



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE ATENÇÃO SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA

**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

NYCKOLE SILVA BASTOS

**DETECÇÃO DE CRIANÇAS EXPOSTAS A ABUSO SEXUAL PELA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: INTEGRAÇÃO DE EVIDÊNCIA NA PROPOSIÇÃO DE
UM GUIA**

RIO DE JANEIRO

2024

NYCKOLE SILVA BASTOS

**DETECÇÃO DE CRIANÇAS EXPOSTAS A ABUSO SEXUAL PELA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: INTEGRAÇÃO DE EVIDÊNCIA NA PROPOSIÇÃO DE
UM GUIA**

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina Instituto De Atenção À Saúde São Francisco De Assis/ HESFA. Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Área de concentração: Atenção Primária à Saúde
Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Orientador: Prof. Dra. Ivone Evangelista Cabral

RIO DE JANEIRO

2024

NYCKOLE SILVA BASTOS

**DETECÇÃO DE CRIANÇAS EXPOSTAS A ABUSO SEXUAL PELA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: INTEGRAÇÃO DE EVIDÊNCIA NA PROPOSIÇÃO DE
UM GUIA**

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina Instituto De Atenção À Saúde São Francisco De Assis/ HESFA. Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Área de concentração: Atenção Primária à Saúde
Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Banca Examinadora:

TITULARES:

Prof.^a Dr.^a Ivone Evangelista Cabral (Presidente)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael (1º Examinador)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Lia Leão Ciuffo (2ª Examinadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUPLENTES:

Prof.^a Dr.^a Simoni Furtado da Costa 1ª Suplente)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Maria Katia Gomes (2ª Suplente)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

RIO DE JANEIRO

2024

RESUMO

BASTOS, Nyckole Silva. **Detecção de crianças expostas a abuso sexual pela estratégia de saúde da família: integração de evidência na proposição de um guia.** Orientadora: Ivone Evangelista Cabral. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) - Faculdade de Medicina Instituto De Atenção À Saúde São Francisco De Assis/ HESFA, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024, 122p.

Introdução: a violência ocorre em todas as faixas etárias, porém crianças e adolescentes apresentam maior vulnerabilidade e tem importantes consequências na sua saúde, por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento. O reconhecimento da violência sexual na infância e a coordenação do cuidado na atenção primária à saúde (APS), por uma equipe multidisciplinar, precisa apoiar-se em evidências científicas. **Objetivos:** Desenvolver um Guia orientador do atendimento à criança na Atenção Primária à Saúde da Rede de Atenção Básica para a detecção oportuna de abuso sexual, a partir da integração de evidências. **Método:** revisão integrativa em fontes de informações com disponibilidade de documentos (manuais e legislações), artigos científicos, teses e dissertações. Estratégia de busca conduzida pelo mneumônico PICo, com os descritores criança, maus-tratos, violência sexual, abuso sexual, atenção primária à saúde e protocolos clínicos, combinados pelo booleanos AND e OR. Os conteúdos foram integrados com a aplicação da análise de conteúdo para a delimitação de temas.-A partir da cadeia lógica de evidências, foi proposto um Guia orientador de atendimento para profissionais da APS. **Resultados:** ações de prevenção, detecção precoce e manejo clínico da violência sexual na infância e estratégias de abordagem e cuidados específicos à crianças em risco para ou expostas à violência sexual. As evidências apontam o contato próximo e frequente da equipe de saúde da família como favorável a implementação de ações de prevenção, detecção precoce, tratamento e monitoramento de casos suspeitos e confirmados de violência sexual na infância. **Conclusão:** as ações e estratégias incluem a qualificação das equipes da APS, elaboração de guias e diretrizes de abordagem clínica, sensibilização da comunidade por meio de campanhas públicas para desvelar a violência sexual na infância como um fenômeno que exige intervenção; e, a necessidade de pesquisas futuras.

Palavras-chave: Abuso Sexual na Infância; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Revisão

Keywords: Child Abuse, Sexual; Primary Health Care; Community Health Nursing; Review

ABSTRACT

BASTOS, Nyckole Silva. **Detection of children exposed to sexual abuse by the family health strategy: integrative evidences in a guideline proposal.** Supervisor: Ivone Evangelista Cabral. Dissertation (Professional Master in Primary Health Care) - Faculdade de Medicina Instituto De Atenção À Saúde São Francisco De Assis/ HESFA, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 122p

Introduction: Violence occurs in all age groups, but children and adolescents are more vulnerable and have important consequences for their health, as they are in the process of growth and development. The recognition of sexual violence in childhood and the coordination of care in primary health care, by a multidisciplinary team, need to be supported by scientific evidence.

Objectives: To develop a guide for child care in Primary Health Care of the Basic Care Network for the timely detection of sexual abuse, based on the integration of evidence. **Method:** integrative review of information sources with available documents (manuals and legislation), scientific articles, theses and dissertations. Search strategy conducted by the mnemonic PICO, with the descriptors child, mistreatment, sexual violence, sexual abuse, primary health care and clinical protocols, combined by the Boolean AND and OR. The contents were integrated with the application of content analysis to delimit themes. Based on the logical chain of evidence, a guideline for care for PHC professionals was proposed. **Results:** actions for prevention, early detection and clinical management of childhood sexual violence and specific approach and care strategies for children at risk of or exposed to sexual violence. The evidence points to close and frequent contact of the family health team as favorable to the implementation of actions for prevention, early detection, treatment and monitoring of suspected and confirmed cases of childhood sexual violence. **Conclusion:** the actions and strategies include the qualification of PHC teams, the development of guides and guidelines for clinical approach, community awareness through public campaigns to reveal childhood sexual violence as a phenomenon that requires intervention; and the need for future research.

Keywords: Child Abuse, Sexual; Primary Health Care; Community Health Nursing; Review

Dedico este trabalho aos meus pais Tadeu e Andréia, meu irmão Andrew, minha cunhada e meus avós Ari e Zilda, pelo apoio incondicional, incentivo constante e por sempre acreditarem em mim ao longo da minha trajetória acadêmica.

Sou imensamente grata por cada palavra de encorajamento e gesto de carinho que me impulsionaram a seguir em frente.

Este sonho realizado é também de vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por me capacitar e guiar meus passos até aqui. Em momentos de desafios, Sua presença me trouxe coragem e serenidade para seguir em frente. Sou profundamente grata por todas as bênçãos, saúde, oportunidades e por nunca me deixar desistir dos meus sonhos.

À minha orientadora, Prof^a. Dra. Ivone Evangelista Cabral, por sua orientação inspiradora, dedicação incansável e valiosa contribuição durante todo o meu percurso no mestrado. Sua sabedoria, paciência, tranquilidade e generosidade foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento pessoal, profissional e acadêmico. Sou imensamente grata por todo o apoio e por acreditar no meu potencial.

Às professoras do Departamento de Atenção Primária, que me mostraram ainda na graduação, a área que me identifico e sempre estará na minha vida profissional.

Aos professores Lia, Ricardo e Simoni por realizarem a revisão e sugestões para a dissertação.

Aos colegas de profissão que me inspiram todos os dias com saberes, vivências, trocam de conhecimento e incentivo para não desistir.

Aos meus colegas de turma que foram inspiração desde o início do curso, com troca de diferentes saberes, experiências profissionais e da vida. Trouxeram leveza e muito afeto durante as aulas.

À minha residente Angela, por toda paciência, conversas, trocas, apoio. Por ser segurança e serenidade nos momentos difíceis no trabalho. Por não me deixar desistir e fazer acreditar que o nosso esforço vale muito.

As minha amigas Juliane, Maria Carolina e Tainá por toda paciência, compreensão da minha ausência e principalmente a pela torcida e incentivo diários. O caminho foi mais leve junto com vocês.

"A verdadeira resiliência não reside em nunca cair, mas em ter a coragem de se reerguer a cada vez que o mundo nos desafia, transformando a dor em aprendizado e as adversidades em forças que nos impulsionam para o futuro."

Haruki Murakami

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de recuperação dos documentos em fontes de informações e bases de indexação. Textos recuperados de 1990 a 2023.

Figura 2 – Fluxograma de atendimento na APS

Quadro 1 – Estratégia de busca em fontes de informações. Rio de Janeiro, 2023

Quadro 2 – Questões analíticas, norteadoras do estudo

Quadro 3 – Ações de prevenção, detecção precoce e manejo clínico da violência sexual na infância, no contexto da APS. Período 1990 a 2023.

Quadro 4. Estratégias de abordagem e cuidados específicos à crianças em risco para ou expostas à violência sexual. Período 1990 a 2023.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTI	Banco Digital de teses e dissertações brasileiras
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CF	Clínica da Família
CF	Constituição Federal
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IML	Instituto Médico Legal
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PREFC Comunidade	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
POP	Protocolo Operacional Padrão
PSE	Programa Saúde na Escola
PUBMED/MEDLINE	National Library of Medicine
RIL	Revisão Integrativa de Literatura

SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UBS	Unidades Básicas de Saúde

Sumário

CAPÍTULO 1	12
INTRODUÇÃO	12
1. Aproximação com a temática	12
2. Problemática	13
QUESTÃO DE PESQUISA	17
OBJETIVOS	17
JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	17
CAPÍTULO 2	24
MARCO CONCEITUAL	24
2.1. Vulnerabilidades da criança na violência sexual	24
2.1.1. Conceito de vulnerabilidade	24
2.1.2. Plano de enfrentamento da vulnerabilidade programática.....	24
2.1.3. Plano enfrentamento da vulnerabilidade social.....	25
2.2. Um tema sensível: Violência sexual na infância	25
CAPÍTULO 3	27
PERCURSO METODOLÓGICO: revisão integrativa de literatura (RIL)	27
1) Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa.....	27
2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos (seleção dos estudos).....	27
3) Síntese das informações-chave e categorização dos estudos.....	34
4) Análise dos estudos selecionados.....	35
5) Interpretação dos resultados	36
6) Síntese do conhecimento e apresentação da revisão.....	36
CAPÍTULO 4	38
Capítulo 5	65
O produto técnico-tecnológico - Guia de atendimento a criança vítima de violência sexual	65
Guia de atendimento a criança exposta ou em risco para violência sexual pela equipe da atenção primária à saúde – Guia ACVSx®	66
CAPÍTULO 6	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
6.1. Aspectos éticos da pesquisa	93
6.2. Limitações do estudo	93
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	104

APÊNDICE A – Estratégia de busca bibliográfica.....	105
APÊNDICE B – Matriz de extração de dados dos documentos e publicações.....	106
APÊNDICE C – Integração de dados dos Documentos e Publicações	109

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1. Aproximação com a temática

Durante os últimos períodos do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), vivenciei inúmeras experiências na Atenção Primária à Saúde (APS), no trabalho de campo e estágio supervisionado. Em 2016, já formada e ingressando no Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro e UFRJ, tive a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos sobre Saúde da Família e a inserção da enfermeira na equipe de saúde da APS.

Na condição de Residente, me inseri numa equipe de saúde da família (eSF desempenhando o papel de enfermeira em uma Unidade de Saúde com perfil de ensino (unidade escola). À frente da equipe, tive a oportunidade de atender crianças vítimas de violência, bem como outras pessoas. No segundo ano de residência, um dos campos de estágio foi a Sala Lilás¹ no Instituto Médico Legal (IML). Naquele lugar crianças vítimas de violência (física, psicológica, sexual, negligência) eram acolhidas e atendidas. E sempre que necessário, era realizado exame de corpo de delito.

Em 2018, continuei trabalhando na mesma unidade de saúde da APS, onde concluí a residência, porém em uma equipe com abrangência de território de difícil acesso, com áreas de conflito armado e pouca estrutura para moradia. Portanto, com mais vulnerabilidade social, os atendimentos em sua maioria eram direcionados para cuidar da criança com marcas visíveis da violência, ou quando a própria criança verbalizava ou algum familiar verbalizava por ela. Os casos de violência eram recorrentes e pressionavam de forma significativa a demanda de atendimento no serviço, principalmente quando se tratava de crianças cuja abordagem exigia habilidades comunicativas e interacionais para não afastar o seu cuidador do serviço.

Em sendo a APS, prioritariamente, a porta de entrada nos serviços de saúde, a maioria dos casos de violência chega primeiro às unidades básicas de saúde (UBS) (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017). Para os casos mais graves, as famílias das crianças vítimas de violência adentram o serviço de saúde pelas unidades de emergências e de pronto-atendimento.

Em 2019, estava trabalhando em uma Clínica de Família (CF) na zona oeste do Município do Rio de Janeiro, um território de alta vulnerabilidade social e inúmeras

¹Na Sala Lilás, também são acolhidas as mulheres vítimas de violência física, psicológica, sexual, entre outras. (PJERJ, 2023)

características que favoreciam a realidade da violência na comunidade. Nessa região, como enfermeira de família, acompanhei de perto a realidade de diversas crianças vítimas de violência, entre elas, a sexual. Muitas crianças viviam expostas a violência perpetuada no ambiente intrafamiliar. Particularmente, o caso de duas crianças de uma mesma família me chamou a atenção. Elas eram atendidas semanalmente na unidade devido a presença de diversas feridas, marcas visíveis da violência física cujos sinais refletiam a negligência de cuidados pelos seus adultos cuidadores.

A partir de então, juntamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), levantamos casos de violência contra crianças que foram notificados, apenas na equipe em que eu atuava. No atendimento, há diversos casos de suspeição de violência intradomiciliar que não se materializam em investigação ou manejo pela equipe. Há barreiras criadas pelo próprio cuidador da criança que impedem a abordagem da enfermeira, porque o abuso sexual é invisível até para os seus principais cuidadores. Os casos vistos despertaram grande interesse em aprofundar a investigação sobre o abuso sexual na infância como um dos tipos de violência no ambiente intradomiciliar.

2. Problemática

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso de força ou poder físico de forma intencional, para ameaçar ou realizar o ato, contra si, o outro, grupo ou comunidade, que tem como resultado ou grande possibilidade de causar ferimentos, danos psicológicos, morte, déficit ou privação no desenvolvimento. Para o Ministério da Saúde (2001) violência compreende ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações, que podem gerar danos físicos, emocionais, morais ou espirituais a si ou ao outro. Podendo ser expressas sob a forma de agressão física, sexual, psicológica e institucional.

Contudo, a violência é um fenômeno com diferentes faces, identificadas em diversas comunidades, desde a Antiguidade, produto das interações sociais e culturais das sociedades. Aparece dentro de relações hierárquicas de poder e dominação, principalmente contra crianças, devido à vulnerabilidade e graus de dependência, o que as torna mais susceptíveis a sofrerem violência. (ARAÚJO *et al.*, 2019)

Muitas vezes, o ciclo de violência contra crianças caracteriza-se por uma falência da estrutura da sociedade (escola, serviço de saúde, serviço de assistência social etc) na sua proteção, caracterizando-se como uma violência estrutural. Esse tipo de violência interfere sobre a condição de vida de crianças e adolescentes, apoiado em decisões histórico-econômicas e sociais, resultando em maior vulnerabilidade às condições de crescimento e desenvolvimento.

(MINAYO, 2005). O Estado é incapaz de interromper a continuidade das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas, que resultam em miséria, fome e formas de submissão do indivíduo. A naturalização da miséria e da desigualdade social torna ainda mais viável o surgimento de outras formas de violência (MINAYO, 2009), como por exemplo, o abuso sexual.

As crianças e adolescentes constituem o grupo das principais vítimas da violência, estando em constante risco (OMS, 2017). A violência ocorre em todas as faixas etárias, porém crianças e adolescentes apresentam maior vulnerabilidade e tem importantes consequências na sua saúde, por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento. (SANCHEZ and MINAYO, 2006). É necessário entender que não apenas a violência física implica em dano físico e dor a pessoa envolvida, a violência sexual é capaz de causar consequências de ordem física e memórias que não são apagadas no curso do tempo. E os determinantes que tornam as crianças vulneráveis à violência sexual, devem ser discutidos de forma intersetorial, promovendo ações de prevenção, proteção e cuidado integral à infância. (ARAUJO *et al*, 2019)

O relato de uma mãe sobre sua filha de dois anos de idade, em um atendimento que realizei na atenção primária, foi um caso singular e ilustrativo dessa situação traumatizante que é o abuso sexual. Ela suspeitava que a menina estava sendo vítima de abuso sexual do tio, que tocou suas partes íntimas, machucando-a. A mãe procurou a unidade para se certificar sobre o que estava acontecendo com a filha, pois, ela mesma fora vítima de abuso desse tio na sua infância. Contudo, a sua estranheza sobre o comportamento da menina era muito parecido com o que ela viveu na infância. Com a filha, ela não presenciou nenhum ato, não tinha provas e nem poder para acusa-lo. Seguiu agindo com alguma naturalidade, não desejando de dar continuidade ao caso, pois a filha estava bem.

A violência sexual na infância gera graves consequências físicas e psicológicas para a saúde da criança, como depressão, culpa, vergonha, transtornos alimentares, ansiedade, automutilação, problemas sexuais e dificuldades de desenvolver relações interpessoais (RADMANOVIĆ, 2020). Existe o elevado risco de resultados psicossociais, psiquiátricos e físicos a longo prazo como a esquizofrenia e transtorno de estresse pós-traumático, assim como o uso indevido de substâncias (HAILES *et al.*, 2019). As fissuras e lacerações decorrentes do sexo vaginal, principalmente quando o corpo ainda está em formação (CORREIA *et al*, 2019, são eventos mais raros no cotidiano da clínica da APS. Daí, a importância de se buscar evidências que identifiquem essa problemática antes que evolua para emergências graves.

Fatores como a idade, sexo podem aumentar o risco de violência sexual na infância, o que na maioria dos estudos encontrados, apresentou as meninas como as maiores vítimas. Outros fatores que aumentam este risco incluem baixo nível socioeconômico, residir em casa de pais

solteiros, pais que fazem abuso de substâncias ou possuem alguma doença mental, estar em orfanato, residir em área rural ou sofrer violência doméstica (HANSON; WALLIS, 2018).

Egry (2017) entende que a rede de enfrentamento à violência é quase inexistente e assim como os atendimentos direcionados e garantia de direitos, não apresentam um fluxo definido e eficaz para situações de violência. As leis e políticas públicas intersetoriais não se convertem em mudança de comportamento social de modo instantâneo. É necessária uma mudança do padrão cultural da sociedade, incluindo a desnaturalização de valores patriarcais que envolvem o poder familiar supremo, o julgamento de que a violência infantil é um problema secundário e restrito ao ambiente doméstico e seus familiares. Existe a necessidade de ações que controlem este grave problema de saúde pública no Brasil, por se tratar de um tema de grande importância na área social, que tem como consequências ao longo da vida, principalmente de crianças (PLATT, 2018). Existem diversas dificuldades frente ao combate à violência e o reconhecimento do ato em si, é um grande desafio, ou quando a mesma é visível, porém existe a culpabilização da vítima por ter provocado a violência. A naturalização da violência infantil, muitas vezes ocorre, devido as interpretações das características do processo vivido na infância que predominaram na história da própria civilização. (EGRY *et al.*, 2017)

Entre os adultos, o ato de não denunciar os mais variados tipos de agressões sexuais estão associadas ao medo de represálias, de não serem acreditadas, constrangimento e vergonha. Já entre crianças e adolescentes, além dos motivos já citados, existe o medo de consequências negativas e a dependência de um adulto para fazer o relato e a percepção da responsabilidade do abuso (HANSON; WALLIS, 2018).

Além disso, há um conjunto de textos normativos, de diretrizes clínicas e evidências científicas que abordam os vários tipos de violência, de forma dispersa e fragmentada, com orientações gerais para os casos de abuso sexual. (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017)

Para Hailes *et al.* (2019) existem evidências que programas implementados nas escolas, que tem por objetivo ajudar crianças a reconhecer e relatar situações de abuso sexual, trazem melhora do conhecimento e comportamentos protetores das crianças, porém ainda é preciso desenvolver ações voltadas a prevenção do abuso. Além dos programas escolares, visitas domiciliares na primeira infância e programas de educação voltados aos pais, podem promover reconhecimento do abuso sexual na infância e primeiros sintomas adversos, o que podem prevenir o risco de maus-tratos infantis em geral.

Segundo Hanson e Wallis (2018) existem diversos fatores que aumentam a gravidade das sequelas geradas pelo abuso sexual na infância, como a ocorrência com maior frequência, maior duração, se houve penetração, uso de força, lesão física durante o abuso, relacionamento

entre a criança e o agressor, falta de apoio do cuidador. Porém a disponibilidade de cuidadores e de apoio, estratégias de enfrentamento da criança, são fatores de proteção e podem atuar amenizando o impacto adverso do abuso sexual infantil.

É de grande importância que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais e/ou sintomas potenciais de abuso como ansiedade quando separados do cuidador, angústia no momento da consulta, recusa em se despir ou ser examinado por um profissional de saúde, relato de cuidadores sobre a criança ter pesadelos, dificuldade de dormir sozinha, voltar a fazer xixi na cama, tristeza, irritabilidade e acessos de raiva. Assim como crianças que exibem conhecimento de linguagem sexual ou comportamentos impróprios para a idade, já justificam a realização de uma avaliação com olhar diferenciado. Lembrando que o exame físico sem alterações não descarta ou altera a credibilidade de uma revelação tanto da criança quanto do cuidador, assim como não descarta a possibilidade da ocorrência do abuso sexual (HANSON; ADAMS, 2016).

Os processos de resiliência como apoio familiar, boas relações pais-filhos, apoio social funcionam como eficazes fatores de proteção para a criança e podem ser fortalecidos através de esforços de prevenção e intervenção precoce (MURRAY; NGUYEN; COHEN, 2014).

Os serviços de atenção primária à saúde funcionam como porta de entrada e permitem oportunidades únicas de trabalho em rede em caso de necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de saúde especializado (HANSON; ADAMS, 2016). Para prevenir ou minimizar o desenvolvimento de consequências médicas e psicológicas negativas, é importante que uma criança abusada sexualmente seja incluída o mais cedo possível em um tratamento multidisciplinar. O processo de recuperação e tratamento começa com a revelação do abuso sexual (HAILES *et al*, 2019).

A triagem desempenhada por médicos durante os atendimentos, podem ter um importante papel no reconhecimento de abuso sexual infantil, pois neste momento pode ser determinado necessidade de relatar abuso sexual as autoridades de proteção e coordenar o atendimento com uma equipe multidisciplinar (HAILES *et al*, 2019). As diferentes formas de violência, precisam ser melhor compreendidas por profissionais da saúde, a fim de possibilitar seu reconhecimento precoce, permitindo que intervenções adequadas sejam tomadas. Estudos destacam que há pouca disponibilidade de ferramentas de identificação, avaliação, intervenção, monitoramento e controle dos casos suspeitos e confirmados de violência sexual na infância, particularmente o abuso sexual (CORREIA *et al*, 2019).

Já o caderno de Atenção Básica nº 33 Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (2012) apresenta o tema de violência em um capítulo, de forma geral. Trata o tema da violência sexual de forma superficial e rasa, sem aprofundar e tratar as particularidades

da temática. O que demonstra, uma defasagem significativa acerca da existência de protocolos, manuais, cadernos e fluxos de atendimento bem definidos, que visam a proteção e promoção de cuidados seguros de crianças vítimas de abuso sexual.

Diante da problemática aqui exposta, enfrentamos diversos desafios para a abordagem do abuso sexual como um dos tipos de violência na infância, resgatando evidências para desenvolver ferramentas específicas de atendimentos. Os manuais, diretrizes legais e clínicas, que explicitam ações a serem implementadas na prevenção de violência, podem compor o conjunto de documentos objeto de análise e em favor do melhor interesse da criança para uma detecção oportuna de casos de violência sexual.

QUESTÃO DE PESQUISA

- a) Quais ações de atendimento à criança exposta, ou em risco de exposição, a violência sexual são recomendadas nos documentos e publicações?
- b) Quais estratégias se aplicam ao cumprimento dessas recomendações para a APS brasileira?

OBJETIVOS

Objetivo geral

Desenvolver um Guia orientador do atendimento à criança na Atenção Primária à Saúde da Rede de Atenção Básica para a detecção oportuna de abuso sexual, a partir da integração de evidências.

Objetivos Específicos

1. Sintetizar evidências legais e científicas sobre crianças exposta, ou em risco de exposição, ao abuso sexual, a partir da década de 1990.
2. Analisar e destacar as ações e estratégias de atendimento dessas crianças à luz das vulnerabilidades sociais.
3. Apresentar uma proposta de Guia Orientador do acolhimento e abordagem de crianças exposta, ou em risco de exposição, ao abuso sexual, para uso da equipe de saúde da família da APS, da cidade do Rio de Janeiro.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Atualmente, no mundo, cerca de 470 000 pessoas são vítimas de homicídio todos os anos. Homens, mulheres e crianças sofrem diversas fatalidades consequentes de violência

interpessoal maus-tratos infantis, violência juvenil, por parceiro íntimo, violência sexual e abusos de idosos. Essa violência contribui para diferentes problemas de saúde durante a vida, principalmente para mulheres e crianças. (OMS, 2017)

A violência é gerada a partir de fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais. Normas de gênero impostas pela sociedade são fatores sociais que impactam na vulnerabilidade de crianças e adolescentes à violência, reforçando a posição de inferioridade feminina na sociedade e aumentando as chances de homens de meninos e homens cometerem atos violentos. (OPAS, 2017)

Segundo a OMS (2017) a violência contra crianças, inclui todas as formas de violência contra pessoas menores de 18 anos, realizadas pelos pais, cuidadores, colegas ou estranhos, incluindo maus-tratos infantis (abuso, negligência física, sexual e emocional) e violência contra adolescentes. Afeta 1 em cada 2 crianças por ano, a violência tem um impacto devastador sobre o desenvolvimento das crianças, gerando problemas sociais e de saúde durante a vida.

Crianças, independente do sexo, correm o mesmo risco de abuso físico, negligência e emocional, porém meninas correm maior risco de sofrer abuso sexual. E conforme as crianças crescem e atingem a adolescência, a violência entre pares e as praticadas por parceiros íntimos, além dos maus-tratos infantis, tornam-se crescentes. (OMS, 2017)

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2017) na infância, 1 a cada 5 meninas e 1 a cada 13 meninas sofrem abuso sexual. Sendo o homicídio uma das cinco principais causas de morte entre adolescentes. E apesar da alta prevalência, o abuso sexual é ocultado, não é percebido ou não é denunciado.

Os atos violentos e acidentes, constituem no Brasil, a segunda causa de mortes e 25% das mortes de crianças entre 1 a 9 anos, são decorrentes destas causas, sendo estas, a primeira causa entre as mortes de crianças e jovens de 5 a 19 anos. E quando as situações não geram mortes, podem provocar lesões e traumas, físicos, emocionais e sexuais durante toda a vida. Com a gravidade do problema, faz-se necessário a saúde assumir um papel protagonista no combate à violência, entendendo o contexto de vulnerabilidade psicossocial enfrentada por crianças e adolescentes. (BRASIL, S/D)

Três situações compõem a ponta do *iceberg* da violência estrutural no País: crianças e adolescentes vivendo e trabalhando nas ruas, aquelas que trabalham para sobreviver e as privadas de liberdade por residir em instituições socioeducativas. As duas primeiras são completamente opostas ao preconizado pelo ECA sobre a proteção integral das crianças e adolescentes. (SANCHEZ e MINAYO, 2006)

Segundo a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, no artigo 4º:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

Em seu quinto artigo, o ECA (1990) também traz que nenhuma criança ou adolescente poderá sofrer de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, sendo o autor do crime, punido segundo a lei, por qualquer ação ou omissão neste sentido.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) tem como norteadores os princípios básicos como a saúde sendo um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; O direito e o respeito à vida como valores éticos da cultura e da saúde; A promoção à saúde deve estar presente em todos os planos, programas, projetos e atividades que visam à redução da violência e dos acidentes.

Esta política traz como medidas fundamentais, a prevenção, abrangendo medidas de promoção à saúde, voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até as ações que impedem sequelas e mortes consequentes destes eventos. Sendo assim, quanto maior o investimento na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto na proteção da população. (BRASIL, 2001)

O propósito fundamental desta política é a redução significativa da morbimortalidade por acidentes e violências no País, através do desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas, a fim de contribuir para a qualidade de vida da população. Para a orientação dos instrumentos que nortearam a implementação da política, foram estabelecidas as seguintes diretrizes: **Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;** Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; **Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;** Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; Capacitação de recursos humanos; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL, 2001)

O caderno de saúde AIDPI Criança lançado pelo Ministério da Saúde (2017) traz a temática de violência de forma generalizada, no último capítulo (capítulo 6), trata-se de todos os tipos de violência, incluindo a violência sexual, porém de forma discreta, mostrando os sinais de abuso sexual quando o quadro já está agravado. Descreve ainda um fluxo de ações que devem ser

tomadas em situações de violência, porém sem destacar e tratar de forma individualizada cada situação.

Ameaçando o bem-estar da criança e podendo persistir até a vida adulta, a violência infantil tem efeitos consideráveis e duradouros. A exposição à violência na infância prejudica o desenvolvimento cerebral e gera diversas consequências imediatas e permanentes para a saúde física e mental. O impacto para a saúde pública e custos econômicos, aparecem em longo prazo, geram déficits importantes na educação, saúde e bem-estar infantil, podendo abalar a capacidade produtiva de futuras gerações. (OPAS, 2017)

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2018) diz que apesar de não parecer, a violência física associada à violência sexual, está presente em pequena parte dos casos identificados, sendo a maioria das situações, especialmente com crianças e adolescentes, praticadas por pessoas próximas à vítima, contam com a confiança da criança e acontecem de maneira progressiva por um longo período de tempo.

O abuso sexual é uma transgressão secreta, que desrespeita a intimidade do outro, é um processo dinâmico, que atinge o conteúdo familiar e tem como consequências os sentimentos de culpa e vergonha para a maioria dos envolvidos. (SBP, 2018)

A violência sexual tem maior destaque se comparada aos outros tipos de violência, por ter envolvido um forte conteúdo moral. Ainda que não seja a situação de violência que ocorra com maior frequência, situações de violência sexual podem apresentar muitas dúvidas e indefinições que afetam direta e intensamente todas as pessoas envolvidas, incluindo família e equipe de saúde. (SBP, 2018)

As situações de violência sexual podem ser divididas em agudas ou crônicas, sendo as agudas correspondentes em sua maioria às mulheres adultas e adolescentes, acompanhadas de violência física, o agressor geralmente não mantém vínculo com a vítima. Nessas situações, geralmente as vítimas são atendidas nos serviços de emergência. Já a violência sexual crônica são situações que ocorrem por longos períodos de tempo, de forma progressiva, cometidas por pessoas próximas às vítimas, que geralmente são crianças de ambos os sexos. As ameaças costumam ser veladas, não tendo necessariamente o uso de força física. O atendimento a este tipo de situação, pode ser feito a nível ambulatorial. (SBP, 2018)

E o contato genital não é condição obrigatória para que a situação seja considerada violência sexual. Carícias em outras partes do corpo, que não a genital, beijos, exibicionismo, voyeurismo e exposição à pornografia são tão prejudiciais quanto às situações que envolvam contato com a genitália da criança. (SBP, 2018)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) indica que existem sinais e sintomas indiretos ou pouco visíveis da violência sexual em crianças e adolescentes, como atitudes sexuais inapropriadas para a idade, conhecimento avançado para a idade sobre práticas sexuais, masturbação compulsiva independente do ambiente, brincadeiras que possibilitem a manipulação da genital ou que reproduzam ações do abusador, mudanças no comportamento, infecções urinárias de repetição.

Segundo a Portaria nº 1.130, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que, no artigo 6º:

A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, à prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças. (BRASIL, 2015)

Ainda em seu 5º artigo, a PNAISC (2015) traz que um dos eixos estratégicos é a atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura da paz. Estas ações consistem em articular estratégias da rede de saúde para evitar situações de violências e acidentes, assim como o uso de metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação dos profissionais que atuam no atendimento às crianças em situações de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e abandono, com o objetivo de implementar linhas de cuidado na rede de proteção no território e rede de atenção à Saúde.

A Atenção Básica tem o importante papel no cuidado integral à saúde das crianças e suas famílias em situações de violência, sendo o serviço responsável pela coordenação das ações de cuidados no território. Exerce um papel indispensável na garantia do acesso e acolhimento, pois é preferencialmente o primeiro contato da criança e a família com a rede de serviços de saúde. (BRASIL, 2017)

A Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (2010) apresenta a violência com uma abordagem geral e apesar de trazer poucas especificidades da violência sexual, há apenas 2 páginas que dissertam sobre esta temática. A Linha de Cuidado foi uma estratégia para ações voltadas para o alcance da

atenção integral, um dos princípios do SUS, com o objetivo de proporcionar a produção do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, para garantia dos direitos, proteção e defesa da criança. Considerando o cuidado em saúde em seu significado de pluralidade, o cuidar do outro também, sem intenção ou pretensão, demonstrando preocupação, responsabilização e solidariedade com a dor e sofrimento de cada sujeito (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo 7º, diz que é imprescindível que a Atenção Básica e a Vigilância em saúde trabalhem de forma integrada, em processo contínuo e sistemático, a fim de coletar, consolidar e analisar a disseminação de dados sobre eventos de saúde, com o objetivo de planejar e implementar medidas de saúde, para proteção, prevenção e controle de riscos e agravos e promoção da saúde. As ações devem estar voltadas também para a vigilância de violências das doenças crônicas e não transmissíveis e acidentes (BRASIL, 2017).

O Programa Saúde na Escola (PSE) tem por objetivo cooperar com a formação dos estudantes, através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que podem comprometer o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. A integração e articulação da saúde e educação, proporciona melhora na qualidade de vida da população (BRASIL, 2018).

Instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, o PSE, tem ações de saúde voltadas também para a assistência e são desenvolvidas em articulação com a rede de educação pública básica de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, compreendendo ações como a redução da morbimortalidade por acidentes e violências (BRASIL, 2007).

No conjunto das violências contra a criança, há ainda aquelas invisíveis e silenciosas, como é o caso do abuso sexual. Os sinais e sintomas visíveis podem se apresentar como edema ou lesões na região genital sem associação com doenças, infecções ou traumas evidentes; lesões no palato e dentes anteriores, devido o sexo anal; sangramento vaginal em criança que não estão na puberdade; sangramento, cicatrizes, fissuras anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem a presença de doenças; rompimento do hímen; doenças sexualmente transmissíveis; gravidez e aborto. (BRASIL, 2010)

A APS tem por objetivo a prevenção, promoção e proteção à saúde. Portanto, cabe questionar em que sentido ela atua para evitar que as crianças e adolescentes adentrem os serviços de urgência e emergência vítimas de situações de violência sexual já agudizadas.

O município do Rio de Janeiro é dividido desde 2016 em 10 áreas programáticas, a fim de melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde oferecidos. Cada área possui sua

particularidade, considerando a evolução histórica da cidade, atividade econômica, mobilidade, educação, formas de adoecimento e mortalidade (BRASIL, 2017).

Segundo a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia para a expansão da AB. Sendo esta, a principal porta de entrada no sistema de saúde e tem um papel estratégico na rede de atenção à saúde. As equipes de Saúde da Família tem como função garantir o cuidado a população adscrita, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos. Promovendo um cuidado individual, familiar e aos grupos sociais em todo o ciclo de crescimento e desenvolvimento do indivíduo, intervindo no processo saúde-doença individual, buscando o cuidado integral.

A instituição de protocolos e guias bem definidos se faz necessário como estratégia para a identificação de pacientes em situação de violência sexual e atendimento voltado a esta população, definindo de forma clara e objetiva o papel de cada profissional em todas as etapas do atendimento. Assim como o uso destes instrumentos para realização da vigilância e monitoramento dos casos assistidos e notificados aos órgãos competentes. (LEAL, 2021; MORAIS, 2016)

A falta de fluxos de atendimento bem definidos e dificuldade para encaminhar casos de violência sexual, por burocracia e demora do atendimentos pelos serviços são alguns entraves encontrados por profissionais da ESF. O que justifica a necessidade de criação de protocolos de atendimento para subsidiar a identificação do problema, visando a resolução do problema e tomada de decisões. Identificando a necessidade de encaminhamentos e elaboração de estratégias para intervenção e controle da violência, assim como oferecer respaldo legal para os profissionais que atuam nestes casos. (SETTI, 2022; SILVA, 2020; PALOMINO, 2017)

É necessário a instrumentalização da prática do enfermeiro através do uso de diretrizes, protocolos e fluxogramas bem definidos, voltados também ao aprofundamento técnico científico da equipe de saúde. Com o objetivo de qualificar a atuação dos profissionais e atender as necessidades das vítimas de violência sexual. A construção e validação de um Protocolo Operacional Padrão (POP) é importante para nortear a assistência dos enfermeiros da ESF em casos de violência infantil. Entendendo que o enfermeiro tem papel fundamental na identificação de sinais e fatores relacionados a violência, pois muitas vezes é o profissional mais próximo ao paciente. (MARCOLINO, 2021; SILVA, 2021; SOUZA, 2022)

2.1. Vulnerabilidades da criança na violência sexual

2.1.1. Conceito de vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade iniciou sua utilização nos anos 80, com estudos acerca da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), compartilhando o conceito na área dos Direitos Humanos. Com a evolução da epidemia e mudança no perfil das pessoas acometidas e diferentes fatores socioeconômicos, deu-se a necessidade de novas associações ao contexto da doença. Caracterizando-se no momento como grupos de risco. A adoção do termo vulnerabilidade, em substituição ao anterior, ocorreu no processo de ampliação das chances e diferentes formas de acometimento pela doença por toda população. (CARMO, 2018)

O conceito de vulnerabilidade caracteriza um conjunto de fatores individuais e coletivos, que estão relacionados à maior fragilidade de indivíduos e comunidades ao adoecimento e agravo, somado a escassez de recursos disponíveis para sua proteção. (AYRES, 2009)

A vulnerabilidade social é um conjunto de características, recursos materiais ou simbólicos e habilidade do indivíduo ou grupos sociais que podem ser insatisfatórios ou não ideais para a utilização das oportunidades disponíveis na sociedade. Assim, a qualidade de vida dos sujeitos, será determinada, considerando a relação dos indivíduos ou grupos com as oportunidades sociais. (MONTEIRO, 2011)

Alguns grupos sociais são mais vulneráveis à situações de violência, como as crianças. A rede de serviços do SUS é um espaço privilegiado para identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças em situação de violência, assim como para orientação às famílias. Estes atendimentos independem de raça/etnia, sexo, diversidade cultural e religiosa, assim como orientação sexual, sendo o tratamento as pessoas com deficiência, de forma igualitária. Os profissionais devem ter um olhar diferenciado a esta parcela da população, atentando para as vulnerabilidades, riscos e possibilidades de prevenção, cuidados e proteção. (BRASIL, 2010, p. 11)

2.1.2. Plano de enfrentamento da vulnerabilidade programática

Para reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde consequentes de determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais, a Política Nacional de Promoção à Saúde - PNPS (2018) tem entre seus objetivos promover a equidade e melhoria das condições e modo de viver, aumentando a potencialidade da saúde individual e coletiva. Entre os temas transversais abordados, a cultura

de paz e direitos humanos, consiste em criar oportunidades de convivência, solidariedade, respeito à vida e fortalecimento de vínculos, garantindo os direitos humanos e liberdades, reduzindo situações de violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz.

No AIDPI Criança de 2 meses a 5 anos, publicado pelo Ministério da Saúde, encontra-se um capítulo sobre prevenção da violência infantil, porém não traz claramente os sinais pouco visíveis de violência sexual. Ou seja, aqueles que necessitam de um olhar mais apurado do profissional de saúde, ainda como estratégias eficazes durante o atendimento da criança e sua família. (BRASIL, 2017)

2.1.3. Plano enfrentamento da vulnerabilidade social

A violência é principalmente uma questão social, não sendo entendida como objeto próprio do setor saúde. Ela torna-se componente deste âmbito, devido o importante impacto na qualidade de vida, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que ocasiona e pelas demandas de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares, e ainda, pela concepção ampliada de saúde, pois a violência é um objeto intersetorial. (MINAYO, 2004)

A política de assistência social entende que a vulnerabilidade pode advir da situação de pobreza, precariedade de renda, pouco acesso aos serviços públicos, da fragilidade dos vínculos afetivos e pertencimento social (discriminação de gênero, étnica ou por deficiências). (ZANIANI; BOARINI, 2011)

2.2. Um tema sensível: Violência sexual na infância

Tema sensível de pesquisa pode ser aquele definido como um tópico que representa potencial ameaça para o sujeito da pesquisa e o pesquisador, o que torna problemática a coleta de dados, a manutenção e divulgação dos dados para participantes e pesquisadores. (LEE; RENZETTI, 1990).

A definição de tema sensível é muito geral, considerando que quase toda pesquisa social, pode ser considerada sensível. E toda pesquisa gera algum tipo de consequência e algumas podem ser mais prejudiciais que outras e frequentemente discussões sobre os componentes que constituem um tema sensível estão apenas nas dimensões éticas da pesquisa, sem considerar as questões técnicas e metodológicas (SWIFT; JAMES; LIAMPUTTONG, 2008, p. 1).

Considerando as diversas dificuldades encontradas durante pesquisas sobre tópicos sensíveis, são destacadas as questões metodológicas, políticas e éticas que surgem em diferentes etapas da pesquisa, assim como a negociação e renegociação com o sujeito da pesquisa. Os problemas éticos são mais notórios, porém impossível que sejam previstos no início da pesquisa

e implica muitas vezes que haja a quebra de confiança entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa, constrangimento ou a desistência do sujeito em participar da pesquisa (GER and SANDIKCI, 2006).

Existem diversos problemas durante a pesquisa de temas sensíveis e nem sempre, estes problemas surgem no início da pesquisa, sendo de difícil previsão por parte dos pesquisadores e modificando os resultados esperados. Pois este tipo de pesquisa torna os participantes (sujeito e pesquisador) vulneráveis às mudanças que ocorrem no processo, desde o momento que tratar de temas sensíveis, permite adentrar o mundo privado de cada indivíduo e reviver experiências dolorosas. Quando o pesquisador permite divulgar parte de si, assim como o sujeito da pesquisa, estabelece-se um relacionamento de reciprocidade e confiança. O que torna a decisão de estudar temas sensíveis, mais difícil e vista por alguns pesquisadores como fuga da responsabilidade (SWIFT; JAMES; LIAMPUTTONG, 2008, p. 1).

A discussão das potenciais consequências dos resultados dos estudos voltados a prevenção da agressão sexual, pode estar diretamente relacionada ao benefício de ajuda por parte dos participantes. Pois participantes de pesquisas com temas sensíveis, relataram benefícios em razão do sentimento de que poderiam ajudar outras pessoas, apesar do sentimento de tristeza ou ansiedade de muitas vezes ter que reviver as situações vividas (DECKER, 2011).

Sem a realização de estudos que tratem da temática de maus-tratos infantis, compromete-se significativamente a capacidade de analisar a eficácia de programas e políticas voltados à prevenção de um ou mais tipos de maus-tratos infantis (FORTIER *et al.*, 2020).

PERCURSO METODOLÓGICO: revisão integrativa de literatura (RIL)

Desenvolveu-se a revisão integrativa, um tipo de método de pesquisa secundária, que inclui a integração de evidências aplicáveis à elaboração de materiais ou formulação de diretrizes orientadoras da prática clínica, quando não há evidências científicas robustas que podem ser sintetizadas por revisões sistemáticas. Esse método aponta as lacunas de conhecimentos que indicam a necessidade de novos estudos primários. Tem potencial para construir conhecimento, através da produção de saber fundamentado e uniforme, na qualificação de uma dada prática clínica. (MENDES *et al*, 2008)

A revisão integrativa possui seis etapas: 1) Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos (seleção dos estudos); 3) síntese das informações-chave e categorização dos estudos; 4) análise dos estudos selecionados; 5) interpretação dos resultados; 6) síntese do conhecimento e apresentação do relatório da revisão. (MENDES *et al*, 2008)

1) Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa

Para a identificação do tema e elaboração da pergunta PICO, procedeu-se uma busca preliminar de artigos, documentos legais e governamentais que abordassem o abuso sexual na infância, no contexto da atenção primária à saúde. Dados preliminares apontaram como participantes dos estudos, familiares e profissionais de saúde, tendo como cenário de pesquisa, os mais variados ambientes, e maior quantitativo de estudos sobre violência sexual. Consequentemente, houve a necessidade de responder a pergunta PICO, sendo o P (participantes ou população) com foco sobre familiares e profissionais de saúde; o I (fenômeno de interesse) para as ações e estratégias protetoras da criança exposta ou em risco de violência sexual; e, Co (contexto) na atenção primária à saúde.

2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos (seleção dos estudos)

Para a **seleção dos estudos**, definiram-se como critérios de inclusão os textos: a) sobre violência sexual de criança até 10 anos de idade, baseado na definição da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde para esse grupo humano (BRASIL, 2015b, art. 3º); b) de estudos primários (artigos de pesquisa, teses de doutorado e dissertação de mestrado) com abordagens quantitativas, qualitativas e quanti-qualitativas; c) de revisões de literatura; d) de documentos legais, diretrizes governamentais (manuais e protocolos clínicos) e diretrizes de organizações não governamentais de proteção à infância. d) de documentos legais, diretrizes governamentais

(manuais e protocolos clínicos) e diretrizes de organizações não governamentais de proteção à infância; d) recorte temporal o ano de 1990, uma vez que após a promulgação da nova Constituição Federal no Brasil, em 1988, houve a regulamentação de novas legislações de proteção à criança (Lei Orgânica da Saúde, que criou o Sistema Único de Saúde [Lei nº 8080/1990], Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/1990), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional [Lei nº 9394/1996], o Novo Código Civil [10.406/2002]). Como critérios de inclusão para os itens b e c, considerou-se o recorte temporal do ano de 2010, ano de criação da *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*. Os anos de 1990 mudaram a concepção de infância e adolescência no país, ao reconhecer as vulnerabilidades desse grupo social e a necessidade de proteção pelo Estado, família e sociedade. (BRASIL, 2010)

Como critérios de exclusão, as publicações duplicadas, textos que não se referiam a temática ou cujos resultados juntavam crianças e adolescentes, crianças e mulheres vítimas de violências, cenários de pesquisa no ambiente hospitalar (internação clínica, terapia intensiva e acompanhamento em ambulatório especializado), de emergência.

Baseado nesses critérios de seleção dos textos, aplicou-se a estratégia de busca, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)/LILACS, BDEnf, Coleção SUS e Legis Saúde; via Portal Capes de Periódicos, no PubMed/Medline, CINAHL, Clarivate/WoS, PsychoInfo, Elsevier/Scopus; banco digital de teses e dissertações brasileiras (BDTI) e Arca FIOCRUZ; e o portal de saúde da criança na página eletrônica da FIOCRUZ. Nessas fontes de informações e bases de dados combinaram-se os booleanos AND e OR, ao aplicar descritores e sinônimos, em português e seu equivalente em espanhol: maus tratos infantis, abuso sexual infantil, abuso sexual na Infância; atenção primária à saúde; acesso a serviço de saúde; protocolos clínicos. Para recuperar textos no idioma em inglês, aplicaram-se os keywords e entry terms: sexual child abuse, child abuse; health services accessibility, clinical protocols, primary health care, health center.

A simulação da busca, nas diferentes fontes de informações mencionadas, foi realizada no período de Outubro a Dezembro de 2023, tendo como data final 29 de dezembro de 2023 e atualização em 06 de Abril de 2024 sem que novos documentos fossem recuperados. Como resultado da estratégia de busca recuperaram-se 5.019 documentos, para os quais aplicaram-se um novo filtro de recorte temporal, tema principal, tipo de estudo e a temática central sobre crianças, sendo enviados, 4857 documentos, para o EndNote® (uma ferramenta de gerenciamento de referências) para a remoção de duplicatas. Os documentos foram selecionados por duas pessoas baseando-se em consenso direcionado pelos critérios de elegibilidade dos estudos. Em seguida, os textos foram enviados para planilhas do Excel, separadas por bases e tipos de documentos,

com a intenção de remover outras duplicatas não detectadas no EndNote®. O quadro 1 exemplifica como as estratégias de busca foram aplicadas.

Quadro 1 - Estratégia de busca em fontes de informações. Rio de Janeiro, 2023

Fonte de Informação/Base de dados	Estratégia de Busca
BVS/LILACS	<p>Português/Espanhol: (“maus-tratos infantis” OR “abuso de crianças” OR “violência infantil” OR “abuso sexual infantil” OR “abuso sexual de niños” OR “abuso sexual del niño” OR “acoso sexual infantil” OR “vejamen sexual infantil” OR “abuso sexual na infância“ OR "Abuso Sexual" OR “abuso sexual da criança” OR “abuso sexual de criança” OR “abuso sexual de menor” OR “abuso sexual de menores” OR “maus-tratos sexuais infantis” OR “maus-tratos sexuais da criança” OR “maus-tratos sexuais de menor” OR “molestamento sexual da criança” OR “violação sexual infantil” OR “violação sexual de menor” OR “abuso sexual en la infancia”) AND (“acesso aos serviços de saúde” OR “acesso a serviços de saúde” OR “acesso aos cuidados de saúde” OR “accesibilidad a los servicios de salud” OR “acceso a los servicios de salud”) AND (la:("en" OR "pt")) AND (year_cluster:[2010 TO 2022])</p>

	<p>Inglês: (“sexual child abuse” OR “sexual abuse of child” OR “sexual child molestation” OR “child sexual abuse” OR “child molestation” OR “child abuse” OR “child maltreatment” OR “child mistreatment” OR "Sexual Assault" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Abuse") AND (“health services accessibility” OR “access TO health services” OR “access TO care” OR “access TO cares” OR “accessibility of health services” OR “access TO health care” OR “access TO therapy” OR “access TO therapies” OR “access TO treatment” OR “access TO treatments”) AND (mj:(“Acesso aos Serviços de Saúde” OR "Abuso Sexual na Infância" OR "Delitos Sexuais" OR "Maus-Tratos Infantis" OR "Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias" OR "Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde" OR "Vítimas de Crime" OR "Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos" OR "Atitude do Pessoal de Saúde" OR "Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde" OR "Comportamento Sexual" OR "Sobreviventes" OR "Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde" OR "Estupro" OR "Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde" OR "Qualidade de Vida" OR "Política Pública" OR "Encaminhamento e Consulta" OR "Assunção de Riscos" OR "Comportamento Infantil" OR "Efeitos Psicossociais da Doença" OR "Direito Penal" OR "Tomada de Decisões" OR "Estigma Social" OR "Assistência Ambulatorial" OR "Direitos Humanos") AND la:(“en” OR “es” OR “pt”)) AND (year_cluster:[2010 TO 2022])</p>
<p>PUBMED/MEDLINE</p>	<p>((“Child Abuse”[MeSH Terms] OR (“Sexual Child Abuse”[Title/Abstract] OR “Sexual Abuse of Child”[Title/Abstract] OR “Sexual Child Molestation”[Title/Abstract] OR “Child Sexual Abuse”[Title/Abstract] OR “Child Molestation”[Title/Abstract] OR “Child Abuse”[Title/Abstract] OR “Child Maltreatment”[Title/Abstract] OR “Child Mistreatment”[Title/Abstract] OR “Sexual Assault”[Title/Abstract] OR “Sexual Violence”[Title/Abstract] OR “Sexual Abuse”[Title/Abstract])) AND (“Primary Health Care”[MeSH Terms] OR (“Primary Health Care”[Title/Abstract] OR “Primary Healthcare”[Title/Abstract] OR “Primary Care”[Title/Abstract] OR “Primary Care Nursing”[Title/Abstract] OR “Primary Nursing Care”[Title/Abstract] OR “Health Center”[Title/Abstract] OR “Health Care Center”[Title/Abstract] OR “Health Unit”[Title/Abstract] OR “Community Medicine”[Title/Abstract] OR “Community Health Center”[Title/Abstract] OR “Family Health”[Title/Abstract])) AND ((english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter]) AND (2010:2022[pdat]))</p>

	<p>((("Child Abuse"[MeSH Terms] OR ("Sexual Child Abuse"[Title/Abstract] OR "Sexual Abuse of Child"[Title/Abstract] OR "Sexual Child Molestation"[Title/Abstract] OR "Child Sexual Abuse"[Title/Abstract] OR "Child Molestation"[Title/Abstract] OR "Child Abuse"[Title/Abstract] OR "Child Maltreatment"[Title/Abstract] OR "Child Mistreatment"[Title/Abstract] OR "Sexual Assault"[Title/Abstract] OR "Sexual Violence"[Title/Abstract] OR "Sexual Abuse"[Title/Abstract])) AND ("Primary Health Care"[MeSH Terms] OR ("Primary Health Care"[Title/Abstract] OR "Primary Healthcare"[Title/Abstract] OR "Primary Care"[Title/Abstract] OR "Primary Care Nursing"[Title/Abstract] OR "Primary Nursing Care"[Title/Abstract] OR "Health Center"[Title/Abstract] OR "Health Care Center"[Title/Abstract] OR "Health Unit"[Title/Abstract] OR "Community Medicine"[Title/Abstract] OR "Community Health Center"[Title/Abstract] OR "Family Health"[Title/Abstract]))) AND ((medline[Filter]) AND (english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter])) AND (infant[Filter] OR newborn[Filter] OR allinfant[Filter] OR preschoolchild[Filter] OR child[Filter]) AND (2010:2022[pdat]))</p>
<p>CINAHL</p>	<p>("Sexual Child Abuse" OR "Sexual Abuse of Child" OR "Sexual Child Molestation" OR "Child Sexual Abuse" OR "Child Molestation" OR "Child Abuse" OR "Child Maltreatment" OR "Child Mistreatment" OR "Sexual Assault" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Abuse") AND ("Health Services Accessibility" OR "Access to Health Services" OR "Access to Care" OR "Access to Cares" OR "Accessibility of Health Services" OR "Access to Health Care" OR "Access to Therapy" OR "Access to Therapies" OR "Access to Treatment" OR "Access to Treatments")</p>
<p>CLARIVATE/WOS</p>	<p>"Sexual Child Abuse" OR "Sexual Abuse of Child" OR "Sexual Child Molestation" OR "Child Sexual Abuse" OR "Child Molestation" OR "Child Abuse" OR "Child Maltreatment" OR "Child Mistreatment" OR "Sexual Assault" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Abuse" (Todos os campos) and "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Primary Care Nursing" OR "Primary Nursing Care" OR "Health Center" OR "Health Care Center" OR "Health Unit" OR "Community Medicine" OR "Community Health Center" OR "Family Health" (Todos os campos) and 2010 or 2011 or 2012 or 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2017 or 2018 or 2019 or 2020 or 2021 or 2022 (Anos da publicação) and English or Spanish or Portuguese (Idiomas) and Family Studies or Psychiatry or Medicine General</p>

	Internal or Social Work or Psychology Clinical or Pediatrics or Psychology Social or Primary Health Care or Nursing or Health Policy Services or Health Care Sciences Services or Psychology or Psychology Developmental or Substance Abuse or Multidisciplinary Sciences or Clinical Neurology or Emergency Medicine or Medicine Legal or Education Educational Research or Social Sciences Biomedical or Behavioral Sciences or Education Special or Law or Medical Ethics or Reproductive Biology or Social Issues or Communication or Ethics or Physiology or Psychology Biological (Categorias da Web of Science)
PSYCHOINFO	Any Field: "Sexual Child Abuse" OR "Sexual Abuse of Child" OR "Sexual Child Molestation" OR "Child Sexual Abuse" OR "Child Molestation" OR "Child Abuse" OR "Child Maltreatment" OR "Child Mistreatment" OR "Sexual Assault" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Abuse" AND Any Field: "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Primary Care Nursing" OR "Primary Nursing Care" OR "Health Center" OR "Health Care Center" OR "Health Unit" OR "Community Medicine" OR "Community Health Center" OR "Family Health" AND Age Group: Childhood (birth-12 yrs) AND Year: 2010 To 2022
ELSEVIER/ SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY ("Sexual Child Abuse" OR "Sexual Abuse of Child" OR "Sexual Child Molestation" OR "Child Sexual Abuse" OR "Child Molestation" OR "Child Abuse" OR "Child Maltreatment" OR "Child Mistreatment" OR "Sexual Assault" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Abuse") AND TITLE-ABS-KEY ("Clinical Protocols" OR "Clinical Protocol" OR "Treatment Protocols" OR "Treatment Protocol") AND TITLE-ABS-KEY ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Primary Care Nursing" OR "Primary Nursing Care" OR "Health Center" OR "Health Care Center" OR "Health Unit" OR "Community Medicine" OR "Community Health Center" OR "Family Health")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013))

Quanto às teses e dissertações, os textos normativos e documentos governamentais recuperados no Portal da FIOCRUZ, Legis Saúde e Coleciona Sus, a remoção de duplicatas foi realizada manualmente, através da leitura dos documentos selecionados.

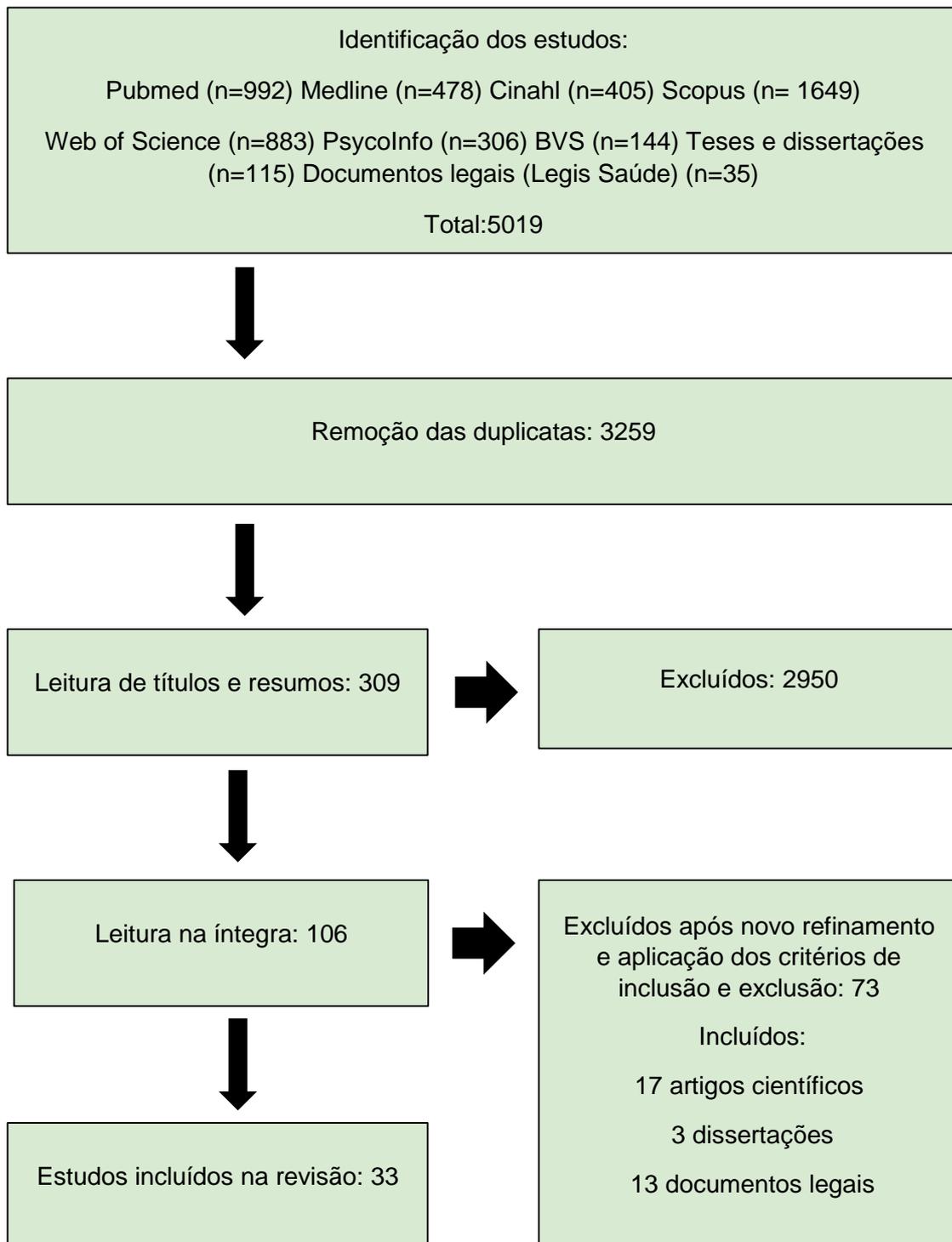


Figura 1 – Fluxograma de recuperação dos documentos em fontes de informações e bases de indexação. Textos recuperados de 1990 a 2023.

Após a remoção das duplicatas restaram 3.259 documentos, dos quais 309 tiveram os títulos e resumos lidos, sendo selecionados 106 para a leitura na íntegra. Ao final da seleção, foram incluídos 33 documentos que se aproximavam da temática da revisão, submetidos à análise, conforme fluxograma da Figura 1.

3) Síntese das informações-chave e categorização dos estudos

Uma ficha documental de análise foi elaborada para sistematizar os dados extraídos (Unidades de registro) considerando-se a cronologia dos dispositivos regulatórios (sequencialidade dos anos), seu conteúdo, fonte de citação (artigo, parágrafo, alínea) e as referências a outros dispositivos que tornaram-se objeto de análise para ampliação do quadro documental. Além dos textos previamente selecionados, incluíram-se outros a partir da leitura dos primeiros textos. Os documentos selecionados foram estratificados em uma tabela para extração dos dados relevantes à pesquisa. A tabela contém a referência do texto (autor e ano de cada documento), objetivo do documento, população-alvo, se respondia ou não a pergunta PICO, a justificativa da não inclusão do documento na revisão, as ações e estratégias para detecção e proteção da criança ao abuso sexual. Posteriormente, foi elaborado um quadro com a fonte de dados (referência do documento) e a integração das recomendações encontradas nos documentos legais, produções científicas e acadêmicas.

Para a escolha dos textos que compõem o corpus textual da revisão integrativa, foram aplicados os princípios da pré-análise, a análise e a interpretação do conteúdo, segundo a recomendação de Bardin (2011); Mendes e Miskulin (2017).

Aplicou-se a regra da exaustividade na leitura flutuante dos documentos selecionados para manter somente textos que abordassem a problemática do abuso ou violência sexual na infância. Alcançou-se a representatividade por meio de uma amostragem textual do fenômeno de interesse da pergunta. Agrupou-se amostragem textual por similaridade de conteúdos em busca da homogeneidade conformando uma cadeia interna de referência sobre proteção à criança. Esse corpus textual organizado permitiu responder as questões analíticas.

A representatividade desses documentos foi submetido a análise orientada pelas questões analíticas descritas a seguir:

Quadro 2 – Questões analíticas, norteadoras do estudo

Questões analíticas

- a) Quais ações de atendimento à criança exposta ou em risco de exposição são recomendadas:
- Em documentos LEGAIS, NORMATIVOS e GOVERNAMENTAIS (Leis, Decretos, Portarias, Manuais de governo)?
 - Nas produções acadêmicas (teses e dissertações)?
 - Nas produções científicas (artigos)?
- b) Quais estratégias que derivam dessas ações recomendadas nos documentos e produções poderiam ser aplicados na elaboração de um fluxograma para uso pela ESF da APS?
- Em documentos LEGAIS, NORMATIVOS e GOVERNAMENTAIS (Leis, Decretos, Portarias, Manuais de governo)?
 - Nas produções acadêmicas (teses e dissertações)?
 - Nas produções científicas (artigos)?

A síntese das informações chaves foi organizada em três quadros analíticos, para cada tipo de fonte de informação: publicações científicas no formato de artigos, teses/ dissertações; documentos legais, diretrizes e manuais governamentais. Para cada um desses quadros, adotou-se a técnica colorimétrica, inicialmente separando-se informações em duas cores (amarela e verde). Aquelas relacionadas às **ações de atendimento à criança em risco de exposição a violência sexual** foram separadas das **estratégias recomendadas para a APS brasileira**.

4) Análise dos estudos selecionados

Segundo Whitemore e Knafl (2005) as etapas do processo de revisão integrativa consistem em: estágio de formulação do problema, o estágio de pesquisa na literatura, o estágio de avaliação de dados, o estágio de análise de dados e o estágio de apresentação da revisão. Na etapa de avaliação dos dados, a autora propõe o processo de integração das categorias já definidas anteriormente, através da observação dos padrões e temas segundo o tipo de fonte de informações, que nesse estudo agrupou-se em documentos legais, manuais de governo, artigos de pesquisa e revisão, teses e dissertações.

A análise de dados em revisões de pesquisa requer que as informações das fontes primárias sejam ordenadas, codificadas, categorizadas e resumidas em uma concepção unificada

e integrada sobre o problema de pesquisa. As variáveis que se assemelham são agrupadas próximas umas das outras e exibidas em uma ordem temporal. As relações também podem ser representadas entre variáveis ou temas. Com a conclusão de cada análise de subgrupo, a etapa final da análise de dados em uma revisão integrativa é a síntese de elementos ou conclusões importantes de cada subgrupo em um resumo integrado do tópico ou fenômeno, construindo uma cadeia lógica de evidências. Uma nova conceituação das fontes primárias integra os subgrupos de forma abrangente do tópico de interesse (WHITEMORE e KNAFL, 2005).

Ainda compondo a etapa de análise dos dados, Whitemore e Knafl (2005) trazem a integração de dados, como uma etapa que consiste em relacionar termos identificados, propondo integração com outras variáveis. As matrizes de exibição de dados são desenvolvidas para dados codificados de cada fonte agrupando-as por categoria e comparando-as iterativamente. Como os dados são conceituados em níveis mais altos de abstração, cada fonte primária é revisada para verificar se a nova conceituação é congruente com as fontes primárias.

Foi realizada uma nova divisão dos quadros analíticos, através da redução dos dados, de acordo com a aproximação da temática de cada estudo ou publicação. Partindo-se da aplicação da técnica colorimétrica em cada um dos quadros analíticos, os documentos correspondentes foram integrados por **ações de atendimento à criança exposta ou em risco de exposição a violência sexual** e **estratégias que se aplicam a APS brasileira**. Posteriormente, seguindo as variáveis que se assemelhavam, foram criados seis subgrupos: **Medidas Protetivas**, **Medidas Assistenciais**, **Organização do Serviço**, **Ações voltadas à pesquisa**, **Capacitação profissional** e **Participação Social**.

5) Interpretação dos resultados

Nesta etapa da revisão foi realizado uma avaliação crítica e criteriosa das matrizes de extração dando origem aos seguintes temas, após sua integração: **Ações assistenciais na abordagem preventiva e de detecção precoce do abuso sexual na infância; Cuidado clínico à crianças em risco para ou expostas à violência sexual; Qualificação de profissionais para atendimento humanizado à crianças vítimas de violência sexual**. Esses conteúdos integrados foram objeto de interpretação do conhecimento emergente e para a formulação de um guia de atendimento.

6) Síntese do conhecimento e apresentação da revisão

Segundo Whitemore e Knafl (2005) as revisões integrativas rigorosas têm o potencial de apresentar uma percepção abrangente dos problemas relevantes para os cuidados e políticas de saúde. E podem ter o papel importante na iniciativa de práticas baseadas em evidências. Após a discussão dos dados e apresentação da síntese de evidências, elementos e conclusões de cada

subgrupo, retratando de forma abrangente o tópico de interesse. Foram apresentadas evidências de dados para apoiar as conclusões e formar uma cadeia lógica de evidências, captando a profundidade e amplitude da temática abordada para compreensão do fenômeno e implicações para a prática clínica.

Abordagem assistencial na prevenção, detecção e manejo clínico do abuso sexual na infância: uma revisão integrativa

Care approach in the prevention, detection and clinical management of childhood sexual abuse: an integrative review

Resumo

Introdução: o reconhecimento da violência sexual na infância e a coordenação do cuidado na atenção primária à saúde (APS), por uma equipe multidisciplinar, precisa apoiar-se em evidências científicas. **Objetivos:** sintetizar evidências sobre crianças expostas, ou em risco ao abuso sexual, a partir da década de 1990 e analisar ações e estratégias de atendimento à luz das vulnerabilidades sociais. **Método:** revisão integrativa em fontes de informações com disponibilidade de documentos (manuais e legislações), artigos científicos, teses e dissertações. Estratégia de busca conduzida pelo mneumônico PICO, com os descritores criança, maus-tratos, violência sexual, abuso sexual, atenção primária à saúde e protocolos clínicos, combinados pelo booleanos AND e OR. Os conteúdos foram integrados com a aplicação da análise de conteúdo para a delimitação de temas. **Resultados:** ações de prevenção, detecção precoce e manejo clínico da violência sexual na infância e estratégias de abordagem e cuidados específicos à crianças em risco para ou expostas à violência sexual. As evidências apontam o contato próximo e frequente da equipe de saúde da família como favorável a implementação de ações de prevenção, detecção precoce, tratamento e monitoramento de casos suspeitos e confirmados de violência sexual na infância. **Conclusão:** as ações e estratégias incluem a qualificação das equipes da APS, elaboração de guias e diretrizes de abordagem clínica, sensibilização da comunidade por meio de campanhas públicas para desvelar a violência sexual na infância como um fenômeno que exige intervenção; e, a necessidade de pesquisas futuras.

Palavras-chave: Abuso Sexual na Infância; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Revisão

Keywords: Child Abuse, Sexual; Primary Health Care; Community Health Nursing; Review

1. INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno que se estabelece nas relações hierárquicas de poder e dominação, sendo que as crianças pertencem a um dos grupos humanos com maior exposição à vulnerabilidade. ⁽¹⁾ Os determinantes que tornam as crianças vulneráveis à violência sexual,

devem ser discutidos de forma intersetorial, promovendo ações de prevenção, proteção e cuidado integral.

A violência sexual na infância gera graves consequências físicas e psicológicas para a saúde da criança, como depressão, culpa, vergonha, transtornos alimentares, ansiedade, automutilação, problemas sexuais e dificuldades de desenvolver relações interpessoais.⁽²⁾ Existe o elevado risco de resultados psicossociais e físicos a longo prazo como a esquizofrenia e transtorno de estresse pós-traumático, assim como o uso indevido de substâncias.⁽³⁾ Nesse sentido, é necessário entender que não apenas a violência física implica em dano físico e dor a pessoa envolvida, a violência sexual é capaz de causar consequências de ordem física e memórias que não são apagadas no curso do tempo.⁽¹⁾

As fissuras e lacerações decorrentes do sexo vaginal, principalmente quando o corpo ainda está em formação,⁽⁴⁾ são eventos raros no cotidiano da clínica da atenção primária à saúde (APS). Daí, a importância de se buscar evidências que identifiquem essa problemática antes que evolua para emergências graves.

A triagem nos atendimentos da APS, podem assumir um papel relevante no reconhecimento do abuso sexual infantil, pois neste momento pode ser determinado a necessidade de notificá-lo as autoridades de proteção e coordenar o atendimento com uma equipe multidisciplinar.⁽⁵⁾ As diferentes formas de violência, precisam ser melhor compreendidas por profissionais da saúde, para seu reconhecimento precoce, permitindo que intervenções adequadas sejam tomadas.⁽³⁾ Contudo, há pouca disponibilidade de ferramentas de identificação, avaliação, intervenção, monitoramento e controle dos casos suspeitos e confirmados de violência sexual na infância, particularmente o abuso sexual.⁽⁴⁾ Entre esses profissionais, os profissionais de enfermagem atuam no acolhimento, educação em saúde e na visita domiciliar, sendo que o enfermeiro implementa a consulta de enfermagem. Cabe ao enfermeiro a identificação de famílias vulneráveis e intervenção juntamente a equipe multiprofissional. Os profissionais devem estar aptos para a identificação de comportamentos inadequados, entendendo como dificultador o silêncio estabelecido pela família, sendo um impedimento para a intervenção necessária em casos de violência sexual, especialmente de grupos socialmente vulneráveis.^(5,6)

Para prevenir ou minimizar o desenvolvimento de consequências clínicas e psicológicas negativas, é importante que uma criança abusada sexualmente seja incluída o mais cedo possível em uma abordagem de tratamento multidisciplinar. O processo de recuperação e tratamento começa com a revelação do abuso sexual.^(3, 4)

Daí, a relevância de se buscar evidências que confira visibilidade a essa problemática antes que evolua para emergências graves ou casos de exames de corpo delito. Existem evidências que

programas implementados nas escolas, que tem por objetivo ajudar crianças a reconhecer e relatar situações de abuso sexual, trazer mais conhecimentos e comportamentos protetores das crianças. Porém ainda é preciso desenvolver ações voltadas à prevenção do abuso. Além dos programas escolares, visitas domiciliares na primeira infância e programas de educação voltados aos pais, podem promover reconhecimento do abuso sexual na infância e primeiros sintomas adversos, o que podem prevenir o risco de maus-tratos infantis em geral, particularmente neste grupo socialmente mais vulnerável.⁽³⁾

Por vulnerabilidade compreende-se um conjunto de fatores individuais e coletivos, relacionados à maior fragilidade de indivíduos e comunidades ao adoecimento e agravo, somado a escassez de recursos disponíveis para sua proteção. O reconhecimento destas fragilidades, gera posturas que possam garantir os direitos de populações que necessitam de proteção diferenciada. Vulnerabilidade traz à compreensão da nossa condição como humanidade.⁽⁷⁻⁹⁾ Vulnerabilidade social é um conjunto de fatores individuais e coletivos relacionados à maior exposição de indivíduos e comunidades ao adoecimento e agravo, somado a escassez de recursos disponíveis para sua proteção⁽⁹⁾. A vulnerabilidade social reúne um conjunto de características, recursos materiais ou simbólicos e habilidade do indivíduo ou grupos sociais que podem ser insatisfatórios ou não ideais para a utilização das oportunidades disponíveis na sociedade. Assim, a qualidade de vida dos sujeitos, será determinada, considerando a relação dos indivíduos ou grupos com as oportunidades sociais.⁽¹⁰⁾

A ideia de vulnerabilidade remete a fragilidade e dependência, que soma-se à situação vivenciadas na infância, principalmente às crianças de menor nível socioeconômico. O que torna este público submisso no ambiente físico e social em que se encontra. Estas vulnerabilidades de crianças e de suas famílias podem manifestar-se em forma de violência cotidiana no contexto familiar e escolar. Pois as intervenções devem considerar também as interações vivenciadas, atravessadas por relações de poder, estruturas institucionais, questões culturais, relações de gênero, relações raciais, geracionais, entre outras.⁽¹¹⁻¹²⁾

Diante da problemática aqui exposta, enfrentamos diversos desafios para a abordagem do abuso sexual como um dos tipos de violência na infância, resgatando evidências para desenvolver estratégias de atendimentos. Portanto, delimitou-se como perguntas de revisão: a) quais ações de atendimento à criança exposta, ou em risco de exposição, a violência sexual são recomendadas nos documentos e publicações; b) quais estratégias se aplicam ao contexto da atenção primária à saúde?

Tem-se como objetivos: a) sintetizar evidências de documentos (manuais, legislações e artigos científicos) sobre crianças exposta, ou em risco de exposição, ao abuso sexual, a partir da década

de 1990; b) analisar as ações e estratégias de atendimento dessas crianças à luz das vulnerabilidades sociais.

MÉTODOS

Desenvolveu-se a revisão integrativa, um tipo de método de pesquisa secundária, que inclui a integração de evidências aplicáveis à elaboração de materiais ou formulação de diretrizes orientadoras da prática clínica, quando não há evidências científicas robustas que podem ser sintetizadas por revisões sistemáticas. Esse método aponta as lacunas de conhecimentos que indicam a necessidade de novos estudos primários. Tem potencial para construir conhecimento, através da produção de saber fundamentado e uniforme, na qualificação de uma dada prática clínica.⁽¹³⁾

Adotou-se nesta revisão integrativa as seis etapas recomendadas por Whitemore e Knafl:⁽¹⁴⁾ 1) identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3) síntese das informações-chave e categorização dos estudos; 4) análise dos estudos selecionados; 5) interpretação dos resultados; 6) síntese do conhecimento e apresentação do relatório da revisão.

Para a identificação do tema e elaboração da pergunta PICO, procedeu-se uma busca preliminar de artigos, documentos legais e governamentais que abordaram o abuso sexual na infância, no contexto da atenção primária à saúde. Dados preliminares apontaram como participantes dos estudos, familiares e profissionais de saúde, tendo como cenário de pesquisa, os mais variados ambientes, e maior quantitativa de estudos sobre violência sexual. Consequentemente, houve a necessidade de responder a pergunta PICO, sendo o P (participantes ou população) com foco sobre familiares e profissionais de saúde; o I (fenômeno de interesse) para as ações e estratégias protetoras da criança exposta ou em risco de violência sexual; e, Co (contexto) na atenção primária à saúde.

Para a seleção dos estudos, definiram-se como critérios de inclusão os textos: a) sobre violência sexual de criança até 10 anos de idade, baseado na definição da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde para esse grupo humanos;⁽¹⁵⁾ b) de estudos primários (artigos de pesquisa, teses de doutorado e dissertação de mestrado) com abordagens quantitativas, qualitativas e quanti-qualitativas; c) de revisões de literatura; d) de documentos legais, diretrizes governamentais (manuais e protocolos clínicos) e diretrizes de organizações não governamentais de proteção à infância; e) recorte temporal o ano de 1990, uma vez que após a promulgação da nova Constituição Federal no Brasil, em 1988, houve a regulamentação de novas legislações de proteção à criança (Lei Orgânica da Saúde, que criou o Sistema Único de Saúde [Lei nº 8080/1990],⁽¹⁶⁾ Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/1990),⁽¹⁷⁾ Lei de

Diretrizes e Bases da Educação Nacional [Lei nº 9394/1996],⁽¹⁸⁾ o Novo Código Civil [10.406/2002].⁽¹⁹⁾

Como critérios de inclusão para os itens b e c, considerou-se o recorte temporal do ano de 2010, ano de criação da *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*. Como critérios de exclusão, as publicações duplicadas, textos que não se referiam a temática ou cujos resultados juntavam crianças e adolescentes, crianças e mulheres vítimas de violências, cenários de pesquisa no ambiente hospitalar (internação clínica, terapia intensiva e acompanhamento em ambulatório especializado), de emergência.

Os anos de 1990 mudaram a concepção de infância e adolescência no país, ao reconhecer as vulnerabilidades desse grupo social e a necessidade de proteção pelo poder público, família, comunidade e a sociedade em geral.⁽¹¹⁾

Baseado nesses critérios de seleção dos textos, aplicou-se a estratégia de busca, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)/LILACS, BDEnf, Coleciona SUS e Legis Saúde; via Portal Capes de Periódicos, o Medline (PubMed), CINAHL, Clarivate/WoS, PsycInfo, Elsevier/ Scopus; banco digital de teses e dissertações brasileiras (BDTI) e Arca FIOCRUZ; e o portal de saúde da criança na página eletrônica da FIOCRUZ. Nesse provedores/plataformas acessaram-se a bases de dados, onde combinaram-se os booleanos AND e OR, ao aplicar descritores e sinônimos, em português e seu equivalente em espanhol: maus tratos infantis, abuso sexual infantil, abuso sexual na Infância; atenção primária à saúde; acesso a serviço de saúde; protocolos clínicos. Para recuperar textos no idioma em inglês, aplicaram-se os keywords e entry terms: sexual child abuse, child abuse; health services accessibility, clinical protocols, primary health care, health center.

A simulação da busca, nas diferentes fontes de informações mencionadas, foi realizada no período de Outubro a Dezembro de 2023, tendo como data final 29 de dezembro de 2023 e atualização em 06 de Abril de 2024 sem que novos documentos fossem recuperados. Como resultado da estratégia de busca recuperaram-se 5.019 documentos, para os quais aplicaram-se um novo filtro de recorte temporal, tema principal, tipo de estudo e a temática central sobre crianças, sendo enviados, 4857 documentos, para o EndNote® (uma ferramenta de gerenciamento de referências) para a remoção de duplicatas. Os documentos foram selecionados por duas pessoas baseando-se em consenso direcionado pelos critérios de elegibilidade dos estudos. Em seguida, os textos foram enviados para planilhas do Excel, separadas por bases e tipos de documentos, com a intenção de remover outras duplicatas não detectadas no EndNote®. O quadro 1 exemplifica como as estratégias de busca foram aplicadas.

Quadro - Estratégia de busca em fontes de informações. Rio de Janeiro, 2023

Fonte de Informação/Base de dados	Estratégia de Busca
BVS/LILACS	<p>Português/Espanhol: (“maus-tratos infantis” OR “abuso de crianças” OR “violência infantil” OR “abuso sexual infantil” OR “abuso sexual de niños” OR “abuso sexual del niño” OR “acoso sexual infantil” OR “vejamen sexual infantil” OR “abuso sexual na infância“ OR "Abuso Sexual" OR “abuso sexual da criança” OR “abuso sexual de criança” OR “abuso sexual de menor” OR “abuso sexual de menores” OR “maus-tratos sexuais infantis” OR “maus-tratos sexuais da criança” OR “maus-tratos sexuais de menor” OR “molestamento sexual da criança” OR “violação sexual infantil” OR “violação sexual de menor” OR “abuso sexual en la infancia”) AND (“acesso aos serviços de saúde” OR “acesso a serviços de saúde” OR “acesso aos cuidados de saúde” OR “accesibilidad a los servicios de salud” OR “acceso a los servicios de salud”) AND (la:(“en” OR "pt")) AND (year_cluster:[2010 TO 2022])</p> <p>Inglês: (“sexual child abuse” OR “sexual abuse of child” OR “sexual child molestation” OR “child sexual abuse” OR “child molestation” OR “child abuse” OR “child maltreatment” OR “child mistreatment” OR "Sexual Assault" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Abuse") AND (“health services accessibility” OR “access TO health services” OR “access TO care” OR “access TO cares” OR “accessibility of health services” OR “access TO health care” OR “access TO therapy” OR “access TO therapies” OR “access TO treatment” OR “access TO treatments”) AND (mj:(“Acesso aos Serviços de Saúde” OR "Abuso Sexual na Infância" OR "Delitos Sexuais" OR "Maus-Tratos Infantis" OR "Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias" OR "Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde" OR "Vítimas de Crime" OR "Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos" OR "Atitude do Pessoal de Saúde" OR "Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde" OR "Comportamento Sexual" OR "Sobreviventes" OR "Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde" OR "Estupro" OR "Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde" OR "Qualidade de Vida" OR "Política Pública" OR "Encaminhamento e Consulta" OR "Assunção de Riscos" OR "Comportamento Infantil" OR "Efeitos Psicossociais da Doença" OR "Direito Penal" OR "Tomada de Decisões" OR "Estigma Social" OR "Assistência Ambulatorial" OR "Direitos Humanos") AND la:(“en” OR "es" OR "pt")) AND (year_cluster:[2010 TO 2022])</p>

Quanto às teses e dissertações, os textos normativos e documentos governamentais recuperados no Portal da FIOCRUZ, Legis Saúde e Coleciona SUS, a remoção de duplicatas foi realizada manualmente, através da leitura dos documentos selecionados.

Após a remoção das duplicatas restaram 3.259 documentos, dos quais 309 tiveram os títulos e resumos lidos, sendo selecionados 106 para a leitura na íntegra. Ao final da seleção, foram incluídos 33 documentos que se aproximavam da temática da revisão.

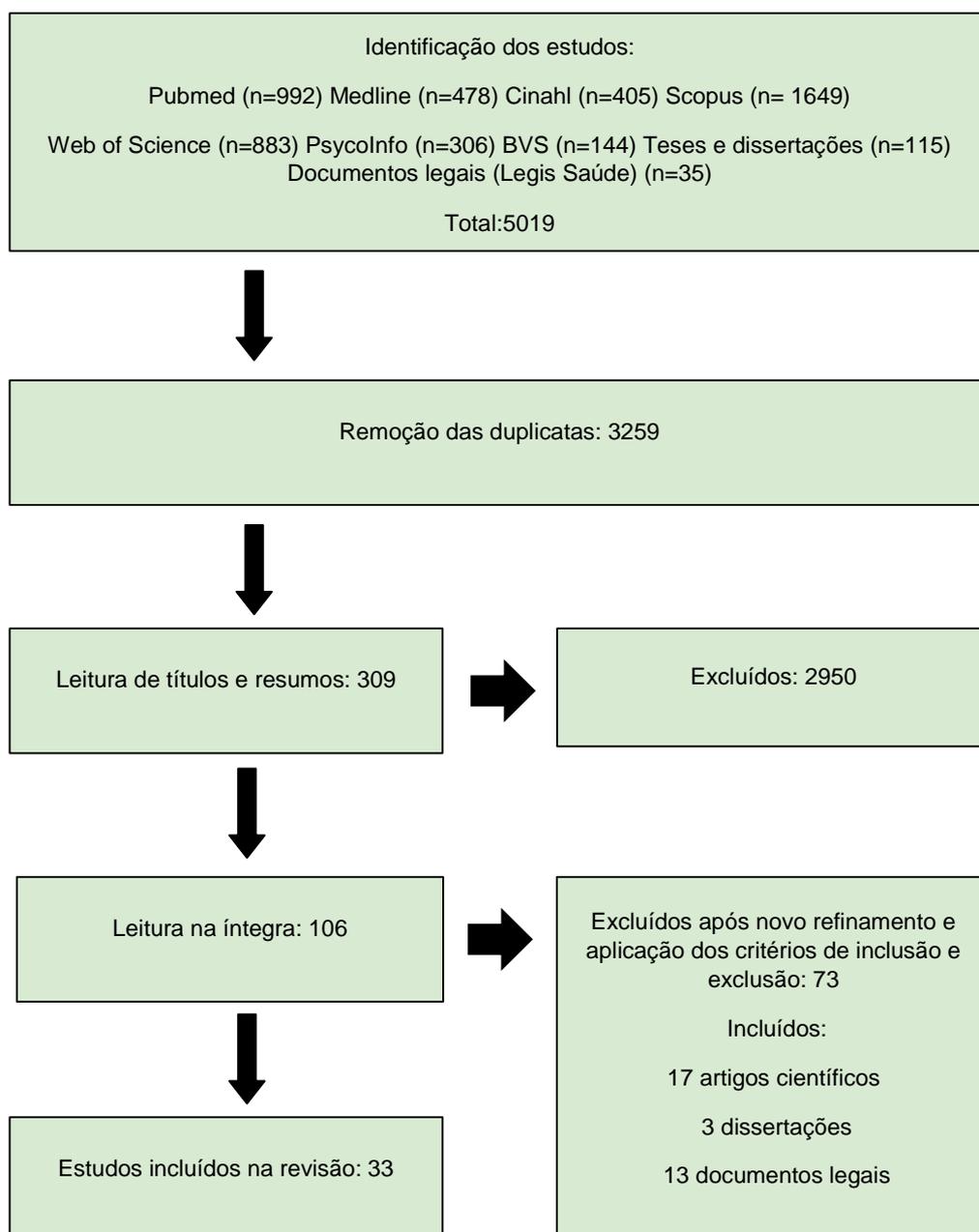


Figura 1 – Fluxograma de recuperação dos documentos em fontes de informações e bases de indexação. Textos recuperados de 1990 a 2023.

A síntese das informações-chave e categorização dos estudos foi mediada por uma ficha documental de análise e sistematização dos dados extraídos (Unidades de registro) considerando-se a cronologia dos dispositivos regulatórios (por ano), seu conteúdo, fonte de citação (artigo, parágrafo, alínea) e as referências a outros dispositivos que tornaram-se objeto de análise para ampliação do quadro documental. Além dos textos previamente selecionados, incluíram-se outros a partir da leitura dos primeiros textos. Os documentos selecionados foram estratificados em uma tabela para extração dos dados relevantes à pesquisa. A tabela contém a referência do texto (autor e ano de cada documento), objetivo do documento, população-alvo, se respondia ou não a pergunta PICO, a justificativa da não inclusão do documento na revisão, as ações e estratégias para detecção e proteção da criança ao abuso sexual. Posteriormente, foi elaborado um quadro com a fonte de dados (referência do documento) e a integração das recomendações encontradas nos documentos legais, produções científicas e acadêmicas.

A preparação do corpus textual de análise baseou-se nos princípios da pré-análise, a análise e a interpretação do conteúdo, segundo a recomendação de Bardin.^(20,21) Aplicou-se a regra da exaustividade na leitura flutuante dos documentos selecionados para manter somente textos que abordassem a problemática do abuso ou violência sexual na infância. Alcançou-se a representatividade por meio de uma amostragem textual do fenômeno de interesse da pergunta. Agrupou-se amostragem textual por similaridade de conteúdos em busca da homogeneidade conformando uma cadeia interna de referência sobre proteção à criança. Esse corpus textual organizado permitiu responder as questões analíticas.

- a) Quais ações de atendimento à criança exposta ou em risco de exposição são recomendadas:
- Em documentos LEGAIS, NORMATIVOS e GOVERNAMENTAIS (Leis, Decretos, Portarias, Manuais de governo)?
 - Nas produções acadêmicas (teses e dissertações)?
 - Nas produções científicas (artigos)?
- b) Quais estratégias que derivam dessas ações recomendadas nos documentos e produções poderiam ser aplicados na elaboração de um checklist para uso pela eSF da APS?
- Em documentos LEGAIS, NORMATIVOS e GOVERNAMENTAIS (Leis, Decretos, Portarias, Manuais de governo)?
 - Nas produções acadêmicas (teses e dissertações)?
 - Nas produções científicas (artigos)?

A síntese das informações-chaves foi organizada em três quadros analíticos, para cada tipo de fonte de informação: publicações científicas no formato de artigos, teses/ dissertações; documentos legais, diretrizes e manuais governamentais. Para cada um desses quadros, adotou-se a técnica colorimétrica, inicialmente separando-se informações em duas cores (amarela e verde). Aquelas relacionadas às **ações de atendimento à criança em risco de exposição a violência sexual** foram separadas das **estratégias recomendadas para a APS brasileira**.

A análise dos estudos selecionados é transversal a todas as etapas do processo de revisão integrativa, segundo Whitmore e Knafl.⁽¹⁴⁾ Ela consiste na formulação do problema, pesquisa da literatura, na avaliação de dados ou informações, na análise de dados e na apresentação da revisão.

Na etapa de análise propriamente dita, é proposto a integração de evidências em categorias, que são constituídas segundo a observação dos padrões e temas por fonte de informações. A análise de dados requer que as informações das fontes selecionadas sejam ordenadas, codificadas, categorizadas e resumidas em uma concepção unificada e integrada sobre o problema de pesquisa. As variáveis que se assemelham são agrupadas próximas umas das outras e exibidas em uma ordem temporal. As relações também podem ser representadas entre variáveis ou temas. Portanto, os conteúdos foram integrados com a aplicação da análise de conteúdo para a delimitação temática.

Com a conclusão de cada análise de subgrupo, a etapa final da análise de dados em uma revisão integrativa é a síntese de elementos ou conclusões importantes de cada subgrupo em um resumo integrado do tópico ou fenômeno, construindo uma cadeia lógica de evidências. Uma nova conceituação das fontes selecionadas integra os subgrupos de forma abrangente do fenômeno de interesse. A integração de dados consiste em relacionar termos com outras variáveis. As matrizes de exibição de dados são desenvolvidas para dados codificados de cada fonte agrupando-as por categoria e comparando-as iterativamente. Como os dados são conceituados em níveis mais altos de abstração, cada fonte primária é revisada para verificar se a nova conceituação é congruente com as fontes primárias.

Nesse estudo agrupou-se assuntos que eram comuns aos vários tipos de documentos selecionados, em seguida procedeu-se a redução dos dados em quadros analíticos, por tipo de documento. Partindo-se da aplicação da técnica colorimétrica em cada um dos quadros analíticos, os documentos correspondentes foram integrados por **ações de atendimento à criança exposta ou em risco de exposição a violência sexual** e **estratégias que se aplicam a APS brasileira**. Posteriormente, seguindo as variáveis que se assemelhavam, foram criados seis subgrupos:

Medidas Protetivas, Medidas Assistenciais, Organização do Serviço, Ações para pesquisa, Capacitação profissional e Participação Social.

Na etapa de interpretação dos resultados, realizou-se uma avaliação crítica e criteriosa das matrizes de extração dando origem aos temas: ações assistenciais na abordagem preventiva e de detecção precoce do abuso sexual na infância; cuidado clínico à crianças em risco para ou expostas à violência sexual; qualificação de profissionais para atendimento humanizado à crianças vítimas de violência sexual.

Esses conteúdos integrados foram objetos de interpretação do conhecimento emergente à luz das vulnerabilidades em saúde. A síntese do conhecimento e apresentação da revisão apresenta uma percepção abrangente dos problemas relevantes para os cuidados e políticas de saúde. E podem ter o papel importante na iniciativa de práticas baseadas em evidências. Esses conteúdos de cada um dos temas integrados foram interpretados à luz da vulnerabilidade social para a emergência do conhecimento integrado. Apresentação de evidências para apoiar as conclusões, captando a profundidade e amplitude da temática abordada para compreensão do fenômeno e implicações para a prática clínica.⁽¹⁴⁾

RESULTADOS

O conjunto dos textos caracteriza-se por três dissertações defendidas, 17 artigos científicos e 13 documentos legais totalizando 33 documentos, analisados em duas categorias apresentadas nos quadros 2 e 3, com seus respectivos temas. A primeira corresponde as ações de prevenção, detecção precoce e manejo clínico da violência sexual na infância. A segunda, a estratégias de abordagem e cuidados específicos à crianças em risco para ou expostas à violência sexual.

Dimensão da problemática da violência sexual na infância no contexto da APS

Evidências apontam que a violência sexual na infância ocorre em sua maioria, porém não exclusivamente, no ambiente familiar. Um estudo mostrou que e um total de 229 notificações de violência sexual contra crianças de zero a nove anos, a violência no espaço doméstico corresponde a 66,2% (n=178) e mais visível com a notificação das Unidades Básicas de Saúde (n=51; 19,5%). Quanto ao sexo das vítimas de violência sexual, o feminino foi o mais notificado, correspondendo a 69,5% (n=187) da violência, e o masculino por (n=82; 30,5%). A maioria dos casos de abuso sexual foi perpetrado pelo responsável ou algum cuidador do sexo masculino (pai, padrasto, tio e avô). Em 78,4% (n=211) deles, o agressor era do sexo masculino; em 26,8% (n=72) era o pai/padrasto, 32% (n=83) algum familiar da criança, incluindo tio, avó, avô, primo, parentes em geral, irmãos).⁽³²⁾

Destaca-se entre as maiores dificuldades no enfrentamento deste fenômeno, a falta de fluxos e protocolos de atendimento direcionando as ações das equipes de saúde na detecção precoce, manejo de casos e na prevenção de novos casos, especialmente para lidar com essa complexidade e sensibilidade do tema da violência sexual intrafamiliar. ^(22,24, 32, 36)

Um estudo^(Marques) sobre identificação e notificação de casos de violência sexual infantil, aponta que entre os 215 profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), os enfermeiros são os que mais identificam casos de violência (n=49; 51,6%) contra a criança e o adolescente. Quanto à formação profissional, observou-se que (n=74; 77,9%) dos enfermeiros possuem especialização e (n=62; 60,3%) dos técnicos de enfermagem possuem apenas o ensino médio. Dados que nos faz entender que o entendimento e as competências clínicas na detecção do abuso infantil são conhecimentos e habilidades cruciais necessários na formação dos profissionais de saúde. Os programas de educação profissional devem sensibilizar os profissionais de saúde sobre as ocorrências e instruí-los sobre como e quando denunciar um caso suspeito de abuso e negligência infantil, além disso, já se evidenciou que o uso de ferramentas para a qualificação dos profissionais é necessário para que essas barreiras sejam superadas. Avalia-se que a diferença entre a detecção e a notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes pode ser superada pela melhoria da base de conhecimento.

Estudo⁽³⁶⁾ sobre a avaliação da qualidade do atendimento às pessoas em situação de violência sexual nos serviços de saúde, um hospital público e 33 Unidades Básicas de Saúde. Os indicadores de qualidade avaliados no parâmetro “Protocolo e Instrumentos de Informação sobre Violência Sexual”, 100% (n = 34) dos estabelecimentos de saúde públicos analisados não possuíam políticas e/ou procedimentos escritos (protocolo) para identificar pessoas em situação de violência sexual; 97,0% (n = 33) não possuíam políticas e/ou procedimentos escritos (protocolo) para atender pessoas em situação de violência sexual; 64,7% (n = 22) não possuíam folhetos, cartazes e outros materiais informativos sobre violência sexual; e 100% (n = 34) não possuíam fluxograma de encaminhamento (específico para pessoas em situação de violência sexual) para a rede de unidades parceiras.

Dos 134 profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) atuantes em serviços públicos de saúde, a análise dos dados mostrou que 53,7% (n = 72) dos profissionais consideram a unidade de saúde onde atuam como incapaz de atender pessoas em situação de violência sexual. E esses profissionais ainda relataram entre as principais dificuldades que enfrentam no trabalho com casos de violência sexual: falta de capacitação e qualificação (37,3%, n = 50), falta de comunicação com a rede de atendimento especializada (13,4%, n = 18) , pessoas em situação de violência sexual têm medo de falar sobre a violência sofrida (12,7%, n = 17), saber abordar as pessoas em situação de violência sexual (10,5%, n = 14), falta de acompanhamento para a vítima

e a família (8,2%, n = 11), a falta de protocolo (6,7%, n = 9), a falta de fluxograma (6,0%, n = 8), a resistência da família (3,7%, n = 5)) e falta de estrutura (1,5%, n = 2).⁽³⁶⁾

O contato próximo e frequente da equipe de saúde das unidades básicas de saúde da atenção primária favorece a realização de ações de prevenção, detecção precoce, tratamento e monitoramento de casos suspeitos de violência sexual na infância.

Ações assistenciais na abordagem preventiva e de detecção precoce do abuso sexual na infância.

Quadro 3. Ações de prevenção, detecção precoce e manejo clínico da violência sexual na infância, no contexto da APS. Período 1990 a 2023.

FONTE DE DADOS	DE	Ações recomendadas
Moraes <i>et al</i> ⁽²²⁾ Paula <i>et al</i> ⁽²³⁾ Amorim <i>et al</i> ⁽²⁴⁾ Marcolino <i>et al</i> ⁽¹⁰⁾ Silva <i>et al</i> ⁽⁵⁾ Silva <i>et al</i> ⁽²⁵⁾ Ramos <i>et al</i> ⁽⁶⁾ Scrandis, Watt ⁽²⁶⁾ Souza <i>et al</i> ⁽²⁷⁾		<p>A. Na prevenção da violência sexual no território sem e com sinais claros de abuso sexual: ^(5, 6, 10, 22, 23, 34, 25, 26)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desenvolvimento de ações de saúde em escolas, comunidade e na unidade de saúde que promovam mudanças de hábitos; ● Estreitamento de relações entre crianças e equipes de saúde da família; ● Manter ter um olhar apurado para desmistificar a violência contra esse público; ● Elaboração de um diagnóstico de riscos do território; ● Estabelecimento de diálogos horizontais, relações duradouras e contínuas, com escuta acolhedora; ● Identificação de novos casos pelos profissionais que mantém vínculo e contato com a criança e família, desenvolvendo um trabalho em conjunto; ● Adoção da consulta de enfermagem, como ferramenta de manutenção de vínculo e confiança; ● Sensibilização de profissionais sobre a necessidade de prestar cuidados à vítima e sua família para interromper o ciclo de violência; ● Realização de cuidados comprometidos e responsáveis, por meio da manutenção do vínculo, acolhimento, empatia e abordagem afetiva. <p>B. Na detecção precoce e enfrentamento de casos confirmados: ^{(4, 6, (22, 23, 25)}</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificação e denúncia de casos, preservando a integridade física e emocional da criança. ● Implementação de medidas medicamentosas segundo o tipo de caso e de acordo com protocolo institucional; ● Visitas domiciliares para monitoramento de casos; ● Acompanhamento contínuo do desenvolvimento infantil e dos cuidados integrais, na consulta de enfermagem, para a identificação de sinais de maus-tratos; ● Vigilância da vítima de violência, para evitar novas exposições e reincidência de novos casos, garantindo que ela e seus familiares sintam-se seguras para se expressarem. <p>C. Abordagem dos casos de vítimas de violência sexual, no domicílio: ^(10, 25)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conhecimento e acompanhamento das famílias; ● Interação da equipe multiprofissional com a família; ● Manutenção de contato direto com as famílias, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, reconhecendo aqueles que ocupam um lugar de referência e suporte para detectar precocemente novos casos; ● Percepção da necessidade de saúde da população adstrita e estabelecimento de vínculo das Unidades Básicas de Saúde com a comunidade onde vivem e atuam. <p>D. Uso de ferramentas de cuidado humanizado, integral e holístico na abordagem de casos na consulta de enfermagem, para o acesso ao cuidado integral à criança: ⁽²⁸⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação do crescimento e desenvolvimento; ● Exame físico para a detecção de sinais clínicos, físicos, emocionais e psicossociais nas primeiras 72 horas após o contato com o agressor; ● Anamnese criteriosa para definição de diagnóstico diferencial tanto de dados físicos (lesões anogenitais, infecções genitais), como alterações comportamentais, manifestações psicossomáticas (cefaleias, dores abdominais); ● Observação da linguagem não verbal e das necessidades físicas e emocionais da criança; ● Diálogo de confiança para confrontar os discursos dos responsáveis e das vítimas. <p>E. Intervenções baseadas na integralidade do cuidado: ^(5, 10, 26, 27, 28, 29)</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none">● Implementação de um cuidado holístico;● Envolvimento do profissional com a criança, a família e a comunidade, para compreender melhor o processo e reconhecer as situações de violência e de denúncias pela comunidade;● Mantenha-se cauteloso e prudente, sem pré-julgamentos, diante de possíveis casos;● Identificação das causas e tipo de abuso sofrido;● Seja empático e saiba ouvir a criança, por meio de gestos, desenhos e falas;● Reconhecimento das manifestações subjetivas de mudanças de comportamento da criança, tais como dificuldades de aprendizado, recusa escolar, fragilidade de vínculos, perda de marcos importantes de desenvolvimento, comportamentos de risco e agressividade;● Percepção de isolamento ou agitação, com entendimento sobre como é o funcionamento da criança em seus ambientes, relacionando sintomas com o histórico e as queixas principais;● Não prejudicar que o ambiente familiar é um local de proteção para a criança, e que a mãe dela é a pessoa que deve protegê-la;● Determinar se o menor está protegido ou se devem ser estabelecidas medidas de proteção;● Realizar o diagnóstico, tratamento e cuidados; notificação e seguimento para a rede de serviços de saúde;● Elaborar um projeto terapêutico singular, em parceria com a equipe multidisciplinar;● Realizar cuidado criterioso durante o atendimento à criança vítima de violência sexual garantindo que seus direitos não sejam violados;● Ser ético durante todo cuidado (diagnóstico, tratamento e cuidados) profissional-paciente.
--	--

Fonte: elaborada pelos autores

Quadro 4. Estratégias de abordagem e cuidados específicos à crianças em risco para ou expostas à violência sexual. Período 1990 a 2023.

Estudos analisados	Estratégias recomendadas
<p>Brasil (2001)⁽³⁰⁾ Brasil (2014)⁽³¹⁾ Brasil (1990)⁽¹⁷⁾ Graziano⁽³²⁾ Magalhães⁽²⁹⁾ Brasil (2013)⁽³³⁾ Brasil (2010)⁽³⁴⁾ Urda⁽²⁸⁾ Brasil(35) Leal <i>et al.</i>⁽³⁶⁾ Scrandis, Watt⁽²⁶⁾ Jenny, <i>et al.</i>⁽³⁷⁾</p>	<p>A. Organização do Serviço: ^(17, 26, 29, 30, 31, 32, 36)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Manter uma equipe multidisciplinar, preparada para desenvolver o cuidado integral à criança e sua família; ● Registrar a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual, mantendo-se atentos para os seguintes procedimentos: <ol style="list-style-type: none"> a) Preencher a ficha de notificação; b) Encaminhar a ficha ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); c) Comunicar o caso ao Conselho Tutelar, da forma mais ágil possível; ● Acompanhar a vítima e sua família, após a notificação. ● Criar uma atmosfera acolhedora e de escuta para que a vítima de violência sexual sintam-se à vontade na abordagem desse assunto sensível. <p>B. Para a definição de diretrizes de atendimento para os serviços do SUS e segurança pública: ^(29, 33, 34)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar atendimento humanizado; ● Manter uma escuta qualificada; ● Verificar a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência próximo do território; ● Disponibilizar transporte para a vítima; ● Criar canais de comunicação com as famílias e crianças sobre sexualidade, toques corporais adequados e inadequados entre a criança e uma pessoa mais velha, na prevenção e orientação sobre o abuso; ● Prever de espaços de acolhimento para crianças e suas famílias, mantendo um ambiente acolhedor, respeitoso e empático; ● Manter fluxos de encaminhamentos ao serviço de proteção social; ● Adotar atitudes positivas e de proteção à criança;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Oferecer tratamento e a profilaxia, avaliação psicológica, acompanhamento terapêutico e acompanhamento pela atenção primária e Equipes Saúde da Família. <p>C. Reconhecimento da existência dos seguintes desafios para garantir o atendimento: ^(35, 37)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar famílias vulneráveis, comportamentos inadequados e intervir juntamente a equipe multiprofissional; ● Identificar os sinais evidentes de situações de risco, suspeita de violência e sinais compatíveis com violência sexual, entre os tipos de violência. ● Identificar sinais clínicos que permitam avaliar a natureza da atenção requerida pela criança, seja encaminhando para outros níveis de atenção à saúde, realizando o tratamento ambulatorial ou orientando para os cuidados e vigilância no domicílio; ● Compreender o histórico de saúde e avaliar o desenvolvimento sócio-familiar; ● Intervir em situações de violência para reduzir danos à vítima de abuso sexual; ● Reconhecer que o abuso sexual ocorre e responder adequadamente na prática clínica; ● Apoiar crianças e famílias quando houver suspeita de abuso sexual infantil; ● Aconselhar sobre a proteção das crianças orientar antecipadamente seus cuidadores.
--	---

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

Ações assistenciais na abordagem preventiva e de detecção precoce do abuso sexual na infância

A primeira categoria de análise corresponde às ações gerais que se aplicam à prevenção e detecção precoce da violência sexual na infância. Há um consenso sobre o papel essencial APS como cenário de enfrentamento da violência, especialmente facilitado pelos diálogos horizontais, as relações duradouras e a escuta acolhedora em um processo de corresponsabilização com os

usuários. Os ambientes da APS podem ajudar a prevenir maus-tratos em crianças que não apresentam sinais claros de abuso^{(26) (10)}.

A estratégia de saúde da família (eSF) possui diversas ações para a diminuição de agravos, que se expressam por meio de processos educativos, mudanças de hábitos, visitas domiciliares, medidas medicamentosas, notificação compulsória, entre outros⁽⁵⁾. É importante que os profissionais estejam sensibilizados e se responsabilizem pelo cuidado à vítima e sua família para interromper o ciclo de violência e proporcionar uma qualidade de vida melhor aos envolvidos. É preciso realizar um cuidado pautado no vínculo, acolhimento e empatia prestando assistência de forma afetiva e garantindo que as vítimas e seus familiares se sintam seguras para se expressarem⁽²⁵⁾.

A consulta de enfermagem é uma importante ferramenta para o estreitamento da relação entre o usuário e profissional e pode causar mudanças no âmbito familiar da criança, ainda que a violência seja uma problemática vivida pelo enfermeiro, pois o não reconhecimento da violência como problema de saúde, o medo e a insegurança para intervir frente à situação de violência são dificultadores para a realização do cuidado. Reforçando assim a importância de o enfermeiro atuar em estratégias voltadas à população, como ações assistenciais nas consultas de acompanhamento de desenvolvimento infantil, no consultório da eSF, podendo identificar sinais de maus-tratos⁽⁶⁾.

Entre as **ações preventivas da violência** no ambiente intrafamiliar que podem ser realizadas pelos profissionais de saúde da atenção primária, destacam-se: a) a facilidade em identificar novos casos, devido ao contato próximo e frequente com a criança e sua família; b) o vínculo e o trabalho conjunto com a família; c) a detecção precoce de famílias vulneráveis no território, o acompanhamento contínuo e cuidado integral dos casos de abuso sexual; d) ações da saúde nos espaços da escola, da comunidade e na própria UBS, estreitando relações entre crianças e as equipes de saúde da família^{(22) (24) (10)}.

No manejo de casos, compete ao enfermeiro atuar na **prevenção de violência** doméstica infantil, diagnosticar os riscos do território de atuação, identificar, denunciar casos de violência, garantindo a integridade física e emocional da criança. Manter-se vigilante a criança vítima de violência, para a promoção de ações precoces contra a violência, bem como ter um olhar apurado para desmistificar a violência contra esse público^{(6) (23)}.

A **abordagem dos casos de vítimas de violência sexual, no domicílio**, implica em que a equipe de saúde da APS: a) conheça e acompanhe as famílias; b) que haja interação de toda a equipe multiprofissional com a família; c) que se mantenha contato direto com as famílias, através de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); d) que se reconheça o lugar de referência e suporte do

ACS para detectar precocemente novos casos, perceber a necessidade de saúde da população adstrita e estabelecer vínculo das Unidades Básicas de Saúde com a comunidade onde vivem e atuam^{(10) (25)}. É desafiador assegurar a longitudinalidade do cuidado, pois muitas famílias não aceitam o acompanhamento; por ser um tema sensível, uma vez que ao aceitá-la, também tornar público um segredo familiar. É uma notícia com repercussão jurídica, podendo desestruturar a composição familiar. O silêncio estabelecido pela família é um dificultador para a intervenção necessária em casos de violência sexual⁽⁵⁾.

Considerando ainda que o abuso geralmente é protegido pelo pacto de silêncio que o agressor impõe à vítima sob ameaças ou chantagens. E a existência de preconceitos nos diferentes níveis de atendimento com falsas crenças de que o abuso não ocorre, ou que o contato físico e a violência são necessários para que o abuso ocorra^{(28) (38)}.

O uso de ferramentas de cuidado humanizado, integral e holístico são facilitadores da abordagem dos casos de vítimas de violência sexual. Entre elas destacam-se: a) as consultas de enfermagem de puericultura, e em geral, para o acesso ao cuidado integral à criança; com a avaliação do crescimento e desenvolvimento, da imunização; detecção de sinais clínicos, físicos, emocionais e psicossociais, que podem surgir durante o exame físico, a anamnese; à observação da linguagem não verbal e às necessidades físicas e emocionais da criança; o estabelecimento de um diálogo de confiança para confrontar os discursos dos responsáveis e das vítimas; b) a implementação de um cuidado holístico e o envolvimento do profissional com a criança, a família e a comunidade, para compreender melhor o processo de reconhecimento das situações de violência e de denúncias pela comunidade; ao perceber possíveis casos de violência infantil, mantenha-se cauteloso e prudente, sem pré-julgamentos; c) identificação das causas e do tipo de abuso sofrido, ter empatia e saber ouvir a criança, pois ela mostra muito através de gestos, desenhos e falas; d) reconhecimento das manifestações subjetivas de mudanças de comportamento da criança, tais como dificuldades de aprendizado, recusa escolar, fragilidade de vínculos, perda de marcos importantes de desenvolvimento, comportamentos de risco e agressividade; isolamento ou agitação; e) entendimento minucioso sobre como é o funcionamento da criança em seus ambientes, sendo necessário relacionar os sintomas com o histórico e as queixas principais; f) não prejudicar que o ambiente familiar é um local de proteção para a criança, e que a mãe da criança é a pessoa que deve proteger o filho^{(27) (10) (25) (26) (6)}.

Cuidado clínico à crianças em risco para ou expostas à violência sexual

É fato que o fenômeno da violência sexual se torna mais visível principalmente quando as unidades básicas de saúde fazem a notificação compulsória e o acompanhamento da vítima e sua

família representam formas eficazes de enfrentamento da violência. E providenciar a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual é uma responsabilidade de todos^{(35) (17)}.

Os fundamentos políticos-legais que subsidiam a prestação de cuidados no contexto da APS, já se encontram demarcados, desde 2001, com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Essa Política determina que o setor saúde deve disponibilizar para a criança vítima de qualquer violência e sua família, incluindo o abuso sexual, uma equipe multidisciplinar, a garantia de atendimento médico, psicológico e social necessários. Assim como o incentivo às ações de comportamento e ambientes seguros e saudáveis⁽³⁰⁾.

Recomendação semelhante encontra-se nas Normas Técnicas e Linhas de cuidado do Ministério da Saúde ao preconizar que o atendimento a vítima de violência sexual deve ser realizado por uma equipe multiprofissional em serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual⁽³¹⁾.

A Estratégia AIDPI é um exemplo de abordagem utilizada na estratégia de saúde da família, que, entre outros objetivos, pode-se destacar a identificação dos sinais clínicos que permitam avaliar a natureza da atenção requerida pela criança. Pode haver necessidade de encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde, realização de tratamento ambulatorial ou orientação para os cuidados e vigilância no domicílio. Cabe ao profissional de saúde identificar, entre os tipos de violência, aqueles sinais evidentes de situações de risco, com sinais compatíveis de violência sexual⁽³⁵⁾.

Os desafios para o atendimento envolvem intervenções complexas para reduzir significativamente os danos à criança vítima de abuso sexual. É necessário compreender o histórico de saúde, avaliar o desenvolvimento social e familiar. Contudo, os profissionais e saúde relatam que uma das dificuldades é o medo das pessoas que são vítimas de violência sexual falarem sobre o assunto ou situação que elas vivenciam. Esse fator também se aplica à criança. Por isso, combater a violência sexual é desafiador em muitas famílias que não aceitam o acompanhamento. Esse tipo de violência é um assunto extremamente sensível, uma vez que ao aceitá-la, também torna público um segredo familiar. É uma notícia com repercussão jurídica, podendo desestruturar a composição da família^{(36) (32) (26)}.

Na superação desses desafios, há diretrizes de atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, definidas pelo Decreto Nº 7.958, Art. 2º, de 13 de março de 2013. Entre essas diretrizes, há aquelas que se aplicam ao contexto da APS, tais como: acolhimento, atendimento humanizado,

escuta qualificada, existência de serviços de referência para o atendimento às vítimas de violência e disponibilização de transporte à vítima⁽³³⁾.

A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências **recomenda como forma de prevenção e orientação sobre o abuso**, conversar com as famílias e crianças sobre sexualidade, toques corporais adequados e inadequados entre a criança e alguém mais velho⁽³⁴⁾.

O acolhimento e encaminhamento consistem em receber crianças, e suas famílias de forma empática e respeitosa; acompanhar o caso e realizar os encaminhamentos necessários, inclusive ao serviço de proteção social; adotar atitudes positivas e de proteção à criança ou ao adolescente⁽³⁴⁾.

O acolhimento é uma das principais medidas voltadas ao atendimento das crianças vítimas de violência sexual. E este é considerado uma postura ética e não apenas um espaço ou local, devendo estar presente em todas as dimensões do cuidado (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede), sendo necessário também o olhar para a família. O acolhimento deve ser entendido como uma linha de cuidado de ação contínua entre o usuário e o serviço, em todos os locais que seja possível a escuta por parte do profissional⁽²⁹⁾.

Esse acolhimento pode ser realizado por qualquer profissional da eSF, juntamente com a escuta qualificada, uma das primeiras estratégias a ser utilizada nos casos de abuso infantil, para posteriormente, se necessário, encaminhar para outros serviços de referência⁽²⁹⁾.

Porém, muitos encaminhamentos retornam para APS, principalmente para atendimento psicológico, que os profissionais entendem como um dificultador do processo do cuidado integral à criança^{(39) (34)}.

Na ocorrência de suspeita ou confirmação de violência **as diretrizes legais determinam que as notificações** devem ser realizadas pelos profissionais de saúde e educadores ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde e ou educação, dos setores públicos ou privados. As situações de violência infantil se inserem no item sobre violência doméstica e/ou outras violências, sendo consideradas como agravos, pois podem apresentar dano à integridade física ou mental dos indivíduos, pois são provocadas por circunstâncias nocivas, como as lesões decorrentes de violências interpessoais, agressões e maus-tratos^{(34) (40)}.

A notificação é uma das principais etapas no processo de enfrentamento da violência, visto que a partir dela derivam ações no âmbito das redes de atenção e proteção, voltadas para a promoção, prevenção de reincidências e estabelecimento de uma linha de cuidado às pessoas em situação de

violência. Ela é parte da atenção integral à saúde da criança, é um instrumento de proteção e não, contribuindo para ampliar a visibilidade da violência sexual⁽⁴⁰⁾.

Aconselhamento sobre proteção de crianças contra abuso sexual deve fazer parte da orientação antecipada dada aos cuidadores. Os profissionais devem reconhecer que o abuso sexual de crianças ocorre e estar preparados para responder adequadamente em suas práticas clínicas. Os profissionais devem entender como apoiar crianças e famílias quando houver suspeita de abuso sexual infantil⁽³⁷⁾.

A **abordagem clínica no manejo do abuso** é objeto de recomendação na estratégia AIDPI destacando-se a importância do profissional de saúde saber identificar sinais de risco, suspeita ou sinais compatíveis com violência como qualquer relato de agressão física, psicológica ou sexual, sabendo-se que nem sempre o responsável reconhece a agressão. Estar atento ao surgimento de lesões físicas inespecíficas, comportamento alterado da criança ou cuidador, criança com a saúde ou higiene mal cuidada, histórias de traumas e acidentes frequentes⁽³⁵⁾.

Manter-se vigilante aos sinais claros de violência como lesões físicas compatíveis com violência sexual, discrepância entre as lesões e história contada, a criança fala espontaneamente que sofre violência, cuidador expressa espontaneamente que a criança é vítima de violência, relato de agressão que represente ameaça à vida da criança⁽³⁵⁾.

É importante para identificação de casos de violência infantil na APS observar as mudanças comportamentais da criança, isolamento ou agitação, para a promoção de ações precoces contra a violência, bem como ter um olhar apurado para desmistificar a violência contra esse público⁽³⁵⁾.

O abuso sexual contra crianças e adolescentes não se limita ao cuidado dos ferimentos físicos, mas inclui também um conhecimento que permita manejar este problema de maneira mais segura e qualificada, considerando os aspectos psicossociais.

O profissional de saúde deve estar sensível para ser capaz de identificar o oculto, o não dito, na fala das pessoas em situação de violência sexual que procuram os serviços de saúde^{(36) (35) (6)}.

Os profissionais devem reconhecer que o abuso sexual de crianças ocorre comumente e estar preparados para responder adequadamente em suas práticas clínicas.

É importante que o enfermeiro da APS saiba como conduzir um histórico de saúde, avaliar o desenvolvimento pessoal, social e familiar da criança, se atentar às mudanças de comportamento, perda de marcos de desenvolvimento, recusa escolar e comportamentos de risco. É necessário avaliar como a criança funciona em seus ambientes (escola, casa, com colegas), sempre que houver suspeita de abuso, a criança deve ser avaliada para todos os tipos de abuso^{(36) (35)}.

A **consulta de enfermagem** é uma importante ferramenta para o estreitamento da relação entre o usuário e profissional e pode causar mudanças no âmbito familiar da criança. Na realização da consulta recomenda-se que a abordagem de crianças expostas ou vítimas de abuso sexual envolva o tranquilizar e educar os pais; a documentação de um histórico detalhado da natureza da revelação da criança, incluindo o histórico médico, social e comportamental; uma avaliação quanto a possíveis problemas de saúde mental; um exame completo para descartar lesões; registro de quaisquer descrições de abuso feitas pela criança devem ser registradas; uso de uma linguagem apropriada na entrevista com as crianças; uso de perguntas abertas e não diretas se estiverem fazendo perguntas sobre um possível abuso, entre outras medidas^{(6) (37)}.

O exame físico deve ser realizado nas melhores condições e menos traumática possível, preferencialmente em até 72 horas após o último contato com o agressor para aumentar a possibilidade de encontrar lesões físicas ou restos biológicos. O profissional deve ajudar a determinar se o menor está protegido ou se devem ser estabelecidas medidas de proteção. É importante estar atento que existem preconceitos nos diferentes níveis de atendimento com falsas crenças de que o abuso não ocorre, ou que o contato físico e a violência são necessários para que o abuso ocorra⁽³⁸⁾.

Durante o atendimento é recomendado a realização da anamnese, exame criterioso, diagnóstico diferencial tanto de dados físicos (lesões anogenitais, infecções genitais), como alterações de comportamento, manifestações psicossomáticas (cefaleias, dores abdominais). O diagnóstico, tratamento e cuidados; notificação e seguimento para a rede de serviços de saúde deve ser embasado na realização de projeto terapêutico singular, elaborado por equipe multidisciplinar⁽²⁸⁾.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo tem o intuito de direcionar e qualificar a prática clínica da enfermagem na APS brasileira. Através do escopo de diretrizes voltadas a proteção da criança exposta ou em risco de exposição à violência sexual, pode-se traçar mais claramente os cuidados que são necessários. O estudo traz à luz a necessidade de qualificação dos profissionais da APS que prestam estes cuidados e por vezes apresentam alguma dificuldade frente a dimensão do problema de saúde pública que é a violência sexual infantil. O estudo também mostra a escassez de estudos voltados a esta temática e a necessidade da realização de pesquisas futuras voltadas a melhor compreensão do tema para criação de políticas públicas e qualificação dos serviços de atendimento clínico e de proteção de crianças vítimas de violência sexual.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações, o estudo apresentou informações recuperadas em um acervo de fontes de informação limitadas a legislação, documentos governamentais e mais artigos brasileiros do que evidências globais. As legislações e manuais de governo estão em constante atualização, o que requer uma revisão periódica do acesso a estas fontes, não permitindo a generalização.

A revisão não foi complementada por pesquisa de caso, sem escuta dos profissionais, das crianças, agentes públicos e familiares protetores.

CONCLUSÃO

As ações de atendimento à crianças expostas, ou em risco de exposição a violência sexual estão recomendadas em variadas fontes de informações, tais como legislações de proteção à infância, em manuais, protocolos e diretrizes governamentais, teses e dissertações das áreas de enfermagem e saúde e coletiva e publicações de artigos (originais, revisões, reflexão) em revistas científicas, em duas épocas distintas 1990 para documentos governamentais e 2010 para as publicações científicas. As ações que mais se destacaram na integração das evidências foram agrupadas em **abordagem preventiva, de detecção precoce e nos cuidados clínicos de crianças vítimas de abuso sexual na infância**. Os cenários de intervenções foram a unidade básica de saúde, o domicílio, escolas e campanhas na comunidade para visibilizar a violência sexual na infância como um problema de saúde pública.

Quanto as estratégias aplicáveis a operacionalização das ações para serem desenvolvidas em serviços da rede de Atenção Primária à Saúde destacam-se o acolhimento, visita domiciliar, escuta atenta, consulta de enfermagem, manejo clínico dos casos detectados, notificação compulsória e as redes colaborativas e articuladas entre o serviço e o poder público.

Nesse sentido, a síntese de evidências sobre crianças exposta, ou em risco de exposição, ao abuso sexual aponta para a necessidade da implementação dessas ações e estratégias de atendimento por serem as crianças um grupo populacional com extrema vulnerabilidade social e de saúde pela sua dependência dos adultos.

REFERÊNCIAS

1. Araujo GD, Ramos M, Zaleski T, Rozin L, Sanches LDC. DETERMINANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL NO ESTADO DO PARANÁ - BRASIL. *Espac. Saúde*. 2 de dezembro de 2019; 20(2):42–54. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p42>
2. Burgić Radmanović M. Transtornos mentais em crianças abusadas sexualmente. *Psiquiatria Danubina* [Internet]. Outubro 2020; 32(Suppl 3):349–52. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33030451/>.
3. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. Outubro de 2019; 6(10):830–9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
4. Correia CM, Gomes NP, Diniz NMF, Andrade ICS de, Romano CMC, Rodrigues GRS. Violência na infância e adolescência: história oral de mulheres que tentaram suicídio. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. Outubro 2019; 72:1450–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0814>
5. Silva ALBS, Couto LCSMB, Oliveira MM de, Amorim FCM, Magalhães JM, Sousa KHJF, et al. ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA INFANTIL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: FATORES INTERVENIENTES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO. *Rev baiana enferm* [Internet]. Maio de 2021; 35. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42348>
6. Ramos S, Silva A, Carvalho A, Mendonça C, Patrícia Scotini Freitas, Namiê Okino Sawada. DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO PARA ENFERMEIROS NO CUIDADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. Dezembro de 2021; 95(36). DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1222>
7. Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. Maio de 2017; 22(64):177–88. DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>
8. Carmo MED, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. Março de 2018; 34(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>
9. Aguiar N. Tomada de decisão compartilhada enquanto estratégia para vulnerabilidade em saúde. *Revista Bioética* [Internet]. 2023; 31(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420233609PT>
10. Marcolino E de C, Clementino F de S, Souto RQ, Santos RC dos, Miranda FAN de. Representações sociais de enfermeiros sobre a abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. Nov 2021; 29. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5414.3509>
11. Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA dos, Dias OV, Costa S de M. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2013 Jun 1; 31:258–64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>

12. Ayres JR. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde em Debate* [Internet]. 2022; 46(spe7):196–206. DOI:<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>
13. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2008 Dec; 17(4):758–64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
14. Whittmore R, Knafl K. A revisão integrativa: metodologia atualizada. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2005 dez;52(5):546–53. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
15. Brasil M da S. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 [Internet]. Seq. Seção 1, nº 1.130 ago 5, 2015 p. 37. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-I.pdf
16. Brasil M da S. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. [Internet]. Nº 8.080 set 19, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
17. BRASIL. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. [Internet]. Nº 8.069 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
18. Brasil M da S. LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996 [Internet]. Lei 9.394 Dez 20, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm
19. Brasil M da S. LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002 [Internet]. LEI Nº 10.406 Jan 10, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm?ref=blog.suitebras.com
20. Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p
21. Mendes RM, Miskulin RGS. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cad Pesqui* [Internet]. Setembro de 2017; 47(165):1044–66.
22. Moraes RLGL, Sales ZN, Rodrigues VP, Oliveira J da S. Ações de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência Actions of protection for children and teenagers in situations of violence. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. Abril 2016; 8(2):4472–86. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4472-4486>
23. Aparecida Moreira De Paula A, Moreira MC, De Oliveira Carmo H, Maria De Carvalho Farias S, Dos Santos Moreira L. Concepções e práticas dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca da violência infantil. *Nursing (São Paulo)*. 30 de novembro de 2021;24(283):6935–48.
24. Amorim, Maria A, Priscila S. Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2024; 30(2):47–55. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a04.pdf>
25. Silva MSD, Milbrath VM, Santos BAD, Bazzan JS, Gabatz RIB, Freitag VL. Nursing care for child/adolescent victims of violence: integrative review. *R.pesq:cuid.fundam* [Internet]. 10 de Janeiro de 2020; 115–23. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7102>

26. Scrandis DA, Watt M. Abuso sexual infantil em meninos: implicações para a atenção primária. *The Journal for Nurse Practitioners* [Internet]. 2014 Out; 10(9):706–13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.07.021>
27. Silva Ramos De Souza J, Silva Costa Rodrigues A, Aparecida Carvalho Leite M, Mendonça De Moraes C, Scotini Freitas P, Okino Sawada N. Atuação de enfermeiros na estratégia saúde da família às crianças que sofrem maus-tratos: uma revisão integrativa / The performance of nurses in the family health strategy for children suffering maltreatment: an integrative review. *RPCF*. 4 de outubro de 2022; 14:1–8.
28. Urda P, Urda P. Abuso sexual infantil: saber ouvir. Introdução. *Atenção Primária em Pediatria* [Internet]. 2017; 19:35–8. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300004
29. Magalhães, Maria de Lourdes. Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado. *Bvsaludorg* [Internet]. 2024; 107–7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-2620>
30. BRASIL. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Ministério da Saúde [Internet]. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html
31. PORTARIA Nº 2.415, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2014 [Internet]. Nº 2.415 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2415_07_11_2014.html
32. Graziano AP. Violência sexual infantil: estudo das ocorrências registradas na rede de proteção de Curitiba e as formas de enfrentamento na atenção básica [Internet] [Mestrado em Cuidado em Saúde]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2012 [citado 7 de junho de 2024]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08102012-111859/>
33. DECRETO Nº 7.958, DE 13 DE MARÇO DE 2013 [Internet]. Nº 7.958 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm
34. BRASIL. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde — Ministério da Saúde [Internet]. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf
35. BRASIL. Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância [Internet]. 2017; 82–2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf
36. Leal LM, Vertamatti MAF, Zaia V, Barbosa CP. Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil. De Luca V, organizador. *PLoS ONE* [Internet]. Novembro de 2021; 16(11):e0249598. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249598>
37. Jenny, Carole et al. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. *Pediatrics* [Internet]. Agosto de 2013; 132(2):e558–67. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1741>

38. Cristina M, Maria H. O olhar do enfermeiro na proteção de crianças e jovens em situação de risco, perspectiva do ensaio realizado. Revista de Enfermagem Ufpe Online [Internet]. Jul 2012; 6(9):2013–9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/7303>.
39. Setti SM, Trindade ADA, Hohendorff JV. Vista do Atuação da Estratégia Saúde da Família em Casos de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Estud pesqui psicol (Impr) [Internet]. 2022; Abril de 2022; 22(1):105–24. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2022.66482>
40. Egry EY, Apostolico MR, Morais TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. Jan 2018; 23(1):83–92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>

O produto técnico-tecnológico - Guia de atendimento a criança vítima de violência sexual

É de responsabilidade da rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), além das famílias, dos poderes de estado (judiciário, legislativo, executivo municipal, estadual e federal), comunidade (escolas e organizações governamentais e não governamentais), bem como outros setores da sociedade, traçarem estratégias para a formulação e desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento à violência na infância.

O desconhecimento do fluxo de notificações, falta de protocolos, fluxogramas ou outra ferramenta orientadora do trabalho da equipe da atenção primária à saúde (APS), para a suspeição, detecção e manejo de casos de violência sexual na infância, são rotineiros e apontados como uma vulnerabilidade das crianças. (SILVA *et al*, 2021; MORAIS *et al*, 2016; AMORIM *et al*, 2012; SOUZA *et al*, 2022). Acredita-se que a atuação da equipe da APS, sob a coordenação da estratégia de saúde da família (ESF), por meio de um fluxo de atendimento organizado que indique o papel de cada um nas atividades de prevenção, intervenção e proteção, é fundamental para promover um acolhimento e acompanhamento pós-atendimento da vítima de violência sexual. (SETTI, TRINDADE, VON HOHENDORFF, 2022)

Nesse sentido, a elaboração de guia orientador pode contribuir para a identificação de situações de violência sexual na infância, vigilância e monitoramento de casos, bem como indicar recomendações que sensibilizem pais, responsáveis e sociedade, para proteção de crianças vulneráveis a violência por meio de palestras, campanhas e divulgação dos direitos da criança. Esse recurso contribui para a instrumentalização da prática do enfermeiro e da enfermeira, por meio de registro sistematizado e adequado da vigilância e monitoramento de casos e representa uma prestação de atendimento envolvendo diferentes instituições e órgãos responsáveis pela proteção e manutenção da saúde das crianças. Tal iniciativa contribui para a diminuição da probabilidade de ocorrer lacunas no acolhimento, atendimento e acompanhamento das vítimas de abuso sexual. Essas diretrizes sistematizadas trazem benefícios para as vítimas e agilizam a penalização do agressor. (LEAL *et al*, 2021; MORAIS *et al*, 2016; AMORIM *et al*, 2012).

É importante ter ferramentas que norteiam a assistência dos enfermeiros e das enfermeiras na ESF, em casos de violência infantil. Pois, em caso de sinais de violência, seguir fluxos de atendimento é facilitador do processo de acolhimento e cuidado com a criança e sua família, que poderá explicitar qual é o profissional responsável por cada etapa do atendimento (entrevista

inicial, anamnese, exame clínico e ginecológico, perícias, acompanhamento psicológico, medicação e notificação aos órgãos competentes). (SILVA *et al*, 2021)

A proposição de um Fluxograma pode facilitar a tomada de decisão dos enfermeiros no atendimento à criança vítima de violência: como aplicar o protocolo, facilitar e padronizar os processos de identificação e intervenção, como e onde notificar a suspeita, quais devem ser as ações dos diferentes profissionais e instituições envolvidas (necessidade de trabalho em equipe), casos em que encaminhamos para as Urgências Pediátricas ou outras instâncias. (SOUZA *et al*, 2021; LIMA, 2012; PALOMINO, 2017)

Com base nesses princípios, buscou-se nesse capítulo apresentar um Guia Orientador do acolhimento e abordagem de crianças exposta, ou em risco de exposição, ao abuso sexual, para uso de equipe de saúde da família da APS, da cidade do Rio de Janeiro. O guia reúne ações e estratégias de prevenção, intervenção clínica, proteção e acompanhamento de criança exposta, ou em risco de exposição, a violência sexual que foram recomendadas nos documentos e publicações, e com potencial de aplicabilidade no contexto da APS.

Guia de atendimento a criança exposta ou em risco para violência sexual pela equipe da atenção primária à saúde – Guia ACVSx®

APRESENTAÇÃO

A alta vulnerabilidade social das crianças ao abuso sexual envolve fatores educacionais, culturais, sociais e políticos relativo a determinação da violência. (GRAZIANO, 2012, p. 68; PALOMINO, 2017; LEAL *et al*, 2021) que requerem proteção da família, da sociedade, da comunidade e do Estado.

A Constituição Federal (Art. 227 § 4º da CF) e os demais dispositivos regulamentadores (Lei nº 8.069/ 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente; Lei nº 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde que regulamentou o Sistema Único de Saúde/ SUS) de Proteção à infância prevê que a criança deve ser atendida com absoluta prioridade, pelo Sistema de Saúde. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar seus direitos fundamentais, tais como à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, colocando-as a salvo de qualquer forma de negligência, exploração, violência, crueldade e opressão. Há previsão de que o abuso, a violência e a exploração sexual da criança seja punido severamente.

Este capítulo tem como objetivo apresentar um Guia Orientador de acolhimento e abordagem de crianças exposta, ou em risco de exposição, ao abuso sexual, destinado à equipe de saúde da família da APS, da cidade do Rio de Janeiro.

Para responder à questão de pesquisa relacionada às ações e estratégias recomendadas na síntese de evidências dos documentos legais e políticas de saúde sobre o cuidado à criança exposta, ou em risco de exposição, a violência sexual, o presente capítulo apresenta o Guia orientador do atendimento dessas crianças e suas famílias no contexto da APS brasileira.

JUSTIFICATIVA PARA CRIAÇÃO DO GUIA ACVSx®

A pouca capacitação dos profissionais que atuam na APS tem influenciado o trabalho dos enfermeiros, refletindo principalmente no número de notificações e na condução dos casos. Avalia-se que a diferença entre a detecção e a notificação de casos de violência contra crianças pode ser superada pelo maior nível de conhecimento. (PAULA *et al*, 2021)

Por tratar-se de um tema sensível há famílias que não aceitam a abordagem, outras se mudam de bairro, pois ao aceitar a presença da violência pode significar tornar público o segredo familiar. A notícia pode ter repercussão jurídica, o que poderia desestruturar a composição da família. (GRAZIANO, p. 64-68, 2012).

Os profissionais desconhecem o que deve ser notificado nos casos de violência, os mesmos realizam a notificação quando existem somente sinais evidentes de agressão, desconsiderando aspectos da violência psicológica e negligência. (SILVA *et al*, 2020).

Uma análise dos indicadores de qualidade de “Protocolo e Instrumentos de Informação sobre Violência Sexual”, realizada em 34 estabelecimentos de saúde pública demonstrou que 53,7% (n = 72) dos profissionais enfrentam dificuldades na abordagem de casos de violência sexual devido à falta de capacitação e qualificação. (GRAZIANO, 2012; PALOMINO, 2017; LEAL *et al*, 2021)

Mesmo a violência sendo uma problemática vivida pelo enfermeiro, nota-se um despreparado em reconhecer sinais de violência e negligência. (SOUZA *et al*, 2022).

Destaca-se como problemas que atravessam o desenvolvimento de ações para a prevenção da violência intrafamiliar contra a criança: o despreparo profissional na identificação dos casos. (SOUZA *et al*, 2022).

A PNAISC tem como estrutura fundamental, 7 eixos estratégicos, sendo um deles, voltado à prevenção de violência contra a criança:

A saúde deve promover atenção integral à criança em situação de violências, articular ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências. Assim como organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos de formação para a qualificação da atenção à criança em situação de violência sexual, com o objetivo de implantar as linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território. (PNAISC, Art. 6, inciso V, 2015)

Requisitos para a equipe de saúde da APS atuar no enfrentamento da violência sexual na infância

Capacitação profissional

A educação permanente (capacitações e treinamentos) dos profissionais contribui para diminuir receio e dúvidas sobre a resolutividade do problema. Por apresentar um limiar muito próximo da criminologia, a percepção de enfermeiros sobre como abordar adequadamente os casos de violência infantil, requer cautela e prudência, sem pré-julgamentos. Refletir sobre a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde é primordial para o exercício de um cuidado de qualidade, holístico e acolhedor. (SILVA *et al*, 2021).

Um dos caminhos de prevenção para o abuso sexual envolvendo crianças é a formação e educação permanente de profissionais de diversas áreas da saúde e proteção. (SANTOS, p. 79, 2018). Por exemplo, um dos pilares básicos da Estratégia AIDPI é a realização de educação permanente para os profissionais de saúde indígena no nível da Atenção Básica (AIDPI, Art. 4º, inciso I, 2013). Nesse sentido, o olhar sobre a criança exposta ou vítima de abuso independe de raça/etnia ou gênero. O que requer um preparo adequado do profissional para prestar um cuidado qualificado. É preciso lembrar que o abuso geralmente é protegido pelo pacto de silêncio que o agressor impõe à vítima sob a forma de ameaças ou chantagens. (PALOMINO, 2017)

Há necessidade de capacitação da equipe de saúde nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária, para melhoria da assistência prestada às vítimas de abuso sexual e a sua família. (LIMA e JOSÉ, 2012; AMORIM *et al*, 2012)

Os profissionais da saúde devem ser treinados para compor uma equipe e devem ter meios para realizar uma avaliação correta, seja ela física, psicológica e social. O exame físico deve ser conduzido nas melhores condições da criança, respeitando-se seus medos e evitações, podendo ser indicativo de pistas relacionadas à ocorrência de abuso. Deve ser o menos traumática possível e realizada preferencialmente em até 72 horas após o último contato com o agressor para aumentar a possibilidade de encontrar lesões físicas ou restos biológicos. O profissional deve ajudar a determinar se a criança está protegida ou se devem ser estabelecidas medidas de proteção adicionais. (LIMA e JOSÉ, 2012; PALOMINO, 2017)

Defende-se que os programas de educação profissional devem sensibilizar os profissionais de saúde sobre as ocorrências e orientá-los sobre como e quando denunciar um caso suspeito de abuso infantil, além disso, o uso de ferramentas para a qualificação dos profissionais é necessário para que barreiras sejam superadas (MARQUES *et al.*, 2021).

O atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede de atendimento do SUS deverá promover capacitação de profissionais da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências traz como uma das estratégias para a qualificação do cuidado de crianças vítimas de violência sexual e suas famílias é a capacitação dos profissionais envolvidos no processo de cuidar. (BRASIL, 2001; BRASIL, Art. 2º, inciso VIII, 2013)

É uma competência do CONANDA garantir a especialização e formação continuada de profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à primeira infância, incluindo os conhecimentos sobre direitos da criança e desenvolvimento infantil. Formação profissional voltada aos direitos da criança...que favoreça a intersetorialidade no atendimento da criança e seu desenvolvimento integral. (CONANDA, Art. 88, inciso VIII e IX, 1991)

O desenvolvimento da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situações de violência propõem a capacitação dos profissionais da própria rede e da rede de proteção social, ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para o cuidado e atenção integral à saúde da criança em situação de violência (BRASIL, 2010, p. 50).

Recomenda-se que a capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado de crianças vítimas de violência sexual seja interdisciplinar, permanente e preferencialmente conjunta. Envolve a rede local sob uma coordenação regional que implementa um plano periódico de abordagem de diversas temáticas. Essas redes locais realizam um trabalho preventivo e cotidiano, sendo responsáveis por identificar a violência sexual, geralmente velada, notificar e acompanhar o caso, além de capacitar os profissionais que atendem as vítimas e suas famílias. Outra medida importante na prevenção do abuso sexual de crianças é a elaboração de materiais informativos para profissionais e população (BRASIL, § 1º, inciso II, 2017; GRAZIANO, 2012; SANTOS, 2018, p. 79).

Considera-se que o abuso sexual contra crianças não se limita ao cuidado dos ferimentos físicos, o que mostra a necessidade de conhecimentos que permitam ao profissional manejar este problema de maneira mais segura e qualificada, ou seja, a necessidade de capacitação da equipe de saúde (LEAL *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2021).

Conteúdos da Capacitação

Os enfermeiros são fundamentais para a identificação de casos de violência infantil na APS, sendo necessário um olhar clínico apurado através da capacitação profissional. O conhecimento de fluxos de atenção às situações de violência, a compreensão ampliada do fenômeno da violência sexual na infância e a apropriação do que vem a ser o trabalho de enfrentamento em rede, com destaque para as responsabilidades individuais e coletivas são essenciais para o cuidado de crianças em situação de violência e suas famílias. (SOUZA *et al.*, 2022; EGRY, *et al.*, 2018).

Durante o atendimento à criança vítima de violência sexual, maior e mais criterioso deve ser o cuidado, garantindo que os seus direitos não sejam violados. A atenção à saúde (diagnóstico, tratamento, cuidados contínuos e prolongados) exige do profissional uma postura ética na relação terapêutica com o paciente. (MAGALHÃES, 2011, p. 84)

Formação Profissional

A formação dos profissionais é considerada uma das ferramentas essenciais para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados de saúde prestados, considerando-se os valores estruturados e a aquisição de competências profissionais que melhoram o desempenho de toda a equipe multidisciplinar. (LIMA e JOSÉ, 2012; AMORIM *et al.*, 2012)

É essencial que os enfermeiros estejam qualificados e preparados para o manejo clínico e psicológico dos casos de violência, e tenham conhecimento da legislação que asseguram os direitos da criança e sua família. Pois entende-se que o entendimento e as competências clínicas na detecção do abuso infantil são conhecimentos e habilidades cruciais necessários na formação dos profissionais de saúde. (PAULA *et al.*, 2021)

A violência é um problema de saúde que deve ser considerada como prioridade em relação à assistência às crianças e adolescentes. E as principais dificuldades apontadas na assistência a estes casos de violência, relacionam-se a falta de qualificação dos profissionais de enfermagem, pois não existem capacitações específicas durante a graduação. Muitos profissionais se sentem despreparados para lidar com as situações de violência infantil, identificação do abuso, bem como na abordagem às vítimas e aos familiares. (SILVA *et al.*, 2020).

Uma das barreiras à compreensão de situações difíceis deriva fundamentalmente da má formação dos profissionais envolvidos no processo. Em vista disso, a principal limitação

encontrada é a escassez de formação profissional, mostrando diversas vezes, dificuldades em repassar os casos para órgãos competentes e em agir no processo de enfrentamento contra a violência. (GRAZIANO, 2012, p. 68; PALOMINO, 2017; LEAL *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2022)

Há a necessidade de incluir a temática de violência sexual infantil na formação acadêmica dos profissionais, não somente das ciências da saúde, mas também sociais e humanas, com o objetivo de instrumentalizá-los para a sua atuação nos casos de violência, em especial, quando se trata de crianças/adolescentes e família, além de ações educativas de capacitação para os profissionais atuantes nos serviços e a população em geral. (SILVA *et al.*, 2020)

Participação social como estratégia para prevenção da violência sexual infantil

Santos (2018, p. 79) propõem como estratégia para prevenção do abuso sexual na infância, a mobilização social e comunitária, investindo na educação em saúde da população para promover proteção à população infantil.

Segundo a Lei Nº 13.431, DE 4 DE ABRIL DE 2017, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios podem promover campanhas de conscientização da sociedade, estimulando a identificação das violações de direitos e garantias de crianças e adolescentes, assim como a divulgação dos serviços de proteção e dos fluxos de atendimento.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma ferramenta eficaz para prevenção da violência infantil, pois promove a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, assim como fortalece a relação entre as redes públicas de saúde e de educação. Articula ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, com o objetivo de ampliar o alcance e o impacto de ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis. As ações em saúde previstas no âmbito do PSE consideram a atenção, promoção, prevenção e assistência, e são desenvolvidas juntamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2007, Art. 2º e 4º).

A estratégia AIDPI tem como um dos seus pilares básicos, a produção de educação em saúde na família e comunidades e a Linha de Cuidado traz como medida de prevenção de violências na família e comunidade, a criação de espaços e grupos de educação em saúde para participação dos pais e cuidadores, partilharem suas experiências e dúvidas. Compartilhar e ouvir relatos de situações difíceis vivenciadas por outras famílias, pode ser uma forma para ajudar no enfrentamento de situações de violência (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017, Art. 4º).

Prevenção da violência e abuso sexual e estímulo ao desenvolvimento de pesquisas

Estudos sobre prevenção de abuso sexual, principalmente os que são voltados para prevenção na Atenção Primária, são escassos. Reforçando a necessidade de investimento em estudos, pesquisas e publicações nesta temática, para subsidio de ações, discussões e implementações de políticas públicas voltadas a prevenção do abuso sexual contra crianças. Assim como o incentivo do uso de tecnologias educativas, para realização de diagnóstico situacional, pesquisas voltadas ao estudo do território, mapeamento de serviços disponíveis e conhecimento de situações de violência no território. (SANTOS, 2018, p. 112)

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) tem como diretriz, manter o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área da saúde, visando a redução da violência e acidentes.

Segundo o CONANDA (1991), uma das diretrizes da política de atendimento é a realização e divulgação de pesquisas sobre desenvolvimento infantil e sobre prevenção da violência. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016)

Abordagem na suspeição, confirmação e punição do agressor e profissional de saúde

A atuação conjunta na intervenção sobre o abuso sexual na infância traz benefícios para as vítimas, facilita a penalização do agressor e o seu afastamento do ambiente familiar ou da comunidade onde vive a vítima. (AMORIM *et al*, 2012)

A Linha de Cuidado tem como proposta o uso de indicadores para monitoramento do cuidado infantil. E o seguimento da criança na rede de saúde consiste no acompanhamento do caso na rede de saúde e/ou encaminhamento e acompanhamento para outros equipamentos no território, assim como:

1- Mapeamento da rede de serviços de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Unidades Básicas) e da Média e Alta Complexidade (serviços/centros de atenção especializados, ambulatórios, policlínicas, Caps, Capsi, Caps_ad, Caps III, urgências e hospitais).

2- Mapeamento da rede de promoção, proteção e defesa – equipamentos da assistência social (Cras e Creas), Conselho Tutelar, educação, segurança pública, Varas da Infância e

Juventude, delegacias, Ministério Público, identificados como integrantes do sistema de garantia de direitos (MAGALHÃES, 2011, p. 97)

A suspeição ou confirmação de qualquer tratamento cruel ou degradante contra criança devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar. Nos casos de suspeição ou confirmação e o profissional, seja ele médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, não comunicar à autoridade competente, poderá ser penalizado com multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (BRASIL, Lei nº 8.069/1990, Art. 13; Art. 245)

Não somente os profissionais de saúde, mas qualquer pessoa que tenha conhecimento, presencie a ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que seja caracterizado como violência contra a criança, tem o dever de comunicar ao conselho tutelar ou autoridade policial. Estas autoridades são as responsáveis por notificar ao Ministério Público imediatamente. (BRASIL, Lei nº 13.431/2017, Art. 13)

Ao CONANDA (1991) compete elaborar normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, fiscalizar ações de execução descritas nas linhas de ação e diretrizes estabelecidas nos Arts. 87 e 88 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Aplicação de medidas protetivas

As medidas protetivas se aplicam quando houver ameaça ou violação aos direitos previstos em Lei, seja por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável ou em razão de sua conduta. Diante dessas circunstâncias cabe exclusivamente ao poder judiciário determinar o afastamento da criança do convívio familiar. Cabe ao Ministério Público ou de quem tenha legítimo interesse, a deflagração de procedimento judicial contencioso, no qual se garanta aos pais ou ao responsável legal o exercício do contraditório e da ampla defesa. (BRASIL, Art. 101, §2º; Art. 130; Art. 98, incisos I e III, 1990)

As medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais serão adotadas pelos Estados Partes, visando proteger a criança contra todas as formas de violência, inclusive abuso sexual, enquanto a criança estiver sob a custódia dos pais ou representante legal. (BRASIL, 1990)

As condutas preconizadas pela Estratégia AIDPI incorporam as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, à prevenção e ao tratamento dos problemas infantis mais frequentes, incluindo a prevenção da violência. (AIDPI, Art. 5, inciso V, 2017)

Manejo clínico da equipe de saúde da família diante da suspeição ou confirmação de abuso sexual infantil

Cabe também ao enfermeiro a identificação de famílias vulneráveis e intervenção juntamente a equipe multiprofissional. Os profissionais devem estar aptos para a identificação de comportamentos inadequados, entendendo como dificultador o silêncio estabelecido pela família, sendo um impedimento para a intervenção necessária em casos de violência sexual. (SILVA *et al.*, 2021)

É importante estar atento que existem preconceitos nos diferentes níveis de atendimento com falsas crenças de que o abuso não ocorre, ou que o contato físico e a violência são necessários para que o abuso ocorra. (PALOMINO, 2017)

AÇÕES RECOMENDADAS

Quanto a contribuição da categoria **qualificação de profissionais para atendimento humanizado à crianças vítimas de violência sexual**, para o *Fluxograma* destacam-se as seguintes recomendações (MAGALHÃES, 2011, p. 94; SILVA *et al.*, 2021):

Os profissionais devem estar aptos a realizar a identificação de famílias vulneráveis no território, identificação de comportamentos inadequados, realização de notificação em caso de suspeita de violência sexual e assim realizar o acolhimento.

O acolhimento deve ser realizado:

- Recepção com profissional capacitado(a) para realização do acolhimento de crianças e suas famílias em situação de violências.
- Equipe multiprofissional sensibilizada/capacitada para o acolhimento em todas as dimensões de cuidado.
- Equipe preparada para identificar e avaliar situações de risco, e realizar o primeiro atendimento; e encaminhar para o seguimento na rede de cuidados e proteção social.

Durante o atendimento é recomendado a realização da anamnese, exame criterioso, diagnóstico diferencial tanto de dados físicos (lesões anogenitais, infecções genitais), como alterações de comportamento, manifestações psicossomáticas (cefaleias, dores abdominais). O diagnóstico, tratamento e cuidados; notificação e seguimento para a rede de serviços de saúde

deve ser embasado na realização de projeto terapêutico singular, elaborado por equipe multidisciplinar. O exame físico deve ser realizado nas melhores condições. Deve ser o menos traumática possível e realizada preferencialmente em até 72 horas após o último contato com o agressor. (LIMA, JOSÉ, 2012; MAGALHÃES, 2011, p. 96; PALOMINO, 2017)

Os profissionais de saúde devem ser capazes de:

- Descrever conceitos básicos importantes sobre maus tratos (definição, tipos, sinais, sintomas e indicadores).
- Serem facilitadores dos processos de identificação e intervenção, indicando quando, como e quem deve intervir em determinada situação observada.
- Ajudar a determinar se o menor está protegido ou se devem ser estabelecidas medidas de proteção.
- Devem ter meios para realizar uma avaliação correta, uma avaliação física, psicológica e social.

A coordenação regional cabe a capacitação da rede local por meio de treinamento periódico abordando temáticas como “que é a rede de proteção, no que consiste o trabalho de notificação, porque que é importante notificar, o que acontece depois da notificação, como proceder com o monitoramento da criança” (GRAZIANO, p. 64-68, 2012).

Sugere-se que:

- Trabalhar com educação permanente em saúde, na tentativa de evitar que essa violência se concretize, principalmente nas áreas de maior vulnerabilidade do território.
- Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como ferramenta fundamental, pois são os profissionais que possuem maior ligação com a comunidade (SILVA *et al.*, 2020).

A pesquisa sugere intervenções educativas para capacitar os profissionais que atuam não só na atenção primária à saúde, mas na secundária e terciária (SOUZA *et al.*, p. 6-7, 2022).

SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS

Ações recomendadas

- A. Na **prevenção da violência sexual** no território sem e com sinais claros de abuso sexual (SILVA *et al*, 2021; SOUZA, 2021; MARCOLINO, 2021; MORAIS *et al*, 2016; PAULA *et al*, 2021; AMORIM, 2024; SILVA *et al*, 2020; SCRANDIS, 2014):
- Desenvolvimento de ações de saúde em escolas, comunidade e na unidade de saúde que promovam mudanças de hábitos;
 - Estreitamento de relações entre crianças e equipes de saúde da família;
 - Manter um olhar apurado para desmistificar a violência contra esse público;
 - Elaboração de um diagnóstico de riscos do território;
 - Estabelecimento de diálogos horizontais, relações duradouras e contínuas, com escuta acolhedora;
 - Identificação de novos casos pelos profissionais que mantêm vínculo e contato com a criança e família, desenvolvendo um trabalho em conjunto;
 - Adoção da consulta de enfermagem, como ferramenta de manutenção de vínculo e confiança;
 - Sensibilização de profissionais sobre a necessidade de prestar cuidados à vítima e sua família para interromper o ciclo de violência;
 - Realização de cuidados comprometidos e responsáveis, por meio da manutenção do vínculo, acolhimento, empatia e abordagem afetiva.
- B. Na **detecção precoce** e enfrentamento de casos confirmados (CORREIA *et al*, 2019; SOUZA *et al*, 2021; MORAIS *et al*, 2016; PAULA *et al*, 2021; SILVA *et al*, 2020):
- Identificação e denúncia de casos, preservando a integridade física e emocional da criança.
 - Implementação de medidas medicamentosas segundo o tipo de caso e de acordo com protocolo institucional;
 - Visitas domiciliares para monitoramento de casos;
 - Acompanhamento contínuo do desenvolvimento infantil e dos cuidados integrais, na consulta de enfermagem, para a identificação de sinais de maus-tratos;
 - Vigilância da vítima de violência, para evitar novas exposições e reincidência de novos casos, garantindo que ela e seus familiares sintam-se seguras para se expressarem.
- C. Abordagem dos casos de vítimas de violência sexual, **no domicílio** (MARCOLINO *et al*, 2021; SILVA *et al*, 2020):

- Conhecimento e acompanhamento das famílias;
 - Interação da equipe multiprofissional com a família;
 - Manutenção de contato direto com as famílias, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, reconhecendo aqueles que ocupam um lugar de referência e suporte para detectar precocemente novos casos;
 - Percepção da necessidade de saúde da população adstrita e estabelecimento de vínculo das Unidades Básicas de Saúde com a comunidade onde vivem e atuam.
- D. Uso de **ferramentas de cuidado humanizado**, integral e holístico na abordagem de casos na consulta de enfermagem, para o acesso ao cuidado integral à criança (PALOMINO *et al*, 2017):
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento;
 - Exame físico para a detecção de sinais clínicos, físicos, emocionais e psicossociais nas primeiras 72 horas após o contato com o agressor;
 - Anamnese criteriosa para definição de diagnóstico diferencial tanto de dados físicos (lesões anogenitais, infecções genitais), como alterações comportamentais, manifestações psicossomáticas (cefaleias, dores abdominais);
 - Observação da linguagem não verbal e das necessidades físicas e emocionais da criança;
 - Diálogo de confiança para confrontar os discursos dos responsáveis e das vítimas.
- E. Intervenções baseadas na **integralidade do cuidado** (SILVA, 2021; MARCOLINO *et al*, 2021; SCRANDIS, 2014; SOUZA, 2022; PALOMINO, 2017; MAGALHÃES, 2011):
- Implementação de um cuidado holístico;
 - Envolvimento do profissional com a criança, a família e a comunidade, para compreender melhor o processo e reconhecer as situações de violência e de denúncias pela comunidade;
 - Mantenha-se cauteloso e prudente, sem pré-julgamentos, diante de possíveis casos;
 - Identificação das causas e tipo de abuso sofrido;
 - Seja empático e saiba ouvir a criança, por meio de gestos, desenhos e falas;
 - Reconhecimento das manifestações subjetivas de mudanças de comportamento da criança, tais como dificuldades de aprendizado, recusa escolar, fragilidade de

vínculos, perda de marcos importantes de desenvolvimento, comportamentos de risco e agressividade;

- Percepção de isolamento ou agitação, com entendimento sobre como é o funcionamento da criança em seus ambientes, relacionando sintomas com o histórico e as queixas principais;
- Não prejudicar que o ambiente familiar é um local de proteção para a criança, e que a mãe dela é a pessoa que deve protegê-la;
- Determinar se o menor está protegido ou se devem ser estabelecidas medidas de proteção;
- Realizar o diagnóstico, tratamento e cuidados; notificação e seguimento para a rede de serviços de saúde;
- Elaborar um projeto terapêutico singular, em parceria com a equipe multidisciplinar;
- Realizar cuidado criterioso durante o atendimento à criança vítima de violência sexual garantindo que seus direitos não sejam violados;
- Ser ético durante todo cuidado (diagnóstico, tratamento e cuidados) profissional-paciente.

Estratégias

Estratégias recomendadas

A. Organização do Serviço (BRASIL, 1990; SCRANDIS, 2014; BRASIL, 2001; MAGALHÃES, 2011; BRASIL, 2014; GRAZIANO, 2012; BRASIL, 2013):

- Manter uma equipe multidisciplinar, preparada para desenvolver o cuidado integral à criança e sua família;
- Registrar a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual, mantendo-se atentos para os seguintes procedimentos:
 - a) Preencher a ficha de notificação;
 - b) Encaminhar a ficha ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
 - c) Comunicar o caso ao Conselho Tutelar, da forma mais ágil possível;
 - Acompanhar a vítima e sua família, após a notificação.
 - Criar uma atmosfera acolhedora e de escuta para que a vítima de violência sexual sintase à vontade na abordagem desse assunto sensível.

B. Para a definição de diretrizes de atendimento para os serviços do SUS e segurança pública (MAGALHÃES, 2011; BRASIL, 2013; BRASIL, 2010):

- Realizar atendimento humanizado;
- Manter uma escuta qualificada;
- Verificar a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência próximo do território;
- Disponibilizar transporte para a vítima;
- Criar canais de comunicação com as famílias e crianças sobre sexualidade, toques corporais adequados e inadequados entre a criança e uma pessoa mais velha, na prevenção e orientação sobre o abuso;
- Prever de espaços de acolhimento para crianças e suas famílias, mantendo um ambiente acolhedor, respeitoso e empático;
- Manter fluxos de encaminhamentos ao serviço de proteção social;
- Adotar atitudes positivas e de proteção à criança;

- Oferecer tratamento e profilaxia, avaliação psicológica, acompanhamento terapêutico e acompanhamento pela atenção primária e Equipes Saúde da Família.

C. Reconhecimento da existência dos seguintes **desafios para garantir o atendimento** (BRASIL, 2017; JENNY *et al*, 2013):

- Identificar famílias vulneráveis, comportamentos inadequados e intervir juntamente a equipe multiprofissional;
- Identificar os sinais evidentes de situações de risco, suspeita de violência e sinais compatíveis com violência sexual, entre os tipos de violência.
- Identificar sinais clínicos que permitam avaliar a natureza da atenção requerida pela criança, seja encaminhando para outros níveis de atenção à saúde, realizando o tratamento ambulatorial ou orientando para os cuidados e vigilância no domicílio;
- Compreender o histórico de saúde e avaliar o desenvolvimento sócio-familiar;
- Intervir em situações de violência para reduzir danos à vítima de abuso sexual;
- Reconhecer que o abuso sexual ocorre e responder adequadamente na prática clínica;
- Apoiar crianças e famílias quando houver suspeita de abuso sexual infantil;
- Aconselhar sobre a proteção das crianças, orientar antecipadamente seus cuidadores.

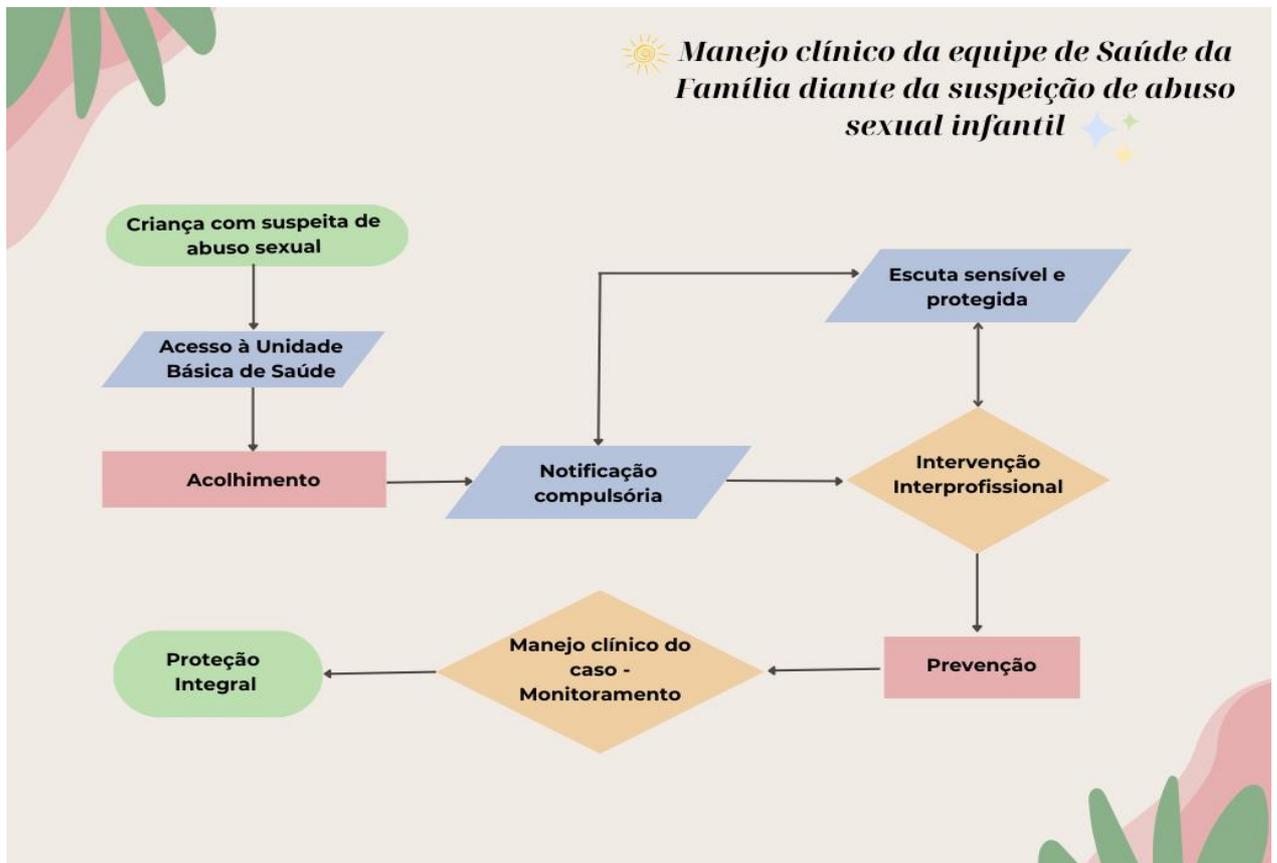
Você sabia?

O CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - tem a competência de:

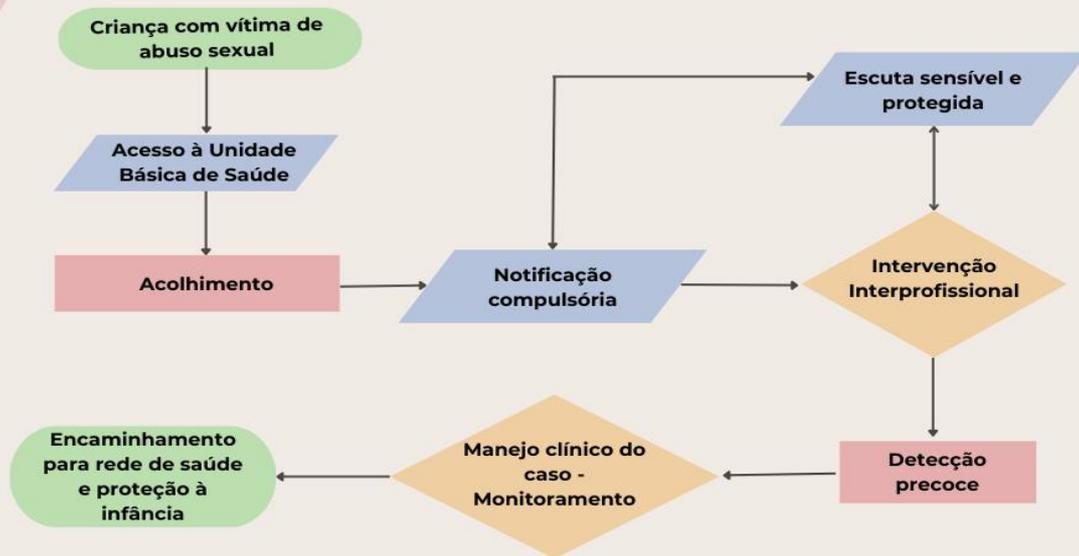
- Elaborar normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, fiscalizando as ações de execução, observadas as linhas de ação e as diretrizes estabelecidas nos arts. 87 e 88 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);
- Promover acesso às políticas sociais básicas, assim como serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social de garantia de proteção à criança e de prevenção e redução de violações de direitos, seus agravamentos ou reincidências (ECA, 1990, Art. 87 e 88)

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

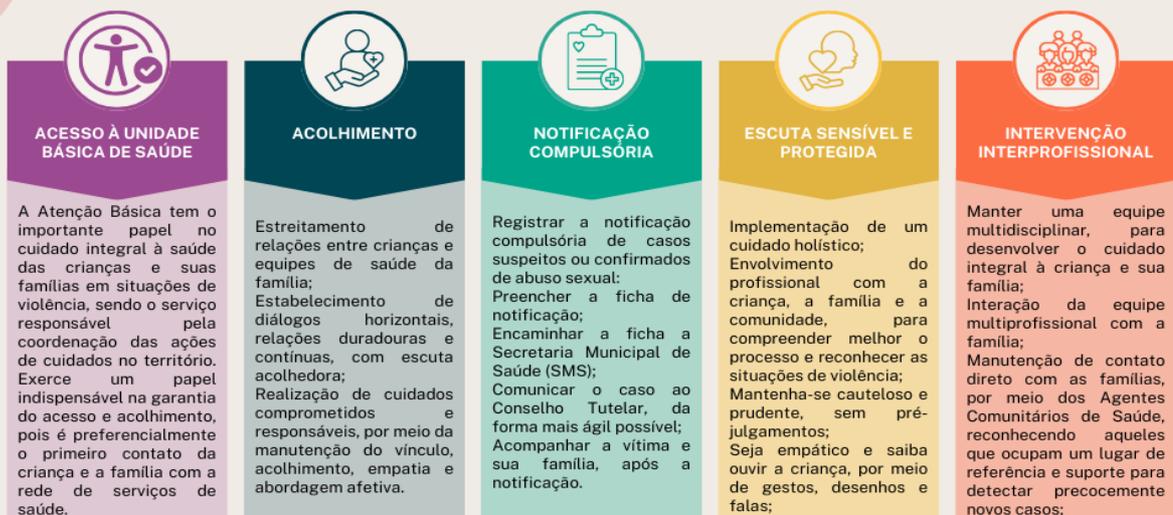
Figura 2 - Fluxograma de atendimento na APS



☀️ Manejo clínico da equipe de Saúde da Família diante da confirmação de abuso sexual infantil ✨



☀️ Manejo clínico da equipe de Saúde da Família diante da suspeição ou confirmação de abuso sexual infantil ✨





Manejo clínico da equipe de Saúde da Família diante da suspeição ou confirmação de abuso sexual infantil



PREVENÇÃO

Manter um olhar apurado para desmistificar a violência contra esse público;
Elaboração de um diagnóstico de riscos do território;
Sensibilização de profissionais sobre a necessidade de prestar cuidados à vítima e sua família para interromper o ciclo de violência;



DETECÇÃO PRECOCE

Identificar famílias vulneráveis, comportamentos inadequados e intervir juntamente a equipe multiprofissional;
Identificar situações de risco e sinais de violência sexual.
Intervir em situações de violência para reduzir danos à vítima de abuso sexual;
Aconselhar sobre a proteção das crianças, orientar seus cuidadores.



MONITORAMENTO

Visitas domiciliares para monitoramento de casos;
Vigilância da vítima de violência, para evitar novas exposições e reincidência de novos casos, garantindo que ela e seus familiares sintam-se seguros para se expressarem;
Acompanhamento do desenvolvimento infantil cuidados integrais, na consulta de enfermagem, para a identificação de sinais de maus-tratos;



PROTEÇÃO INTEGRAL

Adoção da consulta de enfermagem, como ferramenta de manutenção de vínculo e confiança;
Identificação e denúncia de casos, preservando a integridade física e emocional da criança.
Implementação de medidas medicamentosas segundo o tipo de caso e de acordo com protocolo institucional;



ENCAMINHAMENTO PARA REDE

Determinar se o menor está protegido ou se devem ser estabelecidas medidas de proteção;
Realizar seguimento para a rede de serviços de saúde se necessário;
Verificar a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência próximo do território;
Manter fluxos de encaminhamentos ao serviço de proteção social;



Manejo clínico da equipe de Saúde da Família diante da suspeição ou confirmação de abuso sexual infantil

VOCÊ SABIA?

O **CONANDA** - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - tem a competência de:
Elaborar normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, fiscalizando as ações de execução, observadas as linhas de ação e as diretrizes estabelecidas nos arts. 87 e 88 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

- Promover acesso às políticas sociais básicas, assim como serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social de garantia de proteção à criança e de prevenção e redução de violações de direitos, seus agravamentos ou reincidências (ECA, 1990, Art. 87 e 88)

PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma ferramenta eficaz para prevenção da violência infantil, pois promove a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, assim como fortalece a relação entre as redes públicas de saúde e de educação.

A Linha de Cuidado traz como medida de prevenção de violências na família e comunidade, a criação de espaços e grupos de educação em saúde para participação dos pais e educadores, partilharem suas experiências e dúvidas.

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Um dos caminhos de prevenção para o abuso sexual envolvendo crianças é a formação e educação permanente de profissionais de diversas áreas da saúde e proteção.

o olhar sobre a criança exposta ou vítima de abuso independe de raça/etnia ou gênero. O que requer um preparo adequado do profissional para prestar um cuidado qualificado. É preciso lembrar que o abuso geralmente é protegido pelo pacto de silêncio que o agressor impõe à vítima sob a forma de ameaças ou chantagens.

Sumarizando...

A relevância da temática abordada e a crescente necessidade da criação e implantação de fluxos, protocolos, manuais e diretrizes de atendimento à crianças e suas famílias vítimas de violência, nos leva a entender a importância da proposição de um Guia orientador para o manejo clínico da equipe de saúde da família diante da suspeição ou confirmação de abuso sexual infantil.

É importante destacar que a capacitação da equipe multiprofissional é um pilar necessário para a mudança do cenário de violência na infância, pois o profissional de saúde, de segurança e proteção social, devem ser capazes de realizar uma escuta acolhedora, resguardar a privacidade da criança e sua família, realizar atendimento clínico e psicológico, encaminhar a rede de saúde e proteção e acompanhar e monitorar estas famílias.

Deve haver maiores investimentos em formação profissional, educação permanente e incentivo à pesquisas nesta área de atuação. Com o objetivo de qualificar o atendimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde às crianças vítimas de violência sexual e incentivar os serviços de proteção à aplicações mais severas de medidas protetivas à vítima.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM DE AVILA, Janaina; NETTO DE OLIVEIRA, Adriane Maria; ARRUDA DA SILVA, Priscila. Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual. Av.enferm., Bogotá, v. 30, n. 2, p. 47-55, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a04.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2024
2. BRASIL. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade Por Acidentes e Violências**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 26 maio 2024.
3. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Ministério da Saúde, Brasília. Acesso em 26 de maio 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 26 maio 2024.
4. BRASIL. Constituição (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe Sobre As Condições Para A Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, A Organização e O Funcionamento dos Serviços Correspondentes e Dá Outras Providências**. Brasília, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 26 maio 2024.
5. BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 26 de maio 2024.
6. BRASIL. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. **Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em 26 de maio 2024.
7. BRASIL. Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. **Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e dá outras providências**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18242.htm. Acesso em 26 de maio 2024.

8. BRASIL. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_reducao_morbimortalidade.pdf. Acesso em 26 de maio 2024.
9. BRASIL. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências**. 2010. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em 26 de maio 2024.
10. BRASIL. Portaria nº 1.397, de 7 de junho de 2017. **Dispõe sobre a Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - Estratégia AIDPI e sua implementação e execução no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1397_08_06_2017.html. Acesso em 26 de maio 2024.
11. BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. **Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/113431.htm. Acesso em 26 de maio 2024.
12. BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em 26 de maio 2024.
13. BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. **Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/113257.htm. Acesso em 26 de maio 2024.

14. BRASIL. **Manual de quadros de procedimentos: AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos Ministério da Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. 2017. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf. Acesso em 26 de maio 2024.
15. BRASIL portaria nº 2.415, de 7 de novembro de 2014. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2415_07_11_2014.html. Acesso em 26 de maio 2024.
16. CORREIA, Cíntia Mesquita *et al.* Child and adolescent violence: oral story of women who attempted suicide. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 6, p. 1450-1456, Dez. 2019. FapUNIFESP. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0814>. Acesso em 26 de maio 2024.
17. EGRY, Emiko Yoshikawa *et al.* Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 83-92, Jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f8d5HrVPXxxTHD33PJQJV4B/>. Acesso em: 28 jun. 2024.
18. GRAZIANO, A.P. **Violência sexual infantil: estudo das ocorrências registradas na rede de proteção de Curitiba e as formas de enfrentamento na atenção básica**. 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08102012-111859/>. Acesso em: 08 Agosto 2023.
19. JENNY, Carole *et al.* The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. **Pediatrics**, [S.L.], v. 132, n. 2, p. 558-567, 1 Ago. 2013. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/132/2/e558/31459/The-Evaluation-of-Children-in-the-Primary-Care?autologincheck=redirected>. Acesso em: 28 set. 2024.
20. LEAL, Liene Martha *et al.* Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil. **Plos One**, [S.L.], v. 16, n. 11, p. 1-11, 15 Nov. 2021. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0249598>. Acesso em: 29 Setembro 2024.
21. LIMA, Maria; JOSÉ, Helena. Olhar do enfermeiro na proteção de crianças e jovens em risco,

perspectiva do ensaio realizado. **Journal of Nursing UFPE on line/Revista de Enfermagem UFPE on line.** 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3053>.

Acesso em: 29 Setembro 2024.

22. MAGALHÃES, Maria de Lourdes. **Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado.** 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/12658/maria_lourdes_magalh%c3%a3es_ens_p_mest_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 08 ago. 2024.

23. MARQUES, Débora Oliveira *et al.* Violência contra crianças e adolescentes: atuação da enfermagem. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1-14, 25 Jan. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246168/37631#> Acesso em: 28 Junho 2024.

24. MARCOLINO, Emanuella de Castro *et al.* Social Representations of nurses on the approach to children and adolescents who are victims of violence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 29, p. 1-14, 2021. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/rlae/v29/pt_0104-1169-rlae-29-e3509.pdf. Acesso em: 28 jun. 2024.

25. MORAIS, Roberta Laíse Gomes Leite *et al.* Ações de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 4472-4486, 5 abr. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4688>. Acesso em: 28 jun. 2024.

26. PALOMINO URDA, N. Abuso sexual infantil: saber escuchar. Introducción. **Rev Pediatr Aten Primaria, Madrid**, v. 19, supl. 26, p. 35-38, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 28 jun. 2024.

27. PAULA, Adriana Aparecida Moreira de *et al.* Concepções e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família acerca da violência infantil. **Revista Nursing (Ed. bras., Impr.)**, 24(283): 6935-6948, Dez. 2021. Disponível em:

<https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2138/2642>. Acesso em: 28 Junho 2024.

28. SANTOS, Erotildes de Souza. **Caminhos para prevenção primária do abuso sexual contra crianças: uma reflexão sobre as tecnologias educativas**. 2018. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/30945/erotildes_santos_iff_mest_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 08 Agosto 2023.

29. SCRANDIS, Debra A.; WATT, Margaret. Child Sexual Abuse in Boys: implications for primary care. **The Journal for Nurse Practitioners**, [S.L.], v. 10, n. 9, p. 706-713, Out. 2014. Elsevier BV. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1555415514005078>. Acesso em: 28 Junho 2024.

30. SETTI, Sandra Mara *et al.* Atuação da Estratégia Saúde da Família em Casos de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 105-124, 25 abr. 2022. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2022.66482>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/66482/41877>. Acesso em: 28 Junho 2024.

31. SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da *et al.* Desafios da atuação do enfermeiro frente à violência sexual infanto-juvenil. **Journal of Nursing and Health**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 1-13, 26 abr. 2021. Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19482>. Acesso em: 28 Junho 2024.

32. SILVA, Manoella Souza da *et al.* Nursing care for child/adolescent victims of violence: integrative review. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], p. 115-123, 10 Jan. 2020. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7102>. Acesso em: 28 Junho 2024.

33. SILVA, Ana Lícia Barbosa Serra *et al.* Abordagem da violência infantil na estratégia saúde da família: fatores intervenientes e estratégias de enfrentamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 35, Maio 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42348>. Acesso em: 29 novembro 2024.

34. SOUZA, Jhuliano Silva Ramos de *et al.* Desenvolvimento de um protocolo operacional padrão para enfermeiros no cuidado a crianças vítimas de violência. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S.L.], v. 95, n. 36, p. 1-11, 14 Dez. 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373705/katiasimoes20181222-textodoartigo-pt.pdf>. Acesso em: 28 Junho 2024.

35. SOUZA, Jhuliano Silva Ramos de *et al.* Atuação de enfermeiros na estratégia saúde da família às crianças que sofrem maus-tratos: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 14, p. 1-8, 4 Out. 2022. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11360/11168>. Acesso em: 28 Junho 2024.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual na infância é uma problemática que afeta profundamente o desenvolvimento físico, emocional e psicológico das crianças, com impactos duradouros na saúde pública e social. Esta pesquisa reforça a relevância da Atenção primária à Saúde como ponto estratégico para a detecção precoce, prevenção e manejo dos casos de abuso sexual infantil. O estudo destaca que, apesar de haver normativas, diretrizes e políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da violência infantil, ainda há lacunas significativas na implementação de práticas clínicas bem definidas e ferramentas eficazes para a identificação e acolhimento das vítimas.

Ao integrar dados de documentos legais, produções científicas e acadêmicas, foi possível sistematizar ações preventivas e estratégias de atendimento, para proposição de um Guia Orientador para o acolhimento e abordagem de crianças exposta, ou em risco de exposição, ao abuso sexual, para uso de equipe de saúde da família da APS, da cidade do Rio de Janeiro. Os dados ordenados em três importantes categoria de análise como: práticas assistenciais, medidas protetivas e capacitação profissional, o Guia busca não apenas melhorar a capacidade de detecção e encaminhamento dos casos, mas também fortalecer o papel da APS na proteção e promoção de um ambiente seguro para as crianças e suas famílias. A pesquisa ressalta também a importância de um olhar intersetorial e da atuação multidisciplinar para superar barreiras institucionais, culturais e sociais que dificultam o enfrentamento dessa forma de violência.

A participação popular se destaca como um eixo fundamental na prevenção da violência sexual infantil. O envolvimento comunitário, por meio de ações educativas e de conscientização, fortalece a identificação precoce dos sinais de abuso e o acolhimento seguro das vítimas. Iniciativas como o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma potencial parceria entre saúde e educação para formação de crianças mais protegidas, ajudando-as a identificar situações de risco e a desenvolver comportamentos preventivos. Contudo, o PSE ainda enfrenta desafios relacionados à sua aplicação universal e à capacitação de seus agentes, demonstrando a necessidade de maior integração e fortalecimento dessas ações.

A pesquisa científica é outro aspecto central para o avanço do combate à violência infantil e sofre com a escassez de investimentos, comprometendo a criação e a validação de novas ferramentas e estratégias de intervenção. O déficit de estudos abrangentes e aprofundados sobre o tema limita a implementação de técnicas inovadoras e eficazes na detecção e manejo de casos de abuso. Modificar esta realidade, exige maiores investimentos de recursos para pesquisa

científica, com ênfase em temas sensíveis como o abuso sexual infantil, a fim de gerar dados consistentes e orientar a criação de políticas públicas.

A criação de fluxos claros de atendimento e fortalecimento da vigilância e monitoramento são passos essenciais para garantir a integralidade do cuidado, o respeito e cumprimento aos direitos da criança, conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e demais legislações e diretrizes brasileiras. Para o enfrentamento ao abuso sexual infantil é necessário um compromisso coletivo que envolve a família, a sociedade e o poder público, fundamentado em políticas sociais integradas e sustentado por práticas baseadas em evidências científicas e sensibilização social.

O Guia proposto, com base na revisão integrativa, é uma importante ferramenta para o enfrentamento do abuso sexual infantil, alinhando-se ao compromisso de reforçar a APS como um espaço de cuidado integral e promoção dos direitos da criança e suas famílias. Para além de uma ferramenta técnica, ele representa uma motivação aos profissionais de saúde, segurança e proteção infantil para adotarem uma postura ativa, solidária e colaborativa na construção de um ambiente mais seguro para o desenvolvimento infantil. A superação dos desafios apresentados depende, também da mobilização coletiva, do fortalecimento de programas como o PSE, do engajamento popular e do compromisso governamental com o financiamento de pesquisas que tragam soluções sustentáveis e inovadoras.

6.1. Aspectos éticos da pesquisa

Esta pesquisa está fundamentada nos princípios éticos, com base na Resolução nº 510, de 7 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

6.2. Limitações do estudo

Como limitações, a pesquisa apresentou informações recuperadas em um acervo de fontes de informação limitadas a legislação, documentos governamentais e mais artigos brasileiros do que evidências globais. As legislações e manuais de governo estão em constante atualização, o que requer uma revisão periódica do acesso a estas fontes, não permitindo a generalização.

O estudo não foi complementada por pesquisa de caso, sem escuta dos profissionais, das crianças, agentes públicos e familiares protetores.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM DE AVILA, Janaina; NETTO DE OLIVEIRA, Adriane Maria; ARRUDA DA SILVA, Priscila. Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual. *Av.enferm.*, Bogotá, v. 30, n. 2, p. 47-55, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a04.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2024
2. ARAUJO, Gabriela de *et al.* DETERMINANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL NO ESTADO DO PARANÁ - BRASIL. **Espaço Para A Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 42-54, 2 dez. 2019. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - INESCO. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046410/4revisado-rev-esp-para-saude-652-1371-1-ed.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.
3. AYRES, J. R. C. M. Prevenção de agravos, Promoção da saúde e Redução de vulnerabilidade. IN: Martins MA, Carrilho FT, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CC (Eds). *Clínica Médica*, vol. I Barueri: Manole, 2009. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/15187> >. Acesso em: 23 Junho 2023.
4. AZEVEDO, Irene Conceição Gouvêa de. Fluxograma como ferramenta de Mapeamento de Processo no controle de qualidade de uma Indústria de confecção. Congresso Nacional de Excelência em Gestão. LATEC/UFF, 2016. Disponível em: https://cneg.org/anais/artigo.php?e=CNEG2016MBA&c=T16_M_024. Acesso em: 5 novembro 2023.
5. BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Pinheiro, São Paulo: Edições 70, 2011.
6. BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 Junho 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cab-no-33-saude-da-crianca-crescimento-e-desenvolvimento/>. Acesso em: 25 outubro 2023.
8. BRASIL. Programa Saúde nas Escolas. Brasília: Ministério da Educação, 2018. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad->

[educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>](#). Acesso em: 25 outubro 2023.

9. BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Ministério da Educação, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 23 Junho 2023.

10. BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil.** Ministério da Justiça, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 23 Junho 2023.

11. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Ministério da Saúde, Brasília. Acesso em 26 de maio 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 26 maio 2024.

12. BRASIL. Constituição (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe Sobre As Condições Para A Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, A Organização e O Funcionamento dos Serviços Correspondentes e Dá Outras Providências.** Brasília, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 26 maio 2024.

13. BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015b. Seção 1, p. 37. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 26 de maio 2024.

14. BRASIL. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. **Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.** Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em 26 de maio 2024.

15. BRASIL. Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. **Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e dá outras providências.** Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18242.htm. Acesso em 26 de maio 2024.

16. BRASIL. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em:

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

Acesso em 26 de maio 2024.

17. BRASIL. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências**. 2010. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em:

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

Acesso em 26 de maio 2024.

18. BRASIL. Portaria nº 1.397, de 7 de junho de 2017. **Dispõe sobre a Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - Estratégia AIDPI e sua implementação e execução no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1397_08_06_2017.html. Acesso em 26

de maio 2024.

19. BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. **Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)**. Ministério da Saúde, Brasília.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/113431.htm.

Acesso em 26 de maio 2024.

20. BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em 26

de maio 2024.

21. BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. **Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012**. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/113257.htm. Acesso em 26 de

maio 2024.

22. BRASIL. **Manual de quadros de procedimentos: AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos Ministério da Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. 2017. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf. Acesso em 26 de maio 2024.
23. BRASIL. Portaria nº 2.415, de 7 de novembro de 2014. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2415_07_11_2014.html. Acesso em 26 de maio 2024.
24. CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Junho 2023.
25. CORREIA, Cíntia Mesquita *et al.* Child and adolescent violence: oral story of women who attempted suicide. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 6, p. 1450-1456, Dez. 2019. FapUNIFESP. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601450&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 de maio 2024.
26. DECKER, Suzanne E *et al.* Ethical Issues in Research on Sensitive Topics: Participants' Experiences of Distress and Benefit. **Journal of Empirical Research on Human Research Ethics**, 2011; 6(3):55-64. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1525/jer.2011.6.3.55#articleCitationDownloadContainer>>. Acesso em: 27 Outubro 2023
27. EGRY, Emiko Yoshikawa *et al.* Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 83-92, Jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f8d5HrVPXxxTHD33PJQJV4B/>. Acesso em: 28 jun. 2024.
28. EGRY, Emiko Yoshikawa *et al.* Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 119-125, Fev. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100119&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Outubro 2023

29. FORTIER, Janique *et al.* What type of survey research questions are identified by adults as upsetting? A focus on child maltreatment. **Child Abuse & Neglect**, [S.L.], v. 109, p. 104764-15, Nov. 2020. Elsevier BV. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213420304191?via%3Dihub>. Acesso em: 27 out. 2023.
30. GRAZIANO, A.P. **Violência sexual infantil: estudo das ocorrências registradas na rede de proteção de Curitiba e as formas de enfrentamento na atenção básica**. 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08102012-111859/>. Acesso em: 08 Agosto 2023.
31. GER, Güliz; SANDIKCI, Özlem. Doing Research on Sensitive Topics: Studying Covered Turkish Women. *In*: W. BELK, Russell. **Handbook of Qualitative Research Methods in Marketing**. Toronto, Canada: Edward Elgar Publishing, 2006. p. 509-520.
32. HAILES, Helen P *et al.* Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 6, n. 10, p. 830-839, out. 2019. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30286-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30286-x). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30286-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30286-X/fulltext). Acesso em: 27 out. 2020.
33. HANSON, Rochelle F.; WALLIS, Elizabeth. Treating Victims of Child Sexual Abuse. **American Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 175, n. 11, p. 1064-1070, nov. 2018. American Psychiatric Association Publishing. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2018.18050578>. Acesso em: 27 out. 2020.
34. HANSON, Rochelle F.; ADAMS, Cristin S. Childhood Sexual Abuse. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 313-326, Jun. 2016. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.005>. Acesso em: 27 Outubro 2023
35. JENNY, Carole *et al.* The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. **Pediatrics**, [S.L.], v. 132, n. 2, p. 558-567, 1 Ago. 2013. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/132/2/e558/31459/The-Evaluation-of-Children-in-the-Primary-Care?autologincheck=redirected>. Acesso em: 28 set. 2024.
36. LEAL, Liene Martha *et al.* Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil. **Plos One**, [S.L.], v. 16, n. 11, p. 1-11, 15 Nov.

2021. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0249598>. Acesso em: 29 Setembro 2024.

37. LEE, R. M., & RENZETTI, C. M.. The Problems of Researching Sensitive Topics. *American Behavioral Scientist*, 33(5), 510–528, 1990. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0002764290033005002>>. Acesso em: 23 Junho 2023.

38. LIMA, Maria; JOSÉ, Helena. Olhar do enfermeiro na proteção de crianças e jovens em risco, perspectiva do ensaio realizado. **Journal of Nursing UFPE on line/Revista de Enfermagem UFPE on line**. 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3053>. Acesso em: 29 Setembro 2024.

39. MAGALHÃES, Maria de Lourdes. **Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado**. 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/12658/maria_lourdes_magalh%c3%a3es_ens_p_mest_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 08 ago. 2024.

40. MARQUES, Débora Oliveira *et al.* Violência contra crianças e adolescentes: atuação da enfermagem. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1-14, 25 Jan. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246168/37631#> Acesso em: 28 Junho 2024.

41. MARCOLINO, Emanuella de Castro *et al.* Social Representations of nurses on the approach to children and adolescents who are victims of violence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 29, p. 1-14, 2021. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/rlae/v29/pt_0104-1169-rlae-29-e3509.pdf. Acesso em: 28 jun. 2024.

42. MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Outubro 2024.

43. MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 3, 646-647, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2004.v20n3/646-647/#>>. Acesso em: 23 Junho 2023.
44. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>>.
45. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 21-42. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_mulher/capacitacao_rede%20modulo_2/205631-conceitos_teorias_tipologias_violencia.pdf>. Acesso em: 29 Outubro 2024.
46. MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Sociedade em Debate*, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 29-40, 2012. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/695>. Acesso em: 29 Outubro 2024.
47. MORAIS, Roberta Laíse Gomes Leite *et al.* Ações de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência. *Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online*, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 4472-4486, 5 abr. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4688>. Acesso em: 28 jun. 2024.
48. MURRAY, Laura K.; NGUYEN, Amanda; COHEN, Judith A.. Child Sexual Abuse. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 321-337, abr. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056499314000042?via%3Dihub>. Acesso em: 27 out. 2024.
49. OMS. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145086>>. Acesso em: 27 out. 2023.
50. OMS. World Health Organization. Violence info. Violence Against Children. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/violence-info/>>. Acesso em: 27 out. 2023.
51. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. INSPIRE. Sete estratégias para por fim à violência contra crianças. Washington, D.C.: OPAS, 2017. Disponível em: <

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33852/9789275719411-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 out. 2023.

52. PALOMINO URDA, N. Abuso sexual infantil: saber escuchar. Introducción. **Rev Pediatr Aten Primaria, Madrid**, v. 19, supl. 26, p. 35-38, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 28 jun. 2024.

53. PAULA, Adriana Aparecida Moreira de *et al.* Concepções e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família acerca da violência infantil. **Revista Nursing (Ed. bras., Impr.)**, 24(283): 6935-6948, Dez. 2021. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2138/2642>. Acesso em: 28 Junho 2024.

54. PLATT, Vanessa Borges et al. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1019-1031, Abr. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Outubro 2023

55. RADMANOVIĆ, Marija Burgić. “Mental Disorders in Sexually Abused Children.” *Psychiatria Danubina*, vol. 32, Supl 3. Out. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33030451/>. Acesso em: 27 Outubro 2023

56. SANCHEZ, Raquel Niskier; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: MS, 2006. p. 29-38. Disponível em: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books-MS/06_0315_M.pdf>. Acesso em: 27 out. 2023.

57. SANTOS, Erotildes de Souza. **Caminhos para prevenção primária do abuso sexual contra crianças: uma reflexão sobre as tecnologias educativas**. 2018. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/30945/erotildes_santos_iff_mest_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 08 Agosto 2023.

58. SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <

http://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%Aancia_2018.pdf>. Acesso em: 26 Junho 2023

59. SCRANDIS, Debra A.; WATT, Margaret. Child Sexual Abuse in Boys: implications for primary care. **The Journal for Nurse Practitioners**, [S.L.], v. 10, n. 9, p. 706-713, Out. 2014. Elsevier BV. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1555415514005078>. Acesso em: 28 Junho 2024.

60. SETTI, Sandra Mara *et al.* Atuação da Estratégia Saúde da Família em Casos de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 105-124, 25 abr. 2022. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2022.66482>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/66482/41877>. Acesso em: 28 Junho 2024.

61. SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da *et al.* Desafios da atuação do enfermeiro frente à violência sexual infanto-juvenil. **Journal of Nursing and Health**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 1-13, 26 abr. 2021. Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19482>. Acesso em: 28 Junho 2024.

62. SILVA, Manoella Souza da *et al.* Nursing care for child/adolescent victims of violence: integrative review. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], p. 115-123, 10 Jan. 2020. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7102>. Acesso em: 28 Junho 2024.

63. SILVA, Ana Lícia Barbosa Serra *et al.* Abordagem da violência infantil na estratégia saúde da família: fatores intervenientes e estratégias de enfrentamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 35, Maio 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42348>. Acesso em: 29 novembro 2024.

64. SOUZA, Jhuliano Silva Ramos de *et al.* **Atuação de enfermeiros na estratégia saúde da família às crianças que sofrem maus-tratos: uma revisão integrativa / the performance of nurses in the family health strategy for children suffering maltreatment**. *Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online*, [S.L.], v. 14, p. 1-8, 4 out. 2022. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v14.11360>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11360/11168>. Acesso em: 28 jun. 2023.

65. SOUZA, Jhuliano Silva Ramos de *et al.* Desenvolvimento de um protocolo operacional padrão para enfermeiros no cuidado a crianças vítimas de violência. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S.L.], v. 95, n. 36, p. 1-11, 14 Dez. 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373705/katiasimoes20181222-textodoartigo-pt.pdf>. Acesso em: 28 Junho 2024.
66. SOUZA, Jhuliano Silva Ramos de *et al.* Atuação de enfermeiros na estratégia saúde da família às crianças que sofrem maus-tratos: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 14, p. 1-8, 4 Out. 2022. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11360/11168>. Acesso em: 28 Junho 2024.
67. STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Barbara Starfield – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7754448/mod_resource/content/0/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 26 Junho 2023.
68. SWIFT, Virginia; JAMES, Erica; LIAMPUTTONG, Pranee. What is sensitive research? Undertaking Sensitive Research in the Health and Social Sciences: Managing Boundaries, Emotions and Risks. Cambridge: Medicine, 2008. cap. 1, p. 1-10. Disponível em: http://assets.cambridge.org/97805217/18233/excerpt/9780521718233_excerpt.pdf. Acesso em: 23 Junho 2023.
69. UNICEF. Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência. Uma abordagem interdisciplinar na Saúde. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/infancia-e-juventude/publicacoes-textos-e-artigos/publicacoes/publicacoes-1/ProtocoloAtenIntegralCriançasAdolecentesVítimasViol.pdf>.
70. WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, [S.L.], v. 52, n. 5, p. 546-553, 2 Nov. 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 28 Junho 2024.
71. ZANIANI, Ednéia José Martins; BOARINI, Maria Lúcia. **Infância e vulnerabilidade: Repensando a proteção social**. *Psicologia & Sociedade*; 23 (2): 272-281, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/kjWV8JjMzPQMSL6vjh8vdRr/>. Acesso em: 27 Outubro 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Estratégia de busca bibliográfica

REVISÃO INTEGRATIVA - QUESTÃO		
SISTEMATIZAÇÃO	VOCABULÁRIO	MAPEAMENTO
PARTICIPANTE	DECS	“Maus-tratos infantis” OR “Abuso de Crianças” OR “Violência Infantil” OR “Abuso Sexual Infantil” OR “Abuso Sexual de Niños” OR “Abuso Sexual del Niño” OR “Acoso Sexual Infantil” OR “Vejamen Sexual Infantil” OR “Abuso Sexual na Infância” OR “Abuso Sexual” OR “Abuso Sexual da Criança” OR “Abuso Sexual de Criança” OR “Abuso Sexual de Menor” OR “Abuso Sexual de Menores” OR “Maus-Tratos Sexuais Infantis” OR “Maus-Tratos Sexuais da Criança” OR “Maus-Tratos Sexuais de Menor” OR “Molestamento Sexual da Criança” OR “Violação Sexual Infantil” OR “Violação Sexual de Menor” OR “Abuso sexual en la infancia”
	MESH/EMTREE	“Sexual Child Abuse” OR “Sexual Abuse of Child” OR “Sexual Child Molestation” OR “Child Sexual Abuse” OR “Child Molestation” OR “Child Abuse” OR “Child Maltreatment” OR “Child Mistreatment” OR “Sexual Assault” OR “Sexual Violence” OR “Sexual Abuse”
FENOMENO DE INTERESSE	DECS	“Acesso aos Serviços de Saúde” OR “Acesso a Serviços de Saúde” OR “Acesso aos Cuidados de Saúde” OR “Accesibilidad a los Servicios de Salud” OR “Acceso a los Servicios de Salud” AND “Protocolos Clínicos” OR “Protocolos de Tratamiento” OR “Protocolo de Tratamiento” OR “Protocolos de Investigación Clínica” OR “Protocolos de Tratamiento”
	MESH/EMTREE	“Health Services Accessibility” OR “Access to Health Services” OR “Access to Care” OR “Access to Cares” OR “Accessibility of Health Services” OR “Access to Health Care” OR “Access to Therapy” OR “Access to Therapies” OR “Access to Treatment” OR “Access to Treatments” AND “Clinical Protocols” OR “Clinical Protocol” OR “Treatment Protocols” OR “Treatment Protocol”
CONTEXTO	DECS	(“Atenção Primária à Saúde” OR “Atendimento Básico” OR “Atendimento Primário” OR “Atendimento Primário de Saúde” OR “Atenção Básica” OR “Atenção Básica à Saúde” OR “Atenção Básica de Saúde” OR “Atenção Primária” OR “Atenção Primária de Saúde” OR “Atenção Primária em Saúde” OR “Cuidado de Saúde Primário” OR “Cuidado Primário de Saúde” OR “Cuidados de Saúde Primários” OR “Cuidados Primários” OR “Cuidados Primários à Saúde” OR “Cuidados Primários de Saúde” OR “Asistencia Primaria” OR “Asistencia Primaria de Salud” OR “Asistencia Sanitaria de Primer Nivel” OR “Atención Básica” OR “Atención Primaria” OR “Atención Sanitaria de Primer Nivel” OR “Primer Nivel de Asistencia Sanitaria” OR “Primer Nivel de Atención” OR “Primer Nivel de Atención de Salud” OR “Primer Nivel de Atención Sanitaria” OR “Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria” OR “Medicina Comunitária” OR “Estratégia Saúde Familiar” OR “Estratégia Saúde da Família” OR “Estratégia Saúde da Família” OR “Estratégia da Saúde da Família” OR “Estratégia de Saúde Familiar” OR “Estratégia de Saúde da Família” OR “Programa Saúde da Família” OR “Programa Saúde da Família” OR “Programa de Saúde Familiar” OR “Programa de Saúde da Família” OR “Estrategia de medicina de familia” OR “Programa de medicina de familia” OR “Programa de salud de la familia” OR “Programa de salud familiar” OR “Unidade Básica de Saúde”)
	MESH/EMTREE	“Primary Health Care” OR “Primary Healthcare” OR “Primary Care” OR “Primary Care Nursing” OR “Primary Nursing Care” OR “Health Center” OR “Health Care Center” OR “Health Unit” OR “Community Medicine” OR “Community Health Center” OR “Family Health”

APÊNDICE B – Matriz de extração de dados dos documentos e publicações

TÍTULO DA PESQUISA:

Detecção de crianças expostas a abuso sexual pela estratégia de saúde da família: integração de evidência na proposição de um Guia

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Geral: Elaborar uma ferramenta de atendimento à criança na APS para a detecção oportuna de abuso sexual, a partir da integração de evidências.

Específicos:

1. Sintetizar evidências legais e científicas sobre crianças exposta, ou em risco de exposição, ao abuso sexual, a partir da década de 1990.
2. Analisar e destacar as ações e estratégias de atendimento dessas crianças à luz das vulnerabilidades sociais.
3. Elaborar um *Guia* de acolhimento e abordagem na detecção de crianças exposta, ou em risco de exposição, ao abuso sexual, para utilização da equipe de saúde da família na APS.

PERGUNTA DA PESQUISA DA REVISÃO INTEGRATIVA:

Pergunta de pesquisa:

- a) Quais ações de atendimento à criança exposta, ou em risco de exposição, a violência sexual são recomendadas nos documentos e publicações?
- b) Quais estratégias se aplicam ao cumprimento dessas recomendações para a APS brasileira?

QUESTÕES ANALÍTICAS

- a) Quais ações de atendimento à criança exposta ou em risco de exposição são recomendadas:
 - Em documentos LEGAIS, NORMATIVOS e GOVERNAMENTAIS (Leis, Decretos, Portarias, Manuais de governo)?
 - Nas produções acadêmicas (teses e dissertações)?
 - Nas produções científicas (artigos)?
- b) Quais estratégias que derivam dessas ações recomendadas nos documentos e produções poderiam ser aplicados na elaboração de um Guia para uso pel eSF da APS?

- Em documentos LEGAIS, NORMATIVOS e GOVERNAMENTAIS (Leis, Decretos, Portarias, Manuais de governo)?
- Nas produções acadêmicas (teses e dissertações)?
- Nas produções científicas (artigos)?

QUADRO 2. Extração de dados das produções documentais que abordam o abuso sexual na infância. Período de 1988 a 2017 - Análise de produção documental

TÉCNICA COLORIMÉTRICA PARA A FORMAÇÃO DOS TEMAS

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL - VERDE (treinamento, qualificação, capacitação, formação, educação continuada, educação permanente...)

GESTÃO DO SERVIÇO - AZUL (capacidade da rede, organização da rede, referência, contrarreferência, fluxo de atendimento, qualidade...)

AÇÕES ASSISTENCIAIS – AMARELO (atendimentos, cuidados em saúde, acompanhamento...)

AÇÕES VOLTADAS PARA PESQUISA – CINZA (Estudos, pesquisa de campo, diagnóstico situacional/territorial...)

PARTICIPAÇÃO SOCIAL – ROSA (Trabalhos comunitário...)

MEDIDAS DE PROTEÇÃO – VERMELHO (políticas públicas, denúncia, medida cautelar...)

FONTE DE DADOS (Autor/ano/referência)	Ações e Estratégias (principais recomendações)	JUSTIFICATIVA PARA A RECOMENDAÇÃO Texto para introdução ou discussão	Recomendação para o checklist
<p>BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.</p> <p>Acesso em 26 de maio 2023.</p> <p>Link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm</p>	<p>Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.</p> <p>§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas.</p> <p>§ 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.</p>		<p>É dever da família, da sociedade e do Estado... colocar a criança ... a salvo de toda forma... de exploração e violência</p> <p>O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, ... mediante políticas específicas. A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança... (CF, 1988, art. 227, § 1º e 4º)</p>
<p>BRASIL. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.</p> <p><i>Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.</i></p> <p>Acesso em 26 de maio 2023.</p> <p>Link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm</p>	<p>Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.</p> <p>Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:</p> <p>I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;</p> <p>III - em razão de sua conduta.</p> <p>Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente</p>		<p>Em que pese a ausência da tipificação do abuso sexual na infância, como obrigatoriedade para notificá-lo, entre os casos previstos no art 13, essa notificação é compulsória, com base no previsto no Art. 130;</p> <p>Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ... serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar ... (Art. 13)</p> <p>Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum. (art. 130)</p> <p>Recomendação #1 (ECA, 1990; Art. 13, 98, 130, 245)</p>

	<p>poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:</p> <p>§ 2º Sem prejuízo da tomada de medidas emergenciais para proteção de vítimas de violência ou abuso sexual e das providências a que alude o art. 130 desta Lei, o afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar é de competência exclusiva da autoridade judiciária e importará na deflagração, a pedido do Ministério Público ou de quem tenha legítimo interesse, de procedimento judicial contencioso, no qual se garanta aos pais ou ao responsável legal o exercício do contraditório e da ampla defesa.</p> <p>Art. 130. Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum.</p> <p>Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:</p> <p>Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.</p>		<p>Providenciar a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual.</p> <p>Verificar o cumprimento de medida cautelar, expedida pela autoridade judiciária, de afastamento do agressor da moradia comum com a criança, da área de abrangência da ESF e ACS.</p> <p>Fique atento!</p> <p>Deixar ... de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos, (incluindo o abuso sexual) contra criança...</p> <p>A pena imposta é multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (ECA, 1990, Art. 245)</p>
--	--	--	---

APÊNDICE C – Integração de dados dos Documentos e Publicações

FONTE DE DADOS (Autor/ano/referência)	Ações e Estratégias (principais recomendações)	Integração	Recomendação para o checklist
Ações que subsidiam a detecção precoce da violência sexual na infância			
<p>MORAIS, Roberta Laíse Gomes Leite <i>et al.</i> Ações de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência <i>Actions of protection for children and teenagers in situations of violence</i>. Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 4472-4486, 5 abr. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4472-4486. Acesso em: 28 jun. 2023.</p> <p>AMORIM DE AVILA*, Janaina; NETTO DE OLIVEIRA, Adriane Maria; ARRUDA DA SILVA, Priscila.</p>	<p>Ações preventivas: Ações que subsidiam a prevenção da violência intrafamiliar, como: Através do estreito relacionamento e da criação de vínculos entre a equipe de saúde e a família, é possível identificar aquelas expostas a maiores riscos de ocorrência da violência. (P. 5)</p> <p>Ações que subsidiam a prevenção da violência intrafamiliar, como: a detecção precoce das famílias vulneráveis; atenção integral aos casos de abuso sexual e a sistematização do registro adequado. (P. 5)</p> <p>Manejo das situações de violência: A identificação dos casos foi citada especialmente pelos profissionais da saúde. Acredita-se que as características de seu trabalho, como o contato frequente com a criança e o adolescente nas consultas e visitas domiciliares, a proximidade e estabelecimento de vínculos com as famílias são questões que favorecem esta identificação. (P. 12)</p> <p>Conhecimento acerca da intervenção ante a suspeita de abuso sexual na infância e adolescência:</p>	<p>É necessário que o setor saúde invista em ações que subsidiam a prevenção da violência também no ambiente intrafamiliar. Facilitando a identificação dos casos, entendendo que o profissional da APS tem contato frequente com a criança e sua família, favorecendo o estabelecimento de vínculo. (MORAIS <i>et al</i>, p. 5 e 12, 2016)</p> <p>É imprescindível a detecção precoce de famílias vulneráveis no território, a fim de que seja possível a identificação, acompanhamento e cuidado integral dos casos de abuso sexual. O trabalho junto a família é indispensável e não deve ser apenas pontual, mas promover o acompanhamento contínuo. (Amorim de Ávila, Arruda da Silva, Oliveira Neto, 2012, p. 6-7)</p> <p>Compete ao enfermeiro atuar na prevenção de violência doméstica infantil, diagnosticar os riscos do território de atuação, identificar, realizar a denúncia da violência, garantindo a integridade física e emocional da criança. (PAULA <i>et al</i>, p. 6, 2021)</p> <p>Na APS a abordagem as vítimas de violência sexual, apresentam algumas especificidades, entendendo que a maioria sofre situações de violência no domicílio. Conhecer e acompanhar estas famílias é essencial para abordagem dos casos. Essa interação com a família, perpassa toda a equipe</p>	<p>São necessárias ações que subsidiam a prevenção da violência como: Contato frequente com a criança nas consultas e visitas domiciliares, estabelecimento de vínculos com as famílias, favorecendo a detecção precoce de famílias vulneráveis e atenção integral aos casos de abuso sexual. (MORAIS <i>et al</i>, p. 5 e 12, 2016)</p> <p>É importante a detecção precoce de famílias vulneráveis, atenção integral dos casos de abuso sexual, registro adequado das consultas, acompanhamento das famílias. (Amorim de Ávila, Arruda da Silva, Oliveira Neto, 2012, p. 6-7)</p> <p>Compete ao enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover ações voltadas a prevenção de violência doméstica infantil; • Diagnosticar os riscos do território de atuação; • Identificar e realizar a denúncia da violência, garantindo a integridade física e emocional