



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

THALITA FARIA COUTINHO

OS DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE FRENTE A VIOLÊNCIA  
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

SÃO PAULO  
2020

THALITA FARIA COUTINHO

OS DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE FRENTE A VIOLÊNCIA  
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: JULIANA MARCELA FLAUSINO

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

O presente trabalho tem por objetivo desenvolver uma análise, a partir de dados recentes, dos casos de violência contra crianças e adolescentes e sua repercussão para essas vítimas, para seus familiares, para os profissionais envolvidos com seu atendimento, para a Rede Pública de Saúde e para a sociedade como um todo, visando identificar motivos que levam a uma subnotificação dos casos suspeitos, levando informação aos profissionais da saúde com foco na Atenção Básica (AB), principalmente aos membros das Equipes de Estratégia em Saúde da Família (ESF) e ainda elaborar um Projeto Terapêutico para um caso específico de abuso sexual infantil em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Campos Verdes, no município de Hortolândia-SP neste ano de 2020.

## **Palavra-chave**

Maus-Tratos Infantis. Equipe de Saúde. Assistência Integral à Saúde.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Desde janeiro de 2019 atuo como médica da Estratégia de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde Campos Verdes, situada no município de Hortolândia-SP. Nossa região abrange uma população estimada em 20.000hab. Trata-se de uma região bastante heterogênea, onde é possível encontrar desde condomínios fechados de classe média, até cortiços e áreas de invasão, com maior vulnerabilidade social e violência.

Entre fevereiro de 2019 e março de 2020 foi possível observar um crescente número casos de abuso infantil no território de abrangência da UBS Campos Verdes. Alguns desses casos já foram notificados e estão sendo acompanhados pelo Conselho Tutelar de Hortolândia, contudo, muitos outros ainda estão subnotificados e se tornando um desafio para as equipes de saúde. A grande maioria dos casos de agressão chegam a UBS por meio do Conselho Tutelar ou por encaminhamento do Hospital Municipal, ou seja, após já ter agravado o caso e colocado em risco a vida dessas crianças. Esse fluxo invertido demonstra uma incapacidade, e falha, da Atenção Básica em indentificar casos suspeitos e providenciar medidas efetivas para auxílio e proteção dessas vítimas. A fim de esclarecer mais sobre os motivos que levaram a essa ineficiência da UBS e até mesmo subnotificação dos casos suspeitos, vamos contextualizar a realidade das equipes de saúde e seus desafios diários.

A UBS Campos Verdes conta com quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família, cada qual composta por um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a)/auxiliar de enfermagem, dois(duas) agentes de saúde (moradores da região de abrangência) e um(a) dentista. São realizadas reuniões semanais de cada equipe de saúde, reuniões mensais com médicos e enfermeiros de todas as equipes, reuniões mensais com todas as equipes juntamente com representantes dos CAPSi, CAPSAD e CAPS Vida, uma vez a cada dois meses ocorre reunião geral com todos os funcionários da UBS. Cada equipe organiza visitas domiciliares semanais para assistir as famílias com elevado grau de complexidade e assistir aos enfermos acamados ou com restrição de deslocamento. A unidade ainda conta com Farmácia, Acolhimento, Triagem, Sala de Regulação de Vagas, Vacina, coleta de exames, Psicóloga, Nutricionista e Assistente Social. Diariamente são atendidas centenas de pessoas e dezenas de famílias. Todos que entram são acolhidos e atendidos seguindo todos os preceitos do SUS.

O presente trabalho enfatizará a violência sexual contra a criança, devido aos graves danos ao desenvolvimento dessa criança e as consequências, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade como um todo, com reflexos econômicos, principalmente para o SUS. Segundo o boletim do Ministério da Saúde, a ocorrência do estupro provoca diversas repercussões na saúde física, mental e sexual de crianças e adolescentes, além de aumentar a vulnerabilidade às violências na vida adulta.

Ao analisar todos os aspectos relacionados a violência contra crianças e adolescentes, é possível observar um fator ainda mais agravante que o ato em si, que é a sua subnotificação. Sabe-se que apenas 10% dos casos de abuso infantil são denunciados. Ao abordar todas as questões referentes a subnotificação, é possível destacar: Prontuários escritos a mão, na sua maioria com letras ilegíveis, que dificultam a leitura por colegas e assim limitam o acesso a informações relevantes dos pacientes; A existência de múltiplos prontuários do mesmo paciente, cada qual em um determinado serviço de saúde, dificultando a integralidade e longevidade do cuidado; Acolhimento superficial de profissionais da saúde, que direcionam

somente a queixa específica e não ao indivíduo e sua história como um todo; A realização de triagem básica da criança, onde o técnico de enfermagem ou enfermeiros apenas pesam e medem, sem se atentar a outros sinais; Consultas Médica e de Enfermagem inúmeras vezes corrida, superficializando anamnese e não realizando um exame físico completo e detalhado da criança, o que acaba desvalorizando sinais sutis de abuso infantil; Agentes de saúde despreparados para identificação de casos suspeitos e possíveis agressores durante as visitas domiciliares, ou agentes de saúde com vínculos familiares dos possíveis agressores, subestimando possíveis sinais de abuso; A violência da região de abrangência, que expõe profissionais da saúde a riscos reais de agressões e, em alguns casos, sequestros, com inúmeros relatos de colegas e seus respectivos boletins de ocorrência, deixando o profissional inseguro para realizar notificações; Há ainda uma rede de apoio enfraquecida, com deficiência no diálogo com escolas e outros centros de atenção à criança, que levam a restrições de informações dentro de cada serviço, e, conseqüentemente, deixando de observar evolução de cada paciente e negligenciando sinais que, se somados, poderiam fazer um diagnóstico precoce do problema; limitados recursos humanos e excesso de carga de trabalho; Falta de capacitação dos profissionais da Atenção Básica; etc. (1)

Dentre os desafios encontrados pelos membros das EESF, podemos destacar também a falta de seguimento dos pacientes. A UBS Campos Verdes atende uma população com elevado índice migratório, portanto são famílias em constante mudança, seja dentro do próprio município, seja para outras cidades e estados. Muitas famílias passam menos de um ano no mesmo endereço, o que impossibilita a efetivação dos projetos terapêuticos.

O estudo “Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam?” (2) faz um levantamento sobre o reconhecimento dos casos pelos profissionais da saúde (dentistas, médicos e enfermeiros) e as dificuldades encontradas por esses profissionais. Concluiu-se que há falta de conhecimento geral do problema, falta de conhecimento a quem se dirigir para efetuar a denúncia, negligência por parte do profissional, crença de que os casos denunciados não serão resolvidos, medo de denunciar, insegurança de diagnosticar erroneamente, insegurança por falta de apoio jurídico, omissão de pais e profissionais para proteger o agressor e, por fim, a falta de feedback do Conselho Tutelar.

Com este trabalho desejo contribuir para a prevenção e o melhor atendimento desse tipo de ocorrência em nosso meio através da facilitação da identificação dos casos, orientação de colegas quanto ao manejo, expor as dificuldades mais comuns e trazer informações quanto aos benefícios para as vítimas, para outras crianças, para a sociedade e para a rede pública. Para colocar em prática os ensinamentos adquiridos com este trabalho, realizei um projeto terapêutico para um caso específico de abuso sexual infantil acompanhado em nosso serviço, que chamaremos aqui de Caso A.

## ESTUDO DA LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência que envolve crianças e adolescentes como todas as formas de maus-tratos emocionais e/ou físicos, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, comercial ou outras formas de exploração, com possibilidade de resultar em danos potenciais ou reais à saúde das crianças, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. O Ministério da Saúde considera violência sexual os casos de assédio, estupro, pornografia infantil e exploração sexual. Pela lei brasileira o estupro é classificado como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Dentre as violências sofridas por crianças e adolescentes, o tipo mais notificado foi o estupro (62,0% em crianças e 70,4% em adolescentes).

A partir da promulgação da Lei n. 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, a legislação brasileira reconhece a infância e a adolescência como fases de desenvolvimento peculiares e estabelece a necessidade de proteção integral à criança e ao adolescente a fim de lhes garantir o desenvolvimento em condições de liberdade e dignidade. Notificações de suspeitas ou confirmações da violência foram estabelecidas como compulsórias e devem ser reportadas ao Conselho Tutelar, conforme o Artigo nº13 do ECA. Esse é o órgão de referência para acolhimento dos casos e encaminhamento das vítimas e familiares aos serviços de atendimento. A notificação também pode ser realizada junto a outras instituições, que devem atuar articuladas ao Conselho Tutelar, como as Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e o Ministério Público.

A criança que é vítima de abuso sexual prolongado, usualmente desenvolve uma perda violentada autoestima, tem a sensação de que não vale nada, e adquire uma representação anormal da sexualidade. A criança pode tornar-se muito retraída, perder a confiança em todos adultos e pode até chegar a considerar a hipótese do suicídio, principalmente quando existe a possibilidade de que, a pessoa que abusa, ameçar agir com violência se a criança se negar aos seus desejos. Algumas crianças abusadas sexualmente podem ter dificuldades para estabelecer relações harmônicas com outras pessoas, podem se transformar em adultos que também abusam de outras crianças, podem se inclinar para a prostituição ou podem ter outros problemas sérios quando adultos. Comumente as crianças abusadas estão aterrorizadas, confusas e muito temerosas de contar sobre o incidente. Com frequência elas permanecem silenciosas por não desejarem prejudicar o abusador ou provocar uma desagregação familiar, ou ainda, sob o receio de serem consideradas culpadas ou castigadas. Crianças maiores podem sentir-se envergonhadas com o incidente, principalmente se o abusador é alguém da família. (3)

Segundo o Ministério da Saúde, os homens são os principais autores de violência sexual tanto contra crianças quanto com adolescentes. Dados revelam que muitas crianças e adolescentes que abusaram sexualmente de outra criança ou adolescente, também sofriram violência sexual. As sensações físicas do contato sexual são geralmente prazerosas e é bastante comum que crianças estimuladas sexualmente por adultos busquem a repetição desses estímulos, quer com adultos quer com outras crianças. É importante frisar que a criança pode não ser consciente das limitações sociais às diversas práticas sexuais, mas é dever do adulto conhecer e respeitar esses limites, e é sempre dele a responsabilidade sobre os atos realizados. Nos casos envolvendo adolescentes, em 92,4% das notificações o

agressor era do sexo masculino. Nos casos envolvendo crianças, em 81,6%. Segundo o boletim do Ministério, é necessário problematizar a situação, já que a violência pode ser reflexo de uma cultura do machismo. Estudos da SBP revelam que o abuso infantil geralmente ocorre dentro do núcleo familiar e dizem também que o agressor frequentemente tem antecedente pessoal de abuso em sua infância. Os números atuais indicam um quadro ainda mais grave: a maioria dos casos de violência sexual não são isolados, por outro lado, são bastante recorrentes. Segundo a SBP, a maioria das situações de violência sexual, especialmente contra crianças e adolescentes, é praticada por pessoas próximas, que contam com a confiança da criança, e ocorrem de maneira gradual e progressiva por longos períodos.

Segundo o DATASUS, em 2012, Hortolândia contava com 198.758 habitantes, sendo 46.671 crianças. Hoje estima-se mais de 50 mil menores. Portanto, um número significativo de indivíduos que contam com a nossa proteção e prevenção a nível municipal e servindo de exemplo para um número ainda maior pelo país. Até o presente momento não obtive resposta do Conselho Tutelar de Hortolândia com os números atualizados dos casos de abuso sexual infantil em acompanhamento no município. Apesar do aumento de 83% das notificações de casos entre 2011 e 2017, o Ministério da Saúde ainda acredita que muitos casos não são notificados. Isso acontece porque o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), desenvolvido pelo próprio ministério, ainda não foi implementado em todo o país. Desde 2011, a notificação de violências passou a ser compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados. Em 2014, os casos de violência sexual passaram a ter que ser imediatamente notificados, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima. Outra ação obrigatória é a comunicação de qualquer tipo de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). As regiões do Brasil que registraram o maior volume de notificações no período foram as regiões Sudeste (40,4%) e Sul (21,7%), para as crianças, e Sudeste (32,1%) e Norte (21,9%) para os adolescentes. Atualmente estima-se que menos de 10% dos casos de abuso sejam notificados/denunciados. (4).

Entre 2011 e 2017, o Brasil teve um aumento de 83% nas notificações gerais de violências sexuais contra crianças e adolescentes, segundo boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde. Nesse período foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes. Dentre os números registrados pela SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria), chama atenção a vulnerabilidade dos mais jovens. Entre as crianças, o maior número de casos de violência sexual acontece com crianças entre 1 e 5 anos (51,2%). Já entre os adolescentes, com os jovens entre 10 e 14 anos (67,8%). Negros e mulheres são maioria entre as vítimas. Tanto entre adolescentes quanto crianças, as vítimas negras tiveram a maior parte das notificações (55,5% e 45,5%, respectivamente). Segundo o Ministério, o resultado pode apontar para vulnerabilidades destes grupos. Crianças e adolescentes do sexo feminino também são maioria entre as vítimas de violência sexual. Representam 74,2% dentre as crianças e um número ainda maior dentre as adolescentes: 92,4%. Apesar disso, os meninos também sofrem com a violência sexual. Entre as crianças, são eles quem mais sofrem abusos na escola (7,1%). Já entre os adolescentes, os meninos são mais explorados sexualmente e são a maioria das vítimas de pornografia infantil (5).

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a magnitude desses graves

problemas de saúde pública. Nos 35 municípios selecionados como prioritários à implantação do sistema, cerca da metade dos casos correspondiam a crianças (21,4%) e adolescentes (26,2%), representando 47,6% do total de notificações recebidas. Os dados mostram que a violência se expressa de forma diferente entre homens e mulheres e deve ser entendida a partir da violência de gênero. No sexo masculino, as crianças na faixa entre 0 e 9 anos foram as mais acometidas, sendo a agressão física a forma mais frequente de violência. No sexo feminino, as adolescentes entre 10 e 19 anos foram as principais vítimas, sendo a violência psicológica/moral, física e sexual os tipos mais prevalentes, entre todas as mulheres (6).

O estudo “Perspectivas de gênero e geração nas narrativas de mulheres vítimas de abuso sexual na infância” (7) diz que o ambiente doméstico é favorável a práticas de abuso sexual infantil pois, de certa forma, garante a proteção aos abusadores e silêncio das vítimas. Esse estudo também revela que há influência nas relações de dependência muitas vezes financeira das vítimas em relação aos seus abusadores, predispondo ao sigilo e acobertamento. Outra questão importante levantada nesse estudo é de que a maioria das crianças não notam os riscos de sofrerem abuso, tornando-as vulneráveis às circunstâncias.

A grande maioria das vítimas de abuso não denunciam, seja por não compreenderem o ocorrido, principalmente nos casos em que a vítima é lactente ou pré-escolar, seja por medo, por ameaça do agressor, seja por sentirem-se culpadas, devido a distorção da história pelo abusador, ou ainda por pensarem que ninguém irá acreditar nela, ou mesmo por vergonha ao expor sua situação a terceiros.

Segundo o Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência do Conselho Federal de Medicina (11), o abuso infantil pode ocorrer por meio de:

#### Violência física

Caracteriza-se como o uso da força física de forma intencional, por parte dos pais, responsáveis ou adolescente mais velho, com o objetivo de manutenção ou demonstração de poder do mais forte sobre o mais fraco a qualquer custo, podendo ferir, provocar danos ou mesmo levar à morte da criança ou do adolescente, deixando ou não marcas evidentes .

#### Violência sexual

É a forma de violência doméstica mais difícil de ser conceituada e diagnosticada, pois muitas vezes resulta do despreparo dos pais para a educação de seus filhos, valendo-se de ameaças, humilhações ou desrespeito como formas culturalmente aprendidas de educar. Consiste na submissão da criança ou adolescente, por parte dos pais ou responsáveis, definitivos ou temporários, a ações verbais ou atitudes que visem à humilhação, desqualificação, tratamento como de “minus valia”, culpabilização, indiferença, rejeição, ameaça e outros que possam levar a danos, muitas vezes irreversíveis a seu desenvolvimento, tanto na área psíquica como na afetiva, emocional, moral e social.

A violência sexual destaca-se entre as diferentes formas de violência pelo forte conteúdo moral. Apesar de não constituir a forma mais frequente, situações de violência sexual usualmente apresentam ambiguidades e incertezas que afetam de maneira intensa a todos os envolvidos, incluindo a equipe de saúde.

Violência sexual pode ser definida como qualquer tipo de atividade de natureza erótica ou

sexual que desrespeita o direito de escolha de um dos envolvidos. O direito de escolha pode ser suprimido por coação, ascendência ou imaturidade. O uso da violência física associada à violência sexual está presente apenas em pequena parte dos casos identificados. O contato genital não é condição obrigatória para que uma situação seja considerada abusiva. Carícias não genitais, beijos, exibicionismo, voyeurismo e exposição à pornografia podem ser tão danosos quanto as situações que envolvem contato genital.

O abuso sexual é uma transgressão secreta, que viola os limites da intimidade pessoal. É um processo dinâmico que não se resume a seus participantes diretos, mas a todo o núcleo familiar, permeado por sensações de culpa, vergonha e inadequação para a maioria dos envolvidos. A revelação é um processo complexo, carregado de ambiguidades e contradições.

De maneira esquemática, as situações de violência sexual podem ser divididas em agudas e crônicas, em função das demandas específicas de cada uma das categorias em relação aos serviços de saúde.

As situações de violência sexual aguda correspondem, na grande maioria, aos “assaltos sexuais”, correlacionados intimamente com a violência urbana e com ocorrência, basicamente, no espaço público. São mais frequentes nos períodos de trânsito entre casa/escola/trabalho/lazer. As ameaças à vida ou à integridade física são bastante explícitas. Estão fortemente associadas à violência física e acometem, principalmente, adolescentes e mulheres adultas. O agressor, geralmente, é desconhecido, sem vinculação com a vítima. O atendimento a esse tipo de situação deve ser realizado o mais rápido possível em serviço de urgência, pela necessidade de avaliação imediata e tratamento de eventuais lesões físicas, e pelos prazos definidos para o início das profilaxias contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gestação indesejada.

As situações de violência sexual crônica ocorrem por períodos mais extensos, de maneira progressiva, cometidas, principalmente, contra crianças de ambos os sexos, por pessoas próximas, que contam com a confiança dessas e das famílias. As ameaças são, geralmente, mais veladas, e o uso de violência física nem sempre está presente. Existe a possibilidade de contaminação por DSTs ou gestação, mas lacerações e lesões físicas graves são pouco frequentes. O atendimento inicial a esse tipo de situação pode ser feito em serviço ambulatorial.

### Negligência

Caracteriza-se por atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, praticada à criança ou adolescente pelos pais ou responsáveis no tocante à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e afeto, apresentando-se em vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono o grau máximo.

### Síndrome de Munchausen

Caracterizada como a situação na qual o paciente é trazido para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou responsáveis. Essa prática impõe sofrimentos físicos ao paciente, como a exigência de exames complementares desnecessários, o uso de medicamentos ou ingestão forçada de substâncias, além de provocar danos psicológicos pelas múltiplas consultas e internações

sem motivo.

### Omissão

O não atendimento das necessidades básicas da criança, com variados níveis de gravidade, é a forma mais frequente de violência por omissão. É a submissão a atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, intencional ou não, com prejuízos à higiene, nutrição, saúde, educação, estímulo ao desenvolvimento, proteção e afetividade.

### Negligência

Um conceito amplo de negligência, ou omissão do cuidar, é o não atendimento das necessidades básicas da criança, em variados níveis de gravidade. É uma das formas mais frequentes de maus-tratos que há bem pouco vem sendo reconhecida como tal. Incluída no cotidiano de muitas famílias ou instituições, faz parte do contexto do que os adultos supõem ser seu direito de escolher, na maioria das vezes sem questionamentos à qualidade de vida dos que deles dependem.

### Abandono

O abandono é a forma extrema de negligência, mas caracteriza-se por apresentações parciais de abandono à submissão da criança ou adolescente a atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, de maneira intencional ou não, que levem a prejuízos da higiene, nutrição, saúde, educação, estímulo ao desenvolvimento, proteção e afetividade.

Segundo o estudo “Abuso Sexual na Infância e Suas Repercussões na Vida Adulta” (8), o abuso sexual infantil pode gerar graves consequências a médio e a longo prazo para essa vítima. Esse estudo mostrou que: as vítimas podem desenvolver problemas de convivência familiar, principalmente no que diz respeito a relação mãe e filha; algumas vítimas engravidam de seus abusadores; algumas outras fogem de casa e vão se abrigar nas ruas, se expondo a outros riscos, como o uso de drogas; algumas ainda desenvolvem alterações emocionais que levam a comportamentos autodestrutíveis, tentativas de suicídio e até tentativas ou ideias de homicídio; a vítima fica predisposta a distúrbios sexuais, podendo ter dificuldades nos relacionamentos afetivos ou até mesmo se restituírem; algumas vítimas de abuso sexual passam a se sentir confusas com relação a sua identidade sexual, podendo, muitas vezes, apresentar dificuldade para se relacionar com pessoas do mesmo sexo do abusador; Por fim, o trauma de ficar remoendo cenas vivenciadas, com possível estresse pós traumático.

Considerando que as redes regionalizadas tendem a oferecer melhores condições para implementação da integralidade da atenção, a possibilidade de interação entre políticas públicas, na perspectiva da intersetorialidade, indica que a organização em rede não deve ser restrita ao setor saúde, visto que também outros setores apresentam determinantes do processo saúde-doença. No campo da saúde, tendo por base as propostas da Saúde Coletiva, pode-se expandir a atenção integral para as atuações em rede intersetorial, que devem ser pautadas em três princípios organizadores nucleares: o da articulação das ações profissionais, em que há atuações profissionais específicas que devem ser mantidas, mas de modo interconectado; o da interação dos profissionais, organizando-se o trabalho nos serviços de modo a que haja efetiva comunicação entre seus profissionais; e o da integração entre os serviços como instituições de diferentes setores. Nesse sentido, depreende-se do

discurso dos profissionais que as ações intersetoriais necessitam ser compreendidas como as mais pertinentes para lidar com as questões da violência infantil, visto que as ações empreendidas estão circunscritas aos setores específicos, sem agregação em âmbito local e regional.

Para promover ações efetivas é preciso: Fomentar discussões reflexivas em reuniões de grupo na UBS, integralizando o cuidado, capacitando a equipe por meio de matriciamentos e incentivando a notificação compulsória dos casos suspeitos; Criar Grupos de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, retratando o problema e buscando conscientizar as famílias da comunidade, visando prevenir novos casos e incentivar a denúncia de casos suspeitos; Levar informação aos Educadores e alunos de escolas próximas a UBS, além de igrejas e centros comunitários, a fim de ampliar a rede de apoio, através de promoção a saúde, prevenção, identificação de casos suspeitos com consequente encaminhamento a unidade de saúde de referência sempre que necessário; Estreitar os laços entre a vítima/família/equipes-de-saúde, acolhendo com respeito e atenção todos os indivíduos que por ventura procurarem ajuda ou orientação, ou ainda que estiverem sob acompanhamento junto ao Conselho Tutelar; Desburocratizar ações, melhorar e acelerar o fluxo e a comunicação entre os serviços de atendimento da Rede Pública de Saúde, reorganizar o fluxograma de atendimento junto aos demais serviços e especialidades; Promover discussões de casos semelhantes a nível multidisciplinar, elaborando protocolos e condutas cada vez mais efetivas em todos os serviços por onde o paciente passa; Devemos também agilizar procedimentos e exames necessários a cada caso, com incentivo dos órgãos competentes; além de articular com redes de apoio da criança, ampliando o fornecimento de informações de prontuários para demais serviços que por ventura necessitem; E, por fim, expor menos a vítima, realizando atendimentos/consultas que tragam o maior número de informações possível num menor período de tempo, com número restrito de profissionais atendendo mas repassando para uma equipe maior envolvida no caso, a fim de reduzir danos e traumas a essa criança ou adolescente.

No Brasil, o 18 de maio é marcado como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Portanto, os serviços de Atenção Básica juntamente com órgãos competentes das Secretarias de Saúde podem promover campanhas anuais de conscientização à população, levando informação e conscientizando a sociedade.

Segundo informações da Secretaria de Saúde de Hortolândia: A vítima de violência sexual, caso a tenha sofrido em menos de 72h, deve procurar a rede de saúde, para que um protocolo de atendimento seja executado.

Em casos de Violência Sexual Tardia ou Crônica, a vítima e seus responsáveis devem ir à Delegacia de Polícia para registrar o BO. Após isso, devem procurar alguma unidade de saúde da rede municipal para acolhimento e solicitação de atendimento biopsicossocial, que inclui realização de exames, consultas, acompanhamento psicológico, entre outras ações.

Todas as unidades de saúde, em especial o Hospital Municipal Mario Covas, estão aptas a acolher, prestar atendimento e encaminhar a vítima para outros serviços, se necessário. As pessoas em situação de violência sexual também podem recorrer ao Disque 100, do Ministério dos Direitos Humanos. O serviço é gratuito e funciona 24h, inclusive aos fins de semana e feriados.

Atenção aos 10 sinais (from Childhood Brasil) que ajudam a identificar possíveis casos de abuso sexual infanto-juvenil.

- ♦ Mudanças de comportamento: O primeiro sinal é uma possível mudança no padrão de comportamento da criança. Essa alteração costuma ocorrer de maneira imediata e inesperada. Em algumas situações a mudança de comportamento é em relação a uma pessoa ou a uma atividade em específico.
- ♦ Proximidades excessivas: A violência costuma ser praticada por pessoas da família ou próximas da família na maioria dos casos. O abusador muitas vezes manipula emocionalmente a criança, que não percebe estar sendo vítima e, com isso, costuma ganhar a confiança fazendo com que ela se cale.
- ♦ Comportamentos infantis repentinos: Se o jovem voltar a ter comportamentos infantis, os quais já abandonou anteriormente, é um indicativo de que algo esteja errado.
- ♦ Silêncio predominante: Para manter a vítima em silêncio, o abusador costuma fazer ameaças de violência física e mental, além de chantagens. É normal também que usem presentes, dinheiro ou outro tipo de material para construir uma boa relação com a vítima. É essencial explicar à criança que nenhum adulto ou criança mais velha deve manter segredos com ela que não possam ser compartilhados com pessoas de confiança, como o pai e a mãe, por exemplo.
- ♦ Mudanças de hábito súbitas: Uma criança vítima de violência, abuso ou exploração também apresenta alterações de hábito repentinas. O sono, falta de concentração, aparência descuidada, entre outros, são indicativos de que algo está errado.
- ♦ Comportamentos sexuais: Crianças que apresentam um interesse por questões sexuais ou que façam brincadeiras de cunho sexual e usam palavras ou desenhos que se referem às partes íntimas podem estar indicando uma situação de abuso.
- ♦ Traumatismos físicos: Os vestígios mais óbvios de violência sexual em menores de idade são questões físicas como marcas de agressão, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Essas são as principais manifestações que podem ser usadas como provas à Justiça.
- ♦ Enfermidades psicossomáticas: São problemas de saúde, sem aparente causa clínica, como dor de cabeça, erupções na pele, vômitos e dificuldades digestivas, que na realidade têm fundo psicológico e emocional.
- ♦ Negligência: Muitas vezes, o abuso sexual vem acompanhado de outros tipos de maus tratos que a vítima sofre em casa, como a negligência. Uma criança que passa horas sem supervisão ou que não tem o apoio emocional da família estará em situação de maior vulnerabilidade.
- ♦ Frequência escolar: Observar queda injustificada na frequência escolar ou baixo rendimento causado por dificuldade de concentração e aprendizagem. Outro ponto a estar atento é a pouca participação em atividades escolares e a tendência de isolamento social

O profissional que faz acompanhamento dessa criança em consultas de rotina, deve não só se atentar aos 10 sinais citados acima, como também considerar o Grooming na hora de coletar uma boa anamnese. Grooming É outro fator que pode impedir a criança de se abrir. Nesses casos, o abusador manipula a criança/adolescente usando pressão psicológica, recompensas concretas (como brinquedos e dinheiro) e atenção. Uma vez que o abuso ocorre, o silêncio da criança pode ser mantido pelo agressor, insinuando que ninguém acreditará nela, usando ameaças e suscitando sentimentos de culpa (“você arruinará a família se contar a alguém” “ninguém vai acreditar em você” ...) e distorcendo a realidade do abuso (como sugerir que isso faz parte de um “jogo”, “isso é normal”...).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria e o Conselho Federal de Medicina, a complexidade das situações de abuso sexual demanda o atendimento por profissionais de diversas áreas de atuação, cada qual com seu papel, foco de intervenção, linguagem e metodologia próprias. A comunicação entre esses diversos especialistas é fundamental para que sejam compreendidas as peculiaridades de cada caso, evitando-se redundância ou contradição entre os múltiplos procedimentos. As equipes devem estar atentas para a dinâmica das famílias abusivas, que tende a contaminar o atendimento, sendo frequentes a confusão de papéis e as tentativas de manter a situação em segredo, que repercutem, especialmente, com profissionais que atuam de forma isolada, o que não é recomendado. A institucionalização do atendimento favorece o esclarecimento de informações contraditórias e protege o profissional que atende. O registro completo das informações de história e exame físico em prontuário é outro fator de proteção profissional. Embora as situações de violência sexual também sejam alvos da atenção de setores investigativos, jurídicos e sociais a prioridade do atendimento, em qualquer ocasião, é sempre do setor de saúde, particularmente da área médica. A preservação da vida e da integridade física dos envolvidos precede qualquer outro tipo de intervenção. Assim, o atendimento médico deve ser prestado imediatamente, independente de confirmação de violência ou do acionamento prévio de autoridade policial ou judicial.

Ao atender uma situação com suspeita de violência sexual, o profissional deve evitar fazer pré-julgamentos ou emitir diagnósticos precipitados. É importante lembrar do papel de autoridade exercido pelo médico e o valor que os conceitos por ele emitidos tem sobre os pacientes. A escuta deve ser aberta, atenciosa, acolhedora, em espaço físico que preserve a privacidade dos envolvidos, registrando de maneira imparcial a história contada. O registro deve ser o mais próximo possível da história relatada, de maneira extensa, com a identificação dos diferentes relatores, a fim de permitir a análise posterior de possíveis contradições e omissões. Anotar as observações sobre o comportamento dos envolvidos antes, durante e após a anamnese.

O exame físico deve ser realizado de maneira cuidadosa e abrangente. Todo o corpo da criança deve ser examinado para a identificação de lesões indicativas de violência física. Embora seja obrigatório, o exame físico não deve se constituir em nova experiência traumática para a criança. O profissional que atende deve ser paciente e compreensivo com as angústias do paciente. Se necessário, o exame deverá ser realizado sob narcose, em centro cirúrgico.

Para reconhecer se houve violência sexual, o profissional de saúde deve observar alguns sinais e sintomas, sempre lembrando que eles não devem ser considerados isoladamente:

- ♦ Marcas pelo corpo, lacerações, hematomas ou outras lesões genitais sem trauma acidental que os justifiquem.
- ♦ Corrimento, hemorragia vaginal ou retal, ardência e infecção.
- ♦ Presença de sêmen na roupa, boca ou genitais.
- ♦ Doenças sexualmente transmissíveis.
- ♦ Gravidez na infância ou adolescência.
- ♦ Mudança de comportamento e queda no rendimento escolar.
- ♦ Perda ou excesso de apetite.
- ♦ Agressividade, choro, isolamento social, insegurança e alterações de sono.
- ♦ Baixo rendimento escolar.
- ♦ Retrocesso no desenvolvimento.
- ♦ Interesse súbito e incomum por questões sexuais, masturbação compulsiva.
- ♦ Medo de adultos estranhos ou conhecidos, de escuro, de ficar sozinho e de ser deixado em determinados lugares e/ou próximo a determinada pessoa.
- ♦ Dificuldade para se movimentar e sentar.
- ♦ Roupas íntimas destruídas, sujas ou manchadas de sangue.
- ♦ Sentimento de inferioridade e necessidade de agradar.

A gravidade das lesões internas nem sempre está correlacionada às lesões externamente visíveis. Pacientes com pequenas roturas perineais podem apresentar grandes lacerações em fundo de saco vaginal, com conseqüente hemorragia para a cavidade abdominal. Os sinais de irritação peritonial podem ser de difícil avaliação em crianças muito pequenas, sendo necessária a complementação diagnóstica com métodos de imagem.

A vagina da menina posiciona-se de maneira mais horizontalizada em relação à da mulher adulta, o que facilita as lesões de parede vaginal anterior em caso de traumatismo. As estruturas do trato urinário inferior, por suas relações com a vagina, têm grande chance de serem lesadas pelo agente traumático. A paciente não deve ser liberada do atendimento de urgência até que se tenha descartado a possibilidade de hematúria. O exame ginecológico visa detectar a presença de lacerações sangrantes, que demandam intervenção cirúrgica imediata, e diagnosticar eventuais doenças sexualmente transmissíveis ou gestações. A colpovirgoscopia deve ser realizada apenas por profissional com experiência nesse tipo de procedimento. A avaliação himenal tem importância apenas do ponto de vista médico-legal. Hímen de diâmetro alargado ou de bordas finas não tem significado diagnóstico. Mesmo para as roturas himenais ou lacerações perineais recentes, deve ser feito o diagnóstico diferencial com traumatismos acidentais.

O exame da região anal também deve ser realizado em todos os casos, seguindo-se os mesmos cuidados com o bem-estar do paciente observados no exame ginecológico.

Em termos laboratoriais, além dos exames de imagem já citados e da urinálise, devem ser colhidos na urgência um hemograma completo e as sorologias para as principais DSTs, a fim de determinar o status sorológico no momento do primeiro atendimento. Nos casos em que forem empregados medicamentos antirretrovirais, faz-se necessário o monitoramento da função renal e hepática.

Do ponto de vista médico-legal, o registro acurado do prontuário médico, com histórico e exame físico detalhados, é fundamental para a análise do caso pelos setores de proteção e responsabilização. A norma técnica do Ministério da Saúde, de 2005, preconiza a coleta de material para identificação forense de possíveis autores do delito. O material deve ser colhido em papel-filtro e guardado sob refrigeração, para eventual uso pela autoridade judicial.

Dentre os procedimentos realizados incluem-se as diversas profilaxias, as quais são indicadas apenas nas primeiras 72 horas após o coito suspeito, o mais precoce possível, sendo consideradas ineficientes após esse período ou em casos de abusos repetidos. Pacientes na menacma têm indicação de anticoncepção de emergência. Dosagem recomendada: 2 comprimidos de Levonorgestrel 0,75mg, via oral (VO), em única tomada.

A maior parte das DSTs não virais pode ser evitada por meio de medicações de dose única. Dosagens recomendadas para crianças: • Penicilina benzatina: 50.000U/kg, intramuscular (IM), em dose única (dose máxima: 2.400.000U) ou Estearato de eritromicina: 50mg/kg/dia (dose máxima: 2g/dia), VO, 6/6 horas, por 15 dias • Azitromicina: 30mg/kg, VO, em dose única (dose máxima: 1.500mg) • Ceftriaxona: 250mg, IM, em dose única • Metronidazol: 15mg/kg/dia (dose máxima: 750 mg/dia), VO, 8/8h, por 7 dias.

Pacientes que não foram vacinadas contra a hepatite B ou têm situação vacinal desconhecida devem receber imunoglobulina específica, além da complementação do esquema vacinal. A dose recomendada da imunoglobulina anti-hepatite B é de 0,06ml/ kg, IM, em dose única.

As medicações antirretrovirais devem ser utilizadas criteriosamente, pois devem ser tomadas por período relativamente longo (28 dias) e não são isentas de efeitos colaterais. Os critérios para a administração de antirretrovirais incluem a forma de exposição – somente em casos com penetração anal ou vaginal; o intervalo entre a exposição e o início da tomada da medicação – que deve ser inferior a 72 horas; e o status sorológico do agressor – quando conhecido. O esquema de escolha inclui mais de uma droga, podendo ser adaptado individualmente. As doses recomendadas para maiores de 12 anos (ou acima de 40kg) são: • AZT 300mg + 3TC 150mg (Biovir ®): 1comprimido, VO, 12/12h; • LPV 200mg + RTV 50mg (Kaletra ®): 2 comprimidos ou 5ml da solução oral, VO, 12/12h. As doses recomendadas para menores de 12 anos (ou abaixo de 40kg) são: • AZT: 90 a 180mg/m<sup>2</sup>, VO, 8/8h (máximo 600mg/dia); • 3TC: 4mg/m<sup>2</sup>, VO, 12/12h (máximo 300mg/dia); Solução (LPV – 20mg/RTV – 80mg/ml).

Caso se constate gestação em decorrência de violência sexual, a legislação brasileira permite a realização de aborto, o qual deve ser sempre discutido em equipe, respeitando-se o desejo da paciente ou de seu responsável legal. Deve haver correlação entre a história de violência e a idade gestacional, e todos os procedimentos devem ser decididos pela equipe multidisciplinar que atende o caso (11).

Após suspeitar de abuso, o profissional que suspeitou deve: Realizar notificação imediata; acionar o Serviço Social, para que o mesmo contacte o Conselho Tutelar do município; solicitar acompanhamento psicológico para a vítima; afastar imediatamente a vítima do possível agressor, a fim de evitar nova agressão; orientar os familiares, responsáveis legais, do menor; fazer acompanhamento da vítima e de seus familiares por meio das Equipes de

Estratégia de Saúde da Família.

No Município de Hortolândia, o fluxograma de atendimento à pessoa em situação de violência sexual diz:

Unidade de Saúde acolhe a vítima de violência sexual (UBS, CAPS, Unidades Especializadas, SAMU e Outros Serviços); Tria com relação ao tempo decorrido em 72h; Se >72h, deve-se notificar e entrar em contato com a coordenação da Unidade Básica de Saúde de referência da vítima, definindo dia, hora e profissional que irá atender o caso; A UBS acolhe a vítima e realiza protocolo de acompanhamento clínico e psicossocial. Se <72h, a Unidade de Saúde deve notificar e encaminhar ao Hospital e Maternidade Municipal Mário Covas (HMMMC) com contato prévio (Assistente Social ou Enfermeiro do Pronto Socorro Infantil (PSI)); Solicita-se o SAMU para remoção do paciente; o HMMMC segue fluxo interno (consulta multiprofissional, exames, profilaxias, coleta de vestígios) e notifica; Dispensa-se PEP para 5 dias quando necessário; Encaminha ao CEI (de segunda a sexta-feira das 7h00 as 16h00, após contato de referência; Aciona-se Conselho Tutelar compulsoriamente; o CEI acolhe a vítima e prossegue com o acompanhamento sorológico e tratamento clínico e psicossocial, e informa a UBS de referência do paciente.

Independente do caso, é imprescindível o cuidado compartilhado junto a Equipe Multidisciplinar, pois é através dessa Equipe que conseguiremos atingir nossos objetivos e promover um atendimento integralizado dessa vítima, conforme os preceitos do SUS.

## AÇÕES

### O CASO A

Todas as informações do caso a seguir foram colhidas do prontuário, de reuniões com a Equipe de Saúde da Família (ESF) e durante conversas com alguns familiares: A paciente, sua mãe, sua avó e uma tia materna).

Para proteção da criança e preservação do sigilo médico-paciente dos envolvidos, serão substituídos os nomes reais por nomes fictícios.

Amanda tem 5 anos e 7 meses, é natural de Sumaré-SP, mora em Hortolândia desde o nascimento. Nasceu pré-termo, de cesariana, por pré-eclâmpsia materna. Fruto de gravidez na adolescência, pois sua mãe tinha 15 anos quando engravidou, foi registrada somente com o nome da mãe, não tendo recebido registro paterno. Segundo a mãe, Sílvia, a paciente recebeu aleitamento materno exclusivo durante 1 mês e, após, seguiu com fórmula infantil, pois a criança teria tido “dificuldades para pegar o peito e chorava muito”. Aos três anos de idade, nasceu seu irmão Bruno, que foi registrada como filho de sua mãe com seu avô materno. Segundo relatos da mãe, trata-se de irmãos de mesmo pai. Passou por consultas de puericultura satisfatoriamente até 1 ano e 8 meses. Desde então não retornou para as consultas, mesmo após convocações sistemáticas da Equipe de Saúde da UBS CV.

Amanda mora em uma casa de fundo, localizada na rua da UBS e próximo a um ponto de tráfego e prostituição. A casa é composta por uma sala, um quarto, um banheiro e uma cozinha. É casa de alvenaria, com água encanada, luz e esgoto tratado. A rua é asfaltada. Próximo a casa há escola, comércio e indústria. Na casa moram ela, sua avó materna, Dona Maria, seu irmão Bruno, e seu tio materno Wesley. Amanda e seu irmão se mudaram para a casa da avó materna há 2 meses, após denúncia de abuso sexual.

Antes de aprofundar no caso de abuso sexual infantil sofrido pela Amanda, vou contextualizar os problemas familiares envolvidos.

Maria é uma mulher de 48 anos, solteira, natural do Paraná, moradora de Hortolândia há 43 anos, tem três irmãs, sendo duas vivas e morando em Hortolândia-SP também. É mãe de 4 filhos: Francisca (única de pai diferente), Willian, Tamires e Sílvia. Maria estudou e tem Ensino Médio Completo. Não tem trabalho fixo, mas trabalha esporadicamente vendendo salgados, fazendo faxinas e cuidando de crianças da vizinhança. Faz acompanhamento médico por Hipertensão Arterial Sistêmica e Insuficiência Cardíaca Crônica. Não é muito assídua nas consultas de rotina e, só apresentou melhora clínica após um trabalho dedicado da equipe de saúde para convencê-la a tomar adequadamente suas medicações de rotina.

Willian é um jovem de 24 anos, solteiro, tem Ensino Fundamental Incompleto, não tem filhos e trabalha como pedreiro.

Tamires é uma jovem de 23 anos, solteira há um mês, após união estável com o pai de seus dois filhos: Leandro (5 anos) e Leonardo (2 anos). Tem Ensino Fundamental Incompleto e trabalha como faxineira. Atualmente mora em um bairro próximo ao da família, mas em breve será vizinha de suas irmãs num cortiço vizinho da casa da mãe.

Francisca, filha mais velha de Dona Maria, tem 27 anos. Tem Ensino Fundamental

Incompleto, mas é analfabeta. Trabalha como faxineira esporadicamente. Vive em união estável com João. Mora em uma casa de 3 cômodos, ao lado de sua irmã Sílvia, em um cortiço na mesma quadra da casa da Maria. Nasceu com genitália ambígua, operada no primeiro mês de vida, devido há Hiperplasia Adrenal Congênita. Abandonou o tratamento na Unicamp durante anos, mas, após incentivo e orientação da ESF, decidiu retomar o seguimento clínico com endocrinologista da Unicamp há 6 meses (novembro/19). Seu companheiro João está preso, acusado de ter abusado sexualmente sua sobrinha Amanda, é etilista, tabagista e usuário de drogas como maconha e cocaína.

Sílvia tem 22 anos, mãe de dois filhos do mesmo pai: Amanda, que teve aos 15 anos, e Bruno, que teve aos 18 anos. Tem Ensino Fundamental Incompleto. É natural de Hortolândia-SP. É tabagista de 1 maço/dia desde os 13 anos. É etilista e usuária de maconha e cocaína. Mora em um cortiço com seu companheiro Gustavo, também usuário de álcool e drogas, e pai de dois filhos: Giovana, de 6 anos, e Pedro, de 4 anos, ambos da mesma mãe.

Em maio de 2020 a Coordenadora da UBS recebeu um e-mail proveniente do Conselho Tutelar do Município para que providenciasse um seguimento clínico para a paciente Amanda, pois a mesma estaria sob supervisão e investigação por suspeita de ter sofrido abuso sexual. A Coordenadora prontamente se dirigiu a ESF responsável pela área onde vive a criança e apresentou o caso. Em seguida, a Agente de Saúde Terezinha convocou a paciente e sua mãe para uma consulta.

Chegando à UBS, Amanda e Sílvia foram recebidas pela equipe da recepção, que pegou seu prontuário, depois foi encaminhada para a técnica de enfermagem, que pesou e mediu a criança, e, em seguida, ambas foram direcionadas ao consultório médico.

Durante a consulta foi realizada uma anamnese minuciosa e um exame físico geral, onde vimos que Amanda estava com: Peso: 16kg (-2<p<-1) e Estatura 1,075m (-2<p<-1); Alimentação: adequada; Sono: Inadequado (dorme tarde); Higiene: bucal inadequada, geral adequada; Imunização: não levou caderno vacinal; DNPM: adequado para idade; Hábito intestinal e urinário: normais; Bom Estado Geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, orientada, ativa, comunicativa; Orofaringe: sem anormalidade; Otoscopia: sem anormalidade; Cárdio: 2 bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros audíveis; Pulmonar: Murmúrio vesicular presente, simétrico, sem ruídos adventícios. Abdome: Flácido, RHA+, timpânico, indolor, sem VCM. Genitália: sem anormalidades visíveis a inspeção. Membros: sem anormalidades. TEC

Foram solicitados exames laboratoriais de rotina para suspeita de abuso; Orientado a mãe sobre os sinais de alerta para abuso; A criança foi encaminhada ao serviço de psicologia; A mãe foi orientada quanto a importância de se manter uma rotina de consultas pediátricas, atualizar o caderno vacinal dos filhos, melhorar a rotina alimentar e o sono, e solicitada a retornar com a Amanda em até 3 meses, para seguimento clínico. Orientei a mãe que levaria o caso para a reunião de equipe, a fim de traçarmos um projeto terapêutico para essa família, beneficiando não somente Amanda, mas seus familiares. Disse ainda que agendaria uma visita domiciliar pela ESF e pela Assistente Social da UBS. Antes de liberar a paciente, solicitei a Sílvia que agendasse consulta para ela e para os demais membros da família para darmos seguimentos ao projeto terapêutico deles.

O caso foi levado para a reunião de ESF que decidiu fazer uma visita domiciliar para adquirir

novas informações sobre o caso.

Durante a visita, a avó da criança relatou que no dia do ocorrido, a mãe da criança, o padrasto e o tio João haviam feito uso abusivo de álcool e drogas ilícitas. Contou que o tio saiu com a criança da casa e se dirigiu ao bar. No bar, outro cliente havia presenciado o suposto abuso sexual do João com a Amanda, filmado e chamado a polícia. A polícia chegou, viu o vídeo, prendeu João e se dirigiu a casa da mãe da Amanda. Chegando lá, foi visto que a mesma encontrava-se sob efeito de substâncias psicoativas. Foi então acionado o Conselho Tutelar e encaminhado a criança ao Hospital Municipal. O Conselho Tutelar então deu guarda provisória da Amanda e seu irmão para a avó materna e encaminhou a mãe para tratamento químico. Desde então permaneceram sob cuidados com a Equipe Multidisciplinar.

Primeiro Passo:

Identificar e listar todos os problemas da família encontrados pela ESF.

Segundo Passo:

Providenciar a todos os familiares envolvidos: Consultas com médicos, dentistas, psicólogos, nutricionistas, assistente social e enfermeiros. Fazer seguimento multidisciplinar buscando promoção a saúde e bem estar social, com cuidados sistemáticos às vítimas de abuso. O objetivo é tratar patologias de base, identificar riscos e principalmente, prevenir complicações e novas comorbidades.

Terceiro Passo:

Organizar matriciamentos aos profissionais da rede pública de saúde visando aprimoramento técnico-científico e capacitação. Dessa maneira, os profissionais se sentirão mais seguros para identificar riscos e notificar os casos suspeitos. Os profissionais já capacitados poderão organizar Grupos, produzir materiais educativos, organizar campanhas de conscientização, promover palestras nas escolas, empresas e igrejas da região.

Ao levar conhecimento a população, poderemos conscientizá-las a ponto de aumentar os índices de denúncias de abuso infantil e prevenir novos casos.

Quarto passo:

Promover reuniões com os órgãos competentes incluindo: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Assistência, Conselho Tutelar, representantes dos Poderes Legislativo e Judiciário. Por meio dessas reuniões, poderemos unir conhecimento técnico para elaborar medidas conjuntas realmente efetivas no combate ao Abuso Infantil, com desenvolvimento de protocolos mais detalhados, minimizar riscos aos profissionais delatores, assegurar proteção à criança/adolescente, providenciar condutas adequadas no atendimento às vítimas a fim de reduzir danos e evitar novos traumas. Buscar ampliação dos investimentos na saúde para promover capacitações, aumentar os recursos físicos e humanos no combate à violência, desenvolver softwares que permitam e facilitem o desenvolvimento de prontuários eletrônicos de acesso as UBS, UPAs, Hospitais, Ambulatórios de Especialidades Médicas e CAPS de todo o município e, se possível, de acesso integrado do SUS a nível nacional, buscando facilitar o acesso a informação de todos os pacientes, ampliando o cuidado e unindo informações de todos os atendimentos de cada paciente. Com

a ampliação das fontes de informação será mais fácil acompanhar os pacientes, mesmo quando os mesmos se mudam ou são atendidos fora da área de abrangência de um determinado serviço. Esse histórico do paciente será fundamental no processo de prevenção dos abusos.

A Partir do momento em que aumentamos os investimentos na prevenção e promoção a saúde, reduziremos os gastos com as consequências, como por exemplo, reduziremos custos de possíveis internações, exames, medicações, transportes dos pacientes, recursos humanos, além de reduzir a fila nos atendimentos ambulatoriais.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Para Itamar Gonçalves, da ONG Childhood Brasil: "Para mudar este cenário é importante criar ambientes que sejam acolhedores e inclusivos nos espaços frequentados pelas crianças e adolescentes, nas famílias, escola, igrejas. Um trabalho de prevenção se faz com informação, especialmente sobre o funcionamento do corpo, a construção da sexualidade, visando empoderar nossas crianças".

O presente trabalho mostrou que há um número crescente de casos de abuso infantil, especialmente de abuso sexual contra criança e adolescente. Identificou uma subnotificação significativa desses casos, mesmo já existindo lei que garantisse a Notificação Compulsória e imediata. Foi possível destacar os desafios dos profissionais da saúde a serem superados no âmbito da informação, capacitação e proteção dos mesmos, visando a identificação precoce de casos suspeitos, possíveis agressores, condutas a serem tomadas e, principalmente, demonstrar a importância do trabalho com Equipe Multidisciplinar. Estabeleceu-se a importância dos investimentos dos órgãos competentes na prevenção e promoção a saúde, não só para garantir os princípios do SUS a toda a população, tem por objetivo também a redução de danos às vítimas e redução dos gastos com internações, medicações, exames, processos judiciais, investigações, burocracias, combate a violência, moradores de ruas, usuários de álcool e drogas, etc.; Valorizar os estreitamentos e fortalecimentos dos laços entre as vítimas, as ESF das UBS, as Redes de Apoio da criança/adolescente e as Redes de Atenção Especializadas. Correlacionou os casos de agressão com o aumento da vulnerabilidade social na fase adulta, com comprometimento no âmbito afetivo, no trabalho e na saúde física e mental. E, por fim, desenvolveu metas para formulação de medidas mais efetivas no combate ao Abuso Infantil, não somente em âmbito municipal, mas também em âmbito nacional, a fim de proteger nossas crianças e, conseqüentemente, promover um futuro melhor a elas.



- ♦ [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000702609](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000702609) - ABUSO FÍSICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERCEBEM E DENUNCIAM?
- ♦ <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n2/487-496/> - REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS SOBRE REGISTROS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL
- ♦ [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100373&lang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100373&lang=pt)
- ♦ [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100390&lang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100390&lang=pt)