



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE**

ANA ESTELA FERNANDES LEITE

**ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA
FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

FORTALEZA – CEARÁ

2018

ANA ESTELA FERNANDES LEITE

ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA
FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anamaria Cavalcante e Silva.

FORTALEZA – CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Leite, Ana Estela Fernandes .

Abuso sexual em crianças: construção e validação de uma ferramenta tecnológica para profissionais de saúde [recurso eletrônico] / Ana Estela Fernandes Leite. ? 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 102 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) ? Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2018.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.^a Dra. Anamaria Cavalcante e Silva .

1. Abuso sexual na infância. 2. Violência sexual. 3. Criança. 4. Sinais e sintomas. 5. Aplicativos móveis. I. Título.

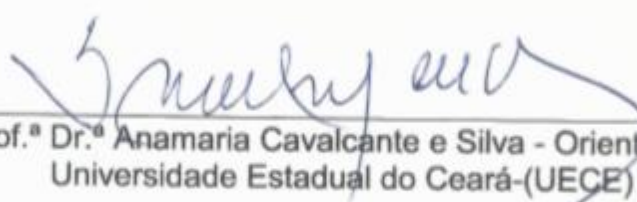
ANA ESTELA FERNANDES LEITE

ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA
FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

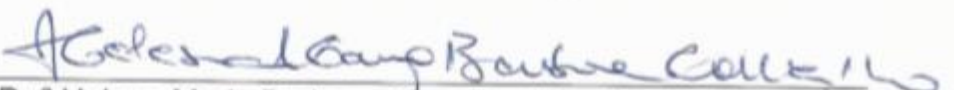
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 9 de março de 2018.


BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Anamaria Cavalcante e Silva - Orientadora
Universidade Estadual do Ceará-(UECE)



Prof.ª Dr.ª Helena Maria Barbosa Carvalho (Membro Efetivo)
Centro Universitário UniChristus – UNICHRISTUS



Prof.ª Dr.ª Ana Valeska Siebra e Silva
Universidade Estadual do Ceará-(UECE)

A todas as crianças, para que possam crescer e se desenvolver em um ambiente livre de violência e, em especial, à minha neta Lara Machado Brizzi.

AGRADECIMENTOS

A capacidade de superação, o poder de transpor as adversidades, as oportunidades vivenciadas, como se cada uma fosse a última porta aberta no caminho trilhado, traduzida em parte no poema *Invictus* de William Ernest Henley, faz-me refletir como tão abençoada sou. Gratidão se constitui no mais nobre dos sentimentos. Grande Deus, que tudo pode e tudo ver, faz-me, neste ciclo de vida, refletir e agradecer por todas as graças recebidas.

Agradeço, em especial, a meus pais, Agrimar de Abreu Leite e Leonor Fernandes Leite, por a opção de me terem trazido a este mundo, educado em princípios cristãos, baseados em valores humanos que primam pela verdade, honestidade, fidelidade e justiça, aos quais pude comprovar nos exemplos de vida que me deixam como legado, além da valorização e do investimento na educação como principal herança.

Agradeço aos meus filhos amados, Holanda Segundo, Luana e Letícia, duas gerações que se traduzem na minha inspiração de vida e de luta, por seguirem sempre os caminhos do bem, por meio dos quais, percebo as graças recebidas de Deus.

A meu companheiro Minervino, pai, filho e esposo exemplar, pelo apoio incondicional e pela compreensão nas minhas ausências, grande incentivador do meu projeto de vida.

À minha orientadora, Dra. Anamaria Cavalcante e Silva, sem a qual não teria iniciado nem tampouco concluído essa pesquisa. Pelo incentivo e exemplo de profissional incansável na luta pela melhoria da assistência à nossa população e, sobretudo, às nossas crianças.

A todos os que, de forma direta e indireta, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa, por meio de sugestões, indicações, avaliações, principalmente, aos profissionais de saúde das UAPS, que dispuseram parte de seu tempo para responder às entrevistas, e aos juízes especialistas e técnicos, parte importante desta pesquisa de desenvolvimento, o meu sincero agradecimento.

“Invictus

Noite afora que me cobre
Negra como breu de ponta a ponta
Eu agradeço, a seja quais forem os
Deuses

Por minha alma inconquistável
Nas cruéis garras da circunstância
Eu não fiz cara feia ou sequer gritei
Sob as pauladas da sorte
Minha cabeça está sangrenta, mas não
abaixada

Além desse lugar de raiva e lágrimas
É iminente o horror da escuridão
E ainda o avançar dos anos
Encontra, e deve encontrar, sem medo

Não importa o quão estreito seja o portão
O quão carregado com castigos esteja o
pergaminho
Eu sou o mestre do meu destino
Eu sou o capitão da minha alma”

(William Ernest Henley)

RESUMO

O presente estudo propõe a construção e validação de uma ferramenta tecnológica para a orientação de profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças. Essa ferramenta apresenta adequação ao letramento funcional em saúde da população-alvo e validação do conteúdo e da aparência feita por juízes especialistas e técnicos; tem importante relevância por abordar um grave problema de saúde pública e, também, por estar contemplado na Agenda Nacional de Prioridades do Ministério da Saúde e em duas subagendas. Trata-se de um estudo metodológico que compreende quatro fases: sistematização do conteúdo; escolha do nome, da logomarca e das ilustrações; construção do aplicativo; validação por juízes especialistas e técnicos. A sistematização do conteúdo divide-se em três etapas: revisão da literatura; identificação da população-alvo; entrevista com a população-alvo. A construção do aplicativo contempla quatro etapas: elaboração textual; edição por profissionais da comunicação; aplicação da Fórmula SMOG; desenvolvimento do aplicativo por profissional de tecnologia da informação. A validação por juízes especialistas e técnicos corresponde a quatro etapas: quantificação dos juízes, seleção dos juízes, definição do instrumento de validação; envio de convite formal aos juízes. Na entrevista com a população-alvo, observou-se que 39% suspeitaram de casos de abuso sexual em crianças durante um atendimento, mas apenas 17% os notificaram, embora 72% soubessem que a notificação é obrigatória e está prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente. Com a aplicação da Fórmula SMOG, para avaliar a adequação da tecnologia ao nível de escolaridade da população-alvo, o resultado obtido está compatível com 77,8% dessa população. Pelo uso do Índice de Validade do Conteúdo, a proporção de concordância entre os juízes sobre a relevância dos itens do instrumento entre os avaliadores foi de 97,5%.

Palavras-chave: Abuso sexual na infância. Violência sexual. Criança. Sinais e sintomas. Aplicativos móveis.

ABSTRACT

The present study proposes the construction and validation of a technological tool for the guidance of health professionals in the diagnostic suspicion and reporting of sexual abuse in children. This tool presents adequacy to the functional literacy in health of the target population and validation of content and appearance made by expert and technical judges; has important relevance for addressing a serious public health problem and also for being included in the National Priorities Agenda of the Ministry of Health and in two sub-agendas. It is a methodological study that comprises four phases: content systematization; choice of name, logo and illustrations; application building; validation by expert and technical judges. The content systematization is divided into three stages: literature review; identification of the target population; interview with the target population. The construction of the application contemplates four stages: textual elaboration; editing by communication professionals; application of Formula SMOG; application development by information technology professional. The validation by expert and technical judges corresponds to four stages: quantification of judges, selection of judges, definition of validation instrument; formal invitation to the judges. In the interview with the target population, it was observed that 39% suspected cases of sexual abuse in children during a service, but only 17% reported them, although 72% knew that notification was mandatory and is provided for in the Child Statute and of the Adolescent. With the application of Formula SMOG, to evaluate the adequacy of the technology to the educational level of the target population, the result obtained is compatible with 77.8% of this population. By using the Content Validity Index, the concordance ratio among the judges on the relevance of the items of the instrument among the evaluators was 97.5%.

Keywords: Child sexual abuse. Sexual violence. Children. Signs and symptoms. Mobile applications.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de representação da seleção aleatória da população-alvo	32
Figura 2 – Amostra de tela na disposição Desktop (1920x1080).....	52
Figura 3 – Amostra de tela na disposição Desktop (1920x1080).....	53
Figura 4 – Amostra de tela na disposição Desktop (1920x1080).....	53
Figura 5 – Amostra de tela na disposição Desktop (1920x1080).....	54
Figura 6 – Amostra de tela responsiva a dispositivo móvel.....	55
Figura 7 – Amostra de tela responsiva a dispositivo móvel.....	55
Figura 8 – Amostra de tela responsiva a dispositivo móvel.....	56
Figura 9 – Amostra de tela responsiva a dispositivo móvel.....	56
Figura 10 – Fluxograma e mapa de navegação de telas do Juca App.....	57
Gráfico 1 – Grau de instrução da população-alvo.....	44
Gráfico 2 – Qualificação dos juízes.....	47
Quadro 1 – Sinais, sintomas e alterações comportamentais de crianças vítimas de abuso sexual por faixa etária.....	17
Quadro 2 – Delineamento do estudo.....	28
Quadro 3 – SMOG, níveis educacionais e exemplos de textos para cada escore.....	36
Quadro 4 – Critérios de seleção de juízes especialistas e técnicos.....	39
Quadro 5 – Instrumento de validação para os juízes especialistas e técnicos.....	40
Quadro 6 – Sugestões de melhorias dos juízes.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
ASC	Abuso Sexual em Crianças
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPSi	Centro de Assistência Psicossocial Infantil
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
COMDICA	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
COVIS	Coordenadoria de Vigilância à Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSS	<i>Cascading Style Sheets</i>
CT	Conselho Tutelar
DCA	Direitos da Criança e do Adolescente
DECECA	Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente
DeCS/MeSH	Descritores em Ciência da Saúde/ <i>Medical Subject Headings</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i>
FUNCI	Fundação da Criança e da Família Cidadã
HTML	<i>Hyper Text Markup Language</i>
IDC	<i>International Data Corporation</i>
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LEF	Letramento Funcional em Saúde
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NADIJ	Núcleo de Atendimento de Defesa da Infância e da Juventude
NAMCA	Núcleo de Atendimento Especial a Mulher, Criança e Adolescente
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PEFOCE	Perícia Forense do Estado do Ceará
PMPIF	Plano Municipal pela Primeira Infância de Fortaleza
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SDHDS	Secretaria dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social
SMOG	<i>Simple Measure of Gobbledygook</i>
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SO	Sistema Operacional
SOPAI	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância
SR	Secretaria Regional
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UML	<i>Unified Modeling Language</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas Para a Infância
URL	<i>Uniform Resource Locator</i>
UX	<i>User Experience</i>
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	GERAL.....	27
2.2	ESPECÍFICOS.....	27
3	MÉTODO.....	28
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	28
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	29
3.3	COLETA DE DADOS.....	30
3.3.1	Sistematização do conteúdo.....	30
3.3.1.1	Revisão de literatura.....	31
3.3.1.2	Identificação da população-alvo.....	31
3.3.1.3	Entrevista com a população-alvo.....	33
3.3.2	Escolha do nome, da logomarca e das ilustrações.....	34
3.3.3	Construção do aplicativo.....	34
3.3.3.1	Elaboração textual.....	34
3.3.3.2	Edição por profissionais da comunicação.....	35
3.3.3.3	Aplicação da Fórmula SMOG.....	35
3.3.3.4	Desenvolvimento do aplicativo por profissional de tecnologia da informação	37
3.3.4	Validação por juízes especialistas e técnicos.....	37
3.3.4.1	Quantificação dos juízes.....	38
3.3.4.2	Seleção dos juízes.....	38
3.3.4.3	Definição do instrumento de validação.....	39
3.3.4.4	Envio do convite formal aos juízes.....	41
3.4	ANÁLISE DE DADOS.....	42
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5	CONCLUSÃO.....	58
	REFERÊNCIAS.....	60

APÊNDICES.....	64
APÊNDICE A – ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	65
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A POPULAÇÃO-ALVO.....	66
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUÍZES.....	69
APÊNDICE D – CONVITE FORMAL PARA OS JUÍZES.....	72
APÊNDICE E – CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES - QUESTIONÁRIO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....	73
APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO PARA OS JUÍZES ESPECIALISTAS E TÉCNICOS.....	74
APÊNDICE G – PRODUÇÃO TEXTUAL DA FERRAMENTA TECNOLÓGICA.....	76
ANEXOS.....	96
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DA COGTES.....	97
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UECE...	98
ANEXO C – SMOG (<i>SIMPLE MEASURE OF GOBBLEDYGOOK</i>)...	101

1 INTRODUÇÃO

Abuso e exploração sexual são as duas principais modalidades de violência sexual contra crianças e adolescentes. A diferença conceitual entre as duas manifestações fundamenta-se na existência de “troca”. A exploração tem fins mercantilistas, existindo uma compensação financeira, de favores ou de presentes e pode ter ou não a concordância da criança (WERNECK, 2012). A exploração sexual engloba quatro formas de violência: prostituição, turismo sexual, pornografia e tráfico de pessoas para fins sexuais (FALEIROS; FALEIROS, 2012). A exploração sexual pode compor uma rede criminosa com participação de aliciadores que intermedeiam a relação comercial.

O abuso sexual em crianças (ASC) consiste no uso da criança como objeto de estimulação e satisfação sexual, dentro de uma relação de poder, de dependência e de confiança, com ou sem uso de violência física, mas sempre com a presença da violência psicológica (CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2010).

O ASC pode ser de natureza familiar, extrafamiliar ou institucional, e impetrado por pessoas de idade superior à da criança ou em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais avançado, pelo uso de força física, ameaça ou sedução, de ocorrência ocasional ou repetitivo e compulsivo (FALEIROS; FALEIROS, 2012).

Conforme dados do Relatório Mundial sobre Prevenção da Violência, 2014, uma em cada cinco meninas sofreu abuso sexual durante a infância, e, em alguns países, como Quênia, Suazilândia, Tanzânia e Zimbábue, essa proporção aumenta para uma em cada três meninas. A prevalência de abuso sexual na infância apresenta diferenças de gênero, com maior incidência em meninas, 18%, e 7,6% para meninos. Em entrevista a adultos, 20% das mulheres e 5% a 10% dos homens relatam ter sofrido abuso sexual quando criança.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), publicados em maio de 2012, resultante da análise de registros do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no ano de 2011, das 14.625 notificações de violência doméstica, sexual, física e outras agressões contra crianças menores de dez anos, a violência sexual constitui a segunda maior forma de violência, representando 35% dos registros, só perdendo em incidência para a negligência e o abandono com 36%

(BRASIL, 2012). Há de se considerar a relevância das subnotificações do abuso sexual em crianças, pela difícil caracterização dessa modalidade de violência sexual, no impacto desse indicador, o que elevaria, de fato, a incidência de violência sexual.

No ano de 2014, o Disque 100 registrou 24.575 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Desses casos, 19.165 foram de abuso e 5.410 de exploração sexual infantil. Em 2015, 59% das denúncias recebidas foram de violação de direitos de crianças e adolescentes, que representam mais de 80 mil denúncias, com mais de 17 mil denúncias de violência sexual, o que equivale a, aproximadamente, duas denúncias por hora, sendo 70% entre meninas (BRASIL, 2016).

Violência sexual foi a quarta causa de denúncias de violências a crianças e adolescentes registradas no Disque Denúncia em 2016, destacando a negligência como a primeira, seguida de violência psicológica e violência física. Foram 15.708 denúncias de violência sexual, das quais 72% foram de abuso sexual, 20% de exploração sexual e 8% de pornografia infantil, *sexting*, *grooming*, exploração sexual no turismo e estupro. Quanto à faixa etária das vítimas, 40% tinham entre zero e 11 anos, 30,3% entre 12 e 14 anos e 20,09% entre 15 e 17 anos. Quanto ao gênero, 67,69% eram meninas, 16,52%, meninos, embora os meninos revelem menos do que as meninas, e, em 15,79%, o sexo não foi informado (BRASIL, 2017).

Os ofensores usam diversos artifícios para a obtenção do prazer sexual, incluindo jogos sexuais, carícias, o que gera, na criança, o sentimento de privilégio pela escolha, pois estimula o prazer sexual, ao simular um segredo que não pode ser transposto; em alguns casos, aplicando ameaças de morte a entes queridos.

Conforme pesquisa amplamente divulgada realizada no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, a partir do estudo de 205 casos de ASC, ocorridos entre 2005 e 2009, em 88% dos casos de ASC, o ofensor faz parte do convívio da criança, sendo o pai o principal, com representação em 38% dos casos, padrasto o segundo, com prevalência de 29%, tio o terceiro ofensor mais comum, responsável por 15% dos casos, seguido de vizinhos com 9%, primos com 6% e desconhecidos 3% (CHILDHOOD, 2011).

No universo de 15.708 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes no Disque Denúncia em 2016, 62,5% dos ofensores eram homens, entre os quais, 42% estavam na faixa etária de 18 a 40 anos. Quando os ofensores

são do sexo feminino, torna-se mais difícil a descoberta, por serem, na maioria, os cuidadores da vítima (BRASIL, 2017).

O ASC ocorre em uma fase na qual o cérebro está em franco delineamento pelas experiências vivenciadas e, dependendo da intensidade da violência sofrida pela criança, os danos podem não se restringir às alterações psicossociais passíveis de terapia, mas acarretar alterações irreversíveis nas funções orgânicas e no desenvolvimento cerebral, com implicações, sobretudo, no hemisfério esquerdo, afetando, principalmente, o sistema límbico, em especial, a amígdala e o hipocampo, cujo impacto repercute na regulação das emoções e da memória. Observa-se, no hemisfério esquerdo cerebral, a redução do tamanho da amígdala e do hipocampo, a hiperexcitabilidade da amígdala, em casos mais graves, desencadeadora de convulsões que se assemelham à epilepsia do lobo temporal, além de alterações na integração entre os dois hemisférios cerebrais, associado às alterações no corpo caloso, mais evidente nos meninos vítimas de abandono e nas meninas vítimas de abuso sexual (TEICHER, 2002).

O abuso sexual constitui grave problema de saúde pública, com repercussões de grandes dimensões no ambiente familiar, de ocorrência em todos os níveis socioeconômicos, e requer dos profissionais de saúde habilidade para identificar os sinais e os sintomas e adotar as medidas legais diante de uma suspeita. Com pouca frequência, é incluído na suspeita, nos diagnósticos diferenciais, pelos profissionais de saúde, a não ser quando a caracterização é evidente ou quando surgem doenças de transmissão sexual, por falta de domínio na temática e pelas implicações que decorrem a partir da suspeita (GONDIM; MUÑOZ; PETRI, 2011).

A suspeita é baseada em sinais indiretos de agressão física e psicológica, associados a relatos da vítima e do cuidador. Em muitas das situações, a lesão e a história clínica não são compatíveis com os achados de exame físico, evidenciando uma suspeita de violência sexual. Um conjunto de fatores, sinais e sintomas, corroborados por uma anamnese detalhada e um exame físico criterioso, podem ser decisivos na vida de uma criança vítima de abuso sexual. No quadro a seguir, estão listados os principais sinais, os sintomas e as alterações comportamentais por faixa etária, em uma criança vítima de abuso sexual (BRASIL, 2010):

Quadro 1 – Sinais, sintomas e alterações comportamentais de crianças vítimas de abuso sexual por faixa etária

(continua)

MENOR DE 1 ANO	DE 1 ANO A 5 ANOS	MAIOR DE 5 ANOS
Choro e irritabilidade, sem motivo aparente	Choro e irritabilidade, sem motivo aparente	Choro e irritabilidade, sem motivo aparente
Olhar indiferente e apatia	Olhar indiferente e apatia	Olhar indiferente e apatia
Desconforto ao colo		
Atraso, perda ou regressão no desenvolvimento	Atraso, perda ou regressão no desenvolvimento	Atraso, perda ou regressão no desenvolvimento
Dificuldade na amamentação	Dificuldade na amamentação	
Distúrbios alimentares	Distúrbios alimentares	Distúrbios alimentares
Vômitos persistentes	Vômitos persistentes	
Pesadelos, terror noturno	Pesadelos, terror noturno	Pesadelos, terror noturno
	Sonolência diurna	Sonolência diurna
	Dificuldade de socialização e tendência ao isolamento	Dificuldade de socialização e tendência ao isolamento
Maior incidência de doenças, sem causas orgânicas justificáveis principalmente alérgicas e infecções do trato urinário de repetição	Maior incidência de doenças, sem causas orgânicas justificáveis principalmente alérgicas e infecções do trato urinário de repetição	Maior incidência de doenças, sem causas orgânicas justificáveis principalmente alérgicas e infecções do trato urinário de repetição
Infecção sexualmente transmissível (IST)	Infecção sexualmente transmissível (IST)	Infecção sexualmente transmissível (IST)
Lesões de pele, sem causa aparente	Lesões de pele, sem causa aparente	Lesões de pele, sem causa aparente

Quadro 1 – Sinais, sintomas e alterações comportamentais de crianças vítimas de abuso sexual por faixa etária

(continuação)

MENOR DE 1 ANO	DE 1 ANO A 5 ANOS	MAIOR DE 5 ANOS
Mudança de comportamento: tristeza constante, agressividade, destrutividade e exibicionismo	Mudança de comportamento: tristeza constante, agressividade, destrutividade e exibicionismo	Mudança de comportamento: tristeza constante, agressividade, destrutividade e exibicionismo
	Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites	Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites
	Atraso e dificuldade no desenvolvimento da fala	Atraso e dificuldade no desenvolvimento da fala
	Dificuldade de socialização e tendência ao isolamento	Dificuldade de socialização e tendência ao isolamento
	Ansiedade ou medo relacionado a pessoas, sexo, ambientes, objetos ou situações	Ansiedade ou medo relacionado a pessoas, sexo, ambientes, objetos ou situações
	Tiques ou manias	Tiques ou manias
	Baixa autoestima e autoconfiança	Baixa autoestima e autoconfiança
	Sintomas de déficit de atenção e hiperatividade	Sintomas de déficit de atenção e hiperatividade
	Hipersexualidade	Hipersexualidade
	Masturbação excessiva e compulsiva	Masturbação excessiva e compulsiva
		Enurese e encoprese

Quadro 1 – Sinais, sintomas e alterações comportamentais de crianças vítimas de abuso sexual por faixa etária

(conclusão)

MENOR DE 1 ANO	DE 1 ANO A 5 ANOS	MAIOR DE 5 ANOS
		Distúrbios da aprendizagem e fracasso escolar
		Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas
		Utilização de desenhos com destaque dos órgãos sexuais de adultos
		Jogos sexuais repetitivos
		Comportamento de risco, com traumas frequentes ou acidentes
		Depressão
		História de fugas
		Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio
		Uso de álcool e outras drogas

Fonte: Brasil, 2010

Na maioria dos casos, o exame físico da criança vítima de abuso sexual é normal. A análise de regiões íntimas deve fazer parte do exame físico realizado por profissionais de saúde, salvo situações especiais em que essa prática seja inadequada. Os possíveis achados do exame físico de uma criança vítima de abuso sexual são: lesões de pele, como equimoses, hematomas, marcas de mordidas em

regiões erógenas (pescoço, mamas, baixo abdome, parte interna e/ou superior de coxas, região perineal); lesões de palato e dentes anteriores; sangramento vaginal; edema, eritema, escoriações e lacerações nas partes internas de coxas, grandes lábios, vulva, vagina, região escrotal ou anal; fissuras, sangramento e flacidez de esfíncter anal; dilatação anal ou uretral; rotura de hímen; evidências de infecção sexualmente transmissível (IST) (BRASIL, 2010).

O abuso sexual encontra-se codificado na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para padronização de patologias e problemas relacionados à saúde do indivíduo, por meio de três referências: T74.2 Abuso sexual; Z61.4 Problemas relacionados com abuso sexual alegado de uma criança por uma pessoa dentro de seu grupo; Z61.5 Problemas relacionados com abuso sexual alegado de uma criança por pessoa de fora de seu grupo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

O dia 18 de maio foi instituído como Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes a partir da aprovação da Lei Federal nº. 9.970 de 17 de maio de 2000, em memória de Araceli Cabrera Crespo, uma criança de oito anos que, no dia 18 de maio de 1973, foi sequestrada, violentada e teve seu corpo carbonizado por jovens da classe média, que nunca foram punidos, no Estado do Espírito Santo. O fato ficou conhecido como “Caso Araceli” (NASCIMENTO; DESLANDES, 2016). Também, no ano de 2000, a Fundação Cúpula Mundial da Mulher lançou o dia 19 de novembro como o Dia Mundial de Combate ao Abuso Infantil para destacar e difundir campanhas de prevenção (Casas de Acolhida, 2010).

Este estudo considera criança a pessoa na faixa etária entre zero e 12 anos, conforme delimitação cronológica do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, artigo 2º, do título I. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil adotam como criança os menores de dez anos, e a Organização das Nações Unidas (ONU), pessoas entre zero e 15 anos (EISENSTEIN, 2005).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é um marco na institucionalização de garantia de proteção à criança e ao adolescente. A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, no Capítulo I, do Título II, no artigo 13,

determina que casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos devam ser comunicados ao Conselho Tutelar. O capítulo I, do Título V, em seu artigo 131, define Conselho Tutelar como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990).

Ainda sobre o ECA, o Capítulo II, Das Infrações Administrativas, artigo 245, dispõe sobre as penalidades para médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, imputando a penalidade de multa de três a vinte salários de referência e o dobro quando se tratar de reincidência (BRASIL, 1990).

No Ceará, o Poder Executivo, em 1993, por meio da Lei nº 12.242, de 29 de dezembro, cria, nos hospitais pediátricos e nos hospitais de emergência públicos ou privados, a Comissão de Atendimento e Prevenção aos Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes, composta por um médico, um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social, caracterizando a necessidade de abordagem multiprofissional para a vítima, incluindo o abuso sexual como uma das modalidades de maus-tratos (CEARÁ, 1993).

Por intermédio da Portaria nº 1968 de 26 de outubro de 2001, o Ministério da Saúde torna os maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS), agravo de notificação compulsória obrigatória, e pela Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, o Ministério da Saúde atualizou a lista de agravos de notificação compulsória obrigatória pelos profissionais de saúde, na qual se incluem as violências doméstica ou sexual (LIMA; DESLANDES, 2011).

A Lei Federal nº 12.015 de 7 de agosto de 2009, que versa sobre Crimes contra a Dignidade Sexual, em seu artigo 217-A, capute §§ 1o, 2o, 3o e 4o, insere no Código Penal Brasileiro o “estupro de vulnerável” como crime hediondo, com o objetivo de proteger os menores de 14 anos e as pessoas que, por questões físicas ou mentais, são incapazes de oferecer resistência, independente do sexo da vítima, de tal forma que a prática do ato sexual, com ou sem conjunção carnal, a realização na presença deles e a indução para presenciá-los caracterizam-se como crime (BRASIL, 2009).

O presente estudo está contemplado no contexto da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) em duas subagendas (BRASIL, 2011): 7. Saúde da criança e do adolescente: 7.1 Magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde da criança e do adolescente: 7.1.2 Infância: 7.1.2.3 Deficiência, violência e acidentes, com ênfase naqueles decorrentes do trabalho infantil; 18. Promoção de Saúde: 18.3 Avaliação, Desenvolvimento e Aplicação de Tecnologias: 18.3.1 Avaliação de desenvolvimento de tecnologias usadas nas práticas de educação e saúde.

Percebeu-se uma lacuna do conhecimento acerca do tema durante a formação acadêmica e especialização da autora. Observou-se que o ASC, como suspeita diagnóstica de muitos sinais, sintomas e alterações comportamentais apresentadas pelas crianças vitimadas, não está, de tal modo, entre as hipóteses do pediatra, pois, em relação à vivência da pesquisadora, de 27 anos em atendimento pediátrico, perpassando por diversos serviços, de natureza ambulatorial e hospitalar, nunca havia notificado um caso de suspeita de abuso sexual, até o início desta pesquisa.

Quando se executou o primeiro projeto para este curso de mestrado, apresentava-se como coordenadora do ambulatório de egressos de um hospital terciário referência em trauma, do município de Fortaleza, e o objeto da pesquisa era acidentes de trânsito. Dentro desse tema, buscava aspectos inovadores, mas não se deslumbrava pelas ideias surgidas. Assistindo a discussões em mesas de congressos pediátricos sobre a violência contra crianças e adolescentes, a princípio com foco nos acidentes de trânsito, surgiu o interesse para o desenvolvimento desta pesquisa, com opção pelo abuso sexual, pelas razões já citadas acima e, também, por ser, entre as modalidades de violência sexual, a de mais difícil abordagem, pelas graves repercussões no desenvolvimento infantil, pela possibilidade de repetição por anos de forma silenciosa e devastadora e, ainda, pela possibilidade de transformação da vítima em um ofensor futuro, perpetuando a violência por meio de gerações. O profissional de saúde deve desempenhar seu importante papel na promoção do cuidado à criança vítima de violência, como um agente na rede de proteção à criança, capaz de suspeitar, confirmar e conduzir casos de violência sexual. Para tanto, optou-se pela construção de uma ferramenta tecnológica com o propósito de auxiliar o profissional de saúde na suspeita e na condução de casos de ASC, estabelecendo uma linha de cuidado, por meio da qual a suspeita se

transforme em notificação e acompanhamento por equipe multiprofissional da vítima e de sua família.

Após o primeiro ano do curso de mestrado profissional, já tendo qualificado a pesquisa e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, assumiu a Secretaria Adjunta da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, que, por um lado, pelo volume de demandas da gestão, limitava o tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa, por outro, facilitava a implementação das recomendações decorrentes da pesquisa.

As tecnologias representam um avanço da ciência e têm como objetivo principal melhorar a eficiência do trabalho e atender a uma demanda de criação ou de aperfeiçoamento de ferramentas, para uso nas diferentes esferas do conhecimento (KOERICH et al., 2006). Nietzsche (2003), conceitua tecnologia como um produto da experiência e da pesquisa que gera conhecimento científico capaz de intervir sobre uma situação, pelo uso de processos analisados e controlados de forma sistêmica, com construção ou não de materiais.

A produção do trabalho em saúde, para ser efetiva, deve ter como prioridade os usuários, individuais ou coletivos, e ser capaz de atender às suas necessidades. As produções tecnológicas são classificadas em leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves baseiam-se nas relações entre o usuário e os diversos indivíduos que compõem a rede de atendimento para produção do cuidado, desde o acolhimento até o momento em que o usuário tem a sua demanda resolvida, com formação de vínculos, caracterizando o trabalho vivo em ato. As tecnologias leve-duras dizem respeito aos saberes necessários para o atendimento, no qual o conhecimento técnico representa a parte dura da tecnologia, e a forma de aplicação do conhecimento pelo profissional a parte leve da tecnologia. As tecnologias duras são centradas no ato prescritivo e representadas por recursos e equipamentos disponíveis, cuja utilização resulta em produção estruturada e elabora produtos específicos em saúde, utilizando a lógica do trabalho morto (MERHY; FRANCO, 2013).

As tecnologias podem ser educativas, quando utilizadas nos processos de ensino e aprendizagem; assistenciais, quando utilizadas por profissionais de saúde nos processos relacionados ao cuidado, e gerenciais, para aplicação nos processos de gestão. As tecnologias podem ser produzidas para uso em ambientes virtuais ou

ambientes vivenciais (TEIXEIRA; MOTA, 2011). O presente estudo se propõe a construir uma ferramenta tecnológica para uso em ambientes virtuais.

Diante do cenário de difusão da *internet* e dos dispositivos móveis pelo Brasil, incluído entre os maiores mercados de *smartphones* do mundo, em regiões distantes dos centros urbanos, onde os sinais de telefonia são escassos, a disponibilidade da internet é uma realidade facilitadora para uso de dispositivos móveis, favorecendo a comunicação virtual e a propagação da informação em tempo real, corroborando a cultura digital como uma tendência em crescente ebulição.

Os celulares inteligentes, *smartphones*, são computadores de bolso, que, pelas características inerentes de mobilidade e acessibilidade, representam um dos maiores avanços tecnológicos dos últimos anos, ao mesmo tempo em que oportunizam o desenvolvimento de aplicativos em diversas áreas do conhecimento, sobretudo na área da saúde (TIBES; DIAS; MASCARENHAS, 2014).

A tendência atual de investimentos em tecnologias para dispositivos móveis corrobora um cenário dominado pela mobilidade, uma vez que 63% dos domicílios brasileiros possuem internet, e 94,8% fazem uso de celulares para conectar-se à rede (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017), realidade socioeconômica e condições de acesso às informações consideradas imprescindíveis para a escolha do modelo da ferramenta a ser desenvolvida nesta pesquisa. Nesse contexto, a autora propõe a construção de um aplicativo progressivo para a web (*Progressive Web App*), como ferramenta auxiliar na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual por profissionais de saúde.

O desenvolvimento desta pesquisa traz a seguinte questão norteadora: é possível construir e validar uma ferramenta tecnológica para a orientação de profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação aos órgãos competentes do abuso sexual em crianças?

Denunciar e notificar são as únicas formas de transpor o silêncio que permeia essa violência, na maioria dos casos, de aspecto repetitivo, compulsivo e dissimulado. Todavia, deve-se ter cuidado com as falsas acusações, crescentes nos casos de separação judicial, na qual a criança é levada a acusar um dos pais, para a obtenção de vantagens ou mesmo é motivada por vingança por um dos responsáveis (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005). A suspeita do Abuso Sexual em Crianças, uma violência ainda subnotificada, precisa ser fundamentada em sinais e

sintomas apresentados pela criança, para que a denúncia se processe de forma responsável, com base em evidências científicas.

A notificação é realizada ao Conselho Tutelar (CT) mais próximo da residência da família, quando se suspeita de ASC, durante o atendimento nas Unidades de Saúde. A ficha de notificação e investigação individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, deve ser em três vias: a original deve ser encaminhada à Vigilância em Saúde Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município; a segunda, ao Conselho Tutelar ou às autoridades competentes (Vara da Infância e Juventude ou Ministério Público, por exemplo); a terceira, arquivada na unidade de saúde.

As principais formas de se efetivar as denúncias e notificações de suspeita de abuso sexual podem ser pelo DISQUE 100, diretamente aos Conselhos Tutelares, ao Ministério Público, às Delegacias de Polícia ou por meio do aplicativo PROTEJA BRASIL.

O DISQUE 100, ou Disque Direitos Humanos, é o principal canal de denúncia de violações de direitos humanos no Brasil. Ele funciona 24 horas, sete dias por semana, por meio de ligações gratuitas, de telefones fixos ou móveis; é um serviço da Secretaria Especial de Direitos Humanos, do Ministério da Justiça e da Cidadania da Presidência da República, acolhendo denúncias de categorias de maior vulnerabilidade como crianças e adolescentes, idosos, deficientes, comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros - LGBT, pessoas em situação de rua e outros, como quilombolas, ciganos, índios e pessoas em privação de liberdade. A denúncia pode ser anônima, sigilosa e, após análise, é encaminhada, em até 24 horas, aos órgãos competentes (BRASIL, 2016).

O aplicativo PROTEJA BRASIL foi disponibilizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos do Ministério da Justiça e Cidadania, em 2013, e atualizado em 2016, com nova versão, que possibilitou a integração com o DISQUE 100. Trata-se de um aplicativo móvel para uso em dispositivos móveis com sistemas operacionais *Android* ou *iOS*, com acesso gratuito, nos idiomas inglês, português e espanhol. Esse aplicativo realiza um georeferenciamento de 27 capitais brasileiras, com indicação dos endereços e telefones das delegacias, dos conselhos tutelares e de outras instituições que compõem a rede de proteção para vítimas de violência mais

próximas do usuário. Possibilita, também, denúncia pela internet para categorias de população semelhantes à do Disque 100 e aborda os principais tipos de violação de direitos (BRASIL, 2016).

Esse estudo representa uma estratégia inovadora, quando se propõe a disponibilizar uma tecnologia que transforma o profissional de saúde em um agente de grande impacto na rede de proteção às crianças vítimas de abuso sexual, ao auxiliar na suspeição dos casos, em ambiente virtual, de grande acessibilidade, para, dessa forma, intervir precocemente através da notificação e melhorar os indicadores de notificação dessa violência de tão graves repercussões no desenvolvimento infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Construir e validar uma ferramenta tecnológica para orientação de profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o abuso sexual em crianças;
- b) desenvolver uma ferramenta tecnológica para uso em dispositivos móveis e computadores, com letramento funcional em saúde adequado à população-alvo;
- c) validar o conteúdo e a aparência da tecnologia desenvolvida junto a juízes especialistas e técnicos.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico ou de desenvolvimento, que se aplica para a construção de tecnologias, orientando os passos para a elaboração, validação e avaliação de um instrumento e técnica de pesquisa que possibilite o uso por outros pesquisadores, e que encontra base teórica nos estudos de Polit, Beck e Hungler (2011).

Para a construção e validação da tecnologia, usou-se como referência teórica a metodologia de Reberte (2008) para a construção e validação de uma cartilha, adaptada para a construção de aplicativo. Reberte propõe cinco fases para o desenvolvimento: 1ª fase – Sistematização do conteúdo; 2ª fase – Escolha das ilustrações; 3ª fase – Composição do conteúdo; 4ª fase – Validação da tecnologia por juízes e 5ª fase – Validação da tecnologia pela população-alvo.

Na adaptação, a autora acrescenta à fase de escolha das ilustrações, também a escolha da denominação e da logomarca da tecnologia, substitui a fase de composição do conteúdo por uma nova fase, que chama de construção do aplicativo, e suprime a validação da tecnologia pela população-alvo, reduzindo para quatro fases o desenvolvimento da pesquisa, conforme quadro a seguir:

Quadro 2 – Delineamento do estudo

(continua)

FASES DO ESTUDO	REBERTE	FASES DO ESTUDO	AUTORA	
			FASES	ETAPAS
1ª	Sistematização do Conteúdo	1ª	Sistematização do Conteúdo	Revisão de literatura
				Identificação da população alvo
				Entrevista com a população-alvo

Quadro 2 – Delineamento do estudo

(conclusão)

FASES DO ESTUDO	REBERTE	FASES DO ESTUDO	AUTORA	
2ª	Escolha das ilustrações	2ª	Escolha do nome, da logomarca e das ilustrações	Sugestões da equipe envolvida
				Pesquisa na internet
3ª	Composição do conteúdo	3ª	Construção do aplicativo	Elaboração textual
				Edição por profissionais da comunicação
				Aplicação da Fórmula SMOG
				Desenvolvimento do aplicativo por profissional de tecnologia da informação
4ª	Validação da tecnologia por peritos	4ª	Validação da tecnologia por juízes especialistas e técnicos	Quantificação dos juízes
				Seleção dos juízes
				Definição do instrumento de validação
				Convite formal aos juízes
5ª	Validação da tecnologia pela população-alvo			

Fonte: Reberte (2008), adaptado pela autora.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo aconteceu no período de janeiro a dezembro de 2017, em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), com pediatras na composição de suas equipes de saúde, de três Secretarias Regionais (SR) do Município de Fortaleza, selecionadas mediante sorteio.

Fortaleza, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ocupa uma área territorial de 314.930 km², no litoral norte do estado do Ceará, com uma população estimada de 2.627.482 habitantes em 2017, a quinta maior capital do país em população, a segunda maior capital do Nordeste, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,754, e contempla 187 estabelecimentos de saúde para atendimento pelo SUS (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

O Município de Fortaleza encontra-se dividido em seis Secretarias Regionais (SR): SR I, SR II, SR III, SR IV, SR V e SR VI, como modelo de descentralização política e administrativa. Esta pesquisa se desenvolverá nas Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS), que tenham pediatras em suas equipes, das diversas Secretarias Regionais.

As UAPS foram escolhidas por ser a porta de entrada de toda a rede assistencial do município, com fluxos e processos de atendimento padronizados, em que o usuário é acolhido e classificado segundo estratificação de risco, baseado em diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde, em um desenho de sistema de gestão pública em saúde, com rede de atendimento integrada por meio de Sistema de Registro Eletrônico. As UAPS se diferenciam pela localização geográfica e características inerentes do território, bem como pela quantidade de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 109 (cento e nove) Unidades e 2(dois) anexos, com atendimentos médico, de enfermagem e odontológico, realização de pequenos procedimentos e imunização, além de grupos operativos em educação em saúde. O profissional pediatra não está presente em todas as UAPS do município.

3.3 COLETA DE DADOS

3.3.1 Sistematização do conteúdo

A primeira fase do estudo, a sistematização do conteúdo, divide-se em três etapas: realização de revisão da literatura, identificação da população-alvo e entrevista com a população-alvo.

3.3.1.1 Revisão da literatura

A primeira etapa constituiu a pesquisa em diversas bases de dados. Para realizar esta etapa, a pesquisadora definiu os descritores em pesquisa no Portal Regional da BVS, no DeCS/MeSH, a seguir:

1. Abuso Sexual na Infância / *Child Abuse Sexual* / Abuso Sexual Infantil;
2. Violência Sexual/ *Sexual Violence* / Violência Sexual;
3. Criança / *Child* / *Niño*;
4. Sinais e Sintomas / *Signs and Symptoms* / *Signos y Sintomas*;
5. Aplicativos Móveis / *Mobile Applications* / *Aplicaciones Móviles*.

Após a definição dos descritores, a autora fez a busca de artigos científicos originais, com cruzamentos dos descritores, utilizando o operador booleano “AND” para a pesquisa, com seleção de produção científica dos últimos cinco anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e no Portal de Periódicos CAPES/MEC, por meio de acesso pela Universidade Estadual do Ceará, com buscas no Google Acadêmico e PubMed, repositório de livre acesso à base de dados MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), principal componente do PubMed.

3.3.1.2 Identificação da população-alvo

A segunda etapa constituiu a definição da população-alvo. A população do estudo foi composta por profissionais de saúde que atuavam em UAPS, os quais tinham pediatras em suas equipes, das diversas SR do Município de Fortaleza. A escolha foi aleatória por meio da realização de três sorteios: o primeiro para seleção de três SR; o segundo para a escolha de duas UAPS em cada SR selecionada, sendo realizada a pesquisa na primeira UAPS contemplada no sorteio; o terceiro para a seleção de um profissional de cada categoria que atendesse criança, quando houvesse mais de um, entre agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, enfermeiro, odontólogo e pediatra. A opção por UAPS com pediatras em suas equipes teve por objetivo avaliar o especialista que tinha maior

conhecimento sobre o tema, contemplando toda a cadeia de atendimento à criança nas UAPS selecionadas.

A pesquisadora optou por sortear duas UAPS em cada SR, para disponibilizar uma segunda opção, caso a equipe da primeira UAPS sorteada não estivesse completa, com todas as categorias de profissionais elencados, no momento da realização da pesquisa. A figura 1 é um fluxograma que representa a sequência de sorteios desta fase:

Figura 1 – Fluxograma de representação da seleção aleatória da população-alvo



Fonte: Elaborado pela autora.

Os sorteios para a seleção das SR e UAPS foram realizados com uso da função "ALEATÓRIOENTRE", do programa *Excel* do sistema operacional *Windows*, e selecionadas as seguintes SR e UAPS para esta fase da pesquisa: SR II - UAPS Aida Santos e UAPS Célio Brasil Girão; SR III - UAPS Anastácio Magalhães e UAPS Santa Liduína; SR IV - UAPS Parangaba e UAPS Abel Pinto.

Foi sorteado um profissional de cada categoria, também utilizando a função “ALEATÓRIOENTRE”, do programa *Excel* do sistema operacional *Windows*, das primeiras UAPS selecionadas em cada SR, adotando critérios de inclusão e exclusão. O sorteio contemplou um total de dezoito profissionais, sendo três de cada categoria profissional, que foram entrevistados.

Foram considerados critérios de inclusão:

- Estar vinculado a uma UAPS que tivesse pediatra em suas equipes;
- Prestar assistência às crianças.

Foi considerado critério de exclusão:

- Estar afastado da Unidade por licença ou férias no período da coleta de dados;
- Não querer participar.

3.3.1.3 Entrevista com a população-alvo

A terceira etapa foi a entrevista com a população-alvo. Nesta etapa, foi aplicada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), com perguntas objetivas e subjetivas, para coleta de dados, com todos os profissionais selecionados por sorteio, abrangendo toda a cadeia de atendimento à criança, considerando os critérios de inclusão e exclusão adotados nesta pesquisa. A entrevista abordou questões para identificação socioepidemiológica da população-alvo, itens relacionados ao conhecimento sobre o ASC, aspectos relacionados às manifestações clínicas e comportamentais, à legislação vigente e às demandas da população-alvo. As entrevistas foram agendadas em horário conveniente para os profissionais de saúde, com duração máxima de 30 minutos. Todas as respostas das entrevistas foram anotadas pela pesquisadora.

Foi aplicado o Termo de Anuência para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (ANEXO A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) para os profissionais de saúde entrevistados, ambos assinados em duas vias, ficando uma para os arquivos da pesquisa e a outra para a coordenadoria e participantes respectivamente.

Segundo Tibes, Dias e Mascarenhas (2014), para que a tecnologia seja adequada e coerente à demanda dos usuários, é imperioso o reconhecimento das suas necessidades, base para o planejamento, desenvolvimento e implementação dos aplicativos móveis para *smartphones*.

3.3.2 Escolha do nome, da logomarca e das ilustrações

A segunda fase foi a escolha do nome, da logomarca e das ilustrações. A escolha do nome da tecnologia se deu a partir de sugestões dos analistas desenvolvedores da ferramenta, da orientadora e da autora. A escolha da logomarca e das ilustrações foi por meio de pesquisa na internet. Todas as imagens utilizadas são de uso comum e disponibilizadas pelos sites *Freepik* e *Flaticon*, que, por sua vez, acolhem uma comunidade, colaborativa, de *designers* e ilustradores. As imagens, em sua maioria, foram modificadas para que se adaptassem ao escopo do projeto, colaborando para a composição da identidade visual do aplicativo. As famílias de fontes utilizadas no projeto foram a “Roboto” e a “Oswald”, disponibilizadas, de forma livre, pelo serviço *Google Fonts*, que oferece suporte para aplicações web e demais desenvolvedores.

3.3.3 Construção do aplicativo

A terceira fase deste estudo metodológico constituiu-se da construção do aplicativo, um consolidado que se desenvolveu em quatro etapas: elaboração textual; edição por profissionais da comunicação; aplicação da Fórmula SMOG; desenvolvimento do aplicativo por profissional de tecnologia da informação (TI).

3.3.3.1 Elaboração textual

A primeira etapa desta fase foi a elaboração textual, um roteiro contendo o construto, com base na revisão da literatura e nas necessidades da população-alvo, identificadas a partir das entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde, selecionados por meio de sorteio.

3.3.3.2 Edição por profissionais da comunicação

A segunda etapa contemplou a edição por profissionais da comunicação, que executaram, em conjunto com a autora, a diagramação do texto, para que a tecnologia se tornasse atrativa e compreensível para a população-alvo, sendo necessário, nesta etapa da pesquisa, reuniões com profissionais da comunicação.

3.3.3.3 Aplicação da Fórmula SMOG

O desenvolvimento do aplicativo deve-se adequar ao nível de leitura e compreensão da população para o qual se destina (DOAK; DOAK; ROOT, 1996), e observou-se, na sua construção, a aplicação da fórmula do *Simple Measure of Gobbledygook* – SMOG, instrumento de avaliação de adequação de conteúdo e de leitura para a população-alvo, baseado no Esquema Conceitual Integrado de Letramento Funcional em Saúde, proposto por Sorensen et al. (2012), que integra as diversas dimensões e os domínios do Letramento Funcional em Saúde, cujo núcleo do modelo considera as competências do conhecimento, a motivação e capacidade das pessoas relacionadas aos processos de acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações em saúde, habilidades das dimensões do Letramento Funcional em Saúde (LFS), necessárias aos domínios de prevenção e promoção de saúde, objeto desta pesquisa.

O SMOG, proposto por Harry G. McLaughlin, em 1969, trata de uma fórmula de legibilidade ou “*lecturabilidade*”, que, por ser de fácil aplicabilidade e amplamente difundida, é considerada padrão-ouro para avaliar o nível de dificuldade de leitura, a compreensão do texto e a adequação para o grau de escolaridade da população-alvo, conforme o quadro a seguir publicado por Cavaco e Várzea (2010):

Quadro 3 – SMOG, níveis educacionais e exemplos de textos para cada escore

SMOG	Nível de escolaridade E.U.A.	Nível de escolaridade Portugal	Exemplos de textos E.U.A.
0 - 6	<i>LowLiterate</i>	Competência básica (ler e escrever)	<i>Soap Opera Weekly</i>
7	<i>Junior high school</i>	7º, 8º e 9º ano de escolaridade	<i>TrueConfessions</i>
8	<i>Junior high school</i>	7º, 8º e 9º ano de escolaridade	<i>Ladies Home Journal</i>
9	<i>Some high school</i>	10º ano escolaridade	<i>Reader's Digest</i>
10	<i>Some high school</i>	11º ano escolaridade	<i>Newsweek</i>
11	<i>Some high school</i>	12º ano escolaridade	<i>Sports Illustrated</i>
12	<i>High school graduate</i>	Terminou ensino secundário	<i>Time Magazine</i>
13 - 15	<i>Some college education</i>	Frequência do ensino superior	<i>New York Times</i>
16	<i>Universitydegree</i>	Conclusão do curso universitário	<i>AtlanticMonthly</i>
17 - 18	<i>Post graduatestudies</i>	Estudos Pós-graduados sem grau acadêmico	<i>Harvard Business Rewiew</i>
19	<i>Post graduatedegree</i>	Todos os graus acadêmicos pós Licenciatura ou Mestrado Integrado	<i>IRS Code</i>

Fonte: Cavaco; Várzea (2010).

A técnica de aplicação do SMOG para textos com mais de trinta sentenças consiste em identificar trinta sentenças consecutivas, dez no início, dez no meio e dez no final do texto, entendendo por sentença uma sequência de palavras pontuadas com ponto final, ponto de exclamação ou ponto de interrogação; nas sentenças selecionadas, contam-se as palavras com três ou mais sílabas, consideradas palavras complexas, inclusive palavras repetidas; estima-se a raiz quadrada do número de palavras complexas selecionadas no texto, considerando a raiz quadrada do quadrado perfeito mais próximo. Se a contagem ficar aproximadamente entre dois quadrados perfeitos, deve-se escolher o número mais baixo; adicionar três à raiz quadrada aproximada. O resultado obtido pela aplicação da fórmula é o escore SMOG. O escore SMOG encontrado corresponde ao nível mínimo de escolaridade necessário para a compreensão do texto (CAVACO; VÁRZEA, 2010). A técnica encontra-se descrita em sua integralidade no ANEXO C, para a avaliação da demanda de letramento.

3.3.3.4 Desenvolvimento do aplicativo por profissional de tecnologia da informação

Entre os princípios estabelecidos pela autora para a concepção do aplicativo estavam presentes o desenho de sua Linguagem de Modelagem Unificada (UML – *Unified Modeling Language*), a busca por uma aplicação fundamentada na acessibilidade e usabilidade, o desenvolvimento de uma Experiência de Usuário (UX - *User Experience*) suave e didática, a descrição dos conceitos, da prevenção, das modalidades de enfrentamento, dos fatores de risco, dos dados numéricos, das características dos ofensores, do papel do profissional de saúde diante do ASC, da legislação, dos principais sinais e sintomas nas diferentes faixas etárias, bem como dos possíveis achados do exame físico, além da rede de atenção e assistência, orientando com relação ao fluxo do atendimento no município de Fortaleza.

Com o protótipo do construto desenvolvido, o material foi convertido em tecnologia digital pela equipe de análise e desenvolvimento de sistemas. O conceito de desenvolvimento, definido durante o processo de concepção da ferramenta, foi o de um Aplicativo Progressivo para a Web (*Progressive Web App*), por atrelar os pontos positivos da *Web* aos pontos positivos dos APPs, considerando o custo e o tempo exequível para o desenvolvimento da ferramenta tecnológica.

Os sistemas operacionais (SO) são programas responsáveis pela interface com o usuário. Os sistemas operacionais *Android* da *Google* e *iOS* da *Apple* necessitam que os aplicativos construídos tenham linguagem de programação Java, para o sistema operacional *Android*, e *Objective C* para o sistema operacional *iOS*, cada uma com modelos diferentes de desenvolvimento, que ampliam os custos, o esforço e o tempo de desenvolvimento (SILVA; SANTOS, 2014).

3.3.4 Validação por juízes especialistas e técnicos

A quarta fase do estudo foi a validação de conteúdo e da aparência por juízes especialistas em saúde da criança, com experiência e atuação em violência sexual e juízes técnicos das áreas da comunicação e informática, com conhecimento na construção de aplicativos. A validade de conteúdo consiste na avaliação por peritos da representatividade do conteúdo e de sua relevância com relação ao universo do conteúdo (CRONBACH; MEEHL, 1955; HAYNES, RICHARD; KUBANY,

1995, MESSICK, 1989 *apud* PASQUALI, 2007). A validade de aparência ou de face consiste na avaliação da adequação do conteúdo por peritos em relação à “sua cara” (MOSIER, 1947-1951 *apud* PASQUALI, 2007); analisa a clareza dos itens, a facilidade de leitura, a compreensão e o formato de apresentação (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011). O processo de validação tem sua importância por qualificar o material desenvolvido, evitando análises subjetivas e possibilitando que a metodologia para o desenvolvimento seja replicada na comunidade científica, e o produto da pesquisa seja utilizado com segurança.

3.3.4.1 Quantificação dos juízes

A definição do quantitativo de juízes baseia-se em Pasquali (2010) que recomenda de seis a vinte juízes; Freitas et al. (2012) no mínimo três de cada categoria profissional, e Oliveira, Fernandes, Sawada (2008), com indicação de número ímpar de quantitativo de juízes, para evitar empates.

3.3.4.2 Seleção dos juízes

A seleção ocorreu considerando-se critérios de experiência profissional no tema abordado, titulação e experiência acadêmica em validação de tecnologias, pelo uso de amostragem de rede ou bola de neve, que caracteriza uma amostragem por conveniência, na qual cada indicado que preenche os critérios de elegibilidade pode sugerir outro participante (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011). Após a indicação, foram aplicados os critérios utilizados por Joventino et al. (2010), adaptados para esta pesquisa, conforme quadro a seguir, considerando titulação acadêmica, produção científica e experiência profissional na temática em estudo:

Quadro 4 – Critérios de seleção de juízes especialistas e técnicos

CRITÉRIOS PARA JUÍZES ESPECIALISTAS EM SAÚDE DA CRIANÇA	CRITÉRIOS PARA JUÍZES TÉCNICOS	PONTUAÇÃO
Ser doutor	Ser doutor em informática ou comunicação	4p
Possuir tese na área de interesse	Possuir tese sobre produção de aplicativos	3p
Ser mestre	Ser mestre em informática ou comunicação	3p
Possuir dissertação na área de interesse	Possuir dissertação sobre produção de aplicativos	2p
Possuir trabalhos publicados na área de interesse	Possuir trabalhos publicados sobre produção de aplicativos	1p
Ter experiência clínica nos últimos cinco anos na área de interesse	Ter experiência profissional nos últimos cinco anos na área de produção de aplicativos	2p
Ser especialista na área de interesse	Ser especialista em informática ou comunicação	2p

Área de Interesse: Violência sexual em crianças: abuso sexual.

Fonte: Joventino et al. (2010).

Após a indicação, foram selecionados os que obtiverem pontuação mínima de cinco pontos para os juízes especialistas em saúde da criança e pontuação mínima de três pontos para os juízes técnicos da área da informática e da comunicação.

3.3.4.3 Definição do Instrumento de validação

Para a validação pelos juízes especialistas e técnicos, a autora elaborou um instrumento de validação adaptado de Teixeira e Mota (2011) e Sousa, Arruda, e Macena (2017), composto por perguntas que abordam adequação do conteúdo ao objetivo geral da pesquisa, estrutura e apresentação e relevância, com respostas

baseadas na escala de Likert: 1 – totalmente adequado; 2 – adequado; 3 – parcialmente adequado; 4 – inadequado.

Para o preenchimento do instrumento de validação, é necessário que acesse o app por meio do site: www.jucaapp.com.br ou <http://jucaapp.com.br/View/Home.html>, podendo navegar no próprio site ou baixar para a tela principal do dispositivo móvel. Após a leitura e a análise de toda a tecnologia, responde-se ao instrumento marcando com um “X” os números que estão na frente de cada item. Ao final de cada grupo de validação, existem espaços para justificativas de respostas 3 e 4, bem como para sugestões de melhorias. O instrumento está representado a seguir:

Quadro 5 – Instrumento de validação para os juízes especialistas e técnicos

(continua)

1 – Objetivos – Refere-se à análise de adequação do construto ao objetivo da pesquisa que é de construir e validar uma ferramenta tecnológica para orientação de profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças, para uso em dispositivos móveis e computadores, com letramento funcional em saúde adequado à população-alvo.				
1.1 As informações e os conteúdos estão adequados às necessidades da população-alvo	1	2	3	4
1.2 As informações e os conteúdos são importantes para o trabalho da população-alvo	1	2	3	4
1.3 As informações e os conteúdos orientam na suspeita diagnóstica do ASC	1	2	3	4
1.4 As informações e os conteúdos esclarecem sobre a obrigatoriedade da notificação do ASC	1	2	3	4
1.5 As informações e os conteúdos orientam como fazer a notificação do ASC	1	2	3	4
1.6 As informações e os conteúdos estão no nível de legibilidade da população-alvo	1	2	3	4
1.7 As informações e os conteúdos podem circular no meio científico	1	2	3	4
Justificativas:				
Sugestões de melhorias:				
2 – Estrutura e apresentação – Refere-se à forma de apresentar as informações e os conteúdos, incluindo estrutura, organização geral, estratégias de modelagem, formatação, recursos e interface do ambiente.				
2.1 A tecnologia é de fácil acessibilidade	1	2	3	4
2.2 O <i>download</i> é realizado de forma simples e sem erros	1	2	3	4
2.3 A navegabilidade apresenta-se fácil para acesso aos menus, <i>links</i> e trocas de páginas	1	2	3	4

Quadro 5 – Instrumento de validação para os juízes especialistas e técnicos

(conclusão)

2.4 Com relação à experiência do usuário, a tecnologia é suave e didática	1	2	3	4
2.5 O <i>design</i> é atrativo, moderno e bem desenhado	1	2	3	4
2.6 As ilustrações estão expressivas e suficientes	1	2	3	4
2.7 As cores utilizadas estão adequadas	1	2	3	4
2.8 O tamanho das letras e estilo da fonte estão adequados	1	2	3	4
2.9 A tecnologia apresenta características inovadoras para o objetivo proposto	1	2	3	4
2.10 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	1	2	3	4
2.11 O material está apropriado ao nível sociocultural da população-alvo	1	2	3	4
2.12 Há uma sequência lógica do conteúdo proposto	1	2	3	4
2.13 As informações estão bem estruturadas com concordância e ortografia	1	2	3	4
Justificativas:				
Sugestões de melhorias:				
3 – Relevância – Refere-se às características que avaliam o grau de significação				
3.1 Os temas abordam aspectos importantes que precisam ser reforçados	1	2	3	4
3.2 A tecnologia compila as informações necessárias para o conhecimento da população-alvo	1	2	3	4
3.3 A tecnologia desperta para a importância do tema	1	2	3	4
3.4 A tecnologia instiga a mudanças de comportamento e atitude pelo profissional de saúde	1	2	3	4
3.5 Está muito satisfeito (a) com a tecnologia	1	2	3	4
Justificativas:				
Sugestões de melhorias:				

Fonte: Teixeira e Mota (2011) e Sousa, Arruda e Macena (2017), adaptado pela autora.

3.3.4.4 Envio do convite formal aos juízes

Foi encaminhado convite formal (APÊNDICE D) por *e-mail* aos juízes e também realizado contato, por meio de ligação telefônica, com alguns deles, para esclarecimentos necessários. Aos que aceitaram participar foi aplicado questionário socioepidemiológico de caracterização, para avaliar a qualificação e os anos de experiência profissional na temática (APÊNDICE E) e TCLE (APÊNDICE C). O TCLE

foi assinado em duas vias, ficando uma para o arquivo do projeto e a outra para o juiz participante. Foi solicitado aos juízes que finalizem a avaliação em um prazo de sete dias, para que a pesquisa pudesse ser concluída em tempo hábil. As respostas foram enviadas também por e-mail e algumas de forma presencial.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise de dados, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo – (IVC), que mede a proporção de concordância sobre a relevância dos itens do instrumento entre os avaliadores (ALEXANDRE, COLUCI, 2011). Este método utiliza a escala de Likert com pontuações de 1 (um) a 4 (quatro), e o IVC é calculado por meio do somatório de concordância dos itens assinalados como respostas adequadas, respostas “1” e “2” para o instrumento aplicado, dividido pelo total de respostas.

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas adequadas (1 e 2)}}{\text{Número total de respostas}}$$

Com o IVC, todos os itens do instrumento de validação da tecnologia desenvolvida foram analisados, em conjunto para os juízes especialistas em saúde da criança, juízes técnicos em informática e juízes técnicos em comunicação.

Para a validação de conteúdo e aparência pelos juízes, usou-se como referencial Pasquali (2010) e Joventino et al. (2010), que consideram aceitável uma concordância de 80% entre os juízes para os itens avaliados.

Todos os itens dos instrumentos de validação que não obtiveram uma concordância de 80% entre os juízes foram modificados para adequação ou descartados, após a validação pelos juízes especialistas e técnicos.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi pautado nos princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas a serem respeitadas no que concerne a pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Estadual do Ceará, após submissão por meio da Plataforma Brasil (ANEXO B).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi preenchido em duas vias, pelos juízes especialistas, juízes técnicos da informática e da comunicação e pelos profissionais de saúde, ficando uma via para o arquivo do projeto e outra para o participante, garantindo confidencialidade dos dados da pesquisa e o direito de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo, bem como a adesão sem compensações financeiras. Também foi assinado o Termo de Anuência pelo Coordenador da Área de Tecnologias em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em duas vias, ficando uma para a coordenadoria e outra para o arquivo do projeto.

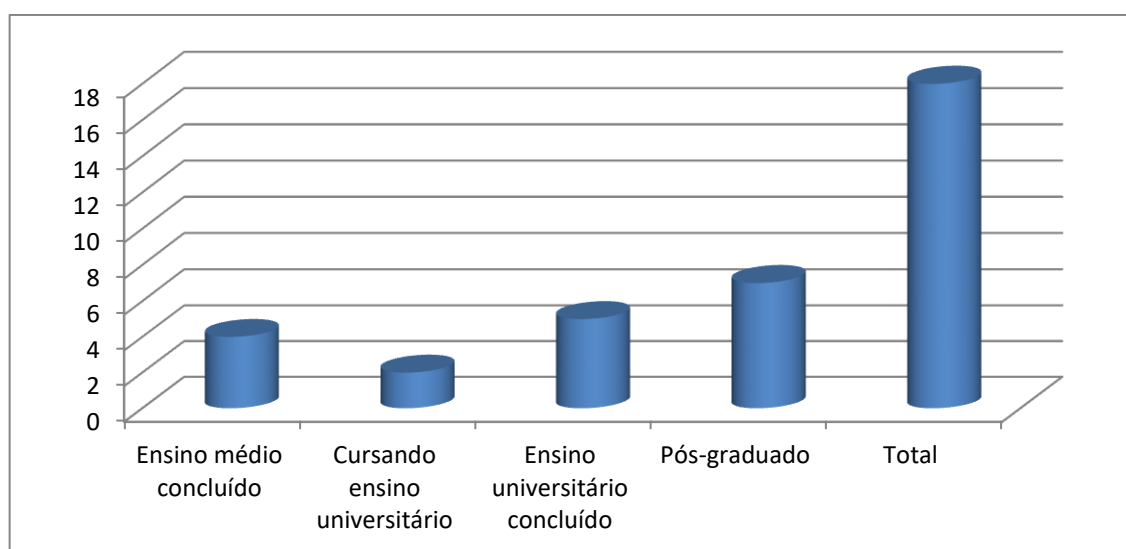
Foram observados os princípios éticos que norteiam as pesquisas científicas: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Não houve qualquer restrição de etnia, credo, gênero ou classe social na seleção dos participantes.

Os riscos dos participantes dessa pesquisa são inerentes a possíveis estresses psicológicos decorrentes da recordação de casos de violência impetrados contra crianças. Caso ocorressem, a entrevista ou o preenchimento dos questionários seriam interrompidos e realizados em outro momento. Os benefícios são decorrentes da contribuição para a construção e validação de uma ferramenta tecnológica, com objetivo de orientar os profissionais de saúde na suspeita e notificação do abuso sexual em crianças, constituindo um avanço no enfrentamento dessa modalidade de violência sexual, com consequências avassaladoras no desenvolvimento infantil.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil da população-alvo entrevistada era de profissionais de saúde das UAPS, admitidos no município em período que variou de oito meses a vinte e cinco anos. A faixa etária compreendia um intervalo de trinta e um a sessenta e um anos de idade. O sexo feminino teve a maior prevalência, com representação de 94%, de tal forma que apenas um profissional era do sexo masculino, com função de Agente Comunitário de Saúde. Com relação ao grau de instrução da população-alvo: quatro respondentes, equivalente a 22,2% tinham concluído ensino médio; dois estavam cursando o ensino universitário, representando 11,1%; cinco profissionais tinham nível superior de escolaridade, correspondente a 27,8%; sete profissionais, que representam 38,9%, tinham pós-graduação concluída.

Gráfico 1 – Grau de instrução da população-alvo



Fonte: Elaborado pela autora.

Vale destacar que 17% dos entrevistados, três profissionais, afirmaram terem feito uma notificação, embora 39%, sete profissionais, tenham respondido que suspeitaram de casos de ASC, durante um atendimento. Os profissionais que notificaram dois eram pediatras e um era enfermeiro. Treze profissionais tinham conhecimento de que a notificação é obrigatória e está prevista no ECA, correspondendo a 72% dos entrevistados. Esse achado reforça a evidência da subnotificação dos casos de ASC e da importância da abordagem desse tema, para combater a esse crime, de natureza intrafamiliar, na sua grande maioria.

Os sete profissionais que suspeitaram de ASC, em um atendimento, relataram a suspeita em decorrência de detecção de IST (um caso de HPV - *Human Papiloma Virus* em cavidade oral), alteração de comportamento como agressividade, exibicionismo (mostrando os órgãos genitais), medo, presença de sangramento transvaginal, lesão física tipo machucado. Em dois casos, os acompanhantes verbalizaram a suspeita e, em outro, a mãe acalmava a criança tocando os genitais.

Com relação ao conhecimento das manifestações que crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar, foram citadas pelos profissionais entrevistados alterações de comportamento como medo, isolamento, agressividade, tristeza, dificuldade de socialização, distúrbios alimentares, dificuldade de aprendizagem, faltas à escola, desconfiança, constrangimento, recusa a ser tocada durante o atendimento, lesões corporais recorrentes, IST, manifestação de sexualidade inadequada para a faixa etária e relato da ocorrência.

Ainda na entrevista semiestruturada, na abordagem sobre qual conteúdo deveria ser incluído em uma ferramenta tecnológica sobre ASC, para orientar na suspeita diagnóstica, os respondentes mencionaram dicas para a suspeita, sinais de alarme, manifestações clínicas, inclusão de uma câmera para fotografar sem levantar suspeita, uma forma de denunciar sem correr riscos, um questionário de investigação, o fluxo de encaminhamento na Unidade de Saúde, fluxo para notificação, como se conduzir, informação de quem é a responsabilidade hierárquica pela notificação na Unidade de Saúde, um questionário investigativo, orientação para exame físico direcionado, modelo de abordagem para a família, informações sobre locais de denúncia e sites com *link* para orientações.

A escolha do nome da ferramenta tecnológica deu-se pelo termo “JUCA”, abreviação de “JUNTOS CONTRA O ABUSO”, criando um personagem “JUCA”, que pode ser utilizado para campanhas de combate ao ASC, a partir da divulgação e utilização da ferramenta para além da categoria de profissionais de saúde.

Destacam-se entre as principais características do “JUCA”, enquanto aplicativo progressivo para a web: responsividade, que possibilita ajustar-se a qualquer formato de acesso e uso como computador, dispositivo móvel e *tablet*; acesso, independente de conectividade, implementado para usar *service workers*, podendo funcionar em conexões instáveis, ou, até mesmo, *off-line*; experiência de uso de um *app*, em que o usuário utiliza como se estivesse em um *app* convencional, com interações e navegação no mesmo estilo de *Apps*, já que ele foi

criado baseado em um modelo *appshell*; atualizável, graças ao *serviceworker*, o JUCA pode ser atualizado constantemente, ganhando novas funções e levando novas informações, de forma rápida e de implementação eficiente; instalável, ao possibilitar que os usuários possam salvar ou “instalar”, quando a utilização for necessária na rotina diária; vinculável por *link*, o que permite ser compartilhado de forma fácil e rápida por meio de URL (*Uniform Resource Locator* ou Localizador Padrão de Recursos), sem muita complexidade para ser veiculado a outros portais e sistemas.

Os Sistemas Operacionais (SO), aos quais foi dedicado o desenvolvimento do aplicativo, foram o *Android*®, que domina, atualmente, 85% do mercado de dispositivos móveis, e o *iOS*, que opera em 14,7% dos dispositivos, de acordo com a *Internacional Data Corporation* (IDC), em 2017. Diante do objetivo desse projeto de combate ao abuso sexual em crianças, entendeu-se importante democratizar o acesso à informação e, para tanto, o desenvolvimento contemplou as duas plataformas.

Para o desenvolvimento do “JUCA”, foram utilizadas as seguintes tecnologias:

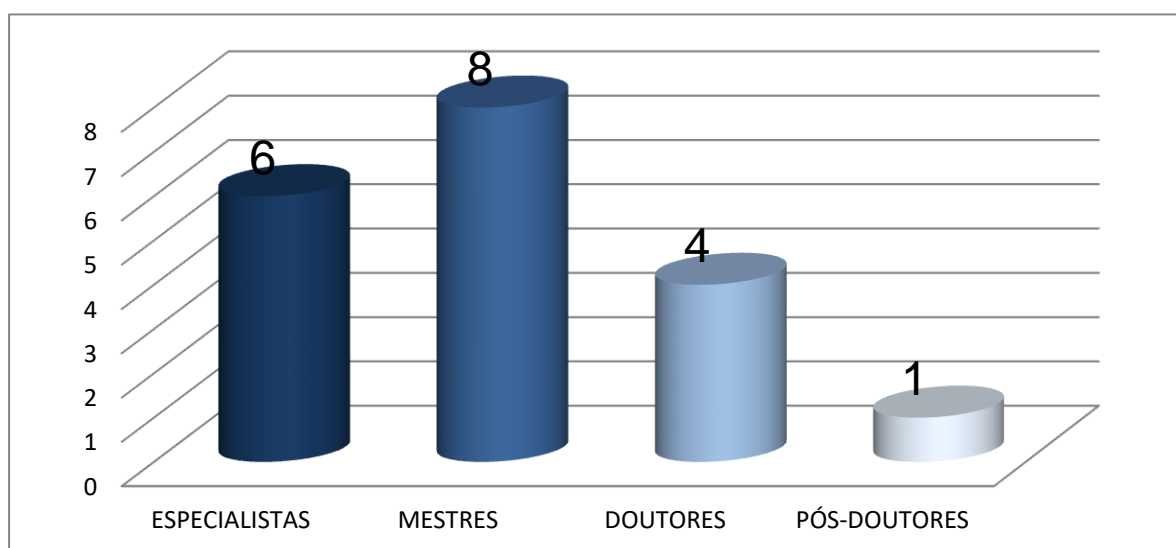
- *Vue.js*: uma biblioteca *javascript* para o desenvolvimento de componentes reativos para interfaces *web*, acessível, versátil e com esforços mínimos para a otimização da ferramenta;
- *Bootstrap*: um *framework front-end* com a função de criar sites com tecnologia *mobile* (responsivo), que permite a criação de janelas modais, recurso muito utilizado para apresentar mensagens a usuários;
- *HTML5* (*Hyper Text Markup Language*): uma linguagem de marcação e estruturação de conteúdo para a internet, criada para ser utilizada por desenvolvedores da web aberta, reúne várias características como possibilidade de descrição detalhada do construto, boa conectividade, operação de forma *off-line*, inserção de representações gráficas e ampliação da velocidade quando em uso em computador;
- *CSS3* (*Cascading Style Sheets*): uma das principais linguagens da *open web*, com o propósito de definir a exibição e a formatação de conteúdo *web*.

A ferramenta tecnológica construída está acessível em: jucaapp.com.br, cuja produção textual está contida no APÊNDICE G.

Para a validação da pesquisa, foi enviado convite de participação para dez juízes, entre eles, um da área da informática e outro da comunicação. Os juízes que responderam à solicitação de participação na pesquisa foram oito. Entre os quais, três eram médicos pediatras, dois enfermeiros, um psicólogo e os dois juízes técnicos, da informática e da comunicação, com faixa etária dos juízes variando de 43 a 65 anos.

A menor pontuação entre os juízes foi 7(sete) e a maior 15 (quinze), entre uma variação possível de 0 (zero) a 17 (dezesete). Do total de oito juízes, seis eram especialistas, todos tinham título de mestre, quatro eram doutores e um pós-doutor, conforme demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Qualificação dos juízes



Fonte: Elaborado pela autora.

Apenas os juízes técnicos não tinham experiência com saúde da criança e com violência sexual contra crianças. Para os juízes especialistas, o tempo de experiência com saúde da criança variou de 3 (três) a 39 (trinta e nove) anos, e, com violência sexual contra crianças, a variação foi de 3 (três) a 34 (trinta e quatro) anos. Com relação à experiência com construção de aplicativos, dois juízes responderam positivamente, dos quais, um era juiz técnico e outro especialista. Todos estavam participando em algum grupo ou projeto de pesquisa.

Dos vinte e cinco quesitos avaliados pelos oito juízes, cinco foram considerados totalmente adequados, nota “1”, por todos os juízes, com 100% de concordância: as informações e os conteúdos são importantes para o trabalho da população-alvo; as informações e os conteúdos orientam como fazer a notificação do ASC; a tecnologia é de fácil acessibilidade; o *download* é realizado de forma simples e sem erros; as cores utilizadas estão adequadas.

Cinco quesitos receberam uma avaliação de parcialmente adequado, nota “3”: as informações e os conteúdos esclarecem sobre a obrigatoriedade da notificação do ASC; a navegabilidade apresenta-se fácil para o acesso aos menus, *links* e trocas de páginas; com relação à experiência do usuário, a tecnologia é suave e didática; o tamanho das letras e estilo da fonte estão adequados; a tecnologia instiga a mudanças de comportamento e atitude pelo profissional de saúde.

Obteve-se um total de duzentas respostas, entre as quais, cento e sessenta e oito totalmente adequadas (nota 1), vinte e sete adequadas (nota 2), cinco parcialmente adequadas (nota 3) e nenhuma inadequada (nota 4).

O IVC demonstrou uma proporção de concordância de 97,5% sobre a relevância dos itens do instrumento entre os avaliadores, conforme cálculo por meio da aplicação da fórmula a seguir:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas adequadas (1 e 2)}}{\text{Número total de respostas}}$$

$$\text{IVC} = \frac{168 + 27}{200} = \frac{195}{200} = 0,975$$

Entre as trinta e quatro sugestões de melhorias dos juízes, treze (38,2%) puderam ser implantadas de imediato, e outras, por demandarem tempo e recurso financeiro, que serão buscados posteriormente, não foram incorporadas à tecnologia durante a conclusão deste estudo, de tal forma que treze (38,2%) foram parcialmente implantadas, e oito (23,6%) não implantadas. No quadro a seguir, listamos as considerações dos juízes:

Quadro 6 – Sugestões de melhorias dos juízes

(continua)

5.1 SUGESTÕES IMPLANTADAS

5.1.1 Em “Conheça os sinais e os sintomas relevantes” para crianças “maiores de 5 anos”, no item 7, “enurere-se”, fazer a correção ortográfica para “enurese”;

5.1.2 Em “Possíveis achados no exame físico”, corrigir a palavra “equimose”, que está escrita “esquimose”, e, em vez de “mordida”, acrescentar “marcas de mordida”;

5.1.3 Atualizar o link sugerido no APP, em virtude de a nomenclatura da violência notificada ao VIVA/SINAN tratar-se de violência interpessoal. Consultar o link abaixo para VIVA 2016:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_a_utoprovocada_2ed.pdf;

5.1.4 Incluir o *link* CAOPJI – Ministério Público do Estado do Ceará. Disponibiliza vários links, incluindo COMDICA, CEDECA e outros de interesse à temática: <http://www.mp.ce.gov.br/orgaos/caopij/links.asp>;

5.1.5 Criar conta de e-mail com o domínio do site;

5.1.6 Criar uma lista de e-mail com este nome: contato@jucaapp.com.br;

5.1.7 Melhorar a navegabilidade, tanto dos controles como da fluência, que chegou a travar;

5.1.8 Abrir o *link* da ficha de notificação;

5.1.9 Em fatores de risco, acrescentar crianças e adolescentes cujos pais ou cuidadores sofreram abuso na infância e adolescência;

5.1.10 Em sintomas, acrescentar crianças e adolescentes que apresentam recusa ou repulsa ao frequentar determinados ambientes;

5.1.11 Em sinais, acrescentar lesões em mamilos ou em regiões de genitália e ânus, incluindo presença de verrugas;

5.1.12 Frisar que o exame de regiões íntimas em crianças e adolescentes deve, habitualmente, fazer parte do exame físico realizado por profissionais de saúde, salvo situações especiais em que essa prática possa ser inapropriada;

5.1.13 Ressaltar a ausência de alterações ao exame físico, na maioria dos casos, em cerca de 80% dos casos;

Quadro 6 – Sugestões de melhorias dos juízes

(continua)

5.2 SUGESTÕES PARCIALMENTE IMPLANTADAS

5.2.1 Substituir INDICADORES por NÚMEROS DO ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES;

5.2.2 Substituir FLUXO DO ATENDIMENTO por DENÚNCIAS E CANAIS DE ATENDIMENTO;

5.2.3 No texto, diz que a notificação “é realizada para o Conselho...”, todavia, caso não seja possível, ela pode ser realizada também por outros órgãos. A informação é colocada mais adiante, mas acho que ficaria melhor dizer logo no início do item;

5.2.4 Criar um título antes de apresentar o que o ECA determina como punição para os casos de omissão;

5.2.5 O parágrafo explicando o que é o ECA poderia vir antes daquele que explicita as punições àqueles que não notificam;

5.2.6 Formatar melhor os parágrafos;

5.2.7 Destacar a cor para os *links*;

5.2.8 Aumentar o tamanho das letras e modificar a cor branca da letra, que, por vezes, se confunde com o fundo;

5.2.9 Quebrar o texto com espaços e figuras;

5.2.10 Facilitar o acesso à ficha de notificação;

5.2.11 Ampliar a população-alvo para profissionais da educação, visto que estão em contato diário com vítimas em potencial;

5.2.12 Disponibilizar um ícone do app a ser baixado na área de trabalho, dispensando a necessidade de digitar o site;

5.2.13 Colocar um *link* para download do ECA, para não ficar isolado em uma caixa;

Quadro 6 – Sugestões de melhorias dos juízes

(conclusão)

5.3 SUGESTÕES NÃO IMPLANTADAS
<p>5.3.1 Na relação de links ou na descrição, poderiam ser inseridos artifícios como letras diferenciadas ou em negrito para sinalizar atenção aos aspectos mais relevantes, que são necessários aos profissionais de saúde, para tomada de decisão em caso de ASC;</p> <p>5.3.2 Criar um formulário de contatos para facilitar o envio das mensagens;</p> <p>5.3.3 Criar um link para duas ou três sugestões de textos ou trabalhos acadêmicos sobre o tema;</p> <p>5.3.4 Inserir no instrumento uma referência maior ao trabalho de escuta da criança e da família;</p> <p>5.3.5 No item “Seu papel no combate...”, poderia haver uma referência ao acolhimento dessas crianças e de suas famílias, considerando as dimensões do acolhimento e continuidade do cuidado clínico como também fundamentais;</p> <p>5.3.6 Quando fala do aplicativo PROTEJA BRASIL, seria o caso para uma inversão de parágrafos: primeiro dizer o que é o aplicativo;</p> <p>5.3.7 A tecnologia poderá ainda ser aperfeiçoada para instigar mudanças no comportamento daquele que se omite em face da denúncia, mas penso que ela enfatiza um caráter mais punitivo;</p> <p>5.3.8 Criar <i>links</i> ativos para a ligação e o preenchimento da denúncia.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Após as alterações decorrentes das sugestões dos juízes, a Fórmula SMOG foi aplicada pela autora para avaliar se o texto estava adequado ao menor nível de leitura, compreensão e grau de escolaridade da população-alvo. Portanto, o texto da tecnologia em desenvolvimento deve-se adequar ao menor nível de escolaridade da população-alvo em estudo, que considera 12 (doze) anos de estudo para ensino médio completo, sendo este o número máximo desejado, a ser obtido com a aplicação da Fórmula, para caracterizar a adequação.

Durante a aplicação da Fórmula SMOG, a autora considerou como palavras complexas para a contagem, as que possuíam mais de três sílabas. Ao extrair a raiz quadrada do quadrado perfeito mais próximo, o resultado encontrado ficou entre dois quadrados perfeitos; escolheu o número mais baixo antes de adicionar três ao número encontrado. O resultado obtido com aplicação da Fórmula SMOG foi 15 (quinze), que equivale ao nível de escolaridade de frequência do ensino superior, portanto acima do letramento funcional em saúde da população-alvo, na qual 22,2% eram de pessoas com ensino médio concluído. Todavia, as informações técnicas e normativas contidas no texto dificultaram a substituição de palavras, para adequação ao menor nível de leiturabilidade da população-alvo.

O objeto deste estudo está disponível em www.jucaapp.com.br ou <http://jucaapp.com.br/View/Home.html>, podendo navegar no próprio site ou baixar para a tela principal do dispositivo móvel. A seguir, inserimos as principais telas da ferramenta tecnológica:

Figura 2 – Amostra de tela na disposição Desktop (1920x1080)



Fonte: <http://www.jucaapp.com.br/>

Figura 3 – Amostra de tela na disposição Desktop (1920x1080)



Fonte: <http://www.jucaapp.com.br/View/ASC.html>

Figura 4 – Amostra de tela na disposição Desktop (1920x1080)



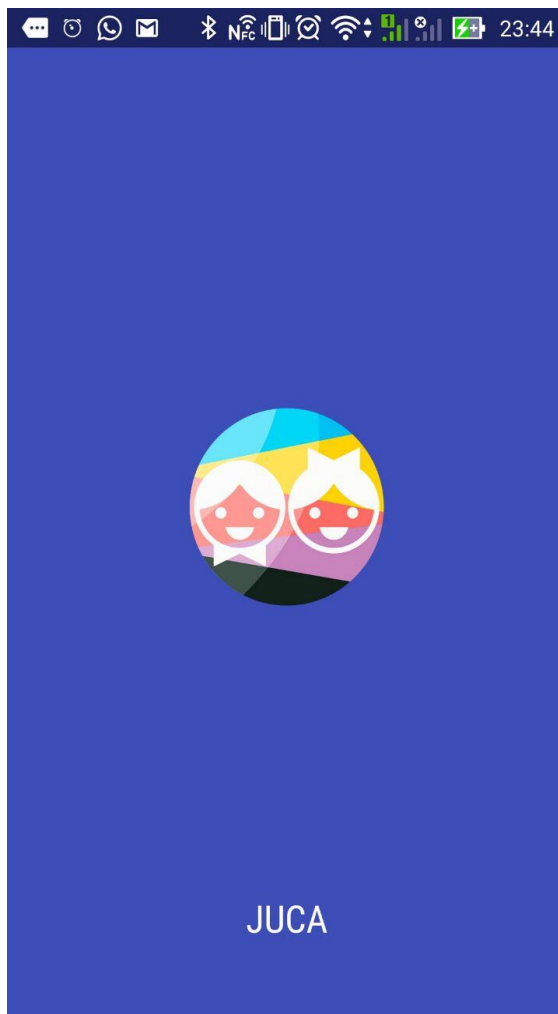
Fonte: <http://www.jucaapp.com.br/View/Combate.html>

Figura 5 – Amostra de tela na disposição Desktop (1920x1080)



Fonte: <http://www.jucaapp.com.br/View/Legislacao.html>

Figura 6 – Amostra de tela responsiva a dispositivos móveis



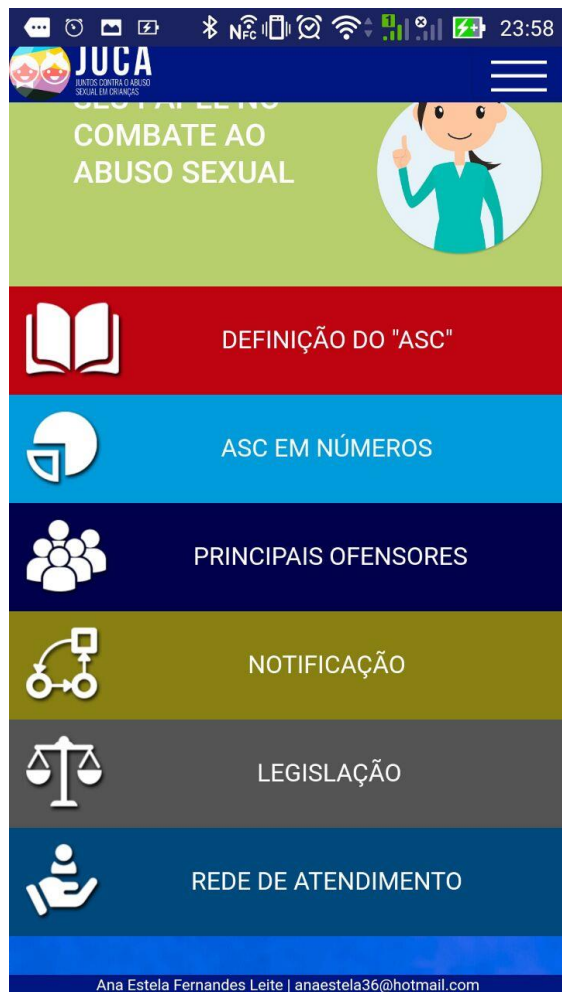
Fonte: Tela inicial

Figura 7 – Amostra de tela responsiva a dispositivos móveis



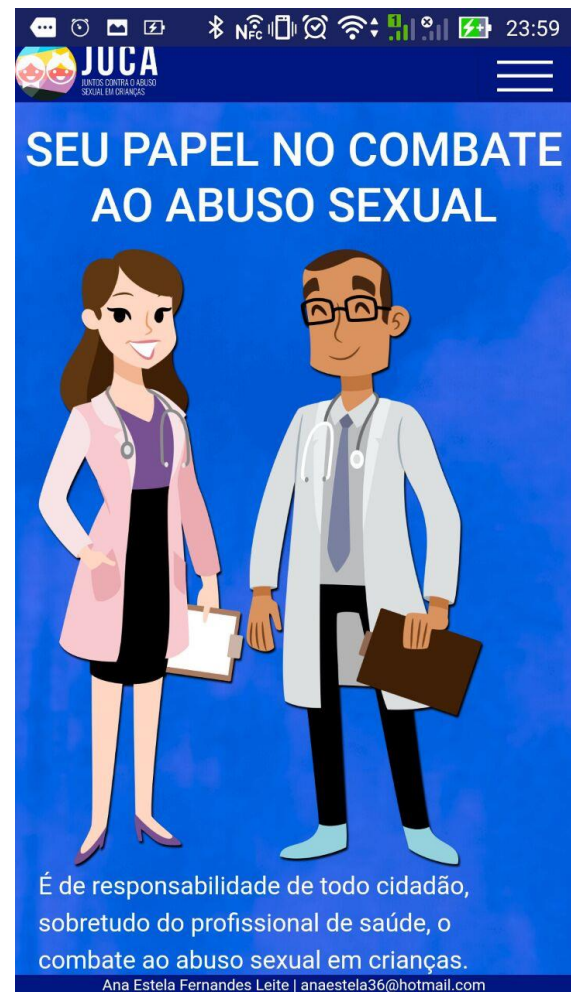
Fonte: Tela home

Figura 8 – Amostra de tela responsiva a dispositivos móveis



Fonte: Tela home

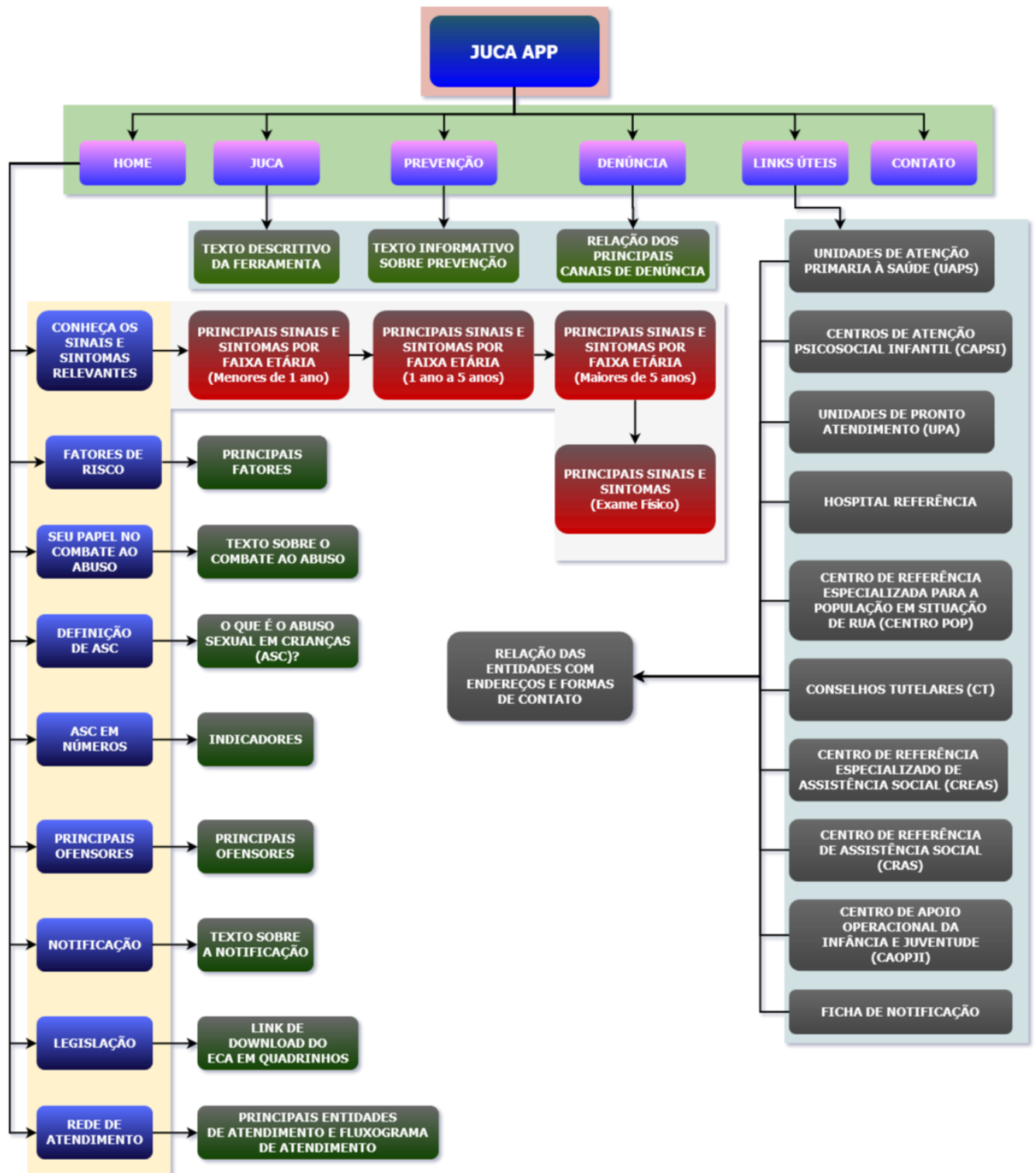
Figura 9 – Amostra de tela responsiva a dispositivos móveis



Fonte: Tela "Seu papel no combate ao abuso sexual"

O fluxograma a seguir orienta a navegação na ferramenta tecnológica, por meio das diversas telas e páginas do App e representação diagramada do conteúdo do construto.

Figura 10 – Fluxograma e mapa de navegação de telas do Juca App



Fonte: Elaborada pela autora

5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa resultou no desenvolvimento de um aplicativo responsivo web, que se adapta a qualquer tipo de tela, é de fácil acessibilidade e pode ser utilizado por profissionais de saúde como ferramenta tecnológica de enfrentamento ao abuso sexual em crianças, por orientar esses profissionais em caso de suspeita diagnóstica e notificação e apresentar letramento funcional em saúde adequado para a população com nível de escolaridade equivalente ao ensino universitário.

As informações contidas na tecnologia permitem seu uso também pela população em geral e, sobretudo, por profissionais da educação, que, por estarem mais próximos a crianças, nas rotinas escolares do dia a dia, podem perceber, precocemente, situações de risco e vulnerabilidade social, bem como mudanças comportamentais, sinais e sintomas, apresentados pelas vítimas, de abuso sexual e, dessa forma, intervir em um estágio de evolução, no qual as marcas dessa violência ainda possam ser apagadas ou, pelo menos, minimizadas. Para tanto, essa ferramenta deve ser amplamente divulgada entre os profissionais de saúde e de educação.

É fundamental fortalecer e integrar a rede assistencial, valorizando as dimensões do acolhimento e da continuidade do cuidado clínico. Capacitar os profissionais da assistência para, além de acolher, suspeitar e notificar, estabelecer uma via de escuta qualificada, de tal modo que estejam aptos para tratar as vítimas, suas famílias e os ofensores, possibilitando redução de danos e prevenindo, dessa forma, a continuidade e perpetuação do abuso sexual por gerações, rompendo o ciclo de vitimização.

Devem-se realizar campanhas de prevenção que contemplem ações educativas e formativas nos espaços de convivência das crianças, desde a primeira infância, para a consciência do próprio corpo e orientação sobre jogos sexuais e carícias indevidas, estabelecendo, desse modo, a confiança e segurança da criança, para sanar dúvidas e esclarecimentos e incentivá-la à comunicação ao menor sinal de desconfiança. Ao adulto reforçar que deve acreditar quando a criança relatar algum fato suspeito, para assumir atitude investigativa e de denúncia. Nos casos prováveis, a criança deve ser tratada sempre como vítima e nunca como responsável ou culpada pelo abuso, devendo, de imediato, ser afastada do ofensor.

Para os cuidadores e responsáveis, a mensagem da melhor prevenção é a supervisão com autonomia.

Recomenda-se a divulgação da tecnologia resultante desta pesquisa para os profissionais de saúde e de educação; ampla socialização por meio das redes sociais, para o alcance do maior número de pessoas; capacitação dos profissionais que compõem a rede de proteção às vítimas; realização de campanhas institucionais de prevenção; discussão em fóruns intersoriais, com participação de profissionais da saúde, da educação, da justiça, das sociedades de classe, das organizações religiosas e dos órgãos de controle social; criação de uma **Comissão de Atendimento e Prevenção aos Maus-Tratos e Violência Sexual em Crianças e Adolescentes** para as Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de Fortaleza, a exemplo da que foi instituída em 1993 para os hospitais pediátricos e de emergência, públicos ou privados, pelo governo do Estado do Ceará. Essa comissão deve ser composta por profissionais envolvidos no atendimento à criança e ao adolescente, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, e deve contar com o apoio da equipe da Estratégia da Saúde da Família, do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Conselhos Regionais de Saúde, Conselhos Tutelares e Sociedades de Classes, haja vista a importância da intervenção multiprofissional para o alcance de resultados.

É preciso somar esforços, mobilizar as entidades de classe e a sociedade civil no enfrentamento ao abuso sexual em crianças e adolescentes, trabalhar a prevenção e suspeitar, precocemente, para intervir a tempo de que os danos psicossociais iniciais não se tornem cicatrizes na história de vida das crianças vitimadas.

Com esse objetivo, disponibiliza-se o “JUCA”, produto de pesquisa de desenvolvimento, construído e validado por juízes especialistas e técnicos, para uso pelos profissionais de saúde e para adequação à incorporação também pelos profissionais de educação, com o propósito de que amplie o combate a essa violenta ocorrência desde os primórdios da humanidade e persista, de forma silenciosa, no contexto de muitas famílias.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. **Lei Federal nº 12.015, de 07 de agosto de 2009.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Disque 100.** Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/disque-direitos-humanos/disque-direitos-humanos>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 17 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portal Brasil.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/abuso-sexual-e-o-segundo-maior-tipo-de-violencia-contracrianças-mostra-pesquisa>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/1958-abuso-sexual-e-o-segundo-br-maior-tipo-de-violencia>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.** 2. ed. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 68 p. Série B. Textos Básicos em Saúde.

CAVACO, A. M.; VARZEA, D. Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias Portuguesas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 179-186, 2010.

CEARÁ (Estado). **Lei Estadual nº 12.242,** de 29 de dezembro de 1993. Disponível em: <<https://www.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis93/12242.htm>>. Acesso em 14 abr. 2016.

CHILDHOOD BRASIL; CANAL FUTURA. Que Exploração é essa? **Cadernos de textos**. Brasília: UNICEF. 2. ed. 2012.

CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Como identificar, prevenir e combater a violência sexual contra crianças e adolescentes**. 2010. Disponível em: <http://www.iepro.org.br/wp-content/uploads/2017/08/violencia_sexual_12_07_2010.pdf>. Acesso em: 14. Abr. 2016.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. J. B. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Company, 1996. 12 p.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc Saude**, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

FALEIROS, E. T. S.; FALEIROS, V. P. Trabalhando com a série. In: CHILDHOOD BRASIL; CANAL FUTURA. Que Exploração é essa? **Cadernos de textos**. Brasília: UNICEF. 2. ed. 2012. cap. 5, p. 17-71. Disponível em: Disponível em: <<http://www.childhood.org.br/maioria-das-criancas-sofre-abuso-sexual-do-pai-ou-padrasto>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

FREITAS, L. V. et al. Exame físico no pré-natal: Construção e validação de hiperímia educativa para a enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 581-588, 2012.

GONDIM, R. M. F.; MUÑOZ, D. R.; PETRI V. Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 86, n. 3, p. 527 – 536, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso: 12 fev. 2016.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

JOVENTINO, E. S. et al. Comportamento da diarreia infantil antes e após consumo de água pluvial em município do semiárido brasileiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 691-699, dez. 2010.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15. n. Esp, p.: 178-185, 2006.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 819-832, set. 2011.

MERHY, E. E; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2013.

NASCIMENTO, A. F; DESLANDES, S. F. A construção da agenda pública brasileira de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1171-1191, out. 2016.

NIETSCHE, E. A. **As tecnologias assistências, educacionais e gerenciais produzidas pelos docentes dos cursos de enfermagem das instituições de ensino superior de Santa Maria – RS**. In: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Relatório Final. Santa Maria (RS): UFSM/ CNPq; 2003.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10**. Versão 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 20 set. 2016.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

_____. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. especial, p. 99-107, 2007.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 197-204, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROTEJA BRASIL. Disponível em: <<http://www.protejabrasil.com.br/br/>>. Acesso em: 3 set. 2016.

REBERTE, L. M. **Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção de saúde da gestante**. 2008. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo 2008.

SILVA, M. M.; SANTOS, M.T. P. Os paradigmas de desenvolvimento de aplicativos para aparelhos celulares. **Tecnologias, Infraestrutura e Software**, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 1 62-1 70, maio/ago. 2014.

SORENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, p. 1-13, 2012.

SOUSA, A. J. S.; ARRUDA, G. M. M. S; MACENA, R. H. M. Validação de um aplicativo de educação postural para escolares da cidade de Fortaleza/CE. **Revista Educacional Interdisciplinar**, v. 6, n. 1, out. 2017.

TEICHER, M. H. Feridas que não cicatrizam: a neurobiologia do abuso infantil. **Scientific American Brasil**, v. 1, n. 83-89, jun. 2002. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/sciam/reportagens/feridas_que_nao_cicatrizam_a_neurobiologia_do_abuso_infantil.html>. Acesso em: 19 jun. 2016.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Tecnologias educacionais em foco**. São Caetano do Sul: Série Educação em Saúde, 2011. p. 41.

TIBES, C. M. S.; DIAS, J. D.; MASCARENHAS, S. H. Z. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 471-478, abr./jun. 2014.

WERNECK, A. F; BRASIL, C. Exploração sexual de crianças e adolescentes: por que falar sobre isso? In: CHILDHOOD BRASIL; CANAL FUTURA. Que Exploração é essa? **Cadernos de textos**. Brasília: UNICEF. 2. ed. 2012. cap. 2, p. 6-7. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/childhood/cartilha_kit_que_exploracao_e_essa.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista para Profissionais de Saúde

DATA: ____/____/____
SECRETARIA REGIONAL:
UAPS:
NOME:
DN: ____/____/____ SEXO: M () F ()
GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL () ENSINO MÉDIO () SUPERIOR () PÓS-GRADUAÇÃO ()
DATA DA ADMISSÃO: ____/____/____
PROFISSÃO:
FUNÇÃO:
1. Você já suspeitou da ocorrência de abuso sexual em crianças, durante um atendimento? Sim () Não ()
2. Se sim, o que levou você a suspeitar dessa ocorrência?
3. Quais as manifestações que crianças, vítimas de abuso sexual, podem apresentar?
5. Você já notificou ou denunciou algum caso de abuso sexual? Sim () Não ()
6. Você já desconfiou de algum caso de abuso sexual em crianças, mas não notificou ou denunciou? Sim () Não ()
7. Você sabe como fazer a notificação e/ou a denúncia dos casos de abuso sexual em crianças?
8. Você sabe que a notificação obrigatória, de casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual em crianças, está prevista no ECA? Sim () Não ()
9. Qual conteúdo deve ser incluído em uma ferramenta tecnológica sobre o abuso sexual em crianças, para orientar na suspeita diagnóstica?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a População-Alvo

Prezado(a) colaborador(a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Abuso sexual em crianças: construção e validação de uma ferramenta tecnológica para profissionais de saúde”, a ser desenvolvida pela aluna Ana Estela Fernandes Leite, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Anamaria Cavalcante e Silva, vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Trata-se de um estudo metodológico ou de desenvolvimento, cujo objetivo principal é construir e validar uma ferramenta tecnológica para orientação de profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças. A sua participação se dará pela aplicação de uma entrevista cujo objetivo é identificar o conhecimento sobre o tema, para o desenvolvimento do construto, com perguntas objetivas e subjetivas, que incluem questões relacionadas à identificação socioepidemiológica, aos aspectos relacionados às manifestações clínicas e comportamentais do abuso sexual em crianças, à legislação vigente e às demandas dos profissionais de saúde. A entrevista será agendada em horário conveniente para o senhor(a), com duração máxima de 30 minutos, cujas respostas serão anotadas pela pesquisadora. Ao participar desta pesquisa, você estará colaborando para que os dados sejam expressos o mais próximo da realidade. Para evitar desconfortos e constrangimentos, a entrevista, o preenchimento do questionário e a assinatura do TCLE serão realizados em local reservado com o objetivo de assegurar sua privacidade. Os riscos dos participantes desta pesquisa são inerentes a possíveis estresses psicológicos decorrentes da recordação de casos de violência impetrados contra crianças. Caso ocorram, a entrevista ou o preenchimento dos questionários serão interrompidos e realizados em outro momento. Os benefícios da participação nesta pesquisa são decorrentes da contribuição para a construção e validação de uma ferramenta tecnológica, cujo objetivo é orientar os profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças, constituindo um avanço no enfrentamento dessa modalidade de violência sexual, com consequências avassaladoras no desenvolvimento infantil. Caso aceite participar da pesquisa, será agendado um horário em seu local de trabalho para a realização da

entrevista, que não lhe tomará muito tempo. Por esse serviço, não receberá nenhuma compensação financeira e também não lhe acarretará qualquer custo. A sua participação não é obrigatória e poderá desistir dela a qualquer momento. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que trabalha. Sua identidade será mantida em sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento será elaborado em duas vias, uma para você e outra para os arquivos do projeto. Caso tenha dúvidas, entre em contato com a pesquisadora Ana Estela Fernandes Leite. Telefone: (85) 9.9986.4076, *E-mail*: anaestela36@hotmail.com, Endereço: Av. Dr. Silas Muguba, nº 1700, Campus do Itaperi, CEP.: 60.740-000, Fortaleza – CE. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará encontra-se disponível para maiores esclarecimentos, no endereço Av. Dr. Silas Muguba, nº 1700, Campus do Itaperi, CEP.: 60.740-000, Fortaleza – CE, de segunda-feira a sexta-feira, no período de 8h às 17h, pelo telefone (85) 31019890, pelo e-mail: cep@uece.br, ou, se necessário, entre em contato com a Plataforma Brasil através do link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora, compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo e DOU MEU CONSENTIMENTO SEM QUE, PARA ISSO, EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).

Fortaleza, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Pesquisadora Ana Estela Fernandes Leite

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Juízes

Prezado(a) colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Abuso sexual em crianças: construção e validação de uma ferramenta tecnológica para profissionais de saúde”, a ser desenvolvida pela aluna Ana Estela Fernandes Leite, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Anamaria Cavalcante e Silva, vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Trata-se de um estudo metodológico ou de desenvolvimento, cujo objetivo principal é construir e validar uma ferramenta tecnológica para orientação de profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças. Ao participar desta pesquisa, você estará colaborando para que os dados sejam expressos o mais próximo da realidade. Para evitar desconfortos e constrangimentos, o preenchimento dos questionários e a assinatura do TCLE serão realizados em local reservado com o objetivo de assegurar sua privacidade. Os riscos dos participantes desta pesquisa são inerentes a possíveis estresses psicológicos decorrentes da recordação de casos de violência impetrados contra crianças. Caso ocorram, o preenchimento dos questionários será interrompido e realizado em outro momento. Os benefícios da participação nesta pesquisa são decorrentes da contribuição para a construção e validação de uma ferramenta tecnológica, com objetivo de orientar os profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças, constituindo um avanço no enfrentamento dessa modalidade de violência sexual, com consequências avassaladoras no desenvolvimento infantil. Por esse serviço, não receberá nenhuma compensação financeira e também não lhe acarretará qualquer custo. A sua participação não é obrigatória e poderá desistir dela a qualquer momento. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que trabalha. Sua identidade será mantida em sigilo. Solicito que, ao receber o aplicativo e o questionário, envie seus comentários em um prazo máximo de sete dias, para que o projeto seja concluído em tempo hábil. Os resultados do estudo serão enviados a você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não serão divulgados sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar

deste estudo. Este termo de consentimento será elaborado em duas vias, uma para você e outra para os arquivos do projeto. Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora Ana Estela Fernandes Leite. Telefone: (85) 9.9986.4076, *E-mail*: anaestela36@hotmail.com, Endereço: Av. Dr. Silas Muguba, nº 1700, Campus do Itaperi, CEP: 60.740-000, Fortaleza – CE. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará encontra-se disponível para maiores esclarecimentos no endereço Av. Dr. Silas Muguba, nº 1700, Campus do Itaperi, CEP: 60.740-000, Fortaleza – CE, de segunda-feira a sexta-feira, no período de 8h às 17h, pelo telefone (85) 31019890, pelo e-mail: cep@uece.br, ou, se necessário, entre em contato com a Plataforma Brasil através do link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora, compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo e DOU MEU CONSENTIMENTO SEM QUE, PARA ISSO, EU TENHA SIDO FORÇADO (A) OU OBRIGADO(A).

Fortaleza, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante

Pesquisadora Ana Estela Fernandes Leite

APÊNDICE D – Convite Formal para os Juízes

Prezado(a) colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Abuso sexual em crianças: construção e validação de uma ferramenta tecnológica para profissionais de saúde”, a ser desenvolvida pela aluna Ana Estela Fernandes Leite, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Anamaria Cavalcante e Silva, vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Trata-se de um estudo metodológico ou de desenvolvimento, cujo objetivo principal é construir e validar uma ferramenta tecnológica para orientação de profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças. Sua participação nesta pesquisa como juiz especialista para validação do conteúdo e da aparência da tecnologia desenvolvida foi indicação do(a) dirigente da sua entidade de classe ou por consulta junto ao Currículo Lattes, considerando sua titulação acadêmica, produção científica e experiência profissional na temática deste estudo. Caso aceite participar da pesquisa, será enviado a seu *e-mail*: 1) O aplicativo móvel resultado desta pesquisa; 2) O questionário socioepidemiológico referente à sua trajetória profissional; 3) Os questionários para validação de conteúdo e aparência referente à tecnologia. Além disso, neste instrumento, haverá um local para sugestões do (a) senhor(a); 4) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação será muito valiosa para esta pesquisa. Agradeço antecipadamente o aceite e solicito que, ao receber o material, envie seus comentários em um prazo máximo de sete dias, para que o projeto seja concluído em tempo hábil.

Cordialmente,

Ana Estela Fernandes Leite
Pesquisadora Responsável
Mestranda do CMPSCA
Telefone: (85) 9.9986.4076
E-mail: anaestela36@hotmail.com

APÊNDICE E - Caracterização dos Juízes - Questionário Socioepidemiológico

Identificação

Nome: _____ Idade: _____

Experiência com saúde da criança (em anos): _____

Experiência com violência sexual contra crianças (em anos): _____

Experiência com construção de aplicativos: 1. SIM 2. NÃO _____

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: 1. SIM 2. NÃO _____

Se sim, qual a temática: _____

Qualificação profissional:

Graduação: _____ Ano: _____

Especialização: _____ Ano: _____

Título da Monografia: _____

Mestrado: _____ Ano: _____

Título da Dissertação: _____

Doutorado: _____ Ano: _____

Título da Tese: _____

Outros aperfeiçoamentos: _____

Trajétoria Profissional:

Área de atuação: _____ Tempo de atuação: _____

Temas/ áreas de atuação: _____

Trabalhos publicados nas áreas/temas relacionados à violência contra crianças e produção de aplicativos: _____

Observações: (opcional): _____

APÊNDICE F – Instrumento de Validação para os Juízes Especialistas e Técnicos

Para preenchimento do instrumento de validação, é necessário que acesse o app por meio do site: www.jucaapp.com.br ou <http://jucaapp.com.br/View/Home.html>, podendo navegar no próprio site ou baixar para a tela principal do dispositivo móvel. Após leitura e análise de toda a tecnologia, responde-se ao instrumento, marcando com um “X” os números que estão na frente de cada item, com respostas baseadas na escala de Likert: **1 – totalmente adequado; 2 – adequado; 3 – parcialmente adequado; 4 – inadequado.**

Ao final de cada grupo de validação, existem espaços para justificativas de respostas 3 e 4, bem como para sugestões de melhorias.

1 – Objetivos – Refere-se à análise de adequação do construto ao objetivo da pesquisa que é de construir e validar uma ferramenta tecnológica para orientação de profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças, para uso em dispositivos móveis e computadores, com letramento funcional em saúde adequado à população-alvo.				
1.1 As informações e os conteúdos estão adequados às necessidades da população-alvo	1	2	3	4
1.2 As informações e os conteúdos são importantes para o trabalho da população-alvo	1	2	3	4
1.3 As informações e os conteúdos orientam na suspeita diagnóstica do ASC	1	2	3	4
1.4 As informações e os conteúdos esclarecem sobre a obrigatoriedade da notificação do ASC	1	2	3	4
1.5 As informações e os conteúdos orientam como fazer a notificação do ASC	1	2	3	4
1.6 As informações e os conteúdos estão no nível de legibilidade da população-alvo	1	2	3	4
1.7 As informações e os conteúdos podem circular no meio científico	1	2	3	4
Justificativas:				
Sugestões de melhorias:				

2 – Estrutura e apresentação – Refere-se à forma de apresentar as informações e os conteúdos, incluindo estrutura, organização geral, estratégias de modelagem, formatação, recursos e interface do ambiente.				
2.1 A tecnologia é de fácil acessibilidade	1	2	3	4
2.2 O <i>download</i> é realizado de forma simples e sem erros	1	2	3	4
2.3 A navegabilidade apresenta-se fácil para acesso aos menus, links e às trocas de páginas	1	2	3	4
2.4 Com relação à experiência do usuário, a tecnologia é suave e didática	1	2	3	4
2.5 O <i>design</i> é atrativo, moderno e bem desenhado	1	2	3	4
2.6 As ilustrações estão expressivas e suficientes	1	2	3	4
2.7 As cores utilizadas estão adequadas	1	2	3	4
2.8 O tamanho das letras e o estilo da fonte estão adequados	1	2	3	4
2.9 A tecnologia apresenta características inovadoras para o objetivo proposto	1	2	3	4
2.10 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	1	2	3	4
2.11 O material está apropriado ao nível sociocultural da população-alvo	1	2	3	4
2.12 Há uma sequência lógica do conteúdo proposto	1	2	3	4
2.13 As informações estão bem estruturadas com concordância e ortografia	1	2	3	4
Justificativas:				
Sugestões de melhorias:				
3 – Relevância – Refere-se às características que avaliam o grau de significação				
3.1 Os temas abordam aspectos importantes que precisam ser reforçados	1	2	3	4
3.2 A tecnologia compila as informações necessárias para o conhecimento da população-alvo	1	2	3	4
3.3 A tecnologia desperta para a importância do tema	1	2	3	4
3.4 A tecnologia instiga a mudanças de comportamento e atitude	1	2	3	4
3.5 Está muito satisfeito(a) com a tecnologia	1	2	3	4
Justificativas:				
Sugestões de melhorias:				

Fonte: Teixeira e Mota (2011) e Sousa, Arruda e Macena (2017), adaptado pela autora.

APP JUCA: JUNTOS CONTRA O ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS

HOME JUCA

Esta ferramenta tecnológica é fruto do trabalho de pesquisa da mestranda Ana Estela Fernandes Leite, apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, tendo como orientadora a Prof^a Dra. Anamaria Cavalcante e Silva.

O objetivo geral do trabalho é construir e validar uma ferramenta tecnológica para orientação de profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças.

PREVENÇÃO

Prover ações educativas e formativas nos espaços de convivência das crianças, desde a primeira infância:

- Informar à criança sobre o próprio corpo;
- Orientar à criança que ninguém deve acariciar suas partes íntimas;
- Estabelecer confiança e segurança da criança para tirar dúvidas e esclarecimentos;
- Incentivar a comunicação ao menor sinal de desconfiança.

Sensibilizar a sociedade e capacitar os profissionais da saúde, educação e assistência quanto aos riscos do Abuso Sexual em Crianças;

Prover ferramentas tecnológicas educativas e formativas para apoiar ações de prevenção;

Supervisionar com autonomia;

Acreditar quando a criança relatar algum fato suspeito;

Conversar, investigar e questionar;

A criança deve ser tratada sempre como vítima e nunca como responsável ou culpada pelo abuso;

Prover rede de proteção capaz de acolher a família e com suporte multiprofissional para a vítima e para o ofensor.

DENÚNCIA

- Nos Conselhos Tutelares
 - Presencial na sede, por telefone ou por relatório.
 - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Capítulo I, do Título II, no artigo 13, determina que casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos devam ser comunicados ao Conselho Tutelar.
 - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Capítulo I, do Título V, em seu artigo 131, define Conselho Tutelar como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990).
- DISQUE 100 ou Disque Direitos Humanos
 - Principal canal de denúncia de violações de direitos humanos no Brasil.
 - Funciona 24 (vinte e quatro) horas, sete dias por semana, por meio de ligações gratuitas, de telefones fixos ou móveis
 - Serviço da Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério da Justiça e Cidadania da Presidência da República
 - A denúncia pode ser anônima, sigilosa e, após análise, é encaminhada em até 24 (vinte e quatro) horas aos órgãos competentes.
 - Acolhe denúncias de categorias de maior vulnerabilidade como crianças e adolescentes, idosos, deficientes, comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros – (LGBT), pessoas em situação de rua e outros, como quilombolas, ciganos, índios e pessoas em privação de liberdade.
- Aplicativo PROTEJA BRASIL
 - Disponibilizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos do Ministério da Justiça e Cidadania em 2013 e atualizado em

2016, com nova versão, que possibilitou a integração com o DISQUE 100.

- Trata-se de um aplicativo móvel para uso em dispositivos móveis com sistemas operacionais Android ou iOS, com acesso gratuito, nos idiomas inglês, português e espanhol.
 - Realiza um georreferenciamento de 27 capitais brasileiras, com indicação dos endereços e telefones das delegacias, conselhos tutelares e outras instituições que compõem a rede de proteção para vítimas de violência mais próximas do usuário. Possibilita denúncia pela internet para categorias de população semelhantes do Disque 100 e aborda os principais tipos de violação de direitos (PROTEJA BRASIL, 2016).
- Ministério Público
- É responsável pela fiscalização dos serviços de atendimento na Rede de Atenção e Proteção à criança e recebe denúncias e as encaminha com a interlocução do Conselho Tutelar, assegurando o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente.
- Delegacias de Polícia
- Acolhe a denúncia e instaura processo de investigação criminal para apurar a suspeita do Abuso Sexual em Crianças.

COMBATA O ABUSO SEXUAL

SUSPEITE, NOTIFIQUE, DENUNCIE

LINKS ÚTEIS

UAPS

CAPSi

UPA

HOSPITAL REFERÊNCIA

CREAS

CENTRO POP

CONSELHO TUTELAR

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_au_toprovocada_2ed.pdf

CONTATO

CONTATOS

Autora: Ana Estela Fernandes Leite

E-mail: anaestela36@hotmail.com

Orientadora: Anamaria Cavalcante e Silva

E-mail: anamariacs2013@gmail.com

Analistas desenvolvedores:

Manoel Bruno Nogueira de Sousa

E-mail: manoelbruno18@gmail.com

Douglas Thierry Martins Padilha

E-mail: douglastmpadilha@gmail.com

CONHEÇA OS SINAIS E OS SINTOMAS RELEVANTES

Diante do impacto causado pela violência sexual sobre a saúde da criança, é necessário manter elevada suspeição sobre alguns sinais e sintomas, achados de exame físico e fatores de risco que podem sinalizar, de forma direta ou indireta, episódios de violência sexual.

Um conjunto de sinais e sintomas, corroborados por uma anamnese criteriosa, podem ser decisivos na vida de uma criança vítima de abuso sexual. Em muitas das situações, a lesão e a história clínica não são compatíveis com os achados de exame físico.

Com pouca frequência, a caracterização é incluída, pelos profissionais de saúde, na suspeita, nos diagnósticos diferenciais, a não ser quando é evidente ou quando surgem doenças de transmissão sexual, por falta de domínio na temática e pelas implicações que decorrem a partir da suspeita (GONDIM; MUÑOZ; PETRI, 2011).

Menores de 1 ano:

1. Choro e irritabilidade, sem motivo aparente;
2. Olhar indiferente e apatia;
3. Desconforto ao colo;
4. Atraso, perda ou regressão no desenvolvimento;
5. Dificuldade na amamentação;
6. Recusa alimentar;
7. Vômitos persistentes;
8. Distúrbio do sono;
9. Dificuldade de socialização e tendência ao isolamento;
10. Maior incidência de doenças, sem causas orgânicas justificáveis, principalmente alérgicas e infecções do trato urinário de repetição;
11. Infecção Sexualmente Transmissível (IST);
12. Lesões de pele, sem causa aparente.

De 1 ano a 5 anos:

1. Choro e irritabilidade, sem motivo aparente;
2. Olhar indiferente e apatia;
3. Mudança de comportamento: tristeza constante, agressividade, destrutividade e exibicionismo;
4. Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites;
5. Atraso, perda ou regressão no desenvolvimento;
6. Distúrbios alimentares, dificuldade na amamentação, recusa alimentar;
7. Vômitos persistentes;
8. Atraso e dificuldade no desenvolvimento da fala;
9. Distúrbio do sono: sonolência diurna, pesadelos, terror noturno;
10. Dificuldade de socialização e tendência ao isolamento;
13. Maior incidência de doenças, sem causas orgânicas justificáveis, principalmente alérgicas e infecções do trato urinário de repetição;
11. Infecção Sexualmente Transmissível (IST);
12. Lesões de pele, sem causa aparente;
13. Ansiedade ou medo relacionado a pessoas, sexo, ambientes, objetos ou situações;

14. Tiques ou manias;
15. Baixa autoestima e autoconfiança;
16. Sintomas de déficit de atenção e hiperatividade.

Maiores de 5 anos:

1. Choro e irritabilidade, sem motivo aparente;
2. Olhar indiferente e apatia;
3. Mudança de comportamento: tristeza constante, agressividade, destrutividade e exibicionismo;
4. Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites;
5. Atraso, perda ou regressão no desenvolvimento;
6. Distúrbios alimentares;
7. Enurese e encoprese;
8. Atraso e dificuldade no desenvolvimento da fala;
9. Distúrbio do sono: sonolência diurna, pesadelos, terror noturno;
10. Dificuldade de socialização e tendência ao isolamento;
11. Lesões de pele, sem causa aparente.
12. Maior incidência de doenças, sem causas orgânicas justificáveis, principalmente alérgicas, e infecções do trato urinário de repetição;
14. Infecção Sexualmente Transmissível (IST);
15. Distúrbios da aprendizagem e fracasso escolar;
16. Ansiedade ou medo relacionado a pessoas, sexo, ambientes, objetos ou situações;
17. Tiques ou manias;
18. Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas;
19. Baixa autoestima e autoconfiança;
20. Hipersexualidade;
21. Masturbação excessiva e compulsiva;
22. Utilização de desenhos com destaque dos órgãos sexuais de adultos;
23. Jogos sexuais repetitivos;
24. Sintomas de déficit de atenção e hiperatividade;
25. Comportamento de risco, com traumas frequentes ou acidentes;
26. Depressão;

27. História de fugas;
28. Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio;
29. Uso de álcool e outras drogas.

EXAME FÍSICO

Na maioria dos casos, cerca de 80%, o exame físico da criança vítima de abuso sexual é normal. O exame de regiões íntimas deve fazer parte do exame físico realizado por profissionais de saúde, salvo situações especiais em que essa prática possa ser inapropriada.

Possíveis achados:

1. Lesões de pele como equimoses, hematomas, marcas de mordidas em regiões erógenas (pescoço, mamas, baixo abdome, parte interna e/ou superior de coxas, região perineal);
2. Lesões de palato e dentes anteriores;
3. Sangramento vaginal;
4. Edema, eritema, escoriações e lacerações nas partes internas de coxas, grandes lábios, vulva, vagina, região escrotal ou anal;
5. Fissuras, sangramento e flacidez de esfíncter anal;
6. Dilatação anal ou uretral;
7. Rotura de hímen;
8. Evidências de Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

FATORES DE RISCO

Saiba quais são as condições que podem aumentar a probabilidade de ocorrência do Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes

- ✓ Carência afetiva;
- ✓ Fraca supervisão;
- ✓ Estilo parental autoritário e punitivo;
- ✓ História familiar de incesto;
- ✓ Isolamento social;
- ✓ Submissão da mãe e mudança frequente de companheiro;
- ✓ Crianças cujos pais ou cuidadores sofreram abuso sexual na infância e adolescência.

SEU PAPEL NO COMBATE AO ABUSO SEXUAL

A denúncia de Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes é a principal forma de combate a esse CRIME, principalmente os que estão camuflados no ambiente familiar.

É de responsabilidade de todo cidadão, sobretudo do profissional de saúde, o combate ao abuso sexual em crianças. Existem evidências clínicas de alterações irreversíveis, nas funções orgânicas e no desenvolvimento cerebral, causadas pelo Abuso Sexual em Crianças (TEICHER, 2002).

O profissional de saúde deve desempenhar seu importante papel na promoção do cuidado à criança vítima de violência, como um agente na Rede de Proteção à Criança, capaz de identificar e conduzir casos suspeitos de violência sexual.

A suspeita é baseada em sinais diretos e, na maioria, em sinais indiretos de agressão física e psicológica, associados a relatos da vítima e do cuidador.

DEFINIÇÃO DE “ASC”

O QUE É O ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS (ASC)?

- Usa a criança como objeto de estimulação e satisfação sexual;
- É impetrado por pessoas de idade superior ou em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais avançado;
- Envolve relações de poder, de dependência ou de confiança;
- Usa força física ou ameaça ou sedução;
- Acontece com ou sem contato físico e com ou sem conjunção carnal;
- Está sempre presente a violência psicológica;
- É a modalidade de violência sexual de mais difícil abordagem;
- É a violência mais silenciosa e devastadora;
- Repercuta em graus variados no desenvolvimento infantil;
- É um grave problema de saúde pública;
- Pode ser de natureza intrafamiliar, extrafamiliar ou institucional;
- Ocorre de forma ocasional ou repetitiva e compulsiva;
- Perpetua a violência por meio de gerações, pela possibilidade de transformação da vítima em um ofensor futuro.

ASC EM NÚMEROS

Repercussões de grandes dimensões no ambiente familiar, de ocorrência em todos os níveis socioeconômicos.

Relatório Mundial sobre Prevenção da Violência - 2014:

- Uma em cada cinco meninas sofreu abuso sexual durante a infância;
- A prevalência de abuso sexual na infância apresenta diferenças de gênero, com maior incidência em meninas:
 - 20% para meninas
 - 8% para meninos

No Brasil, três crianças por hora são vítimas de abuso sexual, e 70% dos estupros ocorrem com menores de idade.

Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) – Brasil 2011:

- 14.625 notificações de violência doméstica, sexual, física e outras agressões contra crianças menores de dez anos:
 - 36% - negligência e abandono;
 - 35% - violência sexual (subnotificada).

Disque 100 (crianças e adolescentes) – Brasil 2016:

- 1ª – Negligência
- 2ª – Violência Psicológica
- 3ª – Violência Física
- 4ª – Violência Sexual: 15.708 denúncias

Quanto ao tipo:

- 72% - abuso sexual
- 20% - exploração sexual
- 8% - pornografia infantil, sexting, grooming, exploração sexual no turismo, estupro.

Quanto à faixa etária:

- 40% - 0 a 11 anos
- 30,3% - 12 a 14 anos
- 20,09% - 15 a 17 anos

Quanto ao gênero:

- 67,69% - meninas

- 16,52% - meninos (os meninos revelam menos do que as meninas).
- 15,79% - não informado

DIGA NÃO AO ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS

PRINCIPAIS OFENSORES

Os ofensores usam diversos artifícios para a obtenção do prazer sexual, incluindo jogos sexuais, carícias, gerando, na criança, o sentimento de privilégio pela escolha, pois estimula o prazer sexual, simulando um segredo que não pode ser transposto. Em alguns casos, aplicam ameaças de morte a entes queridos.

Pesquisa realizada no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo com 205 casos ocorridos entre 2005 e 2009:

- Pai – 38%
 - Padrasto – 29%
 - Tio – 15%
 - Vizinho – 9%
 - Primo – 6%
 - Desconhecidos – 3%
- 88% dos ofensores são do convívio familiar da vítima

Disque 100 (crianças e adolescentes) – Brasil 2016:

- 4ª – Violência Sexual: 15.708 denúncias

Quanto ao gênero do ofensor:

- 62,5% - homens

(Mulheres – É difícil a descoberta por serem as cuidadoras)

Quanto à faixa etária do ofensor:

- 42% - 18 a 40 anos

“O PERIGO PODE ESTAR BEM PRÓXIMO, PODE ESTAR AO SEU LADO”

Rede Globo de Televisão

Novela O Outro Lado do Paraíso

NOTIFICAÇÃO

O Abuso Sexual em Crianças requer dos profissionais de saúde habilidade para identificar os sinais e sintomas e adotar as medidas legais diante de uma suspeita.

Notificar e denunciar os casos são as únicas formas de transpor o silêncio que permeia essa violência.

A suspeita do Abuso Sexual em Crianças, uma violência ainda subnotificada, precisa ser fundamentada em sinais e sintomas apresentados pela criança, para que a denúncia se processe de forma responsável, com base em evidências científicas.

A notificação é encaminhada para o Conselho Tutelar (CT) mais próximo da residência da família:

- A ficha de notificação e investigação individual de violência doméstica, sexual ou outras violências deve estar em três vias:
 - A original deve ser encaminhada à Vigilância em Saúde Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município;
 - A segunda ao Conselho Tutelar ou às autoridades competentes (Vara da Infância e Juventude ou Ministério Público, por exemplo);
 - A terceira arquivada na unidade de saúde.

A Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, está disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_au_toprovocada_2ed.pdf.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Capítulo II, Das Infrações Administrativas, Artigo 245:

- **Multa de três a vinte salários de referência e o dobro quando se tratar de reincidência** para médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente (BRASIL, 1990).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é um marco na institucionalização da garantia de proteção à criança e ao adolescente.

Ministério da Saúde, Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011:

- Atualizou a lista de agravos de notificação compulsória obrigatória pelos profissionais de saúde, na qual se incluem as violências doméstica ou sexual.

Ministério da Saúde, Portaria nº 1968 de 26 de outubro de 2001:

- Tornam **agravo de notificação compulsória obrigatória** os maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos no Sistema Único de Saúde.

LEGISLAÇÃO

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (LEI Nº 8.069, DE 13 JULHO DE 1990)

ACESSE:

Clique aqui e acesse o Estatuto da Criança e do Adolescente.

REDE DE ATENDIMENTO - FORTALEZA – CEARÁ - BRASIL

1. UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde - link para a relação

As UAPS são unidades de atendimento primário, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), porta de entrada de toda a rede assistencial do município, com fluxos e processos de atendimento padronizados, em que o usuário é acolhido e classificado segundo estratificação de risco, baseado em diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde, com rede de atendimento integrada por meio de Sistema de Registro Eletrônico. Realizam atendimentos médico, de enfermagem e odontológico, pequenos procedimentos e imunização, além de grupos operativos em educação em saúde.

Quando a criança chega à UAPS, é realizado um acolhimento pelo profissional da Enfermagem. Em seguida, ela é encaminhada para atendimento médico ambulatorial ou de enfermagem ou a outro profissional de acordo com a necessidade. A ficha de notificação é preenchida; uma via fica na UAPS, e as outras vias são encaminhadas ao Conselho Tutelar e à unidade de vigilância epidemiológica da Coordenadoria Regional de Saúde.

O caso pode ser referenciado para profissionais psicólogos e assistentes sociais que integram a equipe do Núcleo Ampliado da Saúde da Família da Atenção Básica (NASF- AB) para atendimento psicossocial da criança, da família e do ofensor. Havendo necessidade, pode também ser encaminhado para o Centro de

Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), bem como para o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi).

2. CAPSi – Centro de Assistência Psicossocial Infantil— link para a relação

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantil integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Podem ser porta de entrada ou receber encaminhamentos provenientes do Conselho Tutelar, CREAS, UPA, UAPS, Promotoria ou outros entes da Rede.

Os CAPSi atendem transtornos psíquicos graves, com ou sem ideação suicida, decorrentes da magnitude da violência.

Após o acolhimento, a criança é encaminhada para avaliação inicial por um técnico de nível superior; e, posteriormente, para avaliações específicas da equipe multidisciplinar e construção do Projeto Terapêutico Singular.

Caso a vítima não tenha perfil de CAPSi, é encaminhada para o Conselho Tutelar e/ou para a Rede Aquarela e/ou CREAS.

3. UPA - Unidade de Pronto Atendimento — link para a relação

Na Unidade de Pronto Atendimento, a criança é atendida na recepção e passa pela classificação de risco realizada por profissional da enfermagem. Caso haja suspeita, por parte da enfermagem, de situação de violência, ela é encaminhada ao atendimento médico e também ao Serviço Social. Se o médico, durante o atendimento, detectar sinais e sintomas de violência, aciona o serviço social. Nas duas situações, será realizada a notificação e encaminhada para o Serviço Social, o qual envia para o Conselho Tutelar com relatório social e ao Núcleo de Epidemiologia da Regional.

Na maioria das vezes, são demandas espontâneas, mas podem chegar por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – (SAMU) ou Polícia Militar. Por se tratar de atendimento de urgência/emergência, os atendimentos são pontuais com encaminhamento para a UAPS.

4. HOSPITAL PÚBLICO ou CONVENIADO – para atendimento pediátrico-link para a relação

Destaca-se como Hospital MUNICIPAL referência em violência sexual o Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, que atua com o seguinte fluxo:

O Serviço Social do Hospital acolhe e notifica o caso. Em seguida, encaminha uma cópia da notificação com o relatório para o Conselho Tutelar e outra

para a Vigilância Epidemiológica da Unidade, para posterior encaminhamento à Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS), que consolida as informações oriundas de todas Regionais de Saúde.

Até 72 (setenta e duas) horas da ocorrência, a criança é encaminhada para a emergência pediátrica. Nela, após a realização de anamnese, exame físico e as profilaxias pós-exposição, é encaminhada para seguimento nos ambulatórios de infectologia, ginecologia e psicologia;

Após 72 (setenta e duas) horas da ocorrência, o serviço social acolhe e notifica, encaminha para o serviço de psicologia, que fica responsável por fazer a marcação para os ambulatórios de infectologia e ginecologia.

No caso de laceração em meninos, os hospitais referência são o Hospital Infantil Albert Sabin e o Hospital São José.

Para a internação, é solicitada a regulação de leito, por meio do sistema UNISUS, e vaga à Sociedade de Assistência e Proteção à Infância – (SOPAI). O SAMU é acionado para remoção, que é realizada com acompanhante da criança, levando o laudo médico de transferência e o número da vaga regulada.

5. CENTRO POP – Centro de Referência para População em Situação de Rua— [link para a relação](#)

Os Centros de Referência para a População em Situação de Rua são Unidades vinculadas à Secretaria dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS), que integram projetos, serviços e programas que visam à superação e ao apoio para a vivência na rua, com acesso para atendimento às demandas de documentação oficial, cadastro único para programas sociais, realização de atividades artísticas, esportivas e básicas, com higiene pessoal, alimentação e atendimento especializado por equipes multiprofissionais por meio do Serviço Especializado de Abordagem de Rua. Representam porta de entrada para essa população e realizam encaminhamentos para os demais pontos da Rede de Atenção.

O Centro Pop somente atenderá crianças e adolescentes se elas estiverem acompanhadas de um responsável legal maior de 18 anos.

Nas situações em que crianças e adolescentes forem vítimas de abuso sexual e estiverem em situação de moradia na rua, o Conselho Tutelar será acionado, e, caso seja constatada a negligência familiar, a criança ou o adolescente

serão encaminhados para família ampliada e, na ausência desta, para um acolhimento institucional.

Nesses casos, a família continuará sendo acompanhada pela equipe técnica e de educadores sociais do Centro Pop, tendo por objetivo a superação da situação de rua dessa família e, caso o agressor dessa criança ou adolescente seja afastado da família e tenha superado a situação de moradia na rua, a criança ou o adolescente poderão voltar para sua família biológica, sendo essa decisão tomada pela vara da infância, tendo como base os relatórios encaminhados pela equipe do acolhimento institucional e pela equipe do Centro Pop.

6. CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social-link para a relação

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública estatal e integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), vinculado à Secretaria dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS). O CREAS oferece serviços continuados a famílias e indivíduos que vivenciem violação de direitos, incluindo violência sexual.

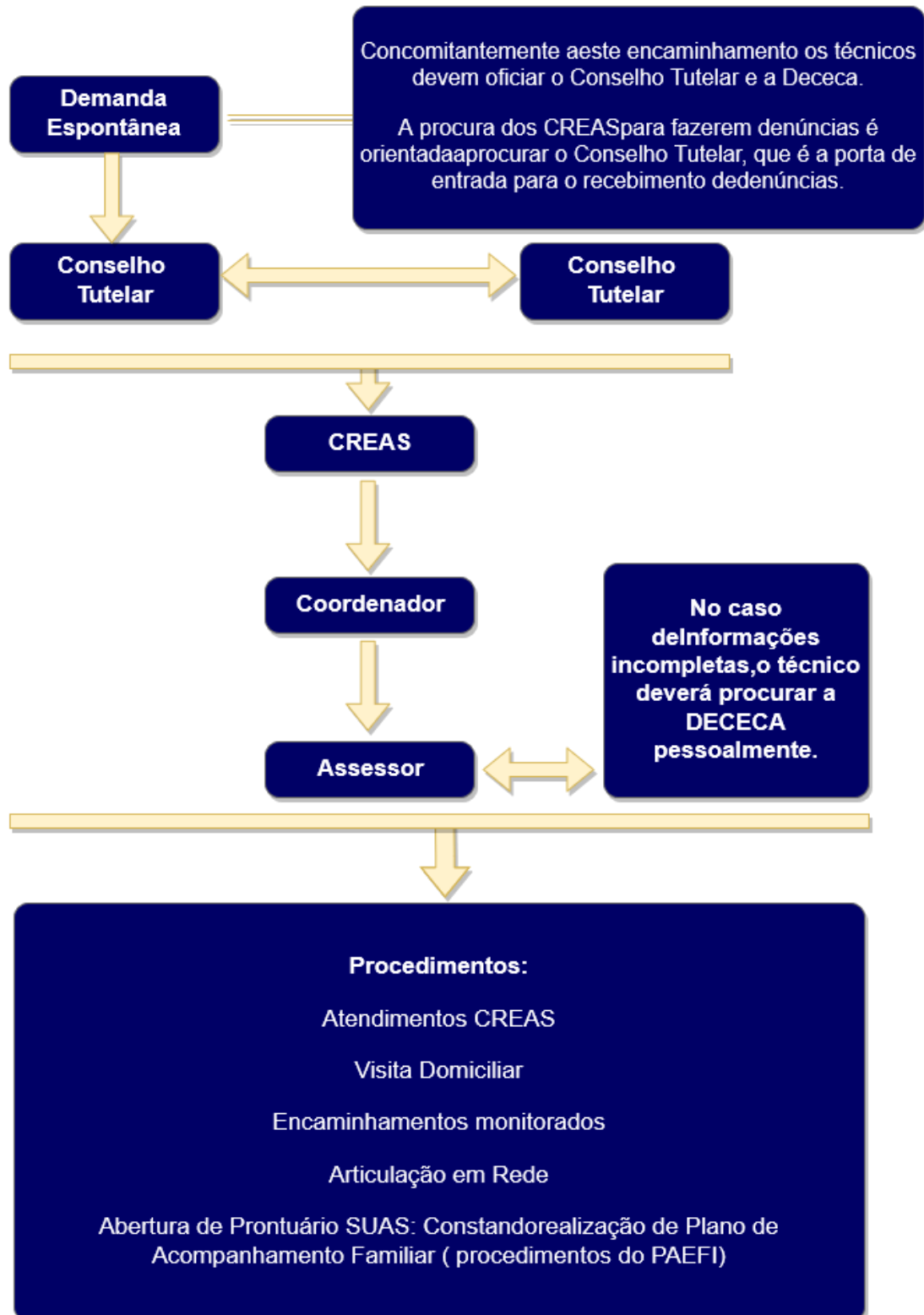
O acesso ao CREAS se dá por identificação e encaminhamento dos serviços de proteção e vigilância social; por encaminhamento de outros serviços socioassistenciais; das demais políticas públicas setoriais; dos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e do Sistema de Segurança Pública; e por demanda espontânea.

Havendo indicação, deve-se inseri-la no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), para a construção do plano de acompanhamento familiar, no qual são realizadas visitas domiciliares, atendimentos psicossociais, individuais, familiares ou em grupo, atendimentos sócio jurídicos, articulação em rede com as políticas setoriais e encaminhamentos monitorados para a assistência e proteção à criança e estudo de caso.

As denúncias são encaminhadas para o Conselho Tutelar e para a Delegacia de Combate à Exploração da Criança e do Adolescente (Dececa), que dispõe de uma equipe de profissionais da Rede Aquarela, composta por uma psicóloga e uma assistente social, as quais realizam o primeiro atendimento psicossocial às vítimas de violência sexual e a suas famílias.

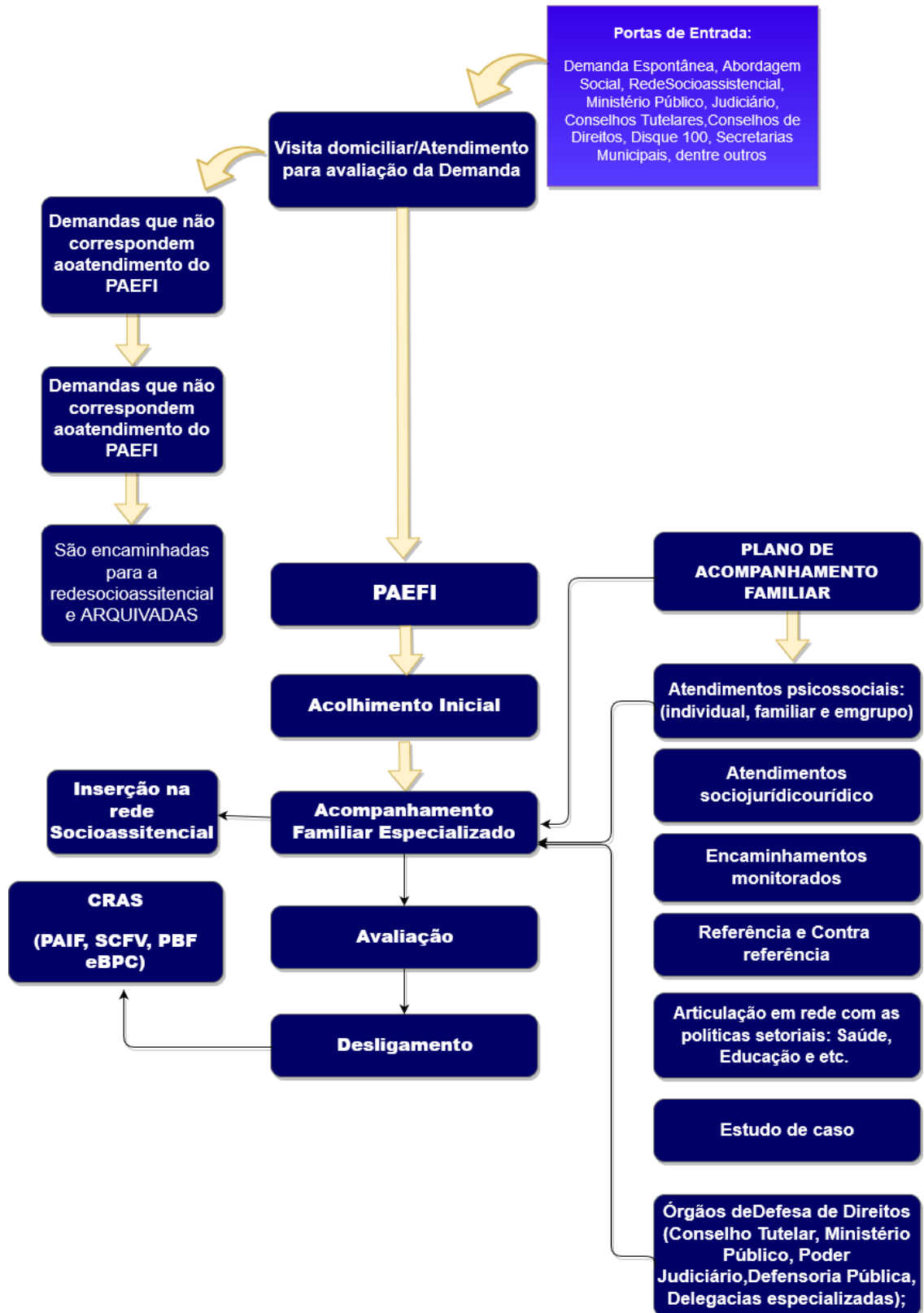
ABUSO SEXUAL EM CRIANÇA

FLUXO NO CREAS DE ATENDIMENTO AOS CASOS DE ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇA



PAEFI – Fluxo de Atendimento

FLUXO DE ATENDIMENTO - PAEFI



7. PERÍCIA MÉDICA

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Av. Pres. Castelo Branco, 901 –Bairro Moura Brasil
Endereço eletrônico: www.pefoce.ce.gov.br/

O órgão possui o Núcleo de Atendimento Especial a Mulher, Criança e Adolescente/NAMCA com espaço reservado para o atendimento desse público. A vítima é atendida pelo médico legista que realiza o exame físico e a encaminha para o serviço de saúde de referência.

8. ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL

1 – A Fundação da Criança e da Família Cidadã - FUNCI
Av. Pontes Vieira, 1091, Dionísio Torres.

A FUNCI tem por missão promover e executar políticas públicas de defesa e proteção integral de crianças e adolescentes, preconizadas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Suas atividades se desenvolvem por meio dos programas Adolescentes Cidadão, Ponte de Encontro, Rede Aquarela e Plano Municipal pela Primeira Infância de Fortaleza (PMPIF), garantindo proteção às crianças com direitos violados.

Os oito Conselhos Tutelares, órgãos permanentes, autônomos e não jurisdicionais, são ligados administrativamente à Fundação, bem como à Rede Aquarela.

O Programa Rede Aquarela, com sede na Rua Guilherme Rocha, 1503, Centro, realiza atendimento psicossocial às famílias e às vítimas, com equipe multidisciplinar, composta por assistentes sociais, psicólogos, educadores sociais e advogados. O educador social realiza visita domiciliar e sensibiliza a família para acolhimento em data agendada para o atendimento psicossocial e jurídico. De acordo com as demandas, são realizados os encaminhamentos e acompanhamentos junto à rede de serviços e apoio durante os procedimentos na 12^a Vara. Criminal.

9. FÓRUNS/REDES

1 – Fórum dos Direitos da Criança e do Adolescente (DCA) vinculado ao Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA).

ASSISTÊNCIA JURÍDICA

1 – Juizado da Infância e Juventude no Fórum Clóvis Beviláqua
Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 220 – Bairro Edson Queiroz.

2 - Núcleo de Atendimento de Defesa da Infância e da Juventude (NADIJ) da Defensoria Pública Geral do Ceará no Fórum Clóvis Beviláqua
Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 220 – Bairro Edson Queiroz.

3 – Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude
Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 220 – Bairro Edson Queiroz.
Rua Assunção, 1.100 – Bairro José Bonifácio

10. ASSISTÊNCIA POLICIAL

1 – Delegacia Especializada de Combate à Exploração da Criança e Adolescente – DECECA
Rua Soares Bulcão, 1601 – Bairro São Gerardo

A Dececa recebe a denúncia, faz a investigação, realiza a escuta, expede uma guia de corpo de delito para a família comparecer com a criança na Perícia Forense (PEFOCE).

Nos casos de família negligente ou conivente, o Conselho Tutelar é acionado para assegurar a atuação na esfera da Delegacia e da Pefoce. A Dececa também encaminha o resultado da denúncia para o Conselho Tutelar para a aplicação de medidas de proteção, conforme disposto no artigo 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente e observando os princípios contidos no artigo 100.

11. CONSELHOS TUTELARES – link para a relação

Os Conselhos Tutelares são a porta de entrada do sistema de notificação, tendo a proteção à criança e ao adolescente como sua principal função, com atuação baseada nos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente, podendo intervir no âmbito familiar desde o aconselhamento até a solicitação de retirada da criança do ambiente familiar, com encaminhamento dos casos para o Ministério Público.

12. CRAS – Centro de Referência de Assistência Social - link para a relação

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada, da política de assistência social, vinculado à Secretaria dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS), responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social.

O CRAS atua como órgão de prevenção de situações de risco e vulnerabilidade social e realiza, nos territórios e com os usuários atendidos, diversas atividades de prevenção, como oficinas educativas, campanhas de sensibilização, palestras, atividades individuais e em grupos, sobre temas transversais.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Anuência da COGTES

**PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Número do Processo: P385114/2016

Título do Projeto de Pesquisa: ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador (a): ANA ESTELA FERNANDES LEITE

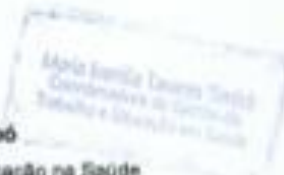
Instituição Proponente: UECE – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

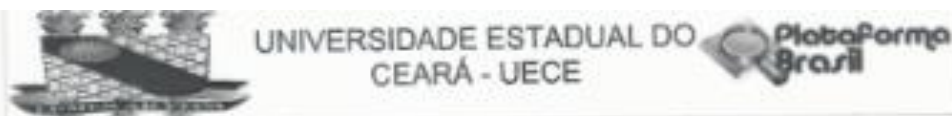
Fortaleza, 28 de Setembro de 2016.


Maria Iyanilla Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde



ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP – UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS: construção e validação de uma tecnologia educativa para profissionais de saúde

Pesquisador: ANA ESTELA FERNANDES LEITE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63060216.4.0000.5534

Instituição Proponente: Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.896.373

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico, o qual envolverá entrevistas com profissionais de unidades de pronto atendimento como: agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, enfermeiro, odontólogo e pediatra e revisão da literatura para a composição de um aplicativo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Construir e validar uma tecnologia para orientar profissionais de saúde na suspeita diagnóstica e notificação do abuso sexual em crianças.

Objetivos específicos:

Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o abuso sexual em crianças; Desenvolver um aplicativo para uso em dispositivos móveis, com letramento funcional em saúde adequado à população alvo; Validar o conteúdo, a aparência e a usabilidade da tecnologia desenvolvida junto a juizes e a população alvo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos dos participantes dessa pesquisa são inerentes a possíveis estresses psicológicos decorrentes da recordação de casos de violência perpetrados contra crianças, porém diante destes a entrevista será interrompida. Os benefícios são indiretos e envolve a produção de um aplicativo

Endereço: Av. São Manoel, 1700
Bairro: Faperl CEP: 60.714-902
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85) 3101-8890 Fax: (85) 3101-8908 E-mail: cep@uece.br





Credenciado de Parecer: 1.898.575

relevante socialmente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa extremamente relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados.

Recomendações:

Formatar melhor as TCLEs.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadéquações:

Não há pendências.

Considerações Finais e critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_778681.pdf	11/12/2016 10:19:20		Aceito
Declaração de Pesquisadores	ALTERACAOCARTADEANUENCIA.doc	11/12/2016 10:18:32	ANA ESTELA FERNANDES LEITE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura apresentador	PROJETODETALHADO.docx	11/12/2016 10:17:58	ANA ESTELA FERNANDES LEITE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Assência	TCLEPOPULACAO.docx	11/12/2016 10:16:21	ANA ESTELA FERNANDES LEITE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Assência	TCLEJUIZES.docx	11/12/2016 10:16:01	ANA ESTELA FERNANDES LEITE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Assência	TERMODEANUENCIA.pdf	21/10/2016 11:20:15	ANA ESTELA FERNANDES LEITE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	21/10/2016 11:12:40	ANA ESTELA FERNANDES LEITE	Aceito

Situação do Parecer:

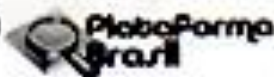
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. São Marguito, 1700
Bairro: Itaperiá CEP: 80.714-900
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3121-6000 Fax: (85)3121-5900 E-mail: uece@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Formulário 1.006.201

Não

FORTALEZA, 23 de Janeiro de 2017

Aprovado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Prof. Dr. Isaac Neto Goes da Silva
Coordenador do Curso de
Medicina Veterinária FAVET/UECE

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700

Bairro: Rapim

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9990

Fax: (85)3101-9966

E-mail: cep@uece.br

ANEXO C – SMOG – *Simple Measure of Gobbledygook*

SMOG – Fórmula

A fórmula SMOG é utilizada para avaliar a adequação e compreensão do texto ao grau de escolaridade da população-alvo, utilizada como preditor do nível de dificuldade de leitura. Por sua aplicação, é possível identificar sentenças longas e dificuldade do vocabulário, conforme a metodologia de aplicação da fórmula SMOG.

Se o documento a ser avaliado tiver mais de 30 sentenças, proceder com as seguintes etapas:

1. Identificar 30 sentenças

Para textos longos, escolher 10 sentenças consecutivas no começo, 10 sentenças no meio e 10 sentenças no fim.

- Dica: A sentença é definida como uma sequência de palavras pontuada com ponto final (.), ponto de exclamação (!) ou ponto de interrogação (?).
- Dica: Usar um marcador de texto para marcar os períodos, para ajudar na contagem destes.

2. Contar as sílabas em todas as palavras

- Dica: Usar os dedos para contar as sílabas das palavras. Contar dessa forma ajuda a superar a dificuldade natural que existe ao se pronunciar uma palavra em que as sílabas são pronunciadas indistintamente na linguagem corrente.

3. Destacar todas as palavras com mais de duas sílabas

- Dica: Palavras compostas são consideradas como se fosse uma única palavra.
- Dica: Números também devem ser considerados. Se eles estiverem em forma numérica, devem ser pronunciados de forma a se determinar se são palavras complexas, trissílabas e polissílabas.
- Dica: Nomes próprios devem ser considerados se forem palavras complexas, trissílabas e polissílabas.
- Dica: Abreviações devem ser lidas como se estivessem por extenso, para determinar se são palavras complexas (trissílabas ou polissílabas).

4. Contar o número total de palavras complexas

- Contar cada uma das palavras que foram destacadas como palavras complexas nas 30 sentenças.

5. Estimar a raiz quadrada do número total de palavras complexas contadas

Dica: Encontrar o quadrado perfeito mais próximo e tirar a sua raiz quadrada. Ex.: Caso tenham sido encontradas 40 palavras complexas, o quadrado perfeito mais próximo desse valor seria 36. Em seguida, tira-se a raiz quadrada de 36, que é o número 6.

6. Finalmente, adicionar 3 à raiz quadrada: Este número corresponde ao escore SMOG/nível de série de leitura atribuído ao texto

Se o documento a ser avaliado tiver menos que 30 sentenças, proceder com as seguintes etapas:

1. Contar o número de sentenças do texto

2. Destacar todas as palavras com mais de duas sílabas (palavras complexas: trissílabas e polissílabas).

3. Contar o número total de palavras complexas

Contar cada uma das palavras que foram destacadas como palavras complexas nas sentenças.

4. Achar a média do número de palavras complexas por sentenças

Dividir o número total de palavras complexas pelo número total de sentenças do documento.

5. Multiplicar a média do número de palavras complexas por sentença, pelo número de sentenças do texto

6. Adicionar este número ao total de palavras complexas (trissílabas e polissílabas)

7. Estimar a raiz quadrada do número encontrado

8. Adicionar 3 à raiz quadrada para achar o nível de série de leitura.