



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Ética, Direitos Humanos e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Justiça e Violência.

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO SOBRE O ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Ana Carolina de Freitas Campos¹
Vitória Regina Leopoldina Rocha²
Mariana Cristina Mendes³

Resumo: Este trabalho tem como objetivo identificar as percepções dos profissionais envolvidos no atendimento emergencial às crianças e adolescentes, vítimas de violência sexual em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de pesquisa de caráter qualitativo, cujos dados foram obtidos a partir das entrevistas semiestruturadas com os profissionais que realizam o atendimento do pronto-socorro. Foi possível perceber que os profissionais acreditam que mais qualificação profissional e treinamentos contribuiriam substancialmente para os processos de trabalho, bem como uma inclusão de categorias não contempladas no protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual. Entretanto, apesar das dificuldades enfrentadas pela equipe, eles avaliam que o atendimento prestado é de qualidade.

Palavras-chave: Violência Sexual; Pronto Socorro; Crianças e Adolescentes.

Abstract: This study aims to identify the perceptions of professionals involved in emergency care for children and adolescents victims of sexual violence in a public hospital of Belo Horizonte, Minas Gerais. This is a qualitative research, whose data were obtained from the semi-structured interviews with the professionals who work in the emergency room care. It was possible to perceive that the professionals believe that more professional qualification and training would contribute substantially to the work process, as well as an inclusion of categories not contemplated in the protocol of care for the victims of sexual violence. However, despite the difficulties faced by the team, they evaluate that the service provided is of quality.

Keywords: Sexual Violence; Emergency Room; Children and Adolescents.

1. INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, retirando-os da condição de objeto e garantindo todos os direitos previstos na Constituição Federal de 1988, desde o direito à vida até a convivência familiar e comunitária. Essa legislação considera que criança é a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente é a pessoa entre doze e dezoito anos de idade, sendo consideradas pessoas em desenvolvimento.

¹ Profissional de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, E-mail: carolfreitascampos@hotmail.com.

² Profissional de Serviço Social, UNA BH, E-mail: carolfreitascampos@hotmail.com.

³ Profissional de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, E-mail: carolfreitascampos@hotmail.com.

É importante ressaltar que o artigo 5º dessa legislação garante que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Segundo dados da Secretaria de Direitos Humanos entre os anos de 2015 e 2016, 37 mil casos de denúncias de violência sexual na faixa etária de 0 a 18 anos foram recebidos pelo Disque 100. Dessas denúncias, cerca de 67,7% das crianças e jovens que sofrem abuso e exploração sexuais são meninas, enquanto os meninos representam 16,52% dos casos denunciados. Dessas denúncias 15,79% o sexo da criança não foi informado. Em relação a faixa etária 40% dos casos são referentes a crianças de 0 a 11 anos. Na faixa etária entre 12 a 14 anos corresponde 30,3% e de 15 a 17 anos representa 20,09% das denúncias. (PORTAL BRASIL, 2017, sn).

São alarmantes os dados relacionados à violência sexual de crianças e adolescentes. Em uma sociedade com marcas tão fortes da cultura do estupro, ainda é possível ver uma responsabilização da violência sofrida recaindo sobre as vítimas e sempre há uma tentativa de justificativa para o episódio. Nesse sentido, percebe-se que há muito para avançar na questão das políticas de proteção e de prevenção à violência sexual contra crianças e adolescentes.

Relativo ao atendimento à saúde às vítimas de violência sexual (VVS), a Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014, define em seu artigo 5º que os serviços de atendimento às VVS devem atuar em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde. Tais serviços devem ofertar desde o acolhimento até a orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

O hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte dispõe de todos os parâmetros definidos pela portaria, pois é um hospital de referência para atendimento às VVS de Belo Horizonte e região metropolitana. Por se tratar de um hospital de urgência, é um serviço que acolhe todos os casos que chegam no pronto atendimento e, de acordo com o protocolo estabelecido pelo hospital, os casos são avaliados pela equipe médica e depois encaminhados à equipe psicossocial do pronto socorro. Como previsto na lei, a abordagem psicossocial é de extrema importância para garantir um atendimento humanizado à vítima logo após o ocorrido, garantindo as providências em relação às medidas protetivas para crianças e adolescentes.

É da natureza de um serviço de pronto socorro a priorização do atendimento médico. Nos casos de violência sexual, os retrovirais e a pílula do dia seguinte são medicações protocolares e imprescindíveis, bem como o suporte técnico psicossocial.

O último protocolo de atendimento às VVS do hospital foi elaborado no ano de 2013, seguindo os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde. Após 6 anos de sua implementação, pretende-se analisar as percepções dos profissionais do pronto socorro

quanto ao atendimento à crianças e adolescentes VVS em um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2. METODOLOGIA

Este estudo é de natureza qualitativa. Essa opção se justifica porque o método permite compreender em profundidade o contexto do atendimento ofertado às VVS e por se tratarem de dados de difícil mensuração, como sentimentos, sensações, percepções, pensamentos, intenções, comportamentos, entendimento de razões, significados e motivações. De acordo com Martinelli "... a realidade do sujeito é conhecida a partir dos significados que por ele lhe são atribuídos. Esse é fundamentalmente o motivo pelo qual se privilegia a narrativa oral." (Martinelli, 1999, p. 23).

A amostra foi composta pelos profissionais envolvidos no atendimento emergencial às crianças e adolescentes VVS de um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte.

A pesquisa aconteceu no pronto socorro. Por se tratar de um hospital de urgência, o atendimento é realizado 24 horas, todos os dias da semana, atendendo a todas as demandas apresentadas pela população e os casos especializados são transferidos para outros hospitais de referência. O pronto socorro compreende a urgência pediátrica, a sala de politraumatizados (sala vermelha de urgência), centro obstétrico e triagem, em que o paciente aguarda a internação.

Foram entrevistados os médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de enfermagem, porteiros e recepcionistas. Esses profissionais foram escolhidos porque são os profissionais que estão envolvidos diretamente no atendimento às VVS que se disponibilizaram a responder o questionário e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como técnica de coleta de dados, foi elaborado um roteiro semiestruturado contendo nove perguntas, que dizem respeito a percepção dos profissionais do pronto socorro sobre o protocolo de atendimento à crianças e adolescentes VVS. As entrevistas tiveram a finalidade de determinar e avaliar a compreensão em relação ao atendimento destes pacientes. A coleta de dados foi realizada entre os meses de março a agosto de 2018, de forma escrita. A análise de dados foi organizada por conteúdos similares, de acordo com as categorias propostas e que subsidiaram este artigo.

As fontes de material para a pesquisa são os próprios relatos dos profissionais feitos por meio de entrevistas semiestruturadas. Ao todo foram entrevistados 39 profissionais, sendo nove assistentes sociais, seis enfermeiros, nove médicos, três psicólogos, uma recepcionista, quatro vigilantes e sete técnicos de enfermagem. Todo o material obtido

preservou a identificação do profissional, como forma de preservar o sigilo e foi usado única e exclusivamente para os propósitos da pesquisa.

3. VIOLÊNCIA NO BRASIL

A violência aparece cada vez de forma mais constante atualmente, porém o mais provável é que ela sempre esteve presente na sociedade humana.

A OMS define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. A definição dada pela OMS associa intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. São excluídos da definição os incidentes não intencionais, tais como a maioria dos ferimentos no trânsito e queimaduras em incêndio. (WHO, 2002).

É difícil estimar os custos da violência para o Brasil e para o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a Revista Brasil, o custo da violência brasileira em 2013 para o SUS foi de R\$ 5,14 bilhões. O sociólogo e vice-presidente do Conselho de Administração do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), Renato Sérgio de Lima, aponta que gastos do SUS gerados por episódios de homicídios, latrocínio, acidentes de trânsito, entre outros, dobrou em 10 anos.

Ademais, sabe-se que a dor e o sofrimento humano não podem ser calculados. Muitas vítimas acabam adoecendo por serem forçadas a guardar o silêncio das violências sofridas, muitas vezes se afastando dos círculos sociais, apresentando dificuldades laborais e alterações de comportamento. A violência sexual, por exemplo, possui consequências arrasadoras para a saúde física, mental e sexual da vítima. Segundo Florentino:

a violência contra a criança e o adolescente é um problema universal que atinge milhares de vítimas de forma silenciosa e dissimulada. Trata-se, deste modo, de um problema que acomete ambos os sexos e não costuma obedecer a nenhuma regra como nível social, econômico, religioso ou cultural. (2015, sn).

O Ministério da Saúde considera violência sexual os casos de prostituição, tráfico para fins de exploração sexual, turismo sexual, pornografia infanto-juvenil, abuso sexual (manipular órgãos genitais, mostrar vídeos pornográficos, tirar fotos) e relacionamento com adolescentes menores de 14 anos, mesmo que com consentimento.

Segundo a OMS (2002), decorrente de uma violência sexual podem acontecer uma gravidez não planejada, um aborto inseguro, disfunção sexual, infecções sexualmente transmissíveis — incluindo HIV, fístula traumática, depressão, transtorno por estresse pós-traumático, ansiedade, dificuldade para dormir, sintomas somáticos, ideação suicida e transtorno de pânico.

O que se observa na literatura existente é a concordância entre os especialistas em reconhecer que a criança vítima de abuso e de violência sexual corre o risco de uma psicopatologia grave, que perturba sua evolução psicológica, afetiva e sexual. (ROMARO; CAPITÃO, 2007, p. 144).

As caracterizações dos profissionais entrevistados são consoantes com uma das assistentes sociais entrevistadas:

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo e de difícil enfrentamento e apesar deste fato ter ganhado certa visibilidade nos últimos tempos a sua compreensão e o seu enfrentamento ainda precisam ganhar muito

espaço. A violência cometida contra crianças e adolescentes em suas várias formas faz parte de um contexto histórico-social de violência que vive nossa sociedade. Violência sexual é a violação dos direitos sexuais no sentido do abuso sexual ou de explorar o corpo e a sexualidade de crianças e adolescentes. A maioria das pessoas associa violência ao ato de penetração forçado, quando, na verdade, a violência sexual infantil é muito mais ampla, gerando traumas devastadores em qualquer manifestação que ela ocorra. (assistente social 3). (SIC)⁴

Em muitos episódios a vítima não consegue estabelecer um diálogo com detalhes para relatar de sua violência, sendo muito comum uma alteração comportamental. A ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência) ressalta atenção para determinar os indicativos da violência sexual, como:

altos níveis de ansiedade; baixa autoestima; distúrbios no sono e na alimentação; problemas no aprendizado e dificuldades de concentração; mudanças extremas, súbitas e inexplicadas alterações no comportamento da criança/ adolescente; comportamento muito agressivo ou apático/ isolado; regressão a um comportamento muito infantil; tristeza e abatimento profundo; comportamento sexualmente explícito ou presença de conhecimentos inapropriados para a idade; masturbação visível e contínua; brincadeiras sexuais agressivas; relutância em voltar para casa; faltar frequentemente à escola e ter poucos amigos [...] (GAGLIOTTO, VAGLIATI, 2014, p. 28).

Dos 39 profissionais entrevistados, todos descrevem a violência sexual como uma violação aos direitos de um incapaz, sendo que as palavras mais usadas para caracterizar foram: ato sexual contra a vontade de outrem, crime, abuso e agressão. Todas as categorias conseguiram definir o que é violência sexual, sendo que algumas categorias exploram mais os significados e consequências disso, devido à própria expertise do trabalho e outras são mais objetivas, como o vigilante que ressalta que violência sexual é “entendido que é um abuso cometido sobre a integridade sexual de quem é menor de idade” (vigilante 3) e a recepcionista que define como um “ato cometido contra vida de um ser indefeso” (recepcionista 1).

Compreender e avaliar os impactos da violência sofrida não é um trabalho simples e exige muita preparação para o atendimento, trabalho em equipe, expertise para acolher e ouvir, pois podem se tomar decisões que mudarão a vida de pessoas para sempre, tanto para a solução de um problema sofrido pela vítima, quanto para a condenação de outrem.

4. FLUXO DE ATENDIMENTO DEFINIDO PELO PROTOCOLO DO HOSPITAL

Quando um paciente VVS chega ao hospital, é aberto um prontuário eletrônico para ele na recepção, contendo as informações básicas sobre seus dados. Logo em seguida ele é encaminhado para a classificação de risco, no qual os enfermeiros classificadores fazem o primeiro atendimento para identificarem as demandas existentes, como relatado pelo enfermeiro entrevistada: “Ouvir suas queixas e buscar perguntar informações pertinentes para a classificação de risco (quando aconteceu, tipo de violência, agressor...), classificar e encaminhar ao atendimento médico.” (enfermeiro 2).

⁴ Todas as entrevistas foram transcritas de forma fidedigna.

No atendimento médico, a história será ouvida e relatada no prontuário, serão solicitados exames laboratoriais, contracepção emergencial e medicação antirretroviral (ambos só funcionam quando o episódio de violência aconteceu em menos de 72 horas), quando for o caso. Há casos que são avaliados pela equipe ginecológica ou pelo cirurgião geral, sendo que cada especialista realiza ações pertinentes ao seu saber e dependendo do sexo da vítima. Segundo o médico entrevistado, suas ações ao receber uma VVS são “primeiramente acolher, dar segurança e saber ouvir, sem julgamentos. Em seguida acionar os órgãos responsáveis, notificar, examinar, indicar exames e tratamento, quando for o caso.” (médico 6).

Um procedimento importante é o preenchimento da notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) de violência interpessoal/ autoprovocada que pode ser realizado por qualquer profissional de saúde e geralmente é preenchido por quem ouve o relato do paciente pela primeira vez. É um sistema implantado pelo Ministério da Saúde e que tem uma importante função de quantificar episódios de violência.

Os técnicos de enfermagem são os responsáveis por buscarem as medicações na farmácia e administrarem aos pacientes e, dessa forma, realizam um trabalho essencial para a eficácia do tratamento, entretanto o protocolo não deixa isso claro, pois os técnicos de enfermagem não são contemplados no protocolo. Como relatado pelo técnico de enfermagem, suas ações são “administrar medicações, orientar para uso de medicamento em casa e reencaminhar para especialidade.” (técnico de enfermagem 5).

Após a intervenção médica, o encaminhamento pode variar. Se for necessária a administração dos medicamentos, é encaminhado para os técnicos de enfermagem e, caso não seja necessário, o paciente deve ser encaminhado para a equipe de Serviço Social e Psicologia, que definem suas condutas a seguir.

Escuta psicológica à criança/adolescente e familiares ou acompanhantes. Discussões com a equipe médica e Serviço Social. Contato com escola, centro de saúde, Conselho Tutelar, quando necessário. Relatório psicossocial ao conselho tutelar ou Vara da Infância e Juventude. Encaminhamento psicológico para o paciente e familiares, quando necessário. (psicólogo 1).

Segundo definições do Protocolo de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual do hospital, cabe ao Serviço Social e a psicologia, inicialmente, verificar se a criança ou adolescente está acompanhada do responsável legal. Diante disso, deve-se identificar se a situação de violência sexual é crônica ou aguda, após o atendimento com a equipe multiprofissional do pronto socorro.

Casos crônicos são quando a criança ou adolescente sofreram repetidas vezes a violência sexual em um determinado tempo, sendo o agressor geralmente alguém do seu convívio. Se o caso for crônico, é realizado o encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde de referência, para acompanhamento psicossocial e também para o Conselho Tutelar. Nesses casos, não há indicação para a profilaxia de doenças sexualmente

transmissíveis e contracepção emergencial, pois geralmente o tempo limite de 72 horas é ultrapassado.

O abuso sexual agudo é caracterizado por ser um episódio isolado e único, sendo o agressor na maioria das vezes desconhecido. A hipótese diagnóstica é feita com base no relato da vítima ou através da anamnese no exame físico. Nesses casos, a profilaxia emergencial é indicada e de extrema importância.

Em alguns casos, havendo evidência ou não da violência e existindo risco iminente, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional, a vítima pode ser internada por razões clínicas ou por razões sociais em que o Conselho Tutelar e a Vara da Infância e Juventude são acionados.

Sendo abuso sexual crônico ou agudo, o responsável legal é orientado a realizar denúncia em Delegacia de Polícia. Os responsáveis também são informados de que o Conselho Tutelar será acionado para dar continuidade ao acompanhamento à criança ou ao adolescente.

Após o atendimento no pronto socorro, as vítimas de casos agudos são encaminhadas para o acompanhamento no Ambulatório de VVS deste hospital. Há alguns casos crônicos, de maior complexidade, que exigem um acompanhamento sistemático e semanal, dessa forma ele é inserido emergencialmente no ambulatório, para os primeiros encaminhamentos e depois repassado para a rede de saúde de atenção primária.

No Ambulatório de VVS deste hospital, nos casos em que é necessário o uso de medicação retroviral, a criança ou adolescente realiza exames de sangue periódicos para verificar as funções hepáticas e renais. A criança/adolescente e a família são acompanhadas pela Psicologia, quando há o desejo pelo atendimento psicológico. O acompanhamento realizado pelo Serviço Social verifica a continuidade das medidas protetivas para a VVS, solicitando o acompanhamento do núcleo familiar pela rede sócio assistencial, representada pelo Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e Centro de Saúde. Quando questionada sobre o atendimento ofertado pelo hospital, a assistente social afirma:

No pronto socorro é o momento imediato, nem sempre se consegue a privacidade desejada, porém é onde tudo se amarra. No ambulatório acredito que seja algo mais institucionalizado, onde existe uma equipe qualificada que faz acompanhamento sistemático das vítimas. Acredito que o local seja mais apropriado e que favoreça a escuta qualificada com privacidade. A equipe consegue criar vínculos que auxiliam no tratamento, além de conseguir acompanhar o andamento do tratamento, dos encaminhamentos e o suporte familiar. (assistente social 6).

Em caso de alta do Ambulatório, a rede sócio assistencial é informada para dar prosseguimento ao acompanhamento desta criança e/ou do adolescente.

Com as entrevistas realizadas, pode-se perceber que havia algumas fragilidades no fluxo de atendimento às VVS que deveriam ser seguidas, de acordo com o estipulado pelo protocolo do hospital. A assistente social entrevistada afirma que “por ser um hospital geral, muitos profissionais não conhecem o protocolo do Ministério da Saúde. O tempo de

execução de todo o protocolo é de no mínimo 1h30min, que é incoerente com o objeto ou de um pronto-socorro.” (assistente social 7). Entretanto, o médico entrevistado tem opinião contrária, afirmando que acredita “ser um protocolo adequado e de fácil reprodução no pronto-atendimento.” (médico 4).

A avaliação do psicólogo, que atende VVS, relata que o atendimento oferecido pelo hospital

está em constante avanço e construção, mas pode melhorar. Observo diferenças na conduta e acolhimento, dependendo do profissional. Ainda há profissionais despreparados. Ex: Um colega já fez julgamento moral das condições da vítima de violência. Alguns desconhecem o fluxo, chegam a liberar vítima de violência sem nenhuma medida protetiva, por não encaminhar para avaliação psicossocial. (psicólogo 1).

O psicólogo e o enfermeiro reafirmam o dito pelo profissional acima: que o atendimento “precisa ser melhorado. Existem ações pautadas em julgamento moral e na falta de treinamento da equipe.” (psicólogo 2) e “percebi preconceito e julgamentos às VVS por parte de alguns profissionais.” (enfermeiro 1).

De acordo com a avaliação do atendimento da assistente social,

existe uma falta de diálogos entre as equipes responsáveis pelo atendimento no momento de entrada dos pacientes com esse quadro clínico gerando uma morosidade no atendimento. Vale colocar que existe uma desatualização das equipes sobre as mudanças e treinamentos sobre os protocolos existentes. (assistente social 8).

Os médicos entrevistados enxergam alguns desafios no atendimento ofertado pelo hospital, sugerindo que

Poderia ser direcionado a ginecologia ou cirurgia pediátrica (dependendo do sexo) para exame e para evitar a exposição da criança repetidas vezes. Algumas vezes também não tem no plantão assistente social ou psicólogo (estão na UPA ou não tem nos finais de semana). (médico 5).

É deficitária e incompleta, porém mais ampla que a maioria dos serviços de saúde. Poderia ser realizado por equipe especializada, voltar o rodízio de profissionais em regime de plantão. (médico 7).

A tabela I, fruto da coleta de dados, mostra que muitos profissionais que trabalham diretamente com as VVS não possuem conhecimento deste documento e a tabela II mostra que há categorias que não são contempladas no protocolo, mas que estão envolvidas no atendimento.

TABELA I – Os profissionais possuem conhecimento do protocolo estabelecido pelo hospital?

	SIM	NÃO	NÃO RESPONDERAM
Assistente Social	8	0	1
Enfermeiro	0	6	0
Médico	9	0	0
Psicólogo	3	0	0
Recepcionista	0	1	0
Técnicos de Enfermagem	0	7	0
Vigilante	0	4	0

TABELA II – O protocolo de VVS contempla a sua categoria profissional?

	SIM	NÃO	NÃO RESPONDERAM
Assistente Social	9	0	0
Enfermeiro	2	4	0
Médico	9	0	0
Psicólogo	3	0	0
Recepcionista	0	1	0
Técnicos de Enfermagem	4	1	2
Vigilante	0	4	0

É de suma importância que todos os profissionais tenham conhecimento do protocolo e saibam suas respectivas funções, para que seja um atendimento de excelência em uma situação tão frágil, que exige muita dedicação e sensibilidade dos profissionais. É importante ressaltar que 100% dos enfermeiros entrevistados não tinham conhecimento do protocolo estabelecido pelo hospital, uma importantíssima categoria, que faz um papel fundamental de um primeiro acolhimento. Isso coloca uma questão fundamental sobre a publicização dos processos de trabalho e o tempo, quase sempre inexistente, disponível na rotina profissional que os trabalhadores podem se dedicar a estudar sobre isso.

É também importante que todas as profissões que possuem contato direto com o paciente sejam incluídas neste protocolo, desde os recepcionistas que fazem o primeiro contato até os vigilantes que recebem a alta deste paciente.

Entretanto, alguns entrevistados enxergam como bom o atendimento ofertado à população.

De modo geral, dado ao grande número de atendimento às VVS por ser o hospital uma referência, acho que os atendimentos, em sua maioria tentam seguir o protocolo e dar adequado seguimento aos casos.” (médico 8)

O atendimento às VVS é muito bom com equipe multidisciplinar envolvidos, orientações, medicamentos e acompanhamento. (técnico de enfermagem 5).

O hospital é referência nesse tipo de atendimento, e se empenha para minimizar o sofrimento das vítimas. (vigilante 1).

Dessa forma, é possível perceber que, apesar dos desafios enfrentados pela equipe e daquilo que pode ser melhorado, há pontos positivos a serem ressaltados e o trabalho se torna possível de ser realizado diante dos recursos humanos e materiais disponíveis para o atendimento.

4. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM ATENDIMENTO DIRETO ÀS VVS

O Sistema Único de Saúde (SUS) requer um compromisso intenso com o aprendizado e com a formação continuada. Nesse contexto, faz-se necessária uma capacitação diferenciada para o atendimento às VVS, bem como o entendimento, por parte de todos os profissionais, das medidas positivadas pela nossa legislação, para a garantia de um atendimento emergencial qualificado.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS, buscando a integração de ensino, serviço e qualidade.

Durante o processo de coleta de dados, foi possível perceber que ainda há muitas fragilidades no processo de formação dos profissionais. Apenas 12,8% dos profissionais receberam qualificação para o atendimento das VVS, sendo que algumas destas qualificações foram realizadas em um ambiente acadêmico privado. A capacitação é fundamental para o constante processo de conhecimento, como afirma a assistente social entrevistada: “Treinamentos e atualizações são de fundamental importância para um aprimoramento do atendimento, principalmente porque existem hoje constantes mudanças nos fluxos das redes de atendimentos às crianças/adolescentes.” (assistente social 8).

Além disso, é essencial incorporar a essa capacitação e ao protocolo os profissionais de nível médio que estão recebendo estes pacientes, como afirma a recepcionista, responsável por fazer o cadastro inicial: “Precisa haver um treinamento para os funcionários que estão na linha de frente para um melhor atendimento.” (recepcionista 1).

Todos os profissionais entrevistados avaliam a capacitação como uma forma de exercer um trabalho melhor para a sociedade e também para alinhar a equipe com relação às ações e as medidas que devem ser tomadas em cada caso, como afirmam os psicólogos entrevistadas.

Trata-se de um atendimento que mobiliza muitas emoções e trata-se de um tema tabu em nossa sociedade. Além disso é um atendimento que deve ser eficiente em proteger a criança/adolescente de novas agressões por isso a equipe deve estar qualificada e bem orientada quanto às medidas cabíveis ao atendimento hospitalar. (psicólogo 2).

Não há dúvidas de que o diagnóstico de uma violência sexual tem impactos a longo prazo, tanto na vida do paciente, como também de toda a família. Dessa forma, trata-se de decisões que devem ser compartilhadas e tomadas por uma equipe preparada e qualificada, como ressalta o médico entrevistado: “o entendimento do protocolo e as particularidades no atendimento às VVS permitem um atendimento completo para minimizar possíveis erros nas condutas.” (médico 8).

Assim, faz-se necessário que os profissionais transformem o saber e o fazer das profissões para que possam trabalhar em uma perspectiva multiprofissional, inventando novas formas de produzir saúde, comprometidas com o conhecimento e com a assistência prestada, e que, para além de uma capacitação única, seja priorizado uma educação continuada, com saberes múltiplos e compartilhados de forma horizontal, formando, assim, um espírito de equipe.

É importante ressaltar que 87,2% dos profissionais entrevistados, que atuam diretamente no atendimento, não receberam capacitação específica para atendimento às

VVS. Isso mostra a importância de que o hospital, que é referência, invista em momentos de treinamento prático e teórico para os profissionais do pronto socorro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual sempre esteve presente na sociedade e a objetificação das crianças e dos adolescentes ainda surge de forma muito velada nos ambientes familiares e comunitários, apesar de todos os esforços e avanços do ECA para torná-los sujeitos de direitos. Qualquer ato que envolva a sexualidade, a exposição das crianças e adolescentes e a exposição a conteúdos eróticos e estimulantes é considerado violência sexual. Assim, é importante que se tenha mudanças a níveis culturais e comportamentais na sociedade para que cada vez mais sejam denunciados os casos de violência sexual, sem medo, sem culpa e sempre protegendo a vítima.

As mudanças de comportamento devem ser observadas pelas pessoas que convivem diretamente com a vítima e, em casos de suspeita, devem procurar ajuda em qualquer serviço de saúde, nos Conselhos ou em Delegacias, que possuem uma equipe multiprofissional capaz de detectar a violência sexual e realizar as devidas orientações e encaminhamentos.

A prevenção da violência sexual deve começar em casa, com a família começando desde cedo a falar sobre as partes do corpo, explicando que algumas partes do corpo são particulares e que todos têm limites pessoais. Explicar para as crianças que segredos não são permitidos aos pais e garantir que nunca haverá repreensões ou violência se relatarem alguma situação, sendo que o diálogo é uma das formas de romper com tabus existentes e, conseqüentemente, de prevenção. A família é uma ponte fundamental para esse processo e é a primeira instituição do convívio de uma criança que é capaz de ensiná-la e ouvi-la.

Em relação aos profissionais de saúde, é possível perceber uma sensibilização da equipe quando esses casos chegam para atendimento emergencial, sempre priorizando a qualidade de acordo com os recursos materiais e humanos disponíveis para o atendimento. Realizar o acolhimento, a escuta qualificada, os procedimentos de avaliação clínica e medicamentosa e posteriormente os encaminhamentos para a rede socioassistencial, como delegacia especializada, Conselho Tutelar e CREAS.

Entretanto, é perceptível que os profissionais do âmbito hospitalar ainda associam a sua atuação profissional somente a sua área específica de conhecimento e àquilo que dispõem de maior expertise, deixando muitas vezes a atuação multidisciplinar de lado.

Dado esse contexto, o paciente é prejudicado pelo atravessamento de informações, os profissionais atuam de acordo com aquilo que acreditam ser o melhor e nem sempre ouvem o outro profissional, verticalizando o conhecimento e deixando de enriquecer os saberes sob uma nova perspectiva.

Outro problema identificado é que o hospital não dispõe de equipe psicossocial por 24 horas, sendo que os acolhimentos realizados no período noturno ficam esperando pela equipe do dia seguinte ou são liberados para casa, conforme orientação do médico plantonista. Dessa forma, o ideal seria a existência de uma equipe noturna, para garantir um atendimento eficiente e de qualidade.

O protocolo do hospital está de acordo com as legislações positivadas pelo Ministério da Saúde e das diretrizes estabelecidas pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, entretanto, a análise da pesquisa mostra que há uma necessidade de reavaliar os processos de trabalho já instaurados e o protocolo de atendimento às VVS, incorporando as profissões que não aparecem, como recepcionistas, vigilantes e técnicos de enfermagem, mas que estão diretamente ligadas ao atendimento.

Foi possível perceber com a pesquisa que dos profissionais entrevistados, 46,15% não possuem conhecimento do protocolo às VVS estabelecido pelo hospital. Dessa forma, faz-se necessário que o protocolo se torne público entre os profissionais, pois, apesar de saberem acolher, o desconhecimento do protocolo pode acarretar em ações errôneas estipuladas para cada categoria. Além disso, é fundamental que eles conheçam o papel do outro, para que passem informações únicas e concisas e que possam buscar o apoio correto quando precisarem.

O atendimento ofertado pelo hospital poderia ser melhorado com uma capacitação ofertada aos profissionais que estão ligados diretamente ao atendimento, pois apenas 12,8% dos entrevistados receberam qualificação específica para esse tipo de atendimento. Avançando um pouco mais para futuras possibilidades, a viabilidade de uma educação permanente em saúde dentro do hospital para os profissionais seria essencial, oportunizando diferentes temas e perpassando pela temática da criança e do adolescente, pois, apesar da capacitação ser de extrema importância para o atendimento, ela não deve existir de forma isolada e única, pois passado um tempo, se distancia da prática, se tornando um manual a ser seguido, sem promover reflexões das ações e da subjetividade que cada caso exige dos profissionais. Além disso, ter um espaço permanente de conhecimento, de trocas e discussão de casos seria imprescindível, visto que a rotatividade dos profissionais envolvidos é muito grande.

Ademais, esse pode ser um espaço de fortalecimento e de luta, pois Belo Horizonte ainda não tem um espaço específico para acolher VVS e para acompanhá-las de forma sistemática. Cada hospital de referência possui seu ambulatório, mas ainda é muito pouco, visto que há muita demanda de atendimento da própria cidade e da região metropolitana. Dessa forma, foi possível perceber que seria interessante para o município que tivesse um Centro de Referência para atendimento especializado de violência sexual, visto que é um

atendimento muito específico, que exige muito da equipe envolvida e que, por estar inserido em um serviço de urgência, pode não ser dada a atenção merecida. E, ainda, posteriormente, é necessário um acompanhamento multiprofissional muito característico, visando diminuir os impactos mentais e sociais causados, possibilitando que o paciente tenha uma vida normal. Dessa forma, um centro de referência teria mais recursos para oferecer esse suporte.

A experiência vivenciada na residência potencializou a concepção do estudo teórico vivenciado nas aulas e permitiu relacioná-lo com a prática. Chegar a um espaço desconhecido na condição de aprendiz faz com que possamos sugerir diversas mudanças e inovações que acreditamos que possam surtir algum efeito futuro. Além disso, trouxe percepções de inúmeras situações que a violência sexual reflete e com isso os desafios enfrentados pelos profissionais, bem como a nossa responsabilidade em contribuir na construção de políticas públicas para crianças e adolescentes, nas políticas de saúde e de sempre ocupar espaços de formação e luta, independente do lugar que ocupamos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm. Acesso em: 18 out. 2017.

BRASIL, **Norma Técnica - PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES – 2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf . Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL, **PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004**. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 19 de jan. 2019.

BRASIL, **PORTARIA Nº 485, DE 1º DE ABRIL DE 2014**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 10 set.2017.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérghamo. **As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, n. 2, p. 139-144, maio-ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n2/1984-0292-fractal-27-2-0139.pdf>, acesso em 19 de dez 2018.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio. São Paulo, Veras, 1999.

PORTAL BRASIL, Cidadania e Justiça, 2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2017/05/dia-nacional-contra-abuso-sexual-de-criancas-e-jovens-e-celebrado-nesta-quinta-18>. Acesso em: 26 set. 2017.

Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS; 2002. Version of the Introduction to the World Report on Violence and Health (WHO): Geneve: WHO, 2002.

ROMARO, R. A; CAPITÃO, C. G. **As faces da violência: aproximações, pesquisas, reflexões.** São Paulo: Vetor, 2007.

WOISKI, Ruth Oliveira Santos; ROCHA, Daniele Laís Brandalize. **Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar.** Esc Anna Nery Ver Enferm 2010 jan-mar; 14(1): 143-50.