóstico. Em situações de ASI, o acolhimento é considerado um fator determinante para a identificação da vítima, do agressor e de todo o contexto do ato do abuso (SANTANA; SANTANA, 2016).

A qualidade do acolhimento é fundamental para a identificação dos casos de violência, mesmo nos mais dificultosos, e maximiza as possibilidades de intervenções qualificadas e do acionamento da rede de atenção. A criação de um ambiente seguro e confiável favorece a conversa aproximada e desinibição nos casos em que a criança se sinta constrangida de relatar a situação do abuso na presença dos pais. É importante ressaltar que a escuta qualificada significa a valorização do discurso da criança, considerando os relatos espontâneos, evitando julgamentos e comentários censurados.

De acordo com Oliveira, Marques e Silva (2015), no acolhimento é importante estabelecer uma relação empática com os familiares, permitindo que estes compreendam que o maior objetivo é a proteção da criança, e será por meio desta conversa que será estipulado o acompanhante da criança durante esse período, se for necessário. Neste sentido, o acolhimento consiste na melhor alternativa de comunicação entre a vítima e o serviço de saúde, promovendo o contato estreitado entre as partes, valorizando os relatos da criança e da família e propiciando a continuidade qualificada da assistência.

2.3.3 Atendimento

O atendimento das vítimas de ASI nunca deve ser realizado de forma individual, mas concomitante às outras profissões. Neste sentido, é importante ressaltar a necessidade de ações articuladas de reflexão coletiva acerca das ações do serviço de saúde, das dificuldades do tratamento e dos contextos diversos nos quais as instituições de saúde estão inseridas, para garantia qualificada dos direitos das crianças (BRASÍLIA, 2011).

É válido ressaltar que os serviços necessitam estabelecer uma linha de cuidado, como já mencionado anteriormente, por meio de fluxogramas, protocolos ou

diagramas para padronização do atendimento e articulação dos cuidados, atentando para a evolução do atendimento em um único prontuário, seja ele físico ou virtual, com todas as informações relatadas pela criança, familiar ou acompanhante. O registro em prontuário deve ser precedido pela assinatura e carimbo do profissional que realizou o atendimento, para respaldo legal, além de todas as informações nos aspectos subjetivos, objetivos, avaliativos e de prescrições/conduas executadas (BRASIL, 2010).

As instituições de saúde, para melhor realização dos atendimentos as vítimas devem estar equipadas com telefones, instruções e recursos ao alcance de todos os colaboradores, como forma de facilitação de acesso dos usuários aos demais serviços da rede de saúde e de proteção à criança (UNICEF, 2012). Por fim, o engajamento dos profissionais em um sentido único de modelo de atenção, promove a equidade no sistema de apoio, além da organização e padronização do fluxo que contribuem à resolutividade de casos.

2.3.4 Atitude dos profissionais

As ações dos profissionais de saúde do hospital devem ser norteadas pela sequência estipulada pelos protocolos institucionais, os quais deverão abordar as competências e responsabilidades de cada profissional do serviço. Deste modo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), define algumas atitudes positivas para a abordagem terapêutica dos casos de ASI:

- Garantir o direito à individualidade e à singularidade de cada família e de cada vítima;
- Garantir o atendimento específico da saúde sem prejuízo das ações de proteção, e inversamente;
- Estimular a criança ou o(a) adolescente e suas famílias a adotarem estratégias de proteção para enfrentarem as dificuldades geradas a partir do momento da publicação da violência sofrida;
- Oferecer orientações e suporte para que a criança ou adolescente possa compreender com mais clareza o processo que está vivendo;
- Ouvir, atenta e exclusivamente, a criança ou o adolescente. Evitar interrupções, para não fragmentar todo o processo de confiança adquirido. Se necessário, primeiramente, conversar sobre assuntos diversos,

podendo contar com o apoio de jogos, desenhos, livros e outros recursos lúdicos;

- Demonstrar segurança durante o atendimento, a fim de fortalecer a confiança;
- Evitar que a ansiedade ou curiosidade do profissional leve-o a pressionar o paciente ou sua família para obter informações. Procurar não perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida;
- Permitir que a criança ou o adolescente se expresse com suas próprias palavras, respeitando seu ritmo. Perguntas que obriguem a precisão de tempo devem ser sempre associadas a eventos comemorativos, como Natal, Páscoa, férias, aniversários e outros;
- Utilizar linguagem simples e clara para que a criança ou o adolescente compreenda o que está sendo dito. Utilize as mesmas palavras usadas pela criança (para identificar as diferentes partes do corpo, por exemplo). Se a criança perceber que o profissional reluta em empregar certas palavras, ela poderá também relutar em usá-las.
- Conversar com a criança ou o adolescente se você, como profissional, está, de fato, compreendendo o que ela está relatando;
- Expressar apoio e solidariedade por meio do contato físico com a criança/adolescente apenas se ela/ele assim o permitir. O contato físico entre o profissional e a criança ou o(a) adolescente pode fortalecer vínculos e, principalmente, transmitir segurança e quebrar ansiedade;
- Explicar à criança/adolescente o que irá acontecer em seguida, como a equipe irá proceder, ressaltando sempre que ela estará protegida;
- Analisar, sempre em equipe, as soluções possíveis para as situações de violências suspeitas ou confirmadas. A tomada de decisão das medidas de proteção a serem adotadas em cada caso deve ser sempre em conjunto, apoiada em evidências, após prestar acolhimento e atendimento;
- Refletir durante o processo do atendimento quando será o melhor momento e a forma de o Conselho Tutelar ser comunicado e sempre informar a criança, o(a) adolescente e/ou a família sobre o procedimento que será feito.

Pode-se afirmar que as crianças vítimas de qualquer tipo de violência sexual que recorram ao atendimento hospitalar precisam ser atendidas de forma a serem preservadas de maiores traumas, visto já estarem bastante fragilizadas, requerendo-se então a elaboração de um Protocolo de Atendimento a ser implementado nos hospitais.

3 MÉTODO

No presente Capítulo, apresentam-se os Procedimentos Metodológicos da pesquisa, iniciando-se pelo desenho da pesquisa e definição da área de estudo, a caracterização do universo da pesquisa, incluindo os critérios de inclusão e exclusão seguindo-se então, a indicação dos requisitos para a elaboração, implementação e avaliação do Protocolo de Atendimento Humanizado à Vítimas de ASI e as considerações éticas para a execução da pesquisa.

Trata-se de um pesquisa aplicada, que, segundo Fleury e Werlang (2017, p. 11), “concentra-se em torno dos problemas presentes nas atividades das instituições, organizações, grupos ou atores sociais”, uma vez que “está empenhada na elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções”; com abordagem qualitativa, visto que “está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo”(POPE; MAYS, 2005, p.13).

Foi realizado a partir de um Estudo de Caso, uma vez que é um procedimento utilizado na intervenção clínica com objetivo de compreensão e planejamento da intervenção, destacando-se pela possibilidade de integração de diferentes técnicas e campos do conhecimento no HUMAI-UEPG, do tipo pesquisa-ação, por se caracterizar como um método intervencionista.

E na formato pesquisa-ação porque, de acordo com Thiollent (2002), é um tipo de pesquisa social qualitativa aplicada, que objetiva “a geração de conhecimentos para aplicação prática e é dirigida à solução de problemas específicos” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 20), com base empírica, seja, cujas conclusões serão advindas das evidências empíricas concretas e verificáveis, sendo que sua concepção e realização deve estar estreitamente associada com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, sendo que os pesquisadores e participantes precisam necessariamente estarem envolvidos de forma participativa ou cooperativa.

Pode-se dizer que é um método cuja pesquisa deve ser orientada para elaborar diagnósticos de uma realidade, depois identificar seus problemas e então, buscar as soluções a serem aplicadas.

Para Lindgren, Henfridsson e Schultze (2004), a pesquisa ação é caracterizada como um método intervencionista na medida que o pesquisador pode testar hipóteses sobre o fenômeno a ser pesquisado, e então realizar sua

implementação possibilitando mudanças na realidade onde está inserido, não sendo responsável somente pela geração de conhecimento junto aos atores envolvidos no contexto onde o problema é identificado, quanto também, pela aplicação desse conhecimento, visto que, de acordo com Thiollent (1986, p. 7), a pesquisa-ação, “além da participação, supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro, que nem sempre se encontra em proposta da pesquisa participante”.

Já na concepção de Gil (2006, p. 60), a pesquisa-ação “é um método que exige o envolvimento ativo do pesquisador e ação por parte das pessoas ou grupos envolvidos no problema” sendo “apropriado para conhecer e intervir na realidade social, graças à sua capacidade de estar em contato com os problemas reais”.

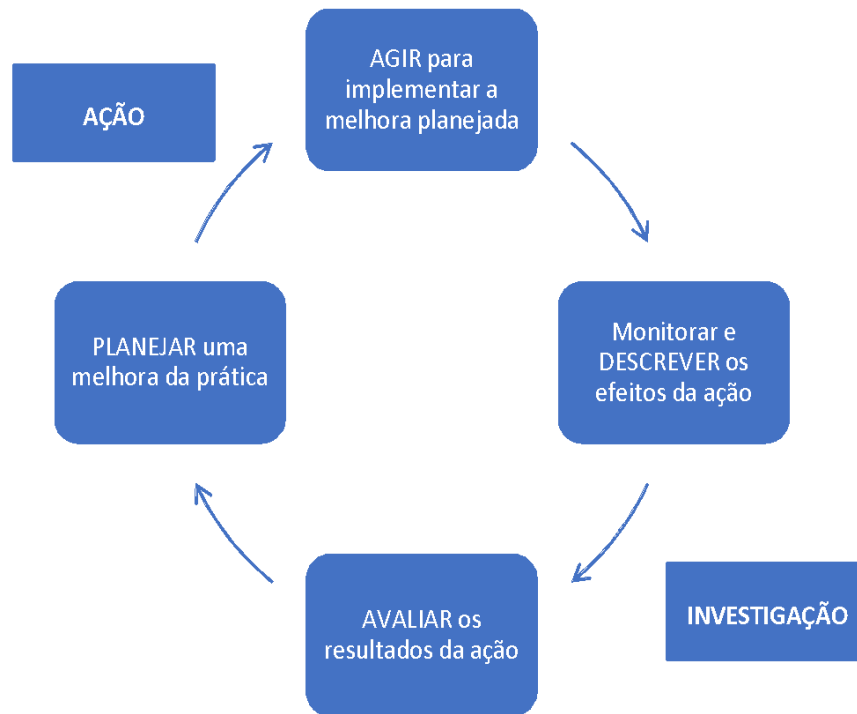
Trata-se da união entre uma pesquisa teórica e um objetivo concreto, que possibilitem a busca da compreensão de todo o processo, por meio de ações práticas, com a participação ativa do pesquisador que deverá equacionar os problemas encontrados, fazer o acompanhamento e a avaliação das ações definidas sob a perspectiva da busca pela solução dos problemas de acordo com Thiollent (1986).

Na pesquisa-ação deve haver uma interação entre o pesquisador e os membros da organização pesquisada, ou seja, o campo de estudo, o que facilitará a coleta de dados mais significativos e de forma mais acessível (EDEN; HUXHAM, 2001). Para Thiollent (1986, p. 18), a pesquisa-ação tem dois objetivos principais: a proposição pelo pesquisador de soluções concretas para os problemas definidos, através de atividades transformadoras; e a obtenção de informações e conhecimentos que, sem a integração com o grupo pesquisado, seria muito difícil de ser obtidas com a aplicação de outros meios metodológicos.

De acordo com Thiollent (1996), após a identificação do problema sob o ponto de vista dos sujeitos que o identificam (pesquisadores) e o vivenciam (grupo participante), haverá a construção de movimentos que busquem responder com a maior eficiência possíveis os problemas reais encontrados, por meio de ações práticas facilitadoras e que gerem impactos positivos no campo de estudo. Entretanto, deve-se ter ciência de que quando se trata do desenvolvimento dos aspectos práticos que se referem à concepção, organização e operacionalização da investigação, esses momentos não serão rigorosamente sequenciais, requerendo uma flexibilidade e a possibilidade de adequação das “rotas”, na medida em que o pesquisador e o grupo participante acreditem que sejam necessárias para a busca de soluções para o problema.

Para Tripp (2005), a pesquisa-ação é um dos inúmeros tipos de investigação-ação, definida como “qualquer processo que siga um ciclo qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela”, seguindo o ciclo básico apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Diagrama de Investigação-ação



Fonte: Adaptado de Tripp (2005, p. 446)

O diagrama da Figura 2 indica, de acordo com Tripp (2005, p. 446), que o processo de “investiga-ação”, segue o mesmo ciclo, “a solução de problemas, por exemplo, começa com a identificação do problema, o planejamento de uma solução, sua implementação, seu monitoramento e a avaliação de sua eficácia” e a pesquisa-ação também segue este ciclo.

O presente trabalho, seguiu o planejamento metodológico, proposto por Thiollent (2002), bem como apresentados por Gil (2006) e Engel (2000), expostos no Quadro 5.

Quadro 5 - Planejamento metodológico da pesquisa

| FASES | Descrição das ações modelo Thiollent (2002) |
|----------------------|--|
| 1. FASE EXPLORATÓRIA | Determinação do campo de investigação; |
| | Determinação das expectativas dos interessados; |
| | Visitas preliminares e consulta à documentos diversos; |
| 2. PROBLEMATIZAÇÃO | Formulação do problema; |
| | Formulação de objetivos teóricos e práticos; |

| | |
|----------------------------------|---|
| 3. CONSTRUÇÃO DE HIPÓTESES | Construção de hipóteses; |
| 4. SEMINÁRIOS/REUNIÃO DE ESTUDOS | Reunião entre pesquisadores e membros significativos e representativos do grupo pesquisado com o objetivo de recolher e debater propostas das ações a serem realizadas; |
| 5. SELEÇÃO DE AMOSTRAS | Determinação dos elementos a serem pesquisados; |
| | Seleção de amostra quando o universo pesquisado se apresentar numeroso e disperso; |
| 6. COLETA DOS DADOS | Determinação das técnicas de coleta de dados; |
| | Aplicação das técnicas de acordo com a dinâmica da interação entre o pesquisador e o grupo pesquisado; |
| 7. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO | Determinação dos procedimentos de análise; |
| | Discussão e interpretação dos dados coletados; |
| | Organização dos resultados em quadros explicativos; |
| 8. ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO | Elaboração dos objetivos e indicação dos benefícios; |
| | Elaboração de procedimentos de motivação e participação do grupo pesquisado; |
| | Determinação e concretização das tarefas e ações; |
| | Determinação das formas de controle das ações e avaliação dos resultados; |
| 9. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS | Divulgação dos resultados no meio acadêmico. |

Fonte: Thiollent (1986)

Contextualizando as fases e ações com a pesquisa propriamente dita, na Fase 1 - Exploratória, realizou-se a escolha do campo, o HUMAI, tendo em vista que esta pesquisadora trabalhou como Gerente Administrativa dessa instituição de saúde, atuando como Administradora, tendo proximidade com os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde que realizavam os atendimentos dos casos de ASI

Nessa fase inicial (Fase 1), buscou-se obter um diagnóstico inicial a partir de observações dos profissionais que realizavam o atendimento às vítimas de ASI que realizavam relatórios/prontuários, no diálogo com. Todos os profissionais participantes da pesquisa que responderam a um questionário (Apêndice B), quando buscou-se sobre como eram realizados os atendimentos dessas crianças para que estas não se sentissem mais expostas, mais fragilizadas e as respostas foram de que apesar de existir um protocolo oficial não havia um procedimento padrão para o atendimento, identificando-se um nó-crítico que apontava para a necessidade de uma intervenção nessa realidade, bem como a realização de um levantamento de dados sobre a questão dos casos de assédio sexual atendidos pelo HUMAI a partir de uma análise documental preliminar dos casos, cujos resultados suscitaram a execução da presente pesquisa-ação, a qual a expectativa tanto da pesquisadora quanto do grupo

participante era a Elaboração e Implementação de um Protocolo para atendimento de as crianças vítimas de abuso sexual.

A Fase 2: Problematização, ocorreu após a sensibilização ao problema, sendo formulado a pergunta problema que nortearia todo o planejamento metodológico para a realização da pesquisa-ação, sendo que a pergunta problema identificada foi: quando se visualizou a necessidade de melhorar o acolhimento às crianças vítimas de abuso sexual, mas como fazer isso? Dessa forma, esse estudo visa investigar como melhorar o acolhimento/atendimento às vítimas de abuso sexual infantil.

A pesquisadora, juntamente com o grupo participante, compreende que tanto a criança, quanto seus familiares passam por momentos, além de físico, psicologicamente devastadores, requerendo dos profissionais de saúde um atendimento personalizado e com extremo cuidado para a minimização de traumas durante os procedimentos, percebendo-se que o desafio se constituir um Protocolo de atendimento e implementá-lo em conjunto com os profissionais atuantes do HUMAI.

Nessa fase também se definiu como objetivo geral verificar como melhorar o acolhimento/atendimento às vítimas de abuso sexual infantil. Para tanto, foram definidos como objetivos específicos:

- Descrever aspectos que constituem o fenômeno do abuso sexual de crianças;
- Elaborar e propor um protocolo de atendimento para as crianças vítimas de ASI; e,
- Implementar como estudo piloto o protocolo de atendimento para as crianças vítimas de ASI desenvolvido neste estudo.

Na Fase 3: Construção de Hipóteses, partindo-se do pressuposto que a elaboração de um protocolo contendo as informações e orientações necessárias para esses profissionais possa fornecer uma padronização e organização no atendimento, torna-se assim essencial para que a vítima não sofra uma nova forma de trauma no atendimento.

A instituição de um protocolo de atendimento que possa ser seguido pela equipe multidisciplinar de saúde é importante para que se possa trabalhar de forma articulada, organizada e de forma multisetorial. Pode ser extremamente importante e

eficaz no atendimento e mais humanizado, nos quais os constrangimentos e efeitos negativos sejam minimizados.

Entende-se que o processo de atendimento deve ser contínuo e articulado, privilegiando a construção do vínculo com as famílias, peças fundamentais de toda a intervenção. A partir deste trabalho conjunto, devem ser providenciados meios para a formação contínua dos profissionais, para que os mesmos tenham conhecimento sistematicamente atualizado.

Na Fase 4: Seminários, foram realizadas 6 (seis) reuniões entre a pesquisadora e o grupo de profissionais participantes da pesquisa com duração de 2 (duas) horas cada uma totalizando carga horária de 12(doze) horas para o desenvolvimento do Protocolo de Atendimento de crianças vítimas de ASI. O cronograma foi definido após cada um dos integrantes do grupo participante assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A Fase 5: Seleção dos participantes da pesquisa, como a pesquisa-ação permite uma flexibilização em suas etapas, foi realizada já na Fase 1 - Exploratória, a qual apresenta-se em um tópico separado neste capítulo, juntamente com os critérios de inclusão e exclusão desses participantes na pesquisa.

A Fase 6: A coleta de Dados, foi realizada durante todo o desenvolvimento da pesquisa, inicialmente com base em fontes documentais do hospital, por meio de questionário e de anotações em diário de campo, observação, foto, gravações de áudio durante as reuniões para que se identificar e comprovar a necessidade da elaboração de um Protocolo de Atendimento. Para tanto, foram realizadas todas as anotações dos principais pontos discutidos e reflexões, bem como as decisões acerca de todo o processo de elaboração do novo Protocolo de Atendimento.

Na Fase 7: Análise e Interpretação, todos os dados coletados durante as reuniões com os profissionais participantes da pesquisa serviram como base para a elaboração do Protocolo de Atendimento à Crianças vítimas de ASI. O documento foi enviado aos mesmos, para que fizessem leitura propusessem alterações, as quais foram discutidas em 1 (uma) reunião entre a pesquisadora e o grupo participante para a elaboração do documento final do Protocolo.

Na Fase 8: Elaboração do Plano de Ação, foi realizada a reunião as quais foram discutidas ações para a implementação do Protocolo de Atendimento no HUMAI.

Dessa forma foi decidido que seria feito uma implementação piloto do novo protocolo de atendimento às crianças vítimas de ASI, pelos próprios profissionais participantes da pesquisa.

Na Fase 9: Análise e Divulgação dos Resultados Descritos, pontualmente na presente Dissertação de Mestrado para elaboração de artigo a ser publicado em revista científica especializada, com objetivo de divulgação no meio acadêmico e científico.

3.1 Caracterização do processo de pesquisa e do universo da pesquisa

O município de Ponta Grossa está localizado no Segundo Planalto Paranaense, na região dos Campos Gerais e destaca-se na região Sul do Brasil, devido à sua posição geográfica e pela facilidade de acesso a todas as regiões do Estado. Possui importante entroncamento rododiferroviário, o município tem suas raízes no tropeirismo, na pluralidade étnica e nos caminhos da estrada de ferro, símbolos históricos e marcos referenciais ainda presentes no seu cenário urbano. Estende-se por uma área de 2.054,732 km², tendo uma população estimada de 348.043 habitantes, no ano de 2018 (IBGE, 2019; PONTA GROSSA, 2019).

O Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira foi fundado em 1996 e é a principal unidade de acolhimento às urgências e emergências da população pediátrica da região dos Campos Gerais, além de contribuir para a formação de diversos profissionais da área da saúde. O Pronto Atendimento Infantil (PAI) funciona 24 horas por dia e atua em sistema de livre demanda. O número total de atendimentos é variável, no ano de 2017 foi de 42.140 atendimentos e em 2018 este número saltou para 51.849 atendimentos, um aumento de aproximadamente 18,5% (PONTA GROSSA, 2019).

O hospital também conta com um Centro de Especialidades Pediátricas, cuja oferta de serviços ambulatoriais especializados atende à demanda regional de problemas de saúde que não podem ser plenamente diagnosticados ou orientados na rede básica de saúde por conta de sua complexidade. Os atendimentos são referenciados e programados no regime de consultas. Contempla consultórios para atendimento nas seguintes especialidades: cirurgia pediátrica, endocrinologia, hematologia, neonatologia, neurologia, pneumologia, psicologia e otorrinolaringologia (PONTA GROSSA, 2019).

Em 5 de maio de 2020, o Hospital Municipal Prefeito João Vargas de Oliveira passou por um período de transição com o Hospital Universitário da UEPG durante a pandemia de Covid 19, quando então ocorreu a mudança, através da legislação municipal -Lei Ordinária n. 13.983 (PONTA GROSSA, 2021) - passando então a ser intitulado Hospital Universitário Materno-Infantil (HUMAI).

3.1.1 Universo da pesquisa

O HUMAI conta com profissionais com formação superior na área da saúde que desempenham suas atividades dependendo da escala de trabalho, os atendimentos às crianças vítimas de ASI são realizados conforme escala. Desses profissionais atuantes somente 6 responderam ao questionário inicial (Apêndice B) e se disponibilizaram a participar dos seminários para elaboração do protocolo. Os profissionais participantes da pesquisa possuem formação nível superior em diferentes áreas da Saúde, sendo médicos, farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que fazem parte da equipe multidisciplinar de saúde no HUMAI e atuam no atendimento e acolhimento de crianças vítimas de abuso sexual levadas ao Pronto Atendimento Infantil (PAI).

3.1.2 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa

Foram selecionados e incluídos no grupo participante da pesquisa os profissionais de saúde que atuam no HUMAI esses profissionais possuem formação superior em diferentes áreas, com tempo mínimo de experiência na instituição igual ou superior a três meses, sendo que, somente aqueles que atuam diretamente no atendimento e acolhimento de pacientes no PAI serão considerados elegíveis ao estudo.

Aceitar participar ativamente das reuniões que seriam realizadas também foi um critério de inclusão e para tanto deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Como critérios de exclusão, o profissional da equipe multidisciplinar que não atuasse no atendimento desse tipo de ocorrência, não poderia participar do grupo, bem como profissionais que não aceitassem participar da pesquisa.

A coleta dos dados se deu por meio de seminários/reuniões de estudo, observação, anotações em diário de campo e questionário no Google Forms.

3.2 Requisitos para a elaboração do protocolo de atendimento humanizado à vítima de ASI

A formulação do protocolo teve o intuito de fornecer orientações padronizadas à equipe multidisciplinar que atua no atendimento de crianças vítimas de ASI, para que as mesmas possam ser utilizadas como guias para a prática diária, pois possuem informações suficientes para orientar os procedimentos a serem realizados e a diluir desde dúvidas mais simples até problemas mais complexos.

O protocolo foi planejado de modo a refletir os mais rigorosos critérios da Medicina Baseada em Evidências, ao mesmo tempo, ser de fácil compreensão e aplicabilidade para que possa ser realmente útil na melhoria do atendimento aos pacientes, segundo as boas práticas de Saúde.

Ele se constituiu, portanto por uma parte introdutória que aborda aspectos conceituais da violência sexual infantil e dos demais aspectos gerais enquanto problema de saúde pública. A seguir, apresenta-se todas as recomendações para a assistência, tais como: fluxo de atendimento; atendimento multiprofissional; roteiro para notificações; fundamentos éticos e legais do atendimento às vítimas; assistência humanizada no atendimento às vítimas; orientações para a ação dos profissionais; atitudes que devem ser tomadas; posturas que devem ser evitadas; apoio às vítimas; sigilo profissional.

Ressalta-se que o protocolo deverá ser sempre avaliado e atualizado, com o intuito de contribuir com os profissionais de saúde no diagnóstico, registro e notificação dos casos. Deve também contribuir para a prevenção e o melhor atendimento desse tipo de ocorrência.

3.2.1 Validação do protocolo

Conforme Vieira *et al.* (2020), o objetivo dos protocolos é a prestação de cuidados adequados, de maneira eficiente, para que a efetividade em uma situação clínica seja assegurada, bem como, trazer mais benefícios do que danos, auxiliar na tomada de decisão em situações específicas de cuidado, dar maior segurança à equipe multidisciplinar por reduzir a variabilidade das ações e possibilitar o monitoramento dos indicadores do processo e resultado, para que o atendimento seja seguro e de qualidade. Dessa forma, sua construção seguiu um rigor metodológico

para que seja possível a garantia de sua legitimidade e credibilidade, tornando-se fundamental o processo de validação desse protocolo.

Possibilitando desta forma que estes possam expressar sua opinião sobre a validade ou não do protocolo desenvolvido, por meio de uma construção participativa, sem, no entanto, pressupor um contato face a face, constituindo-se assim em uma estratégia apropriada para definir a validade do conteúdo do protocolo por permitir, ouvir e analisar, de forma sistemática a opinião de especialistas (FARO, 1997).

Desta forma, a análise possibilita um produto validado, que é o objetivo maior do Mestrado em Ensino de Ciência e Tecnologia da UTFPR-PG (Universidade Tecnológica Federal do Paraná, campus Ponta Grossa), que foi então, em um segundo momento, implementado como estudo piloto no HUMAI.

3.3 Considerações éticas

O termo de aceite foi devidamente preenchido e aprovado pela diretoria acadêmica do HUMAI autorizando a realização da pesquisa no local (Anexo B). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (Parecer n. 5.579.231; CAAE:46517720.5.0000.5547, respeitando os ditames da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e normas internacionais para pesquisas com seres humanos (Anexo A).

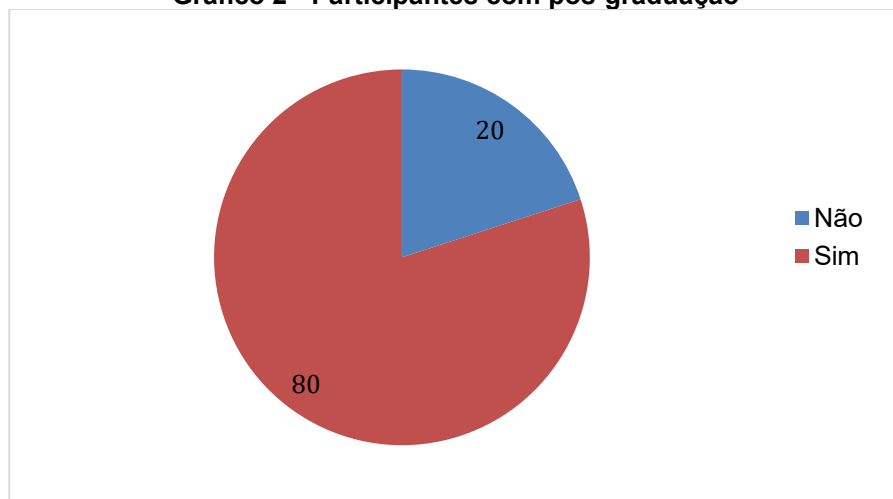
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A questão do atendimento às crianças vítimas de abuso sexual tem desencadeado diversas discussões devido ao elevado e crescente número de vítimas não só no Brasil, como em todo o mundo. Uma das constantes discussões refere-se à necessidade de humanização no atendimento à essas vítimas, que já chegam aos hospitais traumatizadas e todo o processo de atendimento precisa ser o menos invasivo e o cuidado o mais ágil e humano possível.

Para a definição de um perfil dos profissionais da equipe multidisciplinar atuante no HUMAI, foi perguntado sobre a formação educacional, sendo a amostra formada por 1 Médico; 1 Farmacêutico; 1 Enfermeiro; 1 Assistente Social, 1 Psicóloga e 1 Terapeuta Ocupacional, que atuavam diretamente no atendimento e acolhimento de crianças vítimas de abuso sexual, com média de idade de 34,6 anos de idade (menor idade - 26 anos; maior idade - 63 anos), atuando na área de formação profissional em média há 17 anos (menor tempo - 4 anos; maior tempo 40 anos).

Quanto a possuir curso de pós-graduação, 80% dos participantes afirmaram possuir pós-graduação concluída enquanto 20% afirmaram não ter pós-graduação, conforme o Gráfico 2.

Gráfico 2 - Participantes com pós-graduação



Fonte: Aatoria própria (2023)

Dos 80% dos participantes que afirmaram possuir pós-graduação concluída citaram as áreas de concentração: Saúde da Família, UTI, CCIH e Análise em Situação de Saúde, Saúde, Pediatra, Auditoria, Segurança do Paciente, Enfermagem Obstétrica e Gestão Hospitalar. Enquanto 20% não possuem, porém encontram-se

com a pós-graduação em andamento, sendo essas nas seguintes áreas Pediatria, Cirurgia, Auditoria, Segurança do Paciente, Gestão Hospitalar e UTI neonatal.

A formação continuada na área de saúde é extremamente importante, pois é essencial para garantir que os profissionais de saúde estejam atualizados sobre as mais recentes descobertas científicas, tecnologias e práticas clínicas. A área da saúde encontra-se em constante evolução e novas descobertas são feitas diariamente. Portanto, é crucial que os profissionais de saúde se mantenham atualizados para garantir que possam oferecer o melhor tratamento possível aos seus pacientes.

Conforme afirma Coswosk *et al.* (2018, p. 1):

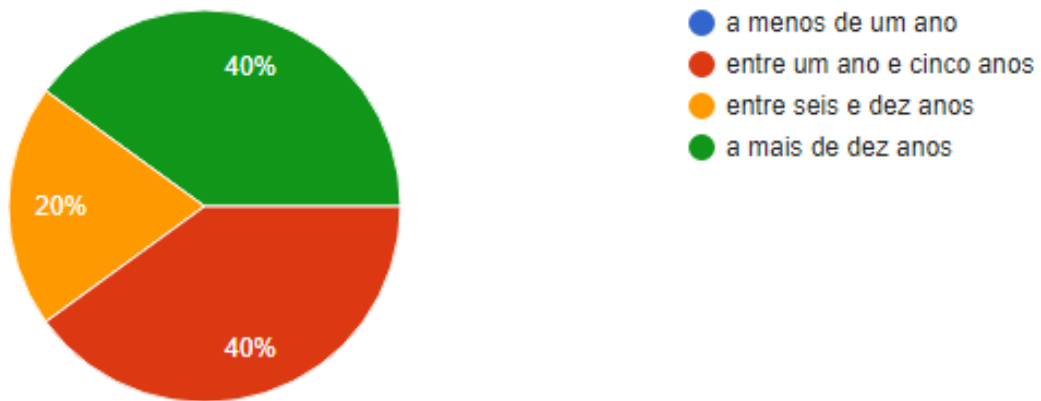
Educação continuada é sinônimo de práticas educativas contínuas, destinadas ao desenvolvimento de potencialidades para uma mudança de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de transformação de sua prática (IBID). É notável a importância da educação continuada entre os profissionais de saúde, impedindo a estagnação profissional e pessoal desses elementos, gerando um processo influente no desenvolvimento crítico e na percepção de que a busca de ensino é instrumento para aprendizagem.

A formação continuada também ajuda os profissionais de saúde a aprimorarem suas habilidades e conhecimentos técnicos. Eles podem aprender novas técnicas cirúrgicas, descobrindo novas maneiras de diagnosticar e tratar doenças, aprimorando suas habilidades de comunicação com os pacientes e muito mais. Isso não beneficia apenas os pacientes, mas também ajuda os profissionais de saúde a progredirem em suas carreiras e serem mais bem-sucedidos em suas profissões.

Outro aspecto importante da formação continuada na área de saúde é que ela ajuda a manter os profissionais atualizados sobre as mudanças nas leis e regulamentações governamentais. As leis e regulamentações na área da saúde encontram-se em constante mudança e evolução. Portanto, é importante que os profissionais de saúde entendam as implicações dessas mudanças e estejam preparados para se adaptarem.

Quando questionados em relação ao tempo de atuação no atendimento voltado especificamente ao atendimento infantil, 40% dos profissionais afirmaram que atuam há mais de dez anos na área; enquanto 40% atuam entre um ano e cinco anos e 20% entre seis e dez anos. Nenhum entrevistado atua no atendimento infantil há menos de um ano, conforme indicado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Tempo de atuação dos profissionais no atendimento infantil



Fonte: Autoria própria (2023)

O tempo de serviço é extremamente importante para os profissionais de saúde que trabalham no atendimento de casos de abuso sexual infantil. Esse tipo de trabalho pode ser emocionante e desafiador ao mesmo tempo, exigindo uma grande quantidade de habilidades técnicas e psicológicas.

Os profissionais de saúde que com mais experiência na área de abuso sexual infantil encontram-se mais familiarizados com as nuances da abordagem, avaliação e tratamento dos casos específicos. Eles podem estar mais preparados para trabalhar com a complexidade dos casos e entender melhor como proceder com a vítima, seus familiares e o agressor.

Os profissionais de saúde possuem um papel significativo em todo este processo, pois eles podem agir desde a identificação dos sinais físicos e comportamentais ao tratamento de agravos, notificação e acompanhamento dos casos, bem como do desenvolvimento de ações educativas junto às famílias e à comunidade, conforme destacam Costa *et al.* (2015).

Todo este arcabouço profissional vai se construindo ao longo do tempo, visto que, com a experiência adquirida e a vivência do trabalho, é possível o acesso a recursos como protocolos de tratamento atualizados, estratégias para trabalhar com crianças traumatizadas e apoio emocional para lidar com os desafios de trabalhar com vítimas de abuso sexual infantil.

Ademais, o tempo de serviço pode permitir que os profissionais de saúde construam relações de confiança com os pacientes e suas famílias, o que pode ser fundamental para garantir que as vítimas se sintam seguras e protegidas durante todo o processo de tratamento.

Contudo, importante ressaltar que o tempo de serviço por si só não é suficiente para garantir que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com casos de abuso sexual infantil. A formação continuada é essencial para garantir que os profissionais de saúde estejam atualizados sobre as melhores práticas, protocolos de tratamento e pesquisas em andamento na área.

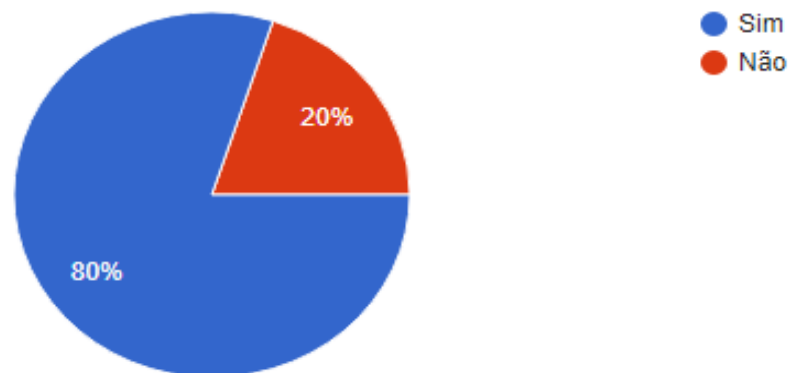
Mattar *et al.* (2007) abordam em seu estudo a questão da assistência multiprofissional à vítima de violência sexual, a importância do tempo de serviço juntamente da formação continuada, visto que as discussões de caso tornam o assunto mais próximo do profissional/estudante, fazendo com que estes tenham uma visão mais ampla e estejam mais capacitados a prestar assistência adequada às vítimas.

Uma vez que a formação continuada é um caminho de diversas possibilidades, que permite às pessoas que o transitam desenvolver-se, construir as relações que as levam a compreender continuamente seus próprios conhecimentos e os dos outros e associar tudo isso com suas trajetórias de experiências pessoais (ALVARADO-PRADA; FREITAS; FREITAS, 2010, p. 370).

Ao serem indagados se já realizaram atendimentos a algum(a) paciente pediátrico suspeito(a) de ter sido abusado(a) sexualmente, 100% dos profissionais entrevistados responderam que sim.

Ao serem perguntados sobre o conhecimento acerca de um protocolo da instituição que regulamenta o fluxo de acolhimento do paciente vítima de abuso sexual infantil, 80% respondeu que conhecia, enquanto 20% responderam que não conhecia, conforme observado no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Conhecimento dos profissionais acerca do protocolo que regulamenta o fluxo de acolhimento do paciente vítima de abuso sexual infantil



Fonte: Autoria própria (2023)

Os sujeitos participantes responderam que conheciam o protocolo da instituição que define o fluxo do atendimento, ou seja, 80% dos entrevistados foram questionados se consideravam o fluxo adequado às necessidades identificadas na rotina de acolhimento e 20% responderam não ter conhecimento do fluxo.

Foi então solicitada a opinião dos sujeitos participantes quanto aos pontos positivos que podiam ser apontados em relação ao protocolo existente no fluxo de atendimento ao paciente vítima de abuso sexual infantil em sua rotina de trabalho e em quais aspectos funcionavam bem, ilustrada nas seguintes respostas:

Abordagem rápida e equipe multiprofissional (Profissional A)

Bom posicionamento da equipe, tratamento da situação com devido sigilo, manter o paciente em ambiente isolado como cuidado com o mesmo, assistência de forma acolhedora (Profissional D)

A existência de uma equipe multidisciplinar para atender a esses pacientes para tentar evitar maiores traumas (Profissional F)

Pelas respostas se evidencia que os profissionais participantes da pesquisa consideram como ponto positivo a qualidade da equipe multidisciplinar que prontamente atendem às vítimas de ASI com cuidado para minimizar traumas.

Todavia, quando questionados sobre quais as principais dificuldades encontradas no atendimento aos pacientes vítimas de abuso sexual infantil, os profissionais participantes da pesquisa apesar de julgarem o protocolo já estabelecido dentro da instituição adequado, apontaram dificuldades para o atendimento dessas vítimas chamando a atenção para algumas questões:

Repetição de questionamentos, onde a vítima precisa reviver inúmeras vezes os fatos (Profissional A)

Social e local de acolhimento (Profissional B)

Chegar com delicadeza na Criança (Profissional C)

Obter um relatório completo por parte da vítima, conflitos familiares que interferem no contexto (Profissional D)

Constrangimento no atendimento por falta de preparo para esse tipo de problema (Profissional E)

Necessidade de maior empatia com as vítimas e maior agilidade no processo (Profissional F).

As respostas remetem à necessidade de se rever o protocolo de maneira a minimizar a quantidade de vezes em que a vítima e/ou familiar tem que repetir a mesma história, uma vez que toda vez que a vítima e/ou familiares precisam repetir o fato ocorrido eles precisam relembrar a situação vivenciada, o que pode ocasionar posteriormente um trauma nos mesmos. Desta forma devem ser implementadas ferramentas que possibilitem a articulação da equipe multiprofissional, para que a equipe troque as informações necessárias e pertinentes entre si e não coloque a vítima e a família em uma possível situação de risco.

No que se refere à importância de se ter um local adequado para o acolhimento, a preparação adequada do profissional para realizar tal intervenção com a devida agilidade e tratando a situação com empatia. A realização deste acolhimento é importante para que a criança se sinta segura durante toda a intervenção e para que assim possam ser realizadas também uma escuta qualificada com a criança e seus familiares a respeito de como a violência sexual ocorreu e os seus determinantes. Com a realização desses processos é possível compreender como o mesmo ocorreu e realizar os encaminhamentos necessários para que haja uma proteção integral dessa criança.

Diante disso, é possível o profissional obter um relatório completo de toda a situação e que tal relatório possa ser disponibilizado aos demais profissionais responsáveis para dar o andamento correto dos procedimentos, o que corrobora com Whoo (2017, p.5) quando afirma:

A linha de cuidado deve garantir o atendimento às vítimas em tempo hábil e de acordo com suas necessidades e desejos; priorizar as necessidades médicas imediatas e suporte de primeira linha; tornar o ambiente e a maneira como os cuidados estão sendo prestados adequados à idade, bem como sensível às necessidades daqueles que enfrentam discriminação relacionada à orientação sexual; minimizar a necessidade das vítimas se deslocarem a vários pontos de atendimento dentro da unidade de saúde; capacitar cuidadores na compreensão de possíveis sintomas e comportamentos que a criança ou adolescente pode apresentar nos próximos dias ou meses e quando buscar mais ajuda.

Um fluxo de atendimento bem estruturado é fundamental para diminuir o tempo no atendimento e a dor da criança em reviver a violência sofrida, que devem ser tratadas com empatia e de forma humanizada, para que o processo seja mais célere e menos traumático. Uma vez que os profissionais que realizam o atendimento as crianças vítimas de violência se encontram diante do desafio de evitar formas traumáticas de intervenção e ao mesmo tempo não serem negligentes no momento da intervenção (FERREIRA; SCHRAMM, 2000).

Para tanto, deve haver uma estrutura de acolhimento que possibilite principalmente a proteção integral dessa criança e o acompanhamento das famílias das vítimas que certamente estarão abaladas pelo ocorrido.

Pelo o que se pode apurar no decorrer das pesquisas é que os profissionais participantes não tinham se dado conta sobre a necessidade de melhorar o protocolo de atendimento à criança vítima de violência sexual, mas que no decorrer das discussões isso foi ficando evidente a necessidade de haver um maior detalhamento, pois o protocolo existente deixava margens para várias interpretações e ações diferenciadas pelos diferentes profissionais, não havendo uma padronização do procedimento, o que também possibilitou repensar sobre o local para tal atendimento e a necessidade de ser mais acolhedor e confortável.

Santos *et al.* (2021, p. 19) enfatizam que:

A falta de um protocolo com o fluxo de atendimento impede que sejam ofertado o cuidado e a atenção necessária para lidar com os casos envolvendo crianças e adolescentes vítimas de violências, visto que nas situações analisadas a oferta dos serviços vem se mostrando precária, ou seja, as vítimas não têm sido acolhidas e atendidas pelos órgãos responsáveis em sua integralidade, além de ser constatado que o atendimento, na grande maioria das vezes, não é realizado de forma periódica e durável. Esse atendimento fragmentado, por vezes, sem chegar a conhecimento de todos os profissionais que compõem a rede de proteção ao público infanto-juvenil, faz com que o atendimento não seja adequado prejudicando de forma direta a vítima de violência, sem falar, que isso pode caracterizar uma violência institucional.

Outros aspectos que corrobora nesse processo é a burocratização dos serviços de saúde, que fragiliza o desempenho do serviço e a qualidade da assistência. (MACHADO *et al.*, 2018).

O fluxo de atendimento ao paciente vítima de abuso sexual infantil em sua rotina de trabalho foi colocado que deveria ser melhorado, por exemplo, o Profissional A declarou haverá “Exposição demasiada da vítima e dificuldade na coleta de dados e precisão das informações”, e o Profissional C respondeu “muitas vezes os próprios pais e o ambiente”.

Um ambiente acolhedor e livre de demasiada exposição ajudará no fluxo do atendimento da criança vítima de violência sexual. Entretanto, os participantes da pesquisa evidenciam exatamente a falta desse ambiente adequado no HUMAI, o que possivelmente resulta em maior constrangimento dessas vítimas, que se sentem assustadas e fragilizadas, inclusive pela pressão e muitas vezes falta de apoio dos próprios pais e familiares visto que, na compreensão de Silva (2016, p. 26):

[...] não obstante as consequências emocionais provocadas pelo abuso, quando essa violência é revelada ou descoberta, pode começar também um processo de revitimização, pois a sua revelação desencadeia preconceitos e concepções fundamentadas numa cultura que, devido a questões de poder que o adulto tende a manter sobre a criança, naturaliza a violência contra ela e a culpabiliza frequentemente pela violação sofrida.

Nesse contexto, ficam evidentes os pontos que deveriam ser modificados no acolhimento à pacientes vítimas de abuso sexual infantil. O Profissional A indicou que deveria ocorrer somente “uma entrevista e um exame físico, agilidade e menos exposição”, o que foi complementado pelo Profissional B apontou para o “Acolhimento Multiprofissional”, e o Profissional F citou um “ambiente acolhedor”.

A necessidade deste ambiente especial de acolhida, entrevista e exame foi ressaltado por Deslandes:

A boa interação médico-paciente também produz consequências nas outras fases do atendimento: exame físico, coleta de materiais para exames e notificação. A criança vitimizada, já traumatizada e fragilizada pela situação de abuso, ao sentir o apoio e a confiança do profissional e ser devidamente esclarecida sobre o que será feito durante o atendimento, se deixará examinar sem que isso lhe seja traumático, permitindo a coleta de materiais pertinentes à elucidação diagnóstica e ao tratamento (DESLANDES, 1994, p. 314).

É de suma importância que a criança se sinta segura nos ambientes em que serão realizados os procedimentos e os atendimentos em decorrência da violência

sexual que sofreu, pois isto permite que o atendimento seja realizado de uma forma mais ágil e eficiente, bem como não seja traumático para a criança passar por esses procedimentos.

Ao serem questionados se o fluxo de atendimento ao paciente vítima de abuso sexual infantil executado até então na instituição levava em conta a humanização do paciente, foram obtidos os seguintes posicionamentos:

Penso que em partes sim, mas devido a postura de cada profissional. (Profissional A)

Sim, pela empatia com o paciente. (Profissional B)

O fluxo é sem dúvida fundamental. (Profissional C)

Sim, no ambiente de trabalho em que atuei sempre foi dado devida importância e sigilo às situações relacionadas (Profissional D)

Os participantes no diagnóstico inicial expuseram que fluxo de atendimento leva em conta a humanização dessas crianças, na medida em que o profissional adota um posicionamento de empatia, mas que cabe à cada profissional essa atitude, levando sempre em consideração o sofrimento desses pacientes, não havendo uma padronização de ações.

Para Jeammet e Consoli (2000), a humanização no hospital deve partir do princípio de que cada paciente é um ser humano; logo, deve levar em consideração seus valores de referência.

Por fim, foi perguntado como os profissionais que atuam no acolhimento de crianças vítimas de abuso sexual podem atuar de forma mais humanizada com esses pacientes. As respostas foram as seguintes:

Primeiro conhecimento e capacitação no assunto para atendimento técnico de qualidade, após isso empatia e respeito, livre de qualquer julgamento. (Profissional A)

Com escuta humanizada, multiprofissional (Profissional B)

Não expondo a paciente a vários profissionais não capacitados (Profissional C)

Respeitando o paciente e acompanhante, atuando de forma acolhedora de forma a tranquilizar ambos, fornecendo suporte necessário e buscando resolver a situação da maneira menos traumática possível. (Profissional D)

Fazendo atualizações, treinamentos e seguindo protocolos (Profissional E)

As respostas obtidas enfatizam a necessidade de se ter o conhecimento para lidar com tais situações e para tal é muito importante uma constante atualização/formação para dar mais qualidade a esse acolhimento, acompanhados de empatia e evitar ao máximo a exposição da vítima e familiares já tão fragilizados, o que vem ao encontro da colocação de Ballone (2014, p, 27) sobre a humanização no atendimento:

Humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter constantemente um sorriso nos lábios, mas, além disso, é compreender os medos, angústias e incertezas, dando apoio e atenção permanente ao paciente. Humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos, continuamente, valorizando, no sentido antropológico e emocional, todos os elementos implicados na assistência. A humanização do atendimento, de fato, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, prestigiando a melhoria na relação hospitalar.

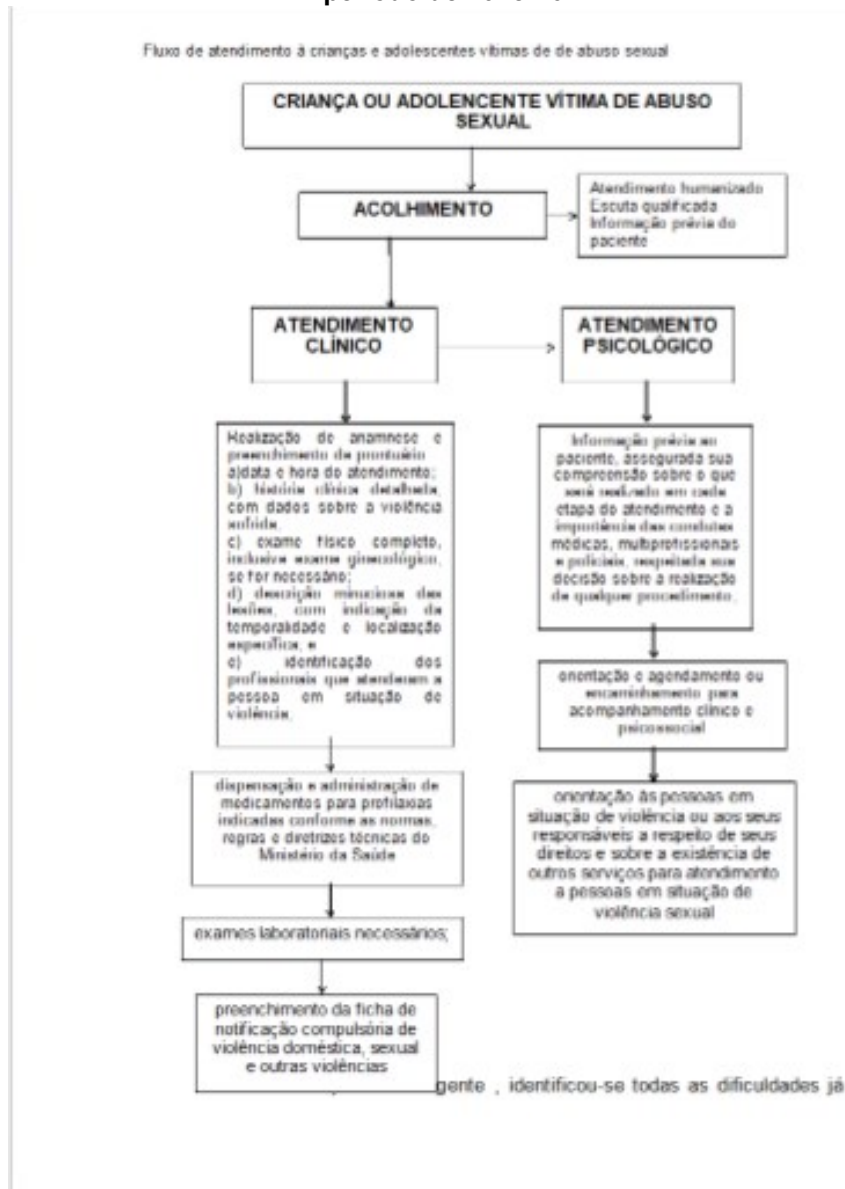
Por isso, é muito importante que os protocolos sejam bem estruturados e de conhecimentos de todos os profissionais envolvidos no processo, para que sejam seguidos de maneira consciente e responsável.

O diagnóstico inicial desta pesquisa apontou para a necessidade de mudança no protocolo de atendimento às crianças vítimas de ASI. Em relação ao fluxo que não era seguido dentro de uma padronização, conforme a fala de alguns profissionais: “a equipe multidisciplinar, não falava a mesma língua”, visto que, muitas vezes a criança era submetida a intervenções desnecessárias, “o tratamento nem sempre levava em conta os aspectos psicológicos e mais o físico”, “falta humanidade no trato dessas crianças que já sofreram”.

Percebeu-se haver inicialmente um posicionamento cauteloso por parte dos profissionais participantes da pesquisa, esse posicionamento pode ter se dado pelo fato da pesquisa ser algo que ficaria registrado formalmente e por medo de serem identificados e sofrerem retaliação.

Na Figura 3 observa-se o fluxo de atendimento às crianças vítimas de abuso sexual que era adotado como referência no Hospital da Criança João Vargas de Oliveira (HCPJVO) no período em que foi utilizado no período de 2018 à 2021. A construção deste fluxo tomou por base a determinação da Portaria n. 485/2014, do Ministério da Saúde.

Figura 3 - Fluxo de atendimento à crianças vítimas de abuso sexual usado no HCPJVO no período de 2018-2021



Fonte: Autoria própria (2023)

Na análise do protocolo vigente no início da pesquisa, foram identificadas as dificuldades já elencadas anteriormente e que não era claro os passos e procedimentos a serem seguidos pelos profissionais no momento do atendimento à vítima de ASI, visto que na figura acima citada somente existia o acolhimento, atendimento clínico e atendimento psicológico, não especificando o que cada profissional da equipe multidisciplinar iria realizar em sua abordagem.

Nesse contexto, após as discussões com o grupo de profissionais participantes da pesquisa evidenciou-se a necessidade de melhoria do protocolo existente para um protocolo que apresentasse um fluxo mais detalhado para o atendimento de crianças vítimas de ASI. No decorrer dos seminários, que foram

realizados durante seis reuniões, nas dependências do Hospital Universitário (HU), quando foram discutidos em cada um deles as partes que deveriam compor o protocolo de forma que o atendimento atendesse ao requisito de ser o mais humanizado possível.

No seminário inicial, realizado no decorrer dos meses de agosto/setembro de 2022, foi definido os requisitos básicos para a elaboração do protocolo de atendimento humanizado às vítimas de ASI, o qual é descrito a seguir.

A formulação do protocolo teve o intuito de fornecer orientações mais detalhadas para que os atendimentos pudessem ser padronizadas pela equipe multidisciplinar que atua com crianças vítimas de ASI, para que possam ser utilizadas como guias para a prática diária, contendo informações suficientes para orientar os procedimentos realizados e dirimir desde dúvidas mais simples até problemas mais complexos, foi planejado de modo a refletir os mais rigorosos critérios da Medicina Baseada em Evidências. Ao mesmo tempo, ser de fácil compreensão e aplicabilidade para que possa ser realmente útil na melhoria do atendimento aos pacientes, segundo as boas práticas de Saúde.

4.1 Elaboração de um novo protocolo: uma necessidade

Para a elaboração do novo protocolo no decorrer das reuniões com o grupo de participantes da pesquisa buscou-se fundamentação na legislação e normativas que tratam do assunto.

Apesar de as legislações e normativas referentes a violência intrafamiliar em diversas áreas já existirem, foi apenas em 2001 que as violências começaram a ser discutidas como uma questão de saúde por meio da Portaria GM/MS n. 737/01, a qual visava a necessidade de redução da morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Todavia, foi entre 1999 e 2004 que o Ministério da Saúde - MS publicou diversas portarias e normas técnicas objetivando orientar os estabelecimentos e os profissionais da área de saúde nas ações de prevenção e na condução das situações de violências IF. Essas normas e portarias tratam de diversos assuntos, desde fluxos de atendimentos até sobre a notificação obrigatória dos profissionais da área de saúde de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças, adolescentes e mulheres.

É necessário ressaltar que a Portaria n. 1.020/09 foi publicada com o objetivo de organizar as redes de atenção integral às urgências. No que diz respeito às

normativas do Estado do Paraná que tratam sobre a organização dos serviços que atendem pessoas em situação de violência sexual, destaca-se a Resolução Conjunta SESA/SESP de 2014 que trata do atendimento do IML às vítimas de violência sexual nos hospitais (LAVORATTI; HOLZMANN, 2017).

No que se refere a regulamentação supracitada, cabe destacar o Art. 1º da Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 2013 apud LAVORATTI; HOLZMANN, 2017):

Art 1: os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

Tendo como ponto de partida as legislações e normas técnicas cabe ao serviço de saúde adequar e criar seus próprios fluxos e protocolos de atendimento. Até o momento da aplicação do questionário da pesquisa o HUMAI seguia apenas as normativas nacionais e estaduais nesses atendimentos.

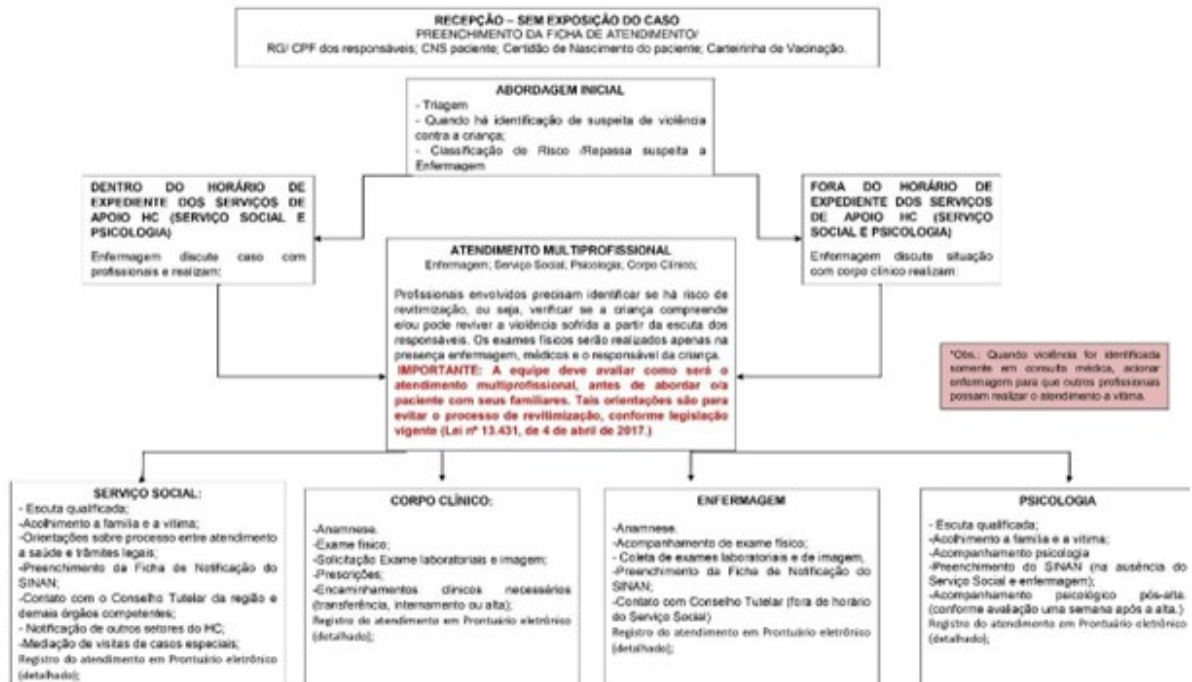
Após a aplicação dos questionários os profissionais foram convidados a participarem de reuniões para discussão sobre os fluxos de atendimentos às crianças vítimas de violência. Dentro das reuniões as dinâmicas institucionais foram passadas, assim como as demandas coletivas e as demandas de cada profissão.

Foram discutidos pelos participantes temas como o cuidado para não revitimização das vítimas, o sigilo profissional, os fluxos de atendimento, o acolhimento e a abordagem com os acompanhantes e/ou familiares, os exames necessários, a notificação, dentre outros assuntos, ficando evidente a necessidade do estabelecimento de um protocolo para a sistematização do processo de trabalho a fim de orientar as condutas dos profissionais e viabilizar o cuidado humanizado às vítimas.

O produto das reuniões foi intitulado "Protocolo interno de atendimento às crianças vítimas de violências", que ficou estruturado da seguinte forma:

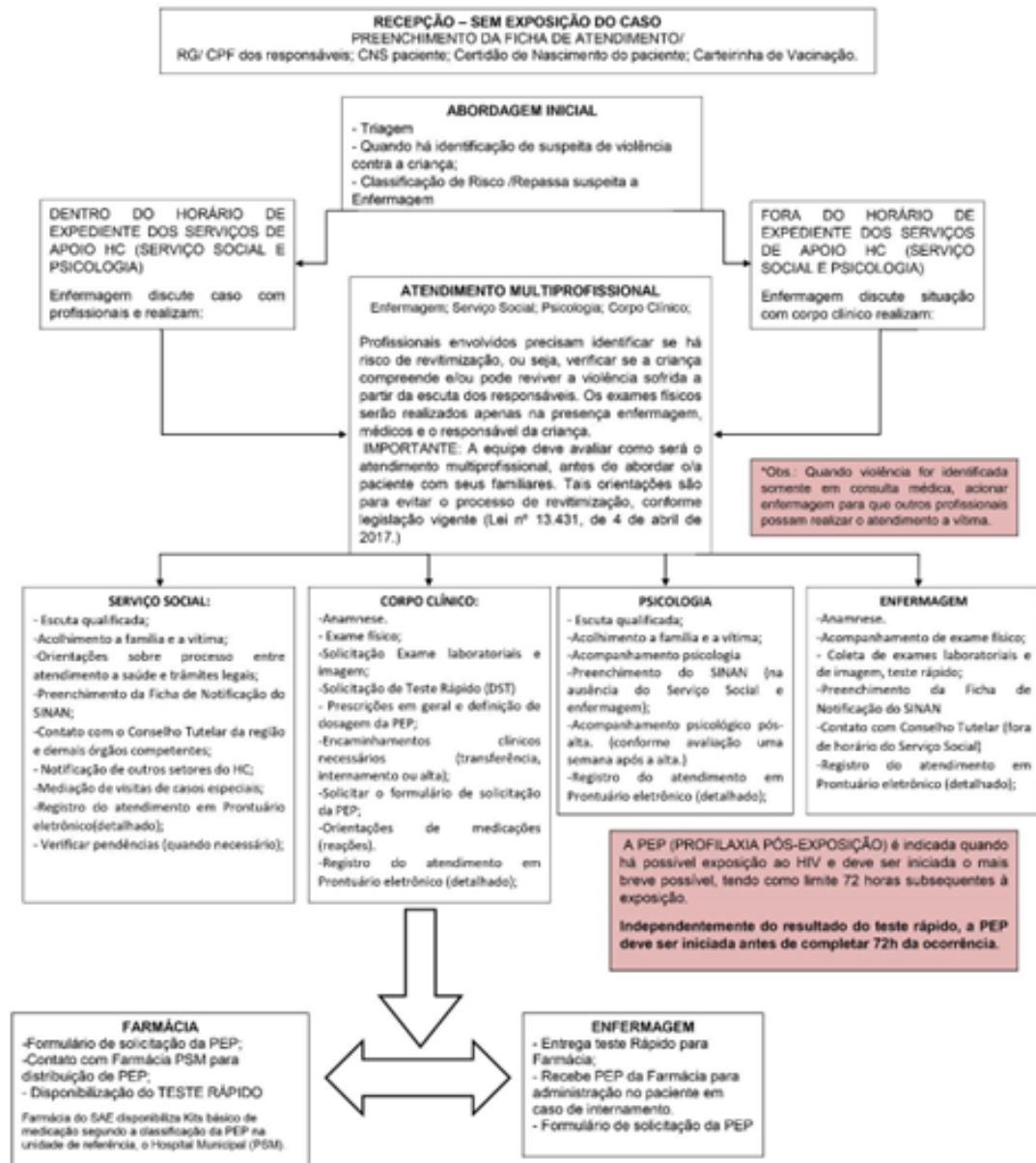
- Apresentação contendo aspectos legais e conceituais a respeito das violências interpessoais contra crianças/adolescentes; objetivos geral e específico do protocolo; os fluxogramas de atendimento às vítimas de violência física/negligência; fluxo de atendimento às vítimas de violência sexual (Figuras 4 e 5) e a definição da equipe multiprofissional responsável pelo atendimento (Anexo C). O protocolo interno foi averbado junto à Secretaria Municipal de Saúde do município de Ponta Grossa e começou a ser aplicado dentro do hospital.

Figura 4 - Fluxo de atendimento à criança vítima de violência física, maus tratos e negligência



Fonte: Autoria própria (2022)

Figura 5 - Fluxo de atendimento à criança vítima de violência sexual detalhado



Fonte: Autoria própria (2022)

A elaboração de fluxos internos de atendimento as situações de violência física, negligência e violência sexual é realizado, que funcionam como meios a serem percorridos no momento do atendimento, uma vez que apesar de todos os casos se tratarem de situações de violência, todos possuem demandas particulares (CORREIA; MACHADO; LAVORATTI, 2017).

Sendo assim, os protocolos têm condão chegar em um objetivo comum de atendimento de todos os casos (considerando suas particularidades também), procurando também esclarecer as funções de cada profissional previsto dentro do protocolo interno diante desta demanda.

Quando ocorreu a transição de gestão, o protocolo ainda sofreu algumas alterações, porém serviu de base para a elaboração do novo protocolo, uma vez que a nova equipe não possuía um protocolo elaborado. A elaboração do novo protocolo desenvolvido nesta pesquisa, teve como base o protocolo vigente na época, porém mostrou-se mais detalhado e minucioso do que o anterior, e como haviam mais questões para serem inseridas no protocolo, novas informações foram incluídas para que vítimas de outras situações, não só as de violência sexual fossem acolhidas.

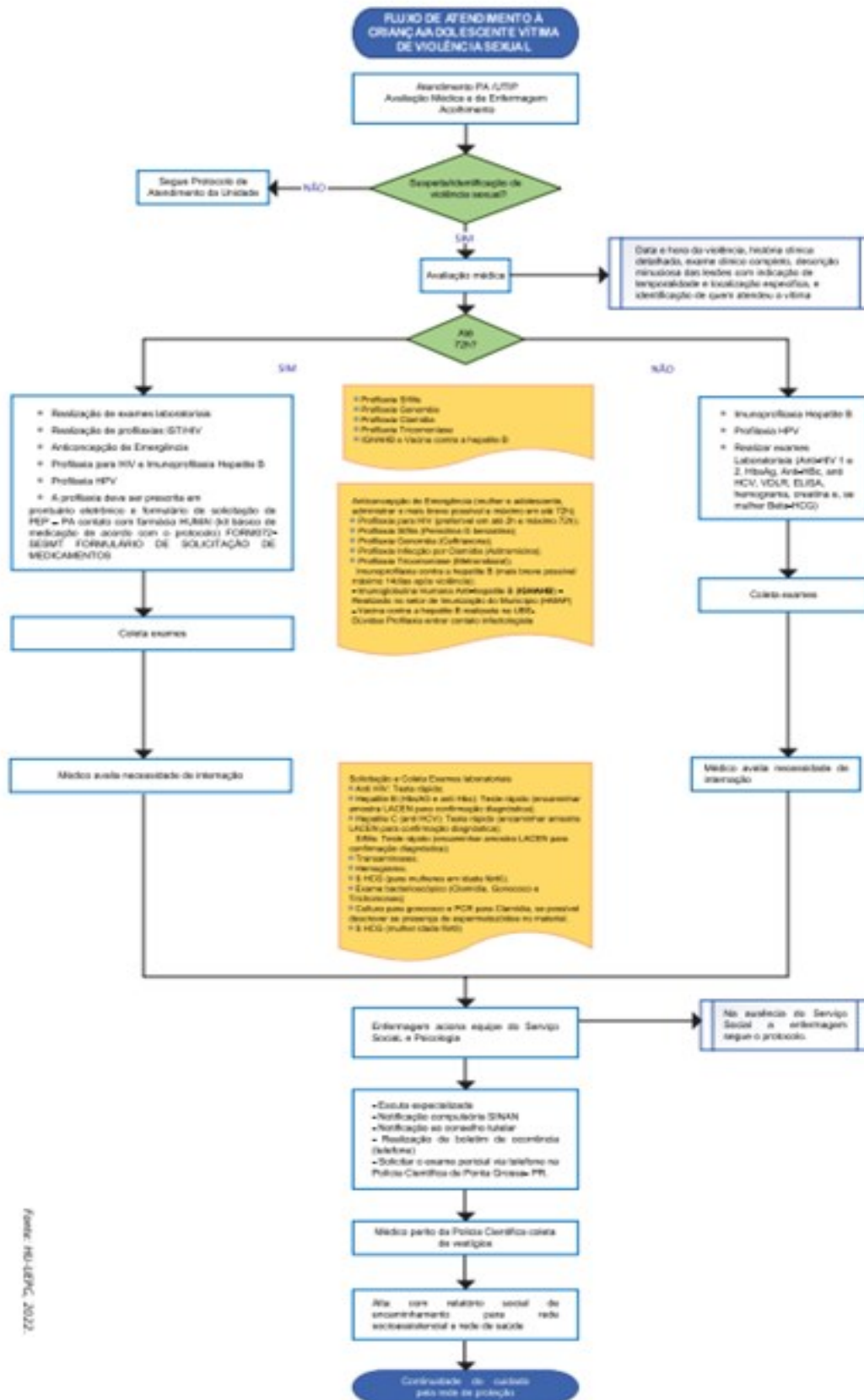
O protocolo interno de atendimento às crianças vítimas de violências foi elaborado em conjunto com os profissionais do Hospital Municipal Prefeito João Vargas de Oliveira, tendo em vista que até a criação deste, os profissionais seguiam normativas gerais.

Em 2022 o novo protocolo foi instituído, apesar de neste momento ter havido toda uma mudança política na gestão, este foi utilizado em 2022, enquanto a gestão era mista, durante o processo de transição.

Durante o período de transição, o protocolo do Hospital da Criança continuou a ser seguido sendo utilizado sob nova gerência, incluindo o de atendimento às crianças vítimas de violências, em seguida, foi criado e apresentado um novo protocolo de atendimento para os hospitais universitários da UEPG às vítimas de violência, com vigência a partir de 2023, sendo publicado no Diário Oficial do Estado em 15/03/2023.

O novo protocolo de atendimento de situações de violência sexual que abrange todos os segmentos populacionais vulneráveis (mulheres, idosos, crianças, adolescentes, LGBTQIA +), apresentando as diferentes formas de violência, os principais sinais e os fluxos para atendimento as vítimas (Figura 6).

Figura 6 - Fluxo de atendimento HUMAI à criança vítima de violência sexual



Fonte: HU-UEPG (2023)

O fluxo elaborado pela UEPG difere somente no que diz respeito a organização do fluxograma, pois a escuta especializada continua sendo realizada pela equipe do serviço social ou da psicologia. Conforme a Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017 (BRASIL, 2017), o objetivo da escuta especializada é: “Art. 7º - Escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade”.

Não houve mudança no que se refere a realização aos exames que além da profilaxia e dos testes rápidos, o novo protocolo prevê também a solicitação de hemograma completo, transaminases, HCG (para mulheres em idade fértil), exame bacterioscópico (clamídia, gonococo, tricomonas).

Os fluxos de encaminhamentos também foram mantidos. Assim, a equipe do serviço social e psicologia do hospital continuou responsável pela elaboração do boletim de ocorrência, solicitação do exame pericial a Polícia Científica do município, bem como o contato com o Conselho Tutelar, além de acionarem o NUCRIA.

No momento da alta do paciente, manteve-se o contido no protocolo, qual seja, eram realizados encaminhamentos à rede de proteção e aos órgãos competentes para dar continuidade ao cuidado pré-estabelecido pelos profissionais.

A principal alteração resultou numa mudança no desenho do fluxograma, tendo em vista que os procedimentos adotados nos protocolos foram mantidos e ampliados para alguns segmentos da sociedade, assim como os LGBTQIA+, que não eram contemplados até então, apenas alterando a sua sequência.

Todo o protocolo deve ser flexível e sofrer alterações à medida que houver necessidade, tanto por parte da legislação, que se encontra em constante movimento sempre buscando o melhor para a sociedade, como dos gestores, que devem colocar em prática o preconizado pela legislação e também pelos profissionais envolvidos, à medida que seja necessário a implantação de melhorias para melhor atendimento.

Verificou-se que a pesquisa possibilitou a elaboração do protocolo que serviu de base para um detalhamento maior das atribuições de cada profissional e qual o procedimento a ser tomado não só no acolhimento e acompanhamento das vítimas de violência sexual, mas também nos outros tipos de violência que também foram contemplados quando das alterações do protocolo, demonstrando a importância do trabalho realizado para buscar um protocolo que contemplasse as atribuições de todos

os envolvidos para que as vítimas tenham o mesmo padrão de atendimento evitando assim a revitimização das crianças vítimas de ASI e também de seus familiares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento da presente pesquisa, ficou evidenciado que o debate envolvendo a violência sexual infantil é deveras importante e que diante da sua complexidade, não se esgota aqui, tampouco é a intenção desta.

O assédio e abuso sexual infantil, ou ASI, são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como quaisquer tipos de contato de natureza sexual, bem como de exploração ou negligência, direcionados às crianças de até 18 anos de idade. Essas situações, embora permeiem diversas discussões, principalmente após o advento da internet e a facilitação do acesso à informação, ainda são tópicos de abordagem bastante complexa e delicada.

Embora ocorram no mundo todo, o Brasil é um dos países onde este tipo de violência ocorre de maneira mais expressiva, demonstrando que, ainda que haja ampla legislação vigente, a cultura da sociedade brasileira ainda é permeada por circunstâncias que facilitam estas ações e acabam por perpetuá-las, traumatizando as vítimas que passaram por isso e continuando a traumatizar novas crianças todos os dias, marcando-as por toda a vida.

É necessário que os profissionais da área da saúde, frequentemente os primeiros em condição de interferir nas situações de abuso com os quais a criança tem contato, estejam capacitados para realizar os atendimentos a este tipo de vítima, para assim, possibilitar um atendimento de qualidade e que não culmine na revitimização da criança ao longo do processo, bem como saiba interpretar e seguir protocolos que norteiem o atendimento para otimizá-lo.

Em relação ao objetivo deste trabalho, o qual buscou descrever os aspectos que constituem o fenômeno do abuso sexual de crianças, bem como a análise do conhecimento dos profissionais envolvidos no atendimento a esse tipo de vítima e a elaboração de um protocolo para a aplicação no HUMAI, da UEPG. Os resultados demonstram terem sido muito importantes as reuniões de estudo com os profissionais participantes da pesquisa em que se buscou levantar as dificuldades, trazer fundamentos teóricos tanto na questão específica quanto da legislação que regulamenta o atendimento à vítima de ASI. Isso possibilitou que, profissionais de diferentes especialidades discutissem as dificuldades e falhas para esse tipo de atendimento. Salienta-se que não houve mudanças profundas no protocolo instituído

em 2023, o qual encontra-se vigente. A mudança mais significativa remete a mudança no desenho do fluxograma e o detalhamento da competência de cada profissional.

Dessa feita, o protocolo construído pela pesquisadora serviu de base para que o mesmo fosse adaptado e melhorado, sendo então apresentado de uma maneira mais didática e detalhada, o que gerou também instruções de procedimento para vítimas de outras formas de violência, e não só para a violência sexual, foco deste trabalho, mas abrangendo a todas as vítimas sem distinção.

Neste íterim, a elaboração do presente trabalho para debater e analisar as mudanças no protocolo de atendimento foram consideradas salutar, por verificar que o trabalho desenvolvido serviu de parâmetro para melhorar o atendimento realizado, sempre com o intuito de acolher e proteger as vítimas de violência de forma humanizada, respeitando a dignidade humana, pois somente através de inovações que é possível construir uma sociedade melhor para todos, através da elaboração de novas estratégias de enfrentamento e um novo posicionamento ético, político e da equipe multidisciplinar frente a violência em todas as suas vertentes.

Houve limitações no estudo que nem todos os profissionais que receberam o questionário para participar da pesquisa deram retorno e não justificaram o motivo de sua ausência, também observadas falhas na compreensão dos profissionais acerca da necessidade de continuidade na capacitação para este tipo de atendimento, cujos fatores devem ser analisados para a compreensão de sua influência na atividade dos profissionais. A realização desta observação em caráter mais profundo poderá ser feita, após a aplicação do protocolo na instituição, visando um exame da adaptação dos profissionais a ele. Por fim, novas pesquisas deverão ser realizadas, aprofundando o tema do protocolo e trabalhando a educação da sociedade diante a isso.

REFERÊNCIAS

- ALCOFORADO, E.S. Abuso sexual: formação profissional, condições de enfrentamento da proteção social especial e o adoecimento do profissional que atua no atendimento às vítimas. **Temporalis**, n. 35, p. 372-381, jan./jun. 2018.
- ALVARADO-PRADA, L. E; FREITAS, T. C; FREITAS, C. A. Formação continuada de professores: alguns conceitos, interesses, necessidades e propostas. **Revista Diálogo Educacional**, v. 10, n. 30, p. 367-387, 2010.
- AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Revista de Psicologia Reflexão e Crítica**, n.11, v. 3, p. 546-555, 1998.
- BALLONE, G. J. Humanização do atendimento em saúde. **PsiquWeb**, 2014. Disponível em: www.psiqweb.com.br. Acesso em: 19 jul. 2014.
- 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: Casa Civil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 16 dez. 2018.
- BRASIL. **Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: Casa Civil, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 16 dez. 2022.
- BRASIL. **Lei n. 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 n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília: Casa Civil, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 5 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Relatório 2019 disque direitos humanos**. Brasília-DF, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/balanco-anual-disque-100-atendeu-2-7-milhoes-de-ligacoes-em-2019/copy_of_Relatorio_Disque_100_final.pdf. Acesso em: 16 mar. 2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, n. 27: Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-27>. Acesso em: 16 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais da Saúde**. Brasília: MS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Medicina. **Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência**. Brasília: CFM, 2011.

BRINO, R. F.; WILLIAMS, L. C. A. Concepções da professora acerca do abuso sexual infantil. **Cadernos de Pesquisa**, n. 119, p. 113-128, jul. 2003.

CASADO, D. M. **Niños maltratados**. Madrid: Diaz de Santos, 1997.

CASTRO, A.; *et al.* Childhood sexual abuse, sexual behavior, and revictimization in adolescence and youth: a mini review. **Frontiers in Psychology**, v. 10, p.1-5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02018>. Acesso em: 5 fev. 2022.

CASTRO, A.; SANTOS-IGLESIAS, P. Sexual behavior and sexual risks among Spanish university students: a descriptive study of gender and sexual orientation. **Sexuality Research and Social Policy**, v. 13, p. 84-94, 2016. Disponível em: [10.1007/s13178-015-0210-0](https://doi.org/10.1007/s13178-015-0210-0). Acesso em: 4 out. 2022.

CAVALCANTI, A.; PRESTES, D. C.; ANGELO, D. **Enfrentamento de maus-tratos contra crianças e adolescentes**: manual do profissional educação para identificação e conduta. Curitiba: Hospital Pequeno Príncipe, 2011.

CLAYTON, E.; JONES, C.; BROWN, J. The aetiology of child sexual abuse: a critical review of the empirical evidence. **Child Abuse Review**, v.27, p. 181-197, 2018. Disponível em: [10.1002/car.2517](https://doi.org/10.1002/car.2517). Acesso em: 5 nov. 2022.

COCCO, M.; SILVA, E.B.; JAHN, A.C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n. 3, p.491-497, 2010.

COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P. Incest. *In*: AMMERMAN, R. T.; HERSEN, M. (Orgs.). **Case studies in family violence**. New York: Kluwer Academic; Lenum Publishers, 2000.p. 209-229.

CONCEIÇÃO, M.I.G.; *et al.* Abuso sexual infantil masculino: sintomas, notificação e denúncia no restabelecimento da proteção. **Psicologia Clínica**, v. 32, n. 1, p. 101 - 121, 2020.

CORREIA, A. H. M.; MACHADO, T. G.; LAVORATTI, C. A construção do protocolo de atendimentos às vítimas de violência: desafios e possibilidades. *In*: CONEX - Encontro Conversando sobre Extensão na UEPG, 15., **Anais [...]**, Ponta Grossa, 2017. Disponível em: https://sites.uepg.br/conex/anais/anais_2018/arquivos/04152018_130454_5ad37ef24647d.pdf. Acesso em: 21 abr. 2022.

COSTA, D. K. G.; *et al.* Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, suppl 2, p. 79-95, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00083>. Acesso em: 5 dez. 2022.

- COSWOSKI, E. D.; *et al.* Educação continuada para o profissional de saúde no gerenciamento de resíduos de saúde. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. 2018. Disponível em: <https://www.rbac.org.br/artigos/educacao-continuada-para-o-profissional-de-saude-no-gerenciamento-de-residuos-de-saude>. Acesso em: 23 abr. 2023.
- DESLANDES, S.F. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.
- EDEN, C.; HUXHAM, C. Pesquisa-ação no estudo das organizações. *In*: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. (Orgs.). **Handbook de Estudos Organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2001. v. 2, p.93-117.
- ENGEL, G. I. Pesquisa-ação: **Educar**, n. 16, p. 181-191. 2000.
- FARO, A. C. M. Técnica Delphi na validação das intervenções de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 1, p. 259-273, ago. 1997. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/415.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2023.
- FERREIRA, A.L. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual**: avaliação de um serviço público. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.
- FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra criança para profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 659-665, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3rsvQ9hYBGVYrwdpLVhYrgv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 mar. 2023.
- FISHER, C.; GOLDSMITH, A.; HURCOMBE, R. **The impacts of child sexual abuse**: a rapid evidence assessment. London (UK): Independent Inquiry Into Child Sexual Abuse, 2017.
- FLEURY, M. T. L.; WERLANG, S. R. C. **Pesquisa aplicada**: conceitos e abordagens. GV Pesquisa.2017. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/18700/A_pesquisa_aplicada_conceito_e_abordagens_metodol%C3%B3gicas.pdf. Acesso em: 1 maio 2023.
- GARCIA, P.A.; MACIEIRA, A.P.; OLIVEIRA, D.E.S.D. O trabalho da equipe multiprofissional com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas na unidade hospitalar. **Revista LEVS**, n. 20, 2017.
- GAWRYSZEWSKI, V.P.; VALENCICH, D.M.O.; CARNEVALLE, C. VChild and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.58, n.6, p.659-665, 2012.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- GOMES, J.L. Uma reflexão da gestalt-terapia sobre o impacto da ambivalência afetiva no fenômeno de abuso sexual infantil. *In*: EVENTO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA EMBRAPA FLORESTAS, 4., Curitiba, 2018, **Anais [...]**, Curitiba, p. 463-478, 2018.

GRAY, S.; RARICK, S. Exploring gender and racial/ethnic differences in the effects of child sexual abuse. **Journal of Child Sexual Abuse**, v.27, p. 570-587, 2018. Disponível em: 10.1080/10538712.2018.1484403. Acesso em: 5 fev. 2022.

HABIGZANG L.; KOLLER, S.H. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.21, n.3, p.341-8, 2005.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).2019. **Cidades**: Ponta Grossa. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 15 jun. 2021.

JEAMMET P. R. M.; CONSOLI, S. **Psicologia médica**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

KOLLER, S. H.; DE ANTONI, C. Violência intrafamiliar: uma visão ecológica. *In*: _____. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 293-310.

LAVORATTI, C.; HOLZMANN, L. Uma proposta de implantação de protocolo de atendimento às vítimas de violência intrafamiliar em hospital universitário. *In*: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO SUL - Área Temática: Saúde. 35., Ponta Grossa, 2017, **Anais [...]**, 2017. Disponível em: <http://dspace.unila.edu.br/123456789/3813>. Acesso em: 14 mar. 2023.

LINDGREN, R.; HENFRIDSSON, O.; SCHULTZE, U. Design principles for competence management systems: a synthesis of an action research study. **MIS Quarterly**, v.28, n.3, Sept. 2004.

MACHADO, A. N.; *et al.* Doença crônica infantojuvenil: vínculo profissional-família para a promoção do apoio social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 39, e2017-0290. Aug. 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0290>. Acesso em: 14 mar. 2023.

MATTAR, R.; *et al.* Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n. 2, p.459-464, 2007.

MEIRELES, L.V.G.; CARVALHO, T.S.S. O abuso sexual infanto-juvenil em interface com as redes de enfrentamento: uma revisão sistemática. **Revista Campo do Saber**, v.4, n.4, p. 51-66, 2018.

MONTEIRO, C.F.S.; TELES, D.C.B.S.; CASTRO, K.L. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidas no SAMVVIS, em Teresina-PI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2008.

NUNES, C.B.; SARTI, C.A.; OHARA, C.V.S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 903-908, 2009.

OLIVEIRA, A.M.N.; MARQUES, L.A.; SILVA, P.A. Percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.24, n.2, p. 424-431, 2015.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Prevenindo a violência juvenil: um panorama das evidências**. Genebra: OMS, 2015.

PEREDA, N. Uno de cada cinco?: victimización sexual infantil en España. **Papeles del Psicólogo**, v. 37, n. 2, p. 3-13, 2016. Disponível em: <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2697.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2023.

PFEIFFER, L.; WAKSMAN, R.D. I. Violência na infância e adolescência: manual de segurança da criança e do adolescente. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, Belo Horizonte, p. 95-278, 2004.

PIMENTEL, A.; ARAÚJO, L. S.; Violência Sexual Intrafamiliar. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n.3, jul./set 2006.

PLATT, V.B.; *et al.* Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.4, p.1019-1031, 2018.

PLATT, V.B.; GUEDERT, J.M.; COELHO, E.B.S. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, e2020267, 2021.

PONTA GROSSA (Câmara Municipal). **Lei Ordinária n. 13.983, de 9 de junho de 2021**. Autoriza o Poder Executivo a doar o Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira à Universidade Estadual de Ponta Grossa. Disponível em: <https://www.legislador.com.br/LegislatorWEB.ASP?WCI=LeiTexto&ID=9&inEspecieLei=1&nLei=13983&aaLei=2021&dsVerbete=>. Acesso em: 5 fev. 2023.

PONTA GROSSA (Prefeitura). **Plano Municipal de Saúde Ponta Grossa 2018/2021**. 2019. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2020.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SAFFIOTI, H. I. B. **Quem mandou nascer mulher?** estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

SANTANA, R.P.; SANTANA, J.S.S. Violência contra criança e adolescente na percepção dos profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 24, n.4, 2016.

SANTOS, N. R.; *et al.* Os atendimentos de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: uma análise na comarca de Júlio de Castilhos/RS. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e24210615161, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15161>. Acesso em: 8 mar. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva. Vila Nova Cachoeirinha. **Normas e Rotinas para o Atendimento das Vítimas de Violência Sexual**. São Paulo, jun. 2012.

SENN, T. E.; BRAKSMAJER, A.; URBAN, M. A. Pilot test of an integrated sexual risk reduction intervention for women with a history of childhood sexual abuse. **AIDS Behaviour**, v.21, p.3247-3259, 2017.

SENN, T. E.; CAREY, M. P.; COURRY-DONIGER, P. Mediators of the relation between childhood sexual abuse and women's sexual risk behavior: a comparison of two theoretical frameworks. **Archives Sexual Behaviour**, v. 41, p. 1363-1377, 2012. Disponível em: [10.1007/s10508-011-9897-z](https://doi.org/10.1007/s10508-011-9897-z). Acesso em: 5 fev. 2022.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: Ed. UFSC, 2005.

SILVA, J. A. O processo de revitimização de crianças que vivenciam a violência sexual. **Boletim Científico ESAMPU**, v. 15, n. 47, p. 11-52, jan./jun. 2016. Disponível em: https://escola.mpu.mp.br/publicacoes/boletim-cientifico/edicoes-do-boletim/boletim-cientifico-n-47-janeiro-junho-2016/o-processo-de-revitimizacao-de-criancas-que-vivenciam-a-violencia-sexual/at_download/file. Acesso em: 14 mar. 2023.

SOUZA, E.R.; ASSIS, S.G.; ALZUGUIR, F.C.V. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 2, n. 2, p.105-116, 2002.

TAVEIRA, F.; FRAZÃO, S.; DIAS, R. O abuso sexual intra e extrafamiliar. **Acta Médica Portuguesa**, v. 22, p.759-766, 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez: 1986.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 11.ed. São Paulo: Cortez. 2002.

TRINDADE, L.C.; LINHARES, S.M.G.M.; VANRELL, J. Sexual violence against children and vulnerability. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.60, n.1, p.70-74, 2014.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Hospitais da UEPG lançam protocolo de atendimento a vítimas de violência**. 2023. Disponível em <https://www2.uepg.br/proex/hospitais-da-uepg-lancam-protocolo-de-atendimento-a-vitimas-de-violencia/> Acesso em 14 mar. 2023.

UNICEF (United Nation Children's Fund). **A familiar face: violence in the lives of children and adolescents**. New York: UNICEF, 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/index_101397.html. Acesso em: 3 jul. 2022.

UNICEF (United Nation Children's Fund). Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância. **Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência**. 2012.

VIEIRA, T. W.; *et al.* Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>. Acesso em: 1 maio 2023.

WOISKI, R.O.S.; ROCHA, D.L.B. Cuidado à criança vítima de violência sexual. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.1, p.143-50, jan./mar. 2010.

WHOO. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. **World Health Organization**. 2017 Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259270>. Acesso em 3 maio 2023.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA PESQUISA

Título do projeto: FORMAÇÃO CONTINUADA EM SERVIÇO PARA O ATENDIMENTO HUMANIZADO À CRIANÇAS VITÍMAS DE ABUSO SEXUAL

Apresentação da pesquisa: trata-se de uma pesquisa junto aos profissionais atuantes no Pronto Atendimento Infantil (PAI) do Hospital Universitário Materno-Infantil (HUMAI) situado na cidade de Ponta Grossa, Paraná. O objetivo desta consiste em avaliar quais contribuições um protocolo e atendimento às crianças vítimas de abuso sexual infantil podem conferir aos profissionais, como instrumento de intervenção em Saúde. Dado o contexto da pandemia atual e recomendações de distanciamento social, a coleta dos dados será realizada por meio de formulário online (Google Forms®), através de perguntas abertas e fechadas. Será realizado em duas etapas, sendo que na primeira será realizado o levantamento diagnóstico atual do fluxo de acolhimento e na segunda etapa, após a apresentação de um protocolo construído mediante necessidades identificadas, será realizada avaliação deste, também por meio de formulário eletrônico. Cada formulário leva em média 10 minutos para ser respondido e deve ser realizado em local confortável e seguro. Não haverá nenhum tipo de custo ao participante, bem como nenhum tipo de ressarcimento ou indenização.

Critérios de inclusão: Multiprofissionais do Pronto Atendimento Infantil (PAI) de diferentes áreas da Saúde, que atuam no atendimento de crianças e adolescentes, com tempo mínimo de experiência na instituição igual ou superior a três meses.

Critérios de exclusão: Profissionais que não possuam condições de responder ao formulário online em que consiste o instrumento, profissionais que estejam de férias ou em licença de saúde e profissionais que tenham sido transferidos para outros órgãos. Também serão excluídos possíveis trabalhadores que, embora constem na listagem, tenham sido demitidos durante a fase da coleta de dados.

Justificativa da pesquisa: O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa que tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais frente ao protocolo de acolhimento à criança vítima de abuso sexual.

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. Todas as informações são sigilosas. Entretanto, como se trata de uma temática delicada, incorre o risco de abalo psicológico ou constrangimento ao participante, visto que pode atuar como gatilho em situações específicas, como em histórico prévio pessoal de abuso. Como forma de minimizá-lo, será evidenciada em todas as etapas a importância de sua contribuição na otimização de um instrumento a ser utilizado como protocolo de acolhimento a vítima de ASI, e, com isso, contribuir para o melhor atendimento. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade.

A pesquisa não terá custos aos seus participantes, assim como estes não receberão nenhum pagamento por participar da pesquisa. Caso ocorra alguma situação que tenha algum custo financeiro, será ressarcido pela pesquisadora desde que seja previamente aprovada a despesa.

Eu estou de acordo com em participar do estudo de livre e espontânea vontade e entendo a relevância dele. Compreendo e concordo que as informações sejam divulgadas e/ou publicadas, ressaltando-se a garantia de que a minha identidade será preservada e mantida sob sigilo. Também tenho conhecimento de que, ao me prontificar em participar da pesquisa, estou contribuindo imensamente à ciência, ao serviço e à sociedade.

Caro voluntário: pedimos que você baixe ou imprima este termo e deixe sob a sua guarda, como forma de sua garantia e proteção.

- () quero receber os resultados da pesquisa (e-mail para envio : _____)
() não quero receber os resultados da pesquisa.

“Com relação ao armazenamento e à transferência dos dados, será seguida as orientações presentes no ofício circular nº 2/2021 CONEP/SECNS/MS.”

Em caso de necessidade, entrar em contato com a **Pesquisadora Responsável:**

| |
|---|
| Raquel do Carmo Mocelim E-mail: raquelmocelim@yahoo.com.br |
|---|

Pesquisadora principal, responsável pelo projeto:

Raquel do Carmo Mocelim

.....
Concordo em participar do estudo

Ponta Grossa, _____ de _____ de 2022.

APÊNDICE B - Questionário de avaliação

Questionário de diagnóstico sobre a percepção do profissional frente ao protocolo de acolhimento à criança vítima de abuso sexual

***Obrigatório**

1. Qual é a sua formação superior? *

Marcar apenas uma oval.

- Medicina
- Enfermagem
- Técnico(a) de Enfermagem
- Serviço Social
- Outro: _____

2. Você possui pós-graduação? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, concluída
- Sim, estou cursando
- Não

3. Se sim, em qual área?

05/05/2021

Questionário de diagnóstico sobre a percepção do profissional frente ao protocolo de acolhimento à criança vítima de abuso sexual

4. Qual é a sua idade? *

5. Qual é o seu tempo de atuação profissional? *

6. Há quanto tempo você atua no atendimento voltado especificamente à saúde infantil? *

Marcar apenas uma oval.

- Há menos de um ano
- Entre um a cinco anos
- Entre seis a dez anos
- Mais de dez anos

7. Você já atendeu algum(a) paciente pediátrico com suspeita de ter sido abusado(a) sexualmente? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

8. Você tem conhecimento acerca do protocolo da instituição que regulamenta o fluxo de acolhimento do paciente vítima de abuso sexual infantil? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

05/05/2021

Questionário de diagnóstico sobre a percepção do profissional frente ao protocolo de acolhimento à criança vítima de abuso sexual

9. Caso você tenha respondido afirmativamente a questão anterior, você considera o fluxo adequado às necessidades identificadas na rotina de acolhimento?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

10. Caso você teve assinalado a opção "não" na questão anterior, quais aspectos você considera que devem ser revistos?

11. Em sua opinião, quais as principais dificuldades encontradas no atendimento ao paciente vítima de abuso sexual infantil? *

05/05/2021

Questionário de diagnóstico sobre a percepção do profissional frente ao protocolo de acolhimento à criança vítima de abuso sexual

12. Em sua opinião, quais pontos positivos podem ser apontados em relação ao fluxo de atendimento ao paciente vítima de abuso sexual infantil em sua rotina de trabalho? quais aspectos têm funcionado bem? *

13. Você encontra barreiras que inviabilizam o acolhimento da criança vítima de abuso sexual? Se sim, quais são estas?

14. Considere a seguinte situação hipotética: Um paciente de seis anos de idade chega ao PAI apresentando lesões corporais compatíveis com sinais de abuso sexual infantil. Qual profissional deve ser acionado neste primeiro momento para realizar o primeiro contato? *

15. Em sua opinião, quais profissionais devem compor a equipe de acolhimento/atendimento da criança vítima de abuso sexual infantil? *

05/05/2021

Questionário de diagnóstico sobre a percepção do profissional frente ao protocolo de acolhimento à criança vítima de abuso sexual

16. Você já denunciou algum caso de suspeita de abuso sexual infantil?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

17. Caso você tenha suspeitado de algum caso de abuso sexual infantil, porém não tenha realizado a denúncia, quais foram os motivos?

18. Como você classifica o diálogo interdisciplinar frente aos casos de suspeita/confirmação de abuso sexual infantil dentro de seu contexto de trabalho?

Marcar apenas uma oval.

- Ótimo
 Satisfatório
 Razoável
 Péssimo

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO A - Termo de aceite de realização de pesquisa HUMAI-UEPG



TERMO DE ACEITE

A Diretoria Acadêmica e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais - Wallace Thadeu de Mello e Silva autorizam o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado "**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A VITIMA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL**", do(a) pesquisador(a) RAQUEL DO CARMOMOCELIM, com pretensão de ser executado entre os dias 01/12/2020 e 21/11/2022 no(s) setor(es) OUTROS (ESPECIFICAR NA DESCRIÇÃO) para finalidade de MESTRADO.

Este projeto, nº 104, foi autorizado em 20/07/2022 pela administração após a realização de todos os trâmites necessários.



Documento gerado em 21/07/2022 às 20:32 pelo usuário raquelmocelim@yahoo.com.br. Para validar suas informações acesse <https://hu-pesquisadac.apps.uepg.br/validacao> e insira o código de verificação **5f86f15d32c8e** ou escaneie o código QR acima.

ANEXO B - Termo de Concordância de trabalho submetido ao CEP



CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE QUE PARTICIPA DO PROJETO QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO AO CEP QUE NÃO ENVOLVEM DIRETAMENTE PARTICIPANTES HUMANOS (MAS SIM PRONTUÁRIOS, EXAMES OU CESSÃO DE DADOS)

Ponta Grossa, 08 de julho de 2022.

Senhor(a) Coordenador(a), Declaramos que nós, do(a) Diretoria Acadêmica e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais - Wallace Thadeu de Mello e Silva, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "Protocolo de atendimento a vítima de abuso sexual infantil" sob a responsabilidade de Raquel do Carmo Mocelim, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, até o seu final em 30 de novembro de 2022.

Estamos cientes que será um levantamento de dados sobre a questão dos casos de assédio sexual atendidos pelo Humai-UEPG a partir de uma análise documental preliminar dos casos, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Tecnológica Federal do Paraná.



Documento gerado em 08/07/2022 às 14:23 pelo usuário raquelmocelim@yahoo.com.br. Para validar suas informações acesse <https://hu-pesquisadac.apps.uepg.br/validacao> e insira o código de verificação 5f86f15d32c8e ou escaneie o código QR acima.

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO HUMANIZADO À VITIMA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Pesquisador: Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 46517720.5.0000.5547

Instituição Proponente: Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.579.231

Apresentação do Projeto:

No desenho, os pesquisadores descrevem que “Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal, do tipo inquérito, com a utilização de abordagem quali-quantitativa junto aos profissionais atuantes no cuidado de Saúde Infantil do Hospital Universitário Materno-Infantil (HUMAI) situado na cidade de Ponta Grossa, Paraná. A participação na pesquisa será de caráter livre, os profissionais que aquiesceram com a participação assinarão o TCLE seguindo os preceitos do Comitê de Ética em Pesquisa. Os participantes serão recrutados via aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas (WhatsApp®) ou e-mail, por meio dos quais será realizada uma descrição completa do protocolo de pesquisa. A amostra será selecionada de maneira simples, a fim de que todos os profissionais arrolados como público-alvo sejam abordados. A amostra será composta por profissionais atuantes no cuidado de saúde infantil no HUMAI, e que concordem em participar do estudo. A totalidade dos profissionais será abordada, de modo que se trata de uma amostra de conveniência. Visando contemplar os objetivos desta investigação, um questionário semiestruturado inédito será utilizado, o qual abordará questões profissionais e de fluxo de trabalho, formulado especificamente para a pesquisa, com base em instrumentos validados. Dado o contexto da pandemia atual e recomendações de distanciamento social, a coleta dos dados será realizada por meio de formulário online (Google Forms®). A coleta de dados ocorrerá entre os meses de junho a setembro de 2021. Na primeira etapa serão obtidas estatísticas descritivas de todas as variáveis, por meio de frequência absoluta e relativa. Na segunda etapa serão conduzidas

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br

análises bivariadas, buscando identificar as associações independentes entre as variáveis investigadas. Estas associações serão consideradas significativas quando os valores de $p < 0,05$. O teste de associação utilizado foi o teste qui quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher. As informações qualitativas angariadas serão avaliadas pela técnica da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010), sendo as categorias e as subcategorias encontradas na análise dispostas em tabela, com frequências absolutas e relativas, considerando-se o número total de ocasiões em que cada resposta foi citada”. Segundo os autores, no resumo consta que “O abuso sexual, especialmente quando ocorre na infância ou adolescência, é considerado um fenômeno universal, de caráter social, histórico e cultural que, pelos graves danos que determina, constitui-se em um complexo problema de saúde pública. Torna-se, portanto, um grande desafio aos profissionais dessa área, pois exige muito preparo e capacitação para o adequado manejo clínico e psicológico das vítimas (GARCIA; MACIEIRA; OLIVEIRA, 2017). Por esta razão, é necessário estabelecer um fluxo específico de acolhimento a esta vítima no sistema de saúde, e diante deste fato, o objetivo do presente estudo é propor um fluxo humanizado de atendimento à vítima de abuso sexual infantil. Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal, do tipo inquérito, com a utilização de abordagem quali-quantitativa junto aos profissionais atuantes no cuidado de Saúde Infantil do Hospital Universitário Materno-Infantil (HUMAI) situado na cidade de Ponta Grossa, Paraná. A amostra será composta por multiprofissionais de diversas áreas da saúde, e que atuam no Pronto Atendimento Infantil do referido hospital. Visando contemplar os objetivos desta investigação, um questionário semiestruturado inédito será utilizado, o qual abordará questões profissionais e de fluxo de trabalho, formulado especificamente para a pesquisa, com base em instrumentos validados. O instrumento utilizado para a obtenção dos dados constitui-se de perguntas abertas e fechadas. A principal justificativa à utilização do instrumento construído pelos autores é o fato da não existência de um instrumento único e específico que correspondesse a todas as questões propostas como resolução dos objetivos da pesquisa. Dado o contexto da pandemia atual e recomendações de distanciamento social, a coleta dos dados será realizada por meio de formulário online (Google Forms®). A coleta de dados ocorrerá entre os meses de junho a setembro de 2021. Para assegurar a compreensão do instrumento quanto ao texto, ao vocabulário utilizado e à sensibilidade das respostas, será realizado um estudo piloto, sendo que os dados obtidos não farão parte da amostra. Os dados coletados nesta etapa serão tabulados e analisados minuciosamente, a fim que sejam identificadas as questões onde houver maior divergência de interpretação de resposta. Esta análise permitirá a reformulação de questões para que a

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br

compreensão fique mais clara e coerente. Somente então após esta etapa uma versão definitiva do instrumento será estabelecida e formalizada. Na primeira etapa serão obtidas estatísticas descritivas de todas as variáveis, por meio de frequência absoluta e relativa. Na segunda etapa serão conduzidas análises bivariadas, buscando identificar as associações independentes entre as variáveis investigadas. Estas associações serão consideradas significativas quando os valores de $p < 0,05$. O teste de associação utilizado foi o teste qui quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher. As informações qualitativas angariadas serão avaliadas pela técnica da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010), sendo as categorias e as subcategorias encontradas na análise dispostas em tabela, com frequências absolutas e relativas, considerando-se o número total de ocasiões em que cada resposta foi citada.”

Na introdução, os pesquisadores relatam que “A violência sexual infantil trata-se de uma forma de agressão na qual a criança ou adolescente é inserida em atos libidinosos, atividades impróprias ou jogos sexualizados por meio de um adulto de qualquer gênero, com o intuito de utilizar o menor como objeto sexual para autossatisfação pessoal (PIMENTEL; ARAUJO, 2006). Esta violência pode incluir toques, carícias, sexo oral ou relações com penetração, seja ela digital, genital ou anal. Também é caracterizado o Abuso Sexual Infantil (ASI) em diferentes situações nas quais não há contato físico, tais como voyerismo, exibicionismo e o assédio (HABIGZANG *et al.*, 2005). Na maioria dos casos, o ASI ocorre no ambiente em que a criança tem como lar, sendo normalmente realizado por pessoa que apresentam proximidade à vítima, ou que atuam como cuidador destes menores, o que configura o abuso denominado intrafamiliar (IF) (COHEN; MANNARINO, 2000; HABIGZANG; CAMINHA, 2004; KOLLER; DE ANTONI, 2004). Mesmo que não haja laços de consangüinidade, os abusos sexuais que envolvem uma criança e um adulto responsável, seja este tutor, cuidador, membro da família ou familiar à criança, são considerados incestuosos (AZEVEDO, GUERRA; VAICIUNAS, 1997; COHEN; MANNARINO, 2000; THOMAS *et al.*, 1997; SAFFIOTI, 1996). Os sinais de maus-tratos são caracterizados por negligência, violência física, violência psicológica e violência sexual. Geralmente as agressões físicas acontecem nas regiões de face, cabeça e pescoço (CAVALCANTI *et al.*, 2011). Já o abuso particulariza-se pelo fator de imaturidade quanto a atividades sexuais sendo incapazes mentalmente e fisicamente de dar qualquer consentimento por falta de compreensão do ato (PIMENTEL e ARAUJO, 2006). Portanto, identificar sinais de maus-tratos pelo profissional da Saúde requer treinamentos e protocolos estabelecidos. O processo brasileiro de reconhecimento de práticas sociais e culturais que violavam os direitos das crianças e adolescentes teve início na década de 1960, e foi o ponto de partida para a discussão dos contextos histórico-culturais que

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br

embasam as práticas de violência a esta parcela da sociedade (GOMES, 2018). Por meio do esforço conjunto de esferas da sociedade e governo empenhados na garantia da proteção de crianças e adolescente, em meados do século XX a violência evoluiu de uma fatalidade pessoal, de caráter privado, a um problema social mais amplo e que denuncia a sociedade em que ocorre, revelando as opressões naturalizadas no meio social (GOMES, 2018). O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), por meio da Lei Federal n. 8.069/1990 (BRASIL, 1990), promove a proteção de crianças e adolescentes de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. A lei obriga os profissionais de saúde e educação à notificação de casos suspeitos ou confirmados de qualquer tipo de violência ou maus tratos cometidos contra crianças ou adolescentes (artigos 13 e 245) (BRASIL, 1990). A notificação promove a ligação entre os âmbitos de saúde e o meio legal de modo a fortalecer a rede multiprofissional e interinstitucional, por meio do controle e levantamento epidemiológico relativo a violência. A lei também prevê que os profissionais priorizem este atendimento ao encaminhar os casos aos órgãos competentes, entre eles, ao Conselho Tutelar (SECRETARIA SAÚDE DF, 2009). Os dados recentes relativos ao ASI no Brasil revelam que dos 159 mil registros feitos pelo Disque Direitos Humanos ao longo do ano de 2019, 86,8 mil são de violações de direitos de crianças ou adolescentes, o que representa um aumento de quase 14% em relação a 2018 (referenciar). Evidenciou-se também que a violência sexual está presente em 11% das denúncias que se referem a esta parcela da população, o que corresponde a 17 mil ocorrências. Em comparação a 2018, o número se manteve praticamente estável, apresentando uma queda de apenas 0,3% (BRASIL, 2020). Os dados epidemiológicos sobre o ASI na literatura brasileira não são abrangentes, correspondendo a locais isolados e amostras parciais. Além disso, os dados levantados em delegacias, conselhos tutelares e ambulatórios não refletem a realidade das ocorrências. Estudos do Instituto Médico Legal – IML – e do Programa de Atenção a Vítimas de Abuso Sexual – Pavas – em São Paulo, avaliam que apenas 10% a 15% dos casos são revelados (BRINO e WILLIAMS, 2003). A verdadeira incidência dos crimes sexuais é desconhecida, devendo ser um dos delitos de maior subnotificação e sub-registro (SAFFIOTI, 1996). A relevância do preparo da Equipe Multidisciplinar de Saúde para o atendimento da criança vítima de abuso sexual será refletida neste trabalho, com o intuito de reduzir a lacuna existente nos serviços de saúde, por meio da elaboração de Protocolo de Atendimento Especializado. Dessa forma, a problemática que norteia o presente estudo é: Quais as contribuições de um protocolo de atendimento às crianças vítimas de abuso sexual infantil, pode trazer aos profissionais como instrumento de intervenção?”

Os pesquisadores descrevem como hipóteses para este projeto que “Existem lacunas no fluxo de

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

UF: PR

Telefone: (41)3310-4494

Município: CURITIBA

CEP: 80.230-901

E-mail: coep@utfpr.edu.br

acolhimento da criança ou adolescente vítima do abuso sexual infantil no Hospital Universitário Materno Infantil?”

Para desenvolvimento do projeto, os pesquisadores consideram que “Pesquisa de caráter transversal, do tipo inquérito, com a utilização de abordagem quali-quantitativa junto aos profissionais atuantes no cuidado de Saúde Infantil do Hospital Universitário Materno-Infantil (HUMAI) situado na cidade de Ponta Grossa, Paraná. A amostra será selecionada de maneira simples, a fim de que todos os profissionais arrolados como público-alvo sejam abordados. Estes profissionais serão recrutados por meio de levantamento realizado para verificar o número total destes, por meio de contato com responsável pelo setor. A este responsável será também explicado por meio formalizado o objetivo do estudo e a metodologia a ser utilizada. A lista de profissionais a serem contactados será organizada de modo a conter o nome e e-mail de cada um destes, a fim de que o e-mail convite seja enviado a todos os possíveis participantes. A amostra será composta por profissionais atuantes no cuidado de saúde infantil no HUMAI. A totalidade dos profissionais será abordada, de modo que se trata de uma amostra de conveniência. Visando contemplar os objetivos desta investigação, um questionário semiestruturado inédito será utilizado, o qual abordará questões profissionais e de fluxo de trabalho, formulado especificamente para a pesquisa, com base em instrumentos validados. O instrumento utilizado para a obtenção dos dados constitui-se de perguntas abertas e fechadas. A coleta dos dados será realizada por meio de formulário online (Google Forms®). O participante levará um tempo estimado de 8 a 10 minutos para responder a pesquisa online, e será instruído a responder o questionário em local confortável e seguro. O número de telefone dos participantes será fornecido pelo chefe do setor mediante solicitação a ser realizada previamente ao estudo piloto, por meio de carta em mãos ou e-mail, com anexo da carta de anuência fornecida pelo hospital. Roteiro do questionário do estudo piloto: Para assegurar a compreensão do instrumento quanto ao texto, ao vocabulário utilizado e à sensibilidade das respostas, será realizado um estudo piloto, sendo que os dados obtidos não farão parte da amostra. Os dados coletados nesta etapa serão tabulados e analisados minuciosamente, a fim de que sejam identificadas as questões onde houver maior divergência de interpretação de resposta. Esta análise permitirá a reformulação de questões para que a compreensão fique mais clara e coerente. Somente então após esta etapa uma versão definitiva do instrumento será estabelecida e formalizada. A aplicação do questionário nesta etapa será da mesma maneira a ser realizada na versão definitiva, por meio do envio do formulário online via whatsapp aos participantes, entretanto serão escolhidos aleatoriamente 10% do total de possíveis participantes para comporem a amostra desta etapa (20/08 a 30/08/2022). A

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br

aleatoriedade dos participantes da etapa piloto será realizada por meio de programa de randomização específico, a ser definido. Após tabulação automática dos dados e análise destes, para identificar os pontos de divergência de interpretação de respostas o questionário será corrigido e então será aplicada a versão definitiva do questionário (30/08 a 12/09/2022). Com resultados obtidos será realizada a instituição de um protocolo de atendimento que possa ser seguido pela equipe multidisciplinar de saúde para que possam trabalhar de forma articulada, organizada e de forma multisetorial. Serão realizados seminários 6 reuniões/seminários entre a pesquisadora e o grupo participante podendo ser flexibilizado o número de encontros, para que seja possível o desenvolvimento de todo o Protocolo de Atendimento de crianças vítimas de ASI, com tempo estimado de 2 (duas) horas, podendo também ser estendido por mais 30 minutos, caso necessário e dependendo da disponibilidade dos participantes (16/09 a 26/09/2022). Na sequência será realizada validação do protocolo por especialistas (27/09 a 05/10/2022) e por fim elaborado um plano de educação continuada (06/10 a 15/10/2022).

Critérios de inclusão da pesquisa, segundo pesquisadora:

Multiprofissionais do HUMAI, de diferentes áreas da Saúde, que atuam no atendimento de crianças e adolescentes, com tempo mínimo de experiência na instituição igual ou superior a três meses e que concordem em participar da pesquisa.

Quanto aos critérios de exclusão:

Profissionais que não possuam condições de responder ao formulário online em que consiste o instrumento, profissionais que estejam de férias ou em licença de saúde e profissionais que tenham sido transferidos para outros órgãos. Também serão excluídos possíveis trabalhadores que, embora constem na listagem, tenham sido demitidos durante a fase da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores, o objetivo primário desta pesquisa é “Avaliar quais contribuições um protocolo de atendimento às crianças vítimas de abuso sexual infantil, podem conferir aos profissionais, como instrumento de intervenção em Saúde.” Para isso, tem-se, segundo os pesquisadores, como objetivos secundários: “Mapear a incidência do abuso sexual; Descrever aspectos que constituem o fenômeno do abuso sexual de crianças; Elaborar o protocolo de atendimento para as crianças vítimas de abuso sexual infantil que forem atendidas; Promover a formação dos profissionais envolvidos no atendimento às vítimas de abuso sexual infantil para a utilização do protocolo.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador, “Como se trata de uma temática delicada, incorre o risco de abalo

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br

psicológico ou constrangimento ao participante, visto que pode atuar como gatilho em situações específicas, como em histórico prévio pessoal de abuso. Como forma de minimizá-los, será evidenciada em todas as etapas a importância da contribuição do profissional para a pesquisa para a otimização de um instrumento que poderá minimizar os danos de ASI na vida da vítima. Além disso, o profissional poderá abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo a sua autonomia. Também há o risco do protocolo não ser utilizado pela instituição. Para minimizá-lo, após a sua conclusão será apresentado à instituição os seus benefícios, bem como será disponibilizado treinamento dos profissionais, o qual será fornecido ao final do estudo pelos pesquisadores.” Os autores destacam ainda como benefícios “Contribuir à formulação de estratégias de acolhimento da criança ou adolescente vítima de abuso sexual infantil; fomentar a temática da abordagem multiprofissional no acolhimento da vítima de abuso sexual infantil; formular, otimizar e implementar um novo protocolo de fluxo de acolhimento à vítima de abuso sexual infantil.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, pois de acordo com os pesquisadores “Coleta e levantamento de dados por meio de formulário eletrônico, por meio dos quais será considerada a necessidade de reformulação do protocolo já vigente ou elaboração de um novo protocolo.”

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto atende as recomendações da 466/12 e 510/16.

Recomendações:

[PRIMEIRA VERSÃO]

De acordo com o parecer consubstanciado nº 4.766.430 de 10 de junho de 2021, as adequações solicitadas por este comitê para a primeira versão do projeto apresentado foram:

- Apresentar a carta de anuência/permissão do HUMAI (Hospital Universitário Materno-Infantil). Sugere-se a documentação necessária para aprovação do projeto no CEP do hospital HUMAI.

[NÃO ATENDIDO].

Esclarecer como o pesquisador terá acesso aos whatsapp e/ou e-mail dos profissionais de saúde do

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br

hospital (potenciais participantes da pesquisa) para o recrutamento.

[NÃO ATENDIDO].

- Apresentar o roteiro do questionário semi-estruturado das duas etapas (estudo piloto/versão definitiva), e na sequência:

[NÃO ATENDIDO]. Roteiro do questionário semiestruturado não apresentado.

- Os prints das telas às quais o participante terá acesso à estes instrumentos (desde o convite, apresentação do TCLE e envio dos questionários).

[PARCIALENTE ATENDIDO]. A pesquisadora apresentou os prints das telas de convite e do TCLE, bem como o link para acesso ao TCLE.

- Na metodologia de coleta de dados:

a) Estimar um tempo necessário para que o participante responda aos questionários (estudo piloto/versão definitiva);

[ATENDIDO]. De acordo com a pesquisadora “O participante levará um tempo estimado de 8 a 10 minutos para responder a pesquisa online, e será instruído a responder o questionário em local confortável e seguro”.

b) Solicitar que o participante da pesquisa realize a intervenção (responder aos questionários) em local confortável e seguro.

[ATENDIDO].

- Os critérios de inclusão e exclusão estão descritos ao longo do item metodologia. Mas nada consta como tópico específico nas informações básicas da Plataforma Brasil.

[ATENDIDO].

- No critério de inclusão: retirar “e que tenham condições de compreender e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)” uma vez que é escolha do convidado participar ou não da pesquisa.

[ATENDIDO].

- Os pesquisadores descrevem que não há risco algum aos participantes. No entanto, entende-se que o tema de pesquisa é no mínimo delicado e portanto, pode vir a causar algum constrangimento/abalo psicológico no participante, visto que inclusive, não conhecemos suas

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br

histórias de vida e não sabemos os gatilhos que iniciam processos de lembranças. Portanto, solicita-se corrigir os riscos e apresentar maneiras de minimizá-los. A Resolução 466/2012 deixa claro em seu capítulo V - DOS RISCOS E BENEFÍCIOS, que toda a pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Assim, o autor do projeto deve considerar mesmo um risco mínimo de constrangimento do participante da pesquisa ao responder um questionário.

[ATENDIDO].

Quanto ao TCLE:

- Rever modelo na página do CEP-UTFPR

a) Retirar o cabeçalho da Instituição Proponente (UTFPR); [ATENDIDO].

b) Adicionar: apresentação da pesquisa.

[ATENDIDO].

c) Adicionar no item “participação da pesquisa”: tempo, frequência, plataforma e tudo mais que o pesquisador, como participante de uma pesquisa, queira e deva ser informado. Inclusive a solicitação de que responda aos questionários (visto que serão dois) em local confortável e seguro.

[ATENDIDO]

d) Adicionar local da pesquisa (neste caso: online (via e-mail, Google Forms, ou outra ferramenta/plataforma escolhida pelo pesquisador)).

[ATENDIDO]. Considerando que a pesquisa será realizada de forma remota, com plataformas online, a pesquisadora esclarece que “a coleta dos dados será realizada por meio de formulário online (Google Forms®)”

e) Adicionar: critérios de inclusão e exclusão; Avaliação de Riscos e benefícios; Ressarcimento e Indenização;

[PARCIALMENTE ATENDIDO]. A pesquisadora não inseriu no TCLE os itens “Ressarcimento e indenização.”

f) Deixar claro que o participante tem os direitos de: a) deixar o estudo a qualquer momento e b) de receber esclarecimentos em qualquer etapa da pesquisa. Bem como, evidenciar a liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem penalização. Solicita-se também descrever neste documento o tipo e grau de acesso aos resultados por parte do participante, com a opção de desejar tomar ou não conhecimento dessas informações (isso poderá ser escrito em forma de alternativas excludentes entre si conforme Norma Operacional CNS 001/2013, item 3.4.1.15)

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br

Como exemplo: Você pode assinalar o campo a seguir, para receber o resultado desta pesquisa, caso seja de seu interesse:

() quero receber os resultados da pesquisa (e-mail para envio
:_____)

() não quero receber os resultados da pesquisa.

[ATENDIDO].

g) Acrescentar a informação:

“Com relação ao armazenamento e à transferência dos dados, será seguida as orientações presentes no ofício circular nº 2/2021 CONEP/SECNS/MS.” [ATENDIDO].

- Rever e reorganizar o cronograma de execução da pesquisa para que a coleta de dados tenha início apenas após aprovação do projeto pelo CEP-UTFPR.

[ATENDIDO].

- Alterar a área de estudo e conhecimento para Saúde, pois este projeto é analisado pela Resolução 466/2012.

[NÃO ATENDIDO]. Na Plataforma Brasil ainda consta como área de estudo a “área de humanas”.

- Na plataforma em Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro, corrigir o item ID Grupo - quem são os participantes da pesquisa (grupo de trabalhadores, grupo de crianças, etc).

[NÃO ATENDIDO].

[SEGUNDA VERSÃO]

Para a segunda versão, as recomendações e pendências apontadas de acordo com o parecer substanciado nº 4.827.516 de 05 de julho de 2021, foram:

- Apresentar a carta de anuência/permissão do HUMAI (Hospital Universitário Materno-Infantil). Sugere-se a documentação necessária para aprovação do projeto no CEP do hospital HUMAI.

[PARCIALMENTE ATENDIDO]. Autorização do hospital está vencida. A autorização do hospital para realização da pesquisa era de 01/12/2020 à 01/07/2021. Este documento não fora anexado nas versões anteriores, considerando que o trâmite deste projeto neste comitê teve início em junho de 2021 (06/2021).

| | |
|---------------------------------|---------------------------|
| Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165 | CEP: 80.230-901 |
| Bairro: CENTRO | |
| UF: PR | Município: CURITIBA |
| Telefone: (41)3310-4494 | E-mail: coep@utfpr.edu.br |

- Esclarecer como o pesquisador terá acesso aos whatsapp e/ou e-mail dos profissionais de saúde do hospital (potenciais participantes da pesquisa) para o recrutamento.

[ATENDIDO]. De acordo com a pesquisadora: “O número de telefone dos participantes será fornecido pelo chefe do setor mediante solicitação a ser realizada previamente ao estudo piloto, por meio de carta em mãos ou e-mail, com anexo da carta de anuência fornecida pelo hospital”.

- A pesquisadora apresentou os prints das telas de convite e do TCLE, bem como o link para acesso ao TCLE. Solicita-se apresentar também o roteiro do questionário semi-estruturado bem como o print da tela à qual o participante da pesquisa terá acesso.

[ATENDIDO]. Adicionado à PB no item “Metodologia de Análise de Dados”. O questionário do estudo piloto também foi esclarecido. A partir das observações deste formulário, conforme estabelecido pela pesquisadora, o formulário definitivo será elaborado. Ou seja, precisa das respostas iniciais.

- No TCLE inserir os itens “Ressarcimento e Indenização”.

[NÃO ATENDIDO]. O documento anexado na PB, intitulado TCLE, está INCOMPLETO. A pesquisadora enviou o link para o acesso ao TCLE, neste o documento está menos incompleto e ainda faltam os itens “ressarcimento e indenização”. Também não há estratégia para minimização dos riscos.

- Alterar a área de estudo e conhecimento para Saúde, pois este projeto é analisado pela Resolução 466/2012.

[ATENDIDO].

- Na plataforma em Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro, corrigir o item ID Grupo - quem são os participantes da pesquisa (grupo de trabalhadores, grupo de crianças, etc).

[ATENDIDO]. Grupo de trabalhadores da área de saúde do hospital HUMAI.

- Rever e reorganizar o cronograma de execução da pesquisa para que a coleta de dados tenha início apenas após aprovação do projeto pelo CEP-UTFPR.

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br

[ATENDIDO].

[TERCEIRA VERSÃO]

De acordo com o parecer consubstanciado nº 4.999.739, emitido por este comitê na data de 27 de setembro de 2021, as solicitações/pendências eram:

Como algumas pendências da versão 3 deste projeto ainda não foram atendidas, solicita-se para uma quarta-versão.

- Corrigir o período de coleta de dados no resumo, desenho e metodologia de coleta na Plataforma Brasil. Padronizar com o cronograma que deverá ser novamente atualizado para nova submissão.

[NÃO ATENDIDO]. Inclusive, pelas datas apresentadas nos itens desenho e resumo, a pesquisa já fora realizada e sem a prévia aprovação por este comitê. No entanto, entende-se que pode ter sido alguma pequena falta de atenção por parte dos pesquisadores ao revisar estes itens, uma vez que nos demais documentos e na metodologia as datas estão ainda por vir, ou seja, a coleta de dados ainda será realizada em cumprimento à aprovação do projeto pelo comitê de ética da Universidade.

- Apresentar a carta de anuência/permissão do HUMAI (Hospital Universitário Materno-Infantil). Sugere-se a documentação necessária para aprovação do projeto no CEP do hospital HUMAI.

OBSERVAÇÃO: Autorização do hospital está vencida. A autorização do hospital para realização da pesquisa era de 01/12/2020 à 01/07/2021. Este documento não fora anexado nas versões anteriores, considerando que o trâmite deste projeto neste comitê teve início em junho de 2021 (06/2021).

[ATENDIDO]

- Inserir no TCLE os itens: ressarcimento e indenização, e a estratégia que será adotada para a minimização dos riscos da pesquisa ao participante.

[ATENDIDO].

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

UF: PR

Telefone: (41)3310-4494

Município: CURITIBA

CEP: 80.230-901

E-mail: coep@utfpr.edu.br

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-UTFPR, de acordo com as atribuições definidas no cumprimento da Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se por APROVAR este projeto.

Lembramos aos (as) senhores(as) pesquisadores(as) que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-UTFPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|---|------------------------|---|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1658575.pdf | 27/07/2022 13:16:12 | | Aceito |
| Outros | termo_de_confidencialidade_oficial.pdf | 25/07/2022 22:51:41 | Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | permissao_HUMAI.pdf | 25/07/2022 22:28:03 | Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira | Aceito |
| Outros | PENDENCIAS_PROTOCOLO.docx | 25/07/2022 22:26:55 | Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira | Aceito |
| Outros | FLUXOGRAMA_DO_TRAMITE_DO_PROJETO_NO_HUMAI.docx | 25/07/2022 22:21:08 | Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento /Justificativa de Ausência | TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx | 25/07/2022 22:19:07 | Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira | Aceito |
| Projeto Detalhado /Brochura Investigador | PROJETO_DE_PESQUISA_atualizado.docx | 25/07/2022 22:17:56 | Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira | Aceito |
| Outros | Parecer_Silveira_26082021.pdf | 01/09/2021 13:54:40 | PATRICIA SALOMAO GARCIA | Aceito |
| Outros | printquestionario.docx | 15/07/2021 | RAQUEL DO | Aceito |
| Outros | printquestionario.docx | 21:07:55 | MOCELIM | Aceito |
| Outros | QUESTIONARIO.pdf | 15/07/2021 15:40:08 | RAQUEL DO CARMO MOCELIM | Aceito |

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br

| | | | | |
|-------------------|---|------------------------|----------------------------|--------|
| Outros | printemailtermodeconsentimentolivreees clarecido.pdf | 14/06/2021 13:19:33 | RAQUEL DO CARMO MOCELIM | Aceito |
| Outros | printemailConvitedeparticipacao.pdf | 14/06/2021 13:19:16 | RAQUEL DO CARMO MOCELIM | Aceito |
| Outros | LinkparaacessarotCLE.pdf | 14/06/2021 13:18:56 | RAQUEL DO CARMO MOCELIM | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha.pdf | 24/11/2020 21:16:55 | RAQUEL DO CARMO MOCELIM | Aceito |
| Brochura Pesquisa | pesquisa.docx | 17/11/2020 19:30:46 | RAQUEL DO CARMO MOCELIM | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 12 de Agosto de 2022

**Assinado por: Frieda Saicla Barros
Coordenador(a)**

Endereço: SETE DE SETEMBRO 3165

Bairro: CENTRO

CEP: 80.230-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-4494

E-mail: coep@utfpr.edu.br