

ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Thaysi Carnet Figueiredo², Laorem Souza Talhaferro Marques³, Giovana Wachekowski⁴, Júlia Lazzari Rizzi⁵, Bruna c. Furtado Gomes⁶, Carine Amabile Guimaraes⁷

¹ Relato de experiência realizado durante a residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, na Universidade Federal do Pampa.

² Residente em enfermagem em Saúde Coletiva, UNIPAMPA.

³ Residente em Nutrição em Saúde Coletiva, UNIPAMPA

⁴ Residente em Enfermagem em Saúde da Família, UNIJUÍ/FUMSSAR

⁵ Aluna do Curso de Graduação em Medicina, UNIPAMPA.

⁶ Mestre em Enfermagem (UFSM)

⁷ Mestre em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Santo Angelo Orientadora

RESUMO

Introdução: O HumanizaSus tem como objetivo fomentar a prática dos princípios do Sistema Único de Saúde, melhorando a qualidade da Saúde Pública. No acolhimento, a escuta qualificada possibilita a interação de forma eficaz e humanizada. Neste cenário destaca-se a atuação do enfermeiro com vítimas de violência sexual ao utilizar o cuidado holístico, aliado com desenvolvimento de vínculo, possibilitando o relato do fato e coleta de provas. **Objetivo:** Relato de experiência do papel da enfermagem no acolhimento de um caso de violência sexual infantil. **Resultados:** Durante um acolhimento, a enfermeira presta atendimento à criança, acompanhada de seu responsável. Em investigação, a criança apresentou histórias contraditórias, evidenciando a suspeita de violência sexual. **Conclusão:** O acolhimento realizado pelo enfermeiro, em conjunto com a escuta qualificada na Atenção Básica, é fundamental para a investigação das necessidades de saúde dos usuários, com ênfase na atenção a vítimas de violência sexual infantil.

Descritores: Abuso sexual na Infância, Atenção Primária à Saúde, Delitos Sexuais.

INTRODUÇÃO

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), chamada de HumanizaSus, com objetivo fomentar a prática dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para melhorar a qualidade da Saúde Pública ofertada aos brasileiros. Esta política aborda a humanização como a valorização de todos os atores envolvidos no SUS, abrangendo usuários e gestores. (BRASIL, 2003). A humanização também tem impacto dialógico, por fomentar a troca de saberes, corroborando em soluções de problemas por meio de uma construção coletiva (MARTINS; LUZIO,

2016).

A concretização do HumanizaSus é indissociável de uma atenção primária consolidada, como porta de entrada para atenção à saúde da população, garantindo acesso à atenção secundária e terciária (NORA; JUNGUES, 2013). A PNH procede em consonância a orientações clínicas, éticas e políticas que confeccionam a organização do trabalho. Entre suas diretrizes está o acolhimento, ofertar atendimento de forma legítima e singular, conforme a necessidade de saúde que o usuário traz (BRASIL, 2003).

Durante o acolhimento possibilita ao profissional desenvolver organização, planejamento e gestão dos atendimentos a serem ofertados pelo serviços de saúde, com objetivo de prestar atendimento eficaz, que assegure acesso universal e resolutivo às demandas da população (FERTIG; BRAGA, 2013). Acredita-se que o acolhimento também é uma estratégia para elevar a abrangência de acesso da comunidade aos serviços de saúde, além da possibilidade de reestruturação no processo de trabalho e potencializar mudanças no cuidado (GARCIA, 2014).

Almeida, Coutinho e Souza (2017) afirmam que o acolhimento deve estar centrado na gestão de qualidade do atendimento e assistência prestados, sem causar desgastes na equipe por elevada demanda, assim iniciando o encaminhamento para a consulta médica ou de enfermagem. Destaca-se, o papel da escuta qualificada como forma de interação entre a comunidade e os profissionais da equipe de saúde, uma vez que extrapola o apenas ouvir, envolve o aprofundamento das experiências que o locutor aborda frente à atuação profissional do interlocutor (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Nesse contexto, aponta-se a fragilidade na garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde, universalidade, equidade principalmente no que tange ao acolhimento e escuta qualificada quanto aos casos de violência sexual (VS), devido a própria situação de vulnerabilidade em que o paciente se encontra, acompanhado de sentimentos de culpa, vergonha e medo. Sendo assim, Para uma escuta qualificada é fundamental a dedicação de tempo, cuidado, respeito no atendimento e humanização da escuta oferecida nos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O decreto nº 7.958/2013 garante que durante o atendimento é preciso observar os princípios do “respeito da dignidade da pessoa, a não discriminação, o sigilo e a privacidade” (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008).

Destaca-se a importância da atuação fundamental do enfermeiro no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de VS tendo em vista sua formação histórica em atendimento humanizado, ao utilizar o cuidado holístico, aliado com desenvolvimento de vínculo, possibilita o relato do fato e coleta de provas (CAVALCANTE et al, 2019).

O abuso sexual de crianças e adolescentes, apresenta-se de formas variadas, entretanto se eleva

a ocorrência, em casos de que o agressor faz parte do contexto familiar. De tal forma, a VS intrafamiliar, mostra tamanha agressão ao indefeso, sendo que a criança necessita de cuidados, todavia, neste contexto é exposta a tamanha vulnerabilidade onde deveria ser seu porto seguro (DA CONCEIÇÃO SANCHES, et al., 2019). Objetiva-se relatar a experiência de identificação, acolhimento e atendimento de um caso de violência sexual infantil durante acolhimento à demanda espontânea em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo qualitativo, de tipo relato de experiência. Advindo da vivência proposta pela disciplina de Estágio Supervisionado I, em campo de Estágio curricular obrigatório em Saúde Coletiva, com carga horária total de 420 horas, realizado no primeiro semestre de 2019, em um município do noroeste do Rio Grande do Sul, durante o 9º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santo Ângelo. A presente vivência ocorreu no decorrer das atividades propostas pelo estágio, em uma UBS, composta por equipe multiprofissional, sendo: 1 recepcionista, 1 odontologia, 1 auxiliar de saúde bucal, 2 técnicas em enfermagem, 1 enfermeira, 2 médicos, 1 higienista e 1 agente comunitária de saúde, a UBS presta atendimento para aproximadamente 4 mil pessoas cadastradas no seu território. A identificação da demanda ocorreu durante a realização do acolhimento para triagem de demanda espontânea. O acolhimento é realizado pela enfermeira que faz a escuta do paciente ou responsável, e a partir da consulta de enfermagem, os encaminhamentos são direcionados conforme à necessidade.

RESULTADOS

Ao realizar o acolhimento, a enfermeira coordenadora da UBS prestou atendimento a uma criança de 4 anos de idade, acompanhada por sua avó paterna, que desejava consulta médica por demanda espontânea, relatando queixa inicial de dor na vulvodínia, ardência para urinar, a avó relatou que um dia antes a criança mencionou que teria caído na escola. Em investigação sobre o ocorrido, a criança conta histórias contraditórias sem nexo, levando a suspeita de VS. Quando a criança é vítima de abuso sexual, está em momento instável, o que torna complexo os relatos sobre os instantes da ocorrência do crime, sobretudo pelas ameaças sofridas (OLIVEIRA; RUSSO, 2017).

Realizado exame físico, onde foi identificadas alterações em suas genitálias, que confirmaria a suspeita de VS, a enfermeira relatou os fatos ao médico da unidade de saúde, que investigou novamente com questionamentos, e a fim de preservar a menor não realizou exame da área vaginal novamente, pois já havia sido realizado pela enfermeira. Após as etapas de acolhimento, atendimento e notificação, deve-se proceder ao seguimento na rede de proteção social (BRASIL,

2018). O enfermeiro é o profissional qualificado para realização do acolhimento, anamnese, escuta qualificada, observação não somente no exame clínico, mas sinais psicossociais que favorecem à elucidação do diagnóstico às vítimas de violência, bem como a articulação com a rede intersetorial para que sejam realizados os atendimentos e encaminhamentos necessários (DISTRITO FEDERAL, 2008).

A enfermeira realizou a notificação preenchendo a ficha de Notificação Compulsória de Violências Interpessoais e Autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), realizou-se contato telefônico com o conselho tutelar municipal relatando o caso. No primeiro momento houve recusa por parte do conselho tutelar em buscar a vítima para encaminhá-la ao hospital. Somente após insistente solicitação de sua presença, o conselho tutelar se fez presente para dar seguimento no atendimento à vítima. Evidencia-se assim, uma negligência do serviço de referência para essas ocasiões. Sendo competência do conselho tutelar e Ministério Público averiguar a situação das vítimas quando se tratar de criança, adolescente, além de comunicar às autoridades policiais ou à Justiça (BRASIL, 2018). Foi entregue laudo com descrição da avaliação médica e ficha de Notificação Compulsória de Violências Interpessoais e Autoprovocadas para conselheiro tutelar que encaminhou o menor até o hospital de referência.

Nos casos de violências interpessoais e autoprovocadas, a notificação compulsória é um instrumento que garante o direito do ser humano. Todos os casos suspeitos e confirmados de violência contra crianças, adolescentes e idosos devem ser notificados no SINAN, sendo imprescindível a comunicação ao Conselho Tutelar e/ou Ministério Público quando a ocorrência for com crianças e adolescentes (BRASIL, 2018).

Apesar da equipe da atenção básica solicitar a contra referência da RAS, após o término do atendimento pelo conselho tutelar e hospital, a demanda não foi atendida, deixando uma lacuna no atendimento realizado pela equipe. Todavia, a proposta da RAS é a integração entre os serviços de saúde, de forma organizada, entretanto não hierárquico, que articula entre os serviços de saúde. O compartilhamento das informações referentes à saúde da população entre os serviços da RAS é imprescindível, deve contemplar estratégias para garantir atenção integral e contínua para usuários (BOUSQUAT et al., 2017).

Pode-se observar que a Rede De Serviços a Proteção a Criança, apresenta fragilidades, e essa má articulação pode ocasionar falhas no fluxo do atendimento, é de suma importância o comprometimento, responsabilização intersetorial para assistência e proteção às vítimas de violências.

DISCUSSÃO

A Humanização é uma dimensão primordial como eixo norteador das práticas de atenção e

gestão da saúde, deve ser encarada como uma política transversal em toda a rede do Sistema Único de Saúde, nesse sentido, humanizar é oferecer atendimento de qualidade, com ambiente adequado tanto para paciente quanto para funcionários. Assim, ressalta-se a importância do acolhimento como elemento fundamental de qualidade e humanização (PNH, 2004).

Entre as situações indicativas de VS em crianças e adolescentes destacam-se, situações de infecções urinárias; dor ou inchaço nas áreas genitais ou anais; lesões e sangramentos; secreções vaginais ou penianas; doenças sexualmente transmissíveis; alterações de controle dos esfíncteres. Além de comportamento sexual inadequado para a idade; brincadeiras sexuais agressivas; idéias e tentativa de suicídio; automutilação, etc. Também podem apresentar alterações psicológicas (BRASIL, 2015).

Em situações familiares com tais ocorrências, identifica-se familiar possessivo, privando à criança de contatos sociais normais; também acusa a criança de promiscuidade, sedução sexual, acredita que o contato sexual é forma de amor familiar, contudo, ainda indica outro possível agressor para garantir o sigilo da família (Distrito Federal, 2008).

A atenção às vítimas de VS não se sustentam em uma ação isolada, o seu enfrentamento requer iniciativas intersectoriais que possibilitem atendimento, proteção, prevenção a novas situações de violência e medidas de responsabilização dos autores. A VS se trata de um grave problema de saúde pública, pois manifesta uma das principais causas de morbidade, principalmente em meninas e mulheres. Nesse sentido, ressalta-se os serviços de saúde como porta de entrada, assegurando-lhes acolhimento adequado e imediato. Para que isso ocorra, deve-se disponibilizar informações sobre os serviços de referência que assegurem a atenção integral em toda RAS (BRASIL, 2015). Assim, evidencia-se a necessidade de estabelecer fluxos de atendimento, indicando os profissionais responsáveis por cada etapa da atenção para promover um atendimento ágil, humanizado e respeitoso.

O cuidado à pessoa em situação de VS deve ser realizado seguindo as normas técnicas do Ministério da Saúde. Está prevê em seu disposto “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da VS contra Mulheres e Adolescentes”, as etapas e medidas a serem realizadas, a vítima e seu responsável devem ser informados e esclarecidos, respeitando sempre a autonomia e acatando-se qualquer recusa. Deve-se realizar o atendimento dentro de 72 horas devido à eficácia das medidas profiláticas (BRASIL, 2015).

O acolhimento e a escuta qualificada constituem a primeira etapa da abordagem, deve-se garantir uma área física adequada de forma a garantir a privacidade, além de recursos materiais e humanos qualificados. Assistência realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, essencialmente por: médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, assistente social e psicólogo. Entre as

orientações destaca-se: estabelecimento de relação de respeito e empatia; iniciar com perguntas abertas e evitar conduzir as respostas; ler Termo de Consentimento Informado e certificar-se se foi compreendido e preencher a Ficha de Atendimento Multiprofissional. Ademais, menciona-se o respeito com a fala da vítima, comunicação efetiva, linguagem simples, organizar o acesso de acordo com necessidades detectadas; garantia a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações. A realização de exame físico descrevendo as lesões, tamanho, número e forma deve ser realizado pelo médico na presença de outro profissional capacitado (Brasil, 2015). O Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência elaborado pelo Conselho Federal de Medicina (2011) aponta que os profissionais normalmente sentem-se inseguros e encontram dificuldade mediante situações de VS contra crianças e adolescentes. Aponta uma possível falta de técnica, muitas vezes associada a questões morais e sociais.

O Ministério da Saúde orienta que a coleta de material biológico e de vestígios seja realizada com maior brevidade possível sendo extremamente importante para a identificação do agressor por meio de exames de DNA (BRASIL, 2015). O passo seguinte constitui a avaliação da necessidade da anticoncepção de emergência. De acordo com a Febrasgo (2018), a anticoncepção de emergência constitui um método não arriscado e bem tolerado de prevenir uma gravidez até 120 horas da relação sexual. Essa medicação é aprovada pelos órgãos de vigilância sanitária e está disponível na RAS, presente nas normas elaborada na década de 90, tanto para norma técnica de planejamento familiar de 1996 e Violência Sexual desde 1998 (BRASIL, 2005). Os gestores de saúde têm a responsabilidade de fornecer o acesso à anticoncepção que deve ser fornecida para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez com a devida indicação (Brasil, 2015).

As doenças sexualmente transmissíveis adquiridas em decorrência da VS podem acarretar em danos graves físicos, morais e emocionais uma vez que se caracterizam por atos de agressão à vida, dignidade humana e liberdade (REIS, MARTIN, BUENO, 2013) Portanto a profilaxia de doenças como: gonorreia, sífilis, clamídia, tricomoníase e cancro mole está indicada nas situações de exposição. Sobretudo, as crianças são mais vulneráveis às IST's por não apresentarem maturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal. Como profilaxia contra a hepatite B em situações às quais tenha havido exposição ao sêmen, sangue e outros fluidos. No caso do HIV, a quimioprofilaxia antirretroviral está indicada em todos os casos onde ocorrem penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, independente de conhecer o status sorológico do agressor, o esquema profilático deve ser realizado por quatro semanas. Quando a VS resultar em gestação, deve-se informar e esclarecer, a vítima e seus responsáveis em relação às opções legais, quanto aos procedimentos de interrupção da gestação nos serviços de saúde (Brasil, 2015).

A comunicação às autoridades de saúde deve ser realizada em 24h por meio da ficha de notificação de violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, além de seguimento ambulatorial. Estas devem ser realizadas de todos os casos suspeitos e confirmados de violência,

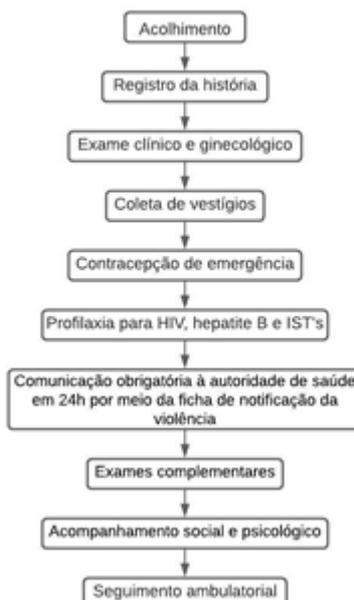
pelo SINAN, independente do tipo de violência (BRASIL, 2018). Dessa forma, salienta-se a necessidade de que os profissionais responsáveis pelo atendimento sejam capacitados para a realização dessa coleta de dados e tenham conhecimento adequado do fluxo a ser seguido para que nenhuma das etapas seja desconsiderada.

Em relação a referência e contra referência nas redes de cuidados, observa-se a fragilidade de comunicação entre os serviços. Ainda não está consolidado o referenciamento e contrarreferenciamento, pois os profissionais demonstram pouca adesão ao compartilhamento das informações dos atendimentos realizados, a RAS ainda permanece desarticulada e incapaz de promover cuidados contínuos com qualidade para a coletividade (NETO; BRACIALLI; CORREA, 2018). Assim, reuniões de redes intersetoriais seriam uma estratégia para fortalecer a atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência, promovendo discussões de casos, plano de cuidado individual com ações compartilhadas entre os serviços de saúde evitando exposições desnecessárias do sujeito.

Fundamentado no que foi discutido, considera-se essencial a criação de um fluxo de trabalho na RAS, com foco no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de VS, sendo que na Figura 1 apresenta-se uma proposta do referido fluxo.

Figura 1 - Fluxo de atendimento a crianças e adolescentes em Unidades Básicas de Saúde.

Fluxo de atendimento a crianças e adolescentes em Unidades Básicas de Saúde



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se inferir que o acolhimento realizado pelo enfermeiro em conjunto com a escuta qualificada na Atenção Básica é fundamental para a investigação das necessidades de saúde dos usuários, com ênfase na atenção às vítimas de VS infantil. Faz-se necessário a criação de fluxograma de atendimento com referência e contra referência para assegurar a competência e responsabilidade de cada membro da RAS, aliado a treinamento específico para os profissionais da Atenção Básica, com abrangência de sinais e sintomas sugestivos de VS, competências legais e procedência para RAS. Ao considerar a relevância, complexidade e impacto da temática na sociedade, estudos mais aprofundados são necessários.

REFERENCIAIS:

ALMEIDA, M. M.; COUTINHO, L. S.; SOUSA, M. S. Enfermeiro como gerenciador do acolhimento na atenção primária: revisão integrativa. *Revista Ciência & Saberes-UniFacema*, v. 3, n. 4, p. 765-774, 2018. Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/273/158>>. Acesso em 25 mar. 2021.

BOUSQUAT, A., et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1141-1154, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28632016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde. Vigilância de violências e acidentes (viva). Vigilância de violências. Orientações para notificação e atendimento. Maio, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/orientacoes-para-notificacao-e-atendimento>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, 1ª Edição, Brasília-DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

CAVALCANTE, C. S. et al. Assistência de enfermagem em crianças que sofreram abuso sexual. *RRS – FESGO*, V. 2, N 1, Goiás, 2019. Disponível em: <<http://revistapuca.estacio.br/index.php/rrsfesgo/article/viewFile/6547/47965635>>. Acesso em: 30 mar. 2021.

REIS, J. N.; MARTIN, C. C. S.; BUENO, S. Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. DST j. bras. doenças sex. transm, p. 40-45, 2001.

Sociedade de Pediatria de São Paulo. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Brasília, Distrito Federal, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/Acer/Downloads/manual%20atendimento%20crianca%20adolescente.pdf

OLIVEIRA, D.C.C; RUSSO, J.A. Abuso sexual infantil em laudos psicológicos: as “duas psicologias”. PhysisRevista de Saúde Coletiva, V. 27, Nº. 3, p. 579- 604, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00579.pdf>>. Acesso em 30 mar. 2021.

FERTIG, A.; BRAGA, F. S. A percepção do usuário da atenção primária sobre o acolhimento em unidade de saúde da família. Revista de enfermagem – FW, V.9 ; 2013. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/722/1654>>. Acesso em 30 mar. 2021.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. FEBRASGO. Contracepção de Emergência. São Paulo, nov. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/705-contracepcao-de-emergencia>

GARCIA, A.C.P. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. Saúde em Debate, v. 38, p. 221-236, 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2014.v38nspe/221-236/>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

MARTINS, Catia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. HumanizaSUS policy: anchoring a ship in space. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, p. 13-22, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150614.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2008. Disponível em: file:///C:/Users/Acer/Downloads/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf

NETO, José Fittipaldi; BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; CORREA, Maria Elizabeth. Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. CIAIQ 2018, v. 2, 2018. Disponível em: <<https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1769/1722>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 1186-1200, 2013.

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização . *HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 2, p. 61-67, 2012.

DA CONCEIÇÃO SANCHES, Leide et al. Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*, n. 9, p. 1-13, 2019.

SILVA, I. N.; PEREIRA, V. A.; ARAÚJO, L. C. N. Implantação da Política Nacional de Humanização (PNH): conquistas e desafios para a assistência em saúde. *Gep News*, v. 1, n. 1, p. 02-07, 2018.