REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E NO CUIDADO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL NA ÁREA HOSPITALAR

NURSING PRACTICE IN THE EARLY IDENTIFICATION AND CARE OF CHILDREN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE IN THE HOSPITAL SETTING

Ciências da Saúde • 12/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794280221

Júlia Ellen da Silva Dias
Ana Beatriz Leite Queiroz de Oliveira

RESUMO

A violência sexual infantil representa grave violação dos direitos da criança e um importante desafio para os serviços de saúde, sobretudo no ambiente hospitalar, onde muitas vezes ocorre o primeiro contato da vítima com a rede de cuidado. Nesse cenário, a enfermagem hospitalar ocupa posição estratégica tanto para a identificação precoce de sinais e sintomas sugestivos de violência sexual quanto para a condução do cuidado integral após a suspeita ou confirmação do caso. O presente estudo tem como objetivo analisar, a partir da literatura científica, a atuação da equipe de enfermagem na identificação precoce e no cuidado a crianças vítimas de violência sexual infantil no contexto hospitalar. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida em bases de dados nacionais e internacionais, com seleção, extração e análise crítica de estudos que atendam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. As evidências reunidas indicam que a atuação da enfermagem hospitalar envolve a observação de sinais físicos, emocionais e comportamentais, a realização de anamnese e exame físico cuidadosos, o acolhimento não revitimizante da criança e da família, a notificação compulsória do caso e a articulação com a equipe multiprofissional e com a rede de proteção. A identificação precoce mostra-se determinante para interromper a continuidade da violência e possibilitar o encaminhamento oportuno da criança aos serviços especializados. Conclui-se que a qualificação da enfermagem hospitalar para o reconhecimento e o manejo desses casos é fundamental para a garantia dos direitos da criança e para a promoção de um cuidado seguro, humanizado e articulado com a rede de proteção.

Palavras-chave: Violência sexual infantil; Criança; Enfermagem hospitalar; Cuidados de enfermagem; Notificação de abuso.

ABSTRACT

Child sexual violence represents a serious violation of children's rights and an important challenge for health services, especially in the hospital setting, where the victim's first contact with the care network often occurs. In this scenario, hospital nursing occupies a strategic position both for the early identification of signs and symptoms suggestive of sexual violence and for guiding comprehensive care after suspicion or confirmation of the case. This study aims to analyze, based on the scientific literature, the nursing team's role in the early identification and care of children who are victims of child sexual violence in the hospital context. This is an integrative literature review, conducted in national and international databases, with selection, extraction and critical analysis of studies meeting previously established inclusion criteria. The evidence gathered indicates that hospital nursing practice involves observing physical, emotional and behavioral signs, conducting careful history-taking and physical examination, providing non-revictimizing reception of the child and family, mandatory case reporting, and coordination with the multidisciplinary team and the child protection network. Early identification proves decisive for interrupting the continuity of violence and enabling timely referral of the child to specialized services. It is concluded that qualifying hospital nursing staff to recognize and manage these cases is essential to guaranteeing children's rights and promoting safe, humanized care articulated with the protection network.

Keywords: Child sexual violence; Child; Hospital nursing; Nursing care; Abuse reporting.

INTRODUÇÃO

A escolha dessa temática fundamenta-se, na relevância epidemiológica e social da violência sexual infantil no Brasil, cujos indicadores permanecem elevados e, em muitos contextos, subnotificados, dada a natureza velada dessa violência e o vínculo de confiança frequentemente existente entre a criança e o agressor (UNICEF; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024; Fundação Abrinq, 2026).

Justifica-se pela posição estratégica ocupada pelo enfermeiro no ambiente hospitalar — muitas vezes o único ponto de contato dessa criança com a rede de proteção —, profissional que, por meio da consulta de enfermagem, da escuta qualificada e do exame físico, detém condições técnicas privilegiadas para reconhecer sinais de alerta e conduzir o cuidado com a sensibilidade que o tema exige (Barreto et al., 2021).

A violência sexual infantil caracteriza-se por qualquer ato ou jogo sexual, com ou sem contato físico, em que o agressor, por estar em um estágio de desenvolvimento psicossexual mais avançado, se vale da criança para estimulá-la sexualmente ou para obter satisfação sexual própria ou de outras pessoas. Essa modalidade de violência pode manifestar-se de diferentes formas, como manipulação de genitália, exibicionismo, pornografia, voyeurismo, incesto e exploração sexual, entre outras práticas não consentidas, e configura grave violação de direitos humanos, com impacto direto sobre o desenvolvimento biopsicossocial da criança (Baptista et al., 2021).

De acordo com a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 1990), faixa etária especialmente vulnerável a essa forma de violência em

razão de sua dependência física, emocional e social em relação aos adultos responsáveis por seu cuidado, o que muitas vezes dificulta tanto a revelação espontânea do caso quanto o seu reconhecimento pelos profissionais de saúde.

Nesse cenário de vulnerabilidade, os dados epidemiológicos recentes evidenciam a magnitude do problema no Brasil. Levantamento do UNICEF Brasil em parceria com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (UNICEF; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024) registrou elevado número de notificações de violência letal e sexual contra crianças e adolescentes entre 2021 e 2023, com concentração expressiva de casos entre as vítimas mais novas e no ambiente intrafamiliar.

Dados mais atuais, levantados junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), indicam que o país acumulou 422.994 notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes entre 2015 e 2025, incluindo quase 60 mil apenas em 2025 (Fundação Abrinq, 2026). Diante desses números, é frequentemente nos serviços de saúde — e, de modo especial, nas unidades hospitalares de urgência, emergência e internação pediátrica — que essas crianças têm sua primeira oportunidade de identificação e acolhimento, o que confere à equipe de enfermagem hospitalar papel decisivo nesse processo.

De modo mais específico, buscou-se descrever os principais sinais físicos e comportamentais identificáveis pela equipe de enfermagem durante o atendimento hospitalar; identificar as estratégias e instrumentos utilizados na consulta, na entrevista e no exame físico voltados à identificação precoce; e descrever os cuidados integrais — biológicos, psicossociais e de

notificação/encaminhamento — que devem ser adotados pela equipe após a identificação de um caso suspeito ou confirmado.

Diante do exposto, delineia-se a seguinte pergunta norteadora desta pesquisa: como a atuação da enfermagem contribui para a identificação precoce de crianças vítimas de violência sexual infantil no ambiente hospitalar? E quais cuidados integrais devem ser adotados pela equipe de enfermagem após essa identificação? Para respondê-la, o estudo tem como objetivo geral analisar, a partir da literatura científica, a atuação da enfermagem na identificação precoce e no cuidado integral a crianças vítimas de violência sexual infantil no contexto hospitalar.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Para responder à pergunta norteadora apresentada na introdução, optou-se por uma revisão integrativa da literatura, método que permite reunir, sintetizar e analisar criticamente evidências científicas provenientes de diferentes desenhos de pesquisa sobre um mesmo objeto, possibilitando uma compreensão ampla do fenômeno estudado. A escolha desse método se justifica por sua adequação a temas complexos e ainda pouco protocolados na prática assistencial hospitalar, como já discutido, a exemplo do que foi conduzido por Teixeira et al. (2023) ao sintetizar evidências sobre o acolhimento a vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros.

A partir dessa definição, o estudo será conduzido em seis etapas: (1) identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e busca na

literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação crítica dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da síntese do conhecimento.

Esse percurso metodológico dialoga com revisões sistemáticas internacionais recentes já mencionadas, como a conduzida por Otterman et al. (2024) sobre diretrizes clínicas europeias para o cuidado hospitalar ao abuso sexual infantil, e com a revisão Cochrane de Walsh et al. (2022) sobre capacitação profissional para notificação de maus-tratos, ambas utilizadas como referência para a etapa de avaliação crítica dos estudos.

Questão de Pesquisa e Estratégia População, Conceito e Contexto

Definido o tipo de estudo, formulou-se a questão de pesquisa a partir da estratégia PCC (Population, Concept, Context), amplamente utilizada em revisões que não têm por finalidade avaliar uma intervenção específica, mas sim mapear e sintetizar evidências sobre um fenômeno. Nesta pesquisa, definem-se: População – crianças vítimas de violência sexual infantil; Conceito – identificação precoce e cuidado integral; Contexto – atuação da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar.

A partir desses elementos, retoma-se a questão que orienta toda a revisão: como a atuação da enfermagem contribui para a identificação precoce de crianças vítimas de violência sexual infantil no ambiente hospitalar, e quais cuidados integrais devem ser adotados pela equipe de enfermagem após essa identificação?

Fontes de Informação e Estratégia de Busca

Com a questão de pesquisa já delimitada, a busca bibliográfica será realizada nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Serão utilizados descritores controlados, extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme os seguintes eixos: "Violência Sexual na Infância" OR "Abuso Sexual na Infância" OR "Child Abuse, Sexual"; AND "Cuidados de Enfermagem" OR "Enfermagem Hospitalar" OR "Hospital Nursing"; AND "Diagnóstico Precoce" OR "Identificação Precoce" OR "Early Diagnosis"; AND "Hospitais" OR "Serviços Hospitalares" OR "Hospital Care". Serão consideradas, ainda, buscas manuais nas listas de referências dos estudos selecionados, com vistas a identificar publicações relevantes que não tenham sido recuperadas pela busca eletrônica inicial (busca em "bola de neve").

Critérios de Inclusão e Exclusão

Uma vez definida a estratégia de busca, estabeleceram-se os critérios de elegibilidade dos estudos. Serão incluídos artigos científicos originais, disponíveis na íntegra e de forma gratuita, publicados em português, inglês ou espanhol, que abordem a atuação da enfermagem — ou de equipes multiprofissionais com participação de enfermeiros — na identificação e/ou no cuidado hospitalar a crianças vítimas de violência sexual infantil, sem delimitação de recorte temporal, de modo a permitir o resgate de estudos clássicos sobre o tema.

Serão excluídos estudos duplicados nas bases consultadas; editoriais, cartas ao leitor, resumos de anais de eventos e capítulos de livro; publicações que tratem exclusivamente de dados de incidência e prevalência, sem abordar estratégias de identificação ou de cuidado de enfermagem; e estudos cujo foco recaia unicamente sobre a conduta médica, jurídica ou policial, sem relação com a prática da enfermagem.

Seleção dos Estudos e Extração dos Dados

Aplicados os critérios acima, a seleção dos estudos ocorrerá em duas etapas, realizadas de forma independente por duas revisoras, com resolução de eventuais divergências por consenso ou, quando necessário, por uma terceira avaliadora. Na primeira etapa, será feita a leitura de títulos e resumos para exclusão de duplicatas e de estudos que não atendam aos critérios de elegibilidade; na segunda, os estudos pré-selecionados serão lidos na íntegra para confirmação da elegibilidade e composição da amostra final.

Esse processo de busca, seleção e inclusão será registrado em fluxograma, conforme as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), adaptado para revisões integrativas. Para a extração dos dados dos estudos incluídos, será utilizado instrumento estruturado (Apêndice A), contendo campos referentes a autoria, ano e local de publicação, objetivo do estudo, delineamento metodológico, principais achados relacionados à identificação precoce e aos cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar, e nível de evidência.

Análise e Síntese dos Dados

Uma vez extraídos, os dados serão organizados de forma descritiva, em quadros-síntese, e analisados por meio de análise de conteúdo temática, permitindo o agrupamento das evidências em categorias analíticas, previstas preliminarmente como: (1) sinais e sintomas indicativos de violência sexual infantil identificáveis pela enfermagem hospitalar; (2) estratégias de avaliação e instrumentos utilizados na consulta e no exame físico de enfermagem; e (3) condutas de cuidado integral, notificação e encaminhamento após a identificação.

Essas categorias, que dialogam diretamente com os objetivos específicos apresentados na introdução, poderão ser ajustadas ao longo do processo, conforme os achados emergentes da literatura selecionada.

Além da análise temática, os estudos incluídos foram submetidos a uma categorização de autoria e de contexto de publicação, com o objetivo de compreender de onde provém o conhecimento reunido nesta revisão. Para cada estudo, foram extraídos: (a) o ano de publicação e os marcos legais, epidemiológicos e sociais relacionados ao tema registrados no mesmo período; (b) o local de realização da pesquisa (município, unidade da federação ou país), a fim de identificar onde as investigações são mais frequentes; (c) o número de autores; e (d) a instituição, a unidade da federação e o país de origem dos autores. Os dados de autoria e de afiliação foram obtidos nas páginas dos periódicos e nos registros dos DOI dos artigos, e os marcos contextuais, em legislação e em documentos oficiais. Os resultados foram organizados em quadros e tabelas e descritos por frequência absoluta e percentual.

Aspectos Éticos

Por fim, cabe destacar que, por se tratar de pesquisa bibliográfica, realizada exclusivamente a partir de dados secundários publicados e de acesso público, o estudo não envolve a participação direta de seres humanos, dispensando, portanto, submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). Ainda assim, serão rigorosamente observados os princípios éticos relativos à integridade científica, com a devida atribuição de autoria a todas as fontes consultadas, em conformidade com as normas de citação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

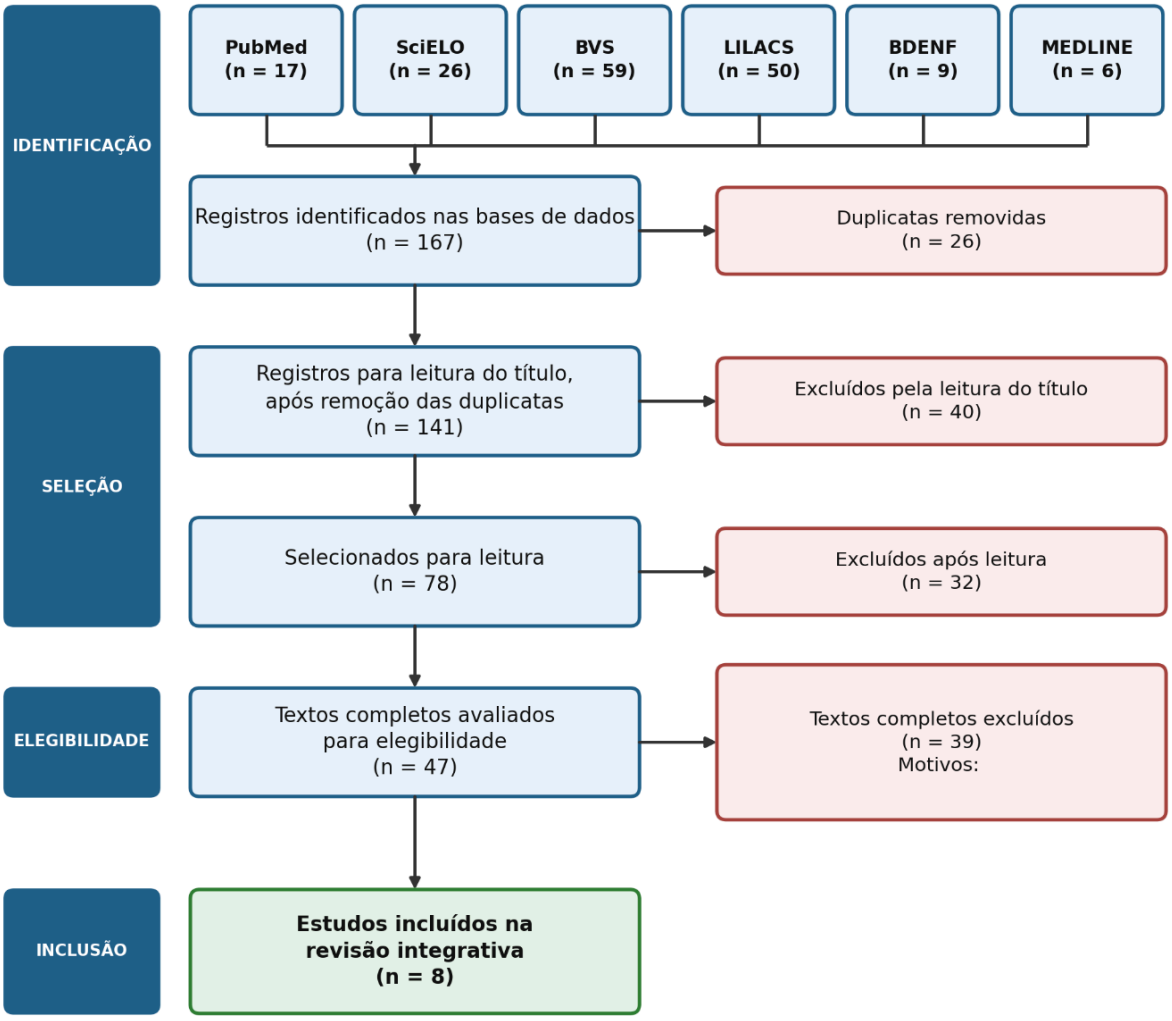
RESULTADOS

Este capítulo apresenta, inicialmente, a caracterização geral dos estudos incluídos e a categorização de sua autoria e de seu contexto de publicação. Em seguida, expõe os achados segundo as três categorias analíticas definidas na metodologia.

Caracterização Geral dos Estudos Incluídos

O processo de busca, seleção e inclusão dos estudos seguiu as etapas apresentadas na Figura 1, elaborada conforme as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), adaptado para revisões integrativas.

Figura 1. Fluxograma do processo de busca, seleção e inclusão dos estudos (PRISMA)



Fonte: elaborada pelas autoras (2026), com base nas bases de dados consultadas.

A revisão integrativa reuniu estudos nacionais e internacionais que abordam, direta ou indiretamente, a atuação da enfermagem na identificação e no cuidado a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em diferentes níveis de atenção à saúde. Para fins de síntese, foram selecionados sete estudos que atendem aos critérios de inclusão estabelecidos e que permitem responder aos objetivos específicos da pesquisa. O Quadro 1 apresenta a caracterização metodológica e os principais achados desses estudos.

Quadro 1. Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa

Autor(es) / Ano / País	Delineamento e objetivo	Principais achados

1-Texeira; Melo (2026) Brasil (Alagoas)	Pesquisa descritiva-exploratória, qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com equipe de enfermagem de hospital de referência.	100% dos participantes identificam a violência por sinais físicos, emocionais e comportamentais; 85,7% relatam ausência/fragilidade de protocolo institucional; 71,4% apontam necessidade de capacitação; 85,7% relatam envolvimento emocional intenso; encaminhamento à rede (psicologia, serviço social, Conselho Tutelar) ocorre de forma predominantemente informal.
2-Baptista et al. (2021) Brasil	Revisão narrativa da literatura (LILACS e BDENF, 2007-2019).	Evidencia sequelas físicas, psicológicas e comportamentais da violência sexual infantil; a assistência de enfermagem fundamenta-se na anamnese e no exame físico cuidadosos; reforça que a notificação deve ocorrer diante da suspeita, e não apenas da confirmação do caso.
3-Amorim et al. (2026) Brasil (Campina Grande-PB)	Estudo analítico-exploratório, qualitativo, com 15 enfermeiros de puericultura na Atenção Básica.	Duas categorias emergem: desafios da assistência à criança/adolescente vítima de violência sexual e cuidados de enfermagem; a consulta de puericultura constitui espaço estratégico de identificação, porém limitado pelo despreparo técnico da equipe.
4-Marcolino et al. (2021) Brasil (Paraíba)	Pesquisa analítica, qualitativa (Teoria das Representações Sociais), com 76 enfermeiros da atenção primária, secundária e terciária.	Convergência entre os três níveis de atenção quanto à subnotificação, à transferência de responsabilidade a outros profissionais, à fragilidade na identificação da violência e à necessidade de capacitação; no nível hospitalar (terciário), a abordagem é centrada na “conduta-queixa”, com baixo

		vínculo e descontinuidade do acompanhamento.
5-Marcolino et al. (2022) Brasil (Paraíba)	Pesquisa analítica, qualitativa, com 30 enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.	A identificação apoia-se no exame físico durante a consulta de enfermagem; destacam-se ações de promoção da saúde, solicitação de suporte da equipe multiprofissional e transferência de responsabilidades; a fragilidade na formação profissional produz déficits na atenção integral às vítimas.
6-Barreto et al. (2021) Brasil (Rio de Janeiro)	Pesquisa qualitativa descritiva, com entrevistas a 17 profissionais de enfermagem de enfermaria especializada em saúde do adolescente.	Identifica conhecimento pouco aprofundado da equipe de enfermagem sobre a violência sexual contra o adolescente, refletindo-se em condutas profissionais ainda pouco padronizadas diante da suspeita ou confirmação do caso.
7-Otterman et al. (2024) Europa (34 países)	Revisão sistemática com avaliação crítica de diretrizes clínicas nacionais (CPGs) para o abuso sexual infantil.	Mesmo em países com sistemas de saúde estruturados, as diretrizes clínicas nacionais apresentam lacunas relevantes de completude e consistência quanto ao manejo do abuso sexual infantil, reforçando que a ausência de protocolos padronizados não é exclusividade da realidade brasileira.

Fonte: elaborado pelas autoras (2026), com base nos estudos analisados.

Categorização dos Estudos quanto ao Ano, ao Local de Realização e à Autoria

Os sete estudos incluídos foram categorizados quanto ao ano de publicação, ao local de realização e à autoria, para mostrar de onde provém o conhecimento reunido nesta revisão.

Ano de Publicação e Contexto do Período

Os estudos foram publicados entre 2021 e 2026, e nenhum anterior a 2021 compôs a amostra, o que indica produção recente, concentrada nos últimos cinco anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos estudos incluídos por ano de publicação

Ano	Estudos	n	%
2021	Baptista et al.; Marcolino et al.; Barreto et al.	3	42,9
2022	Marcolino et al.	1	14,3
2024	Otterman et al.	1	14,3
2026	Texeira e Melo; Amorim et al.	2	28,6
Total		**7**	**100,0**

Fonte: elaborada pelas autoras (2026), com base nos estudos incluídos.

O Quadro 2 relaciona cada ano de publicação aos movimentos de maior relevância para o tema registrados no período.

Quadro 2. Ano de publicação dos estudos e movimentos relacionados ao tema no período

Ano	Estudos	Movimentos relacionados ao tema no período
2021	Baptista et al.; Marcolino et al.; Barreto et al.	Segundo ano da pandemia de COVID-19, com queda das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes em 2020 e retomada em 2021 (Sinan/Ministério da Saúde, Brasil, 2023). Em março, o caso Henry Borel (Rio de Janeiro) gerou comoção nacional e deu origem ao Projeto de Lei nº 1.360/2021, sobre a violência doméstica e familiar contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2022). Quatro anos após a Lei nº 13.431/2017, que instituiu a escuta protegida (BRASIL, 2017).
2022	Marcolino et al.	Publicado em abril, pouco antes da sanção da Lei nº 14.344/2022 (Lei Henry Borel), em 24 de maio, que criou mecanismos de prevenção e enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente (BRASIL, 2022). No plano internacional, a Comissão Europeia propôs, em maio, um regulamento para prevenir e combater o abuso sexual infantil em ambiente digital (Comissão Europeia, 2024).
2024	Otterman et al.	Em 6 de fevereiro, a Comissão Europeia propôs a reformulação da Diretiva 2011/93/UE, sobre o combate ao abuso e à exploração sexual de crianças (Comissão Europeia, 2024); o estudo foi publicado no mesmo mês, no âmbito da rede de pesquisa COST Action 19106 (Otterman et al., 2024). No Brasil, o UNICEF e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública divulgaram o panorama da violência letal e sexual de 2021 a 2023 (UNICEF; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).
2026	Texeira e Melo;	Em 2025, o Sinan registrou quase 60 mil notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (Fundação Abrinq,

	Amorim et al.	2026), e o Disque 100 recebeu mais de 32 mil denúncias de violação sexual contra esse público nos quatro primeiros meses de 2026 (Câmara dos Deputados, 2026). Em 6 de agosto, após a publicação dos estudos, foi sancionada a Lei nº 15.487/2026, que ampliou as penas, abrangeu o ambiente digital e o uso de inteligência artificial e assegurou atendimento psicológico e psicossocial às vítimas (BRASIL, 2026).

Fonte: elaborado pelas autoras (2026), com base na legislação e em documentos oficiais citados.

As publicações coincidem com períodos de intensa mobilização normativa e social, mas não se pode afirmar relação de causa e efeito, pois os dados foram coletados antes da publicação: em 2018, no caso de Barreto et al. (2021), e em 2023, no de Amorim et al. (2026).

Local de Realização das Pesquisas

Seis dos sete estudos (85,7%) foram realizados no Brasil, quatro deles no Nordeste, e um (14,3%), na Europa; Baptista et al. (2021), por ser revisão de literatura, não possui local de coleta (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos estudos incluídos por local de realização da pesquisa

Local	**Estudos**	**n**	**%**
Nordeste – Paraíba	Marcolino et al. (2021); Marcolino et al. (2022); Amorim et al. (2026)	3	42,9
Nordeste – Alagoas	Texeira e Melo (2026)	1	14,3

Sudeste – Rio de Janeiro	Barreto et al. (2021)	1	14,3
Brasil – sem local de coleta (revisão de literatura)	Baptista et al. (2021)	1	14,3
Europa (34 países da rede COST)	Otterman et al. (2024)	1	14,3
Total		**7**	**100,0**

Fonte: elaborada pelas autoras (2026), com base nos estudos incluídos.

A Paraíba concentra três estudos, mas todos com a participação de uma mesma pesquisadora, o que reflete a continuidade de um grupo de pesquisa, e não necessariamente mais grupos independentes. O ambiente hospitalar é investigado diretamente apenas por Texeira e Melo (2026) e Barreto et al. (2021), além do nível terciário de Marcolino et al. (2021); os demais estudos de campo ocorreram na Atenção Primária.

Autoria: Número de Pesquisadores e Origem

Os estudos somam, ao menos, 48 autorias, de dois a dezesseis por estudo (mediana de seis), e reúnem, no máximo, 42 pesquisadores distintos, pois Emanuella de Castro Marcolino participa de três estudos e outros quatro pesquisadores, de dois (Quadro 3).

Quadro 3. Número de autores e origem institucional dos estudos incluídos

Estudo	Nº de autores	Origem institucional dos autores (instituição – cidade/UF ou país)	Local da pesquisa
Baptista et al. (2021)	6	Universidade Estácio de Sá – Macaé	Revisão de literatura
Marcolino et al. (2021)	5	UNIFACISA e Universidade Federal de Campina Grande – Campina Grande/PB; Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa/PB; Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal/RN	Paraíba
Barreto et al. (2021)	6	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro/RJ; Universidade Federal Fluminense (UFF)	Rio de Janeiro/RJ
Marcolino et al. (2022)	6	Centro Universitário UNIFACISA – Campina Grande/PB; Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa/PB; Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campina Grande/PB; Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Nata (cinco autores em comum com Marcolino et al., 2021)	Paraíba
Otterman et al. (2024)	16 (+ equipe da rede COST)	Universidade de Linköping e Uppsala – Suécia; Universidade de Cardiff e Escola de Medicina Tropical de Liverpool – Reino Unido; Suécia; Reino Unido; Paquistão; França; Alemanha; Noruega; Áustria; Estados Unidos; Portugal; Irlanda.	Europa (34 países)
Amorim et al. (2026)	7	UNIFACISA – Campina Grande/PB; Universidade de Brasília (UnB) – Brasília/DF;	Campina Grande/PB

		Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal/RN; Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campina Grande/PB; Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife/PE; Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campina Grande (inclui Marcolino, autora dos estudos de 2021 e 2022)	

Fonte: elaborado pelas autoras (2026), com base nas páginas dos periódicos e nos registros dos DOI dos estudos.

Os autores vinculam-se a instituições de diferentes estados brasileiros, com destaque para a Paraíba e o Rio Grande do Norte, e a instituições europeias, sobretudo da Suécia e do Reino Unido. A amostra combina, assim, estudos qualitativos de pequeno porte de equipes brasileiras, com predomínio do Nordeste, e uma revisão de diretrizes de uma rede europeia de grande porte.

Sinais e Sintomas Indicativos de Violência Sexual Infantil Identificáveis pela Enfermagem Hospitalar

Quanto à primeira categoria analítica, observa-se convergência entre os estudos no que se refere à centralidade da observação clínica ampliada. Texeira e Melo (2026) verificaram que a totalidade dos profissionais entrevistados em um hospital de Alagoas relatou identificar a violência sexual infantil por meio de sinais físicos, emocionais e comportamentais, tais como lesões inexplicadas, hematomas, retraimento e medo do acompanhante. Esse achado dialoga diretamente com Baptista et al. (2021), que, em revisão da literatura, descrevem sequelas físicas, psicológicas e

comportamentais decorrentes da violência sexual, reforçando que o enfermeiro deve estar atento tanto às marcas corporais quanto às alterações emocionais e de conduta da criança.

Esse mesmo eixo de observação aparece na atenção primária: Marcolino et al. (2022) constataram que o exame físico realizado durante a consulta de enfermagem é o principal instrumento de identificação utilizado pelos enfermeiros da Atenção Básica, o que aproxima a prática hospitalar da prática ambulatorial quanto à ferramenta empregada, ainda que os contextos assistenciais sejam distintos. Contudo, ao comparar os três níveis de atenção, Marcolino et al. (2021) evidenciam que a identificação da violência permanece frágil em todos eles, o que sugere que a limitação não decorre apenas do cenário hospitalar, mas de uma lacuna mais ampla na formação da enfermagem para o reconhecimento sistemático desses sinais.

Estratégias de Avaliação e Instrumentos Utilizados na Consulta e no Exame Físico de Enfermagem

Na segunda categoria, os estudos convergem ao apontar a anamnese e o exame físico como instrumentos centrais, mas divergem quanto ao grau de estruturação dessas estratégias. Baptista et al. (2021) destacam que a assistência de enfermagem se fundamenta na anamnese e no exame físico cuidadosos, com atenção à escuta ativa da criança. Já Amorim et al. (2026), ao investigarem a consulta de puericultura na Atenção Básica, identificam que, embora esse espaço seja estrategicamente favorável à identificação precoce, os enfermeiros relatam despreparo técnico para conduzir a abordagem, o que aproxima esse achado

das fragilidades relatadas por Texeira e Melo (2026) no ambiente hospitalar.

Ao comparar os níveis de atenção, Marcolino et al. (2021) descrevem que, na atenção terciária — cenário mais próximo do objeto deste estudo —, a abordagem tende a se estruturar como "conduta-queixa", ou seja, uma resposta pontual à demanda de urgência, com baixo vínculo e reduzida continuidade do cuidado, em contraste com a atenção primária, onde o vínculo longitudinal com a família favorece a escuta qualificada. Esse contraste é relevante para o presente estudo, pois indica que a mesma ferramenta — o exame físico e a anamnese — produz resultados distintos conforme o grau de vínculo e de tempo disponível para a assistência, ambos historicamente reduzidos no contexto hospitalar de urgência e emergência.

Condutas de Cuidado Integral, Notificação e Encaminhamento após a Identificação

A terceira categoria reúne os achados mais heterogêneos entre os estudos. Texeira e Melo (2026) descrevem que, na ausência de protocolo institucional formal, o encaminhamento aos serviços de psicologia, serviço social e Conselho Tutelar ocorre de maneira informal, dependente da experiência individual de cada profissional; a partir desse diagnóstico, as autoras propõem um fluxo institucional padronizado, que inclui triagem, classificação de risco, notificação compulsória e acionamento da rede de proteção. Barreto et al. (2021), por sua vez, identificam que o conhecimento pouco aprofundado da equipe de enfermagem sobre a violência sexual contra o adolescente compromete a padronização dessas condutas,

o que corrobora a necessidade de fluxos institucionais explícitos apontada por Texeira e Melo (2026).

Chama a atenção que essa fragilidade normativa não é exclusividade do contexto brasileiro. Otterman et al. (2024), em revisão sistemática que avaliou diretrizes clínicas nacionais de 34 países europeus para o cuidado ao abuso sexual infantil, constataram lacunas relevantes de completude e consistência nessas diretrizes, mesmo em sistemas de saúde estruturados. Esse achado amplia a discussão nacional (Texeira e Melo, 2026; Barreto et al., 2021) ao demonstrar que a ausência de protocolos padronizados e baseados em evidência é um desafio internacional para o cuidado hospitalar a essas vítimas, e não apenas um problema pontual de organização dos serviços locais.

DISCUSSÃO

Os achados desta revisão convergem para três eixos de discussão que se relacionam diretamente com os objetivos específicos propostos: a centralidade da observação clínica na identificação, a fragilidade normativa e formativa que atravessa diferentes níveis de atenção e países, e a necessidade de articulação intersetorial estruturada para o cuidado integral.

No que se refere à identificação, os resultados indicam que o enfermeiro hospitalar exerce papel de vigilância contínua, apoiado essencialmente na observação de sinais físicos, emocionais e comportamentais (Texeira; Melo, 2026; Baptista et al., 2021). Esse padrão de identificação, centrado na experiência e na sensibilidade clínica individual do profissional, mostra-se recorrente também na atenção primária (Marcolino et al., 2022), o que sugere que a lacuna

não está na ferramenta empregada — o exame físico e a anamnese —, mas na ausência de instrumentos padronizados e de capacitação sistemática que confiram maior segurança técnica ao profissional, conforme também discutido por Marcolino et al. (2021) ao comparar os três níveis de atenção à saúde.

A comparação entre os níveis de atenção evidencia uma tensão relevante para o objeto deste estudo: enquanto a atenção primária favorece o vínculo longitudinal com a família — o que, por um lado, facilita a percepção de mudanças e sinais de alerta, mas, por outro, pode gerar insegurança diante do medo de acusar erroneamente um familiar —, o ambiente hospitalar de urgência e emergência caracteriza-se por contato pontual e pela lógica da "conduta-queixa" (Marcolino et al., 2021). Essa configuração exige da enfermagem hospitalar uma capacidade de suspeição rápida, sem o suporte do conhecimento prévio da história familiar, o que reforça a importância de instrumentos estruturados de triagem, como o fluxo proposto por Texeira e Melo (2026), capazes de compensar, por meio da padronização, a ausência de vínculo prévio.

Quanto à fragilidade normativa, observa-se que a ausência de protocolos institucionais específicos para a enfermagem — relatada por 85,7% dos profissionais entrevistados por Texeira e Melo (2026) — não é um problema isolado da rede hospitalar brasileira. Ao situar esse achado ao lado da revisão sistemática de Otterman et al. (2024), que identificou lacunas de completude e consistência em diretrizes clínicas de 34 países europeus, é possível afirmar que a estruturação normativa do cuidado ao abuso sexual infantil permanece um desafio global, mesmo em sistemas de saúde com maior grau de institucionalização. Essa constatação relativiza a ideia de que a fragilidade observada nos estudos brasileiros decorreria apenas de

limitações de recursos, apontando antes para uma lacuna de governança clínica presente também em contextos de alta renda.

Associado a essa fragilidade normativa, os estudos apontam de forma recorrente a insuficiência de capacitação continuada como fator limitante da atuação da enfermagem (Texeira; Melo, 2026; Barreto et al., 2021; Amorim et al., 2026; Marcolino et al., 2022). Esse conjunto de evidências qualitativas encontra respaldo na revisão Cochrane conduzida por Walsh et al. (2022), que avaliou intervenções de capacitação profissional para a notificação de maus-tratos e reforça que programas estruturados de educação permanente tendem a qualificar o reconhecimento de casos e a adesão à notificação compulsória.

A convergência entre os achados qualitativos nacionais e a evidência de maior nível hierárquico sistematizada por Walsh et al. (2022) sustenta a recomendação de que a capacitação continuada deixe de ser iniciativa pontual e passe a integrar a rotina institucional dos serviços hospitalares.

Por fim, o impacto emocional relatado pelos profissionais — presente em 85,7% dos entrevistados por Texeira e Melo (2026) — constitui achado que dialoga com a subnotificação e a transferência de responsabilidade descritas por Marcolino et al. (2021, 2022): a sobrecarga emocional, somada à insegurança técnica e à ausência de suporte institucional, pode favorecer condutas de evitação, como o encaminhamento precoce do caso a outros profissionais sem o devido acompanhamento da enfermagem. Esse achado reforça que o cuidado integral à criança pressupõe também o cuidado com a saúde mental ocupacional da equipe, dimensão ainda pouco contemplada nos protocolos institucionais analisados.

Como limitação, cabe destacar que a maioria dos estudos analisados apresenta delineamento qualitativo, exploratório e de amostras reduzidas, o que restringe a generalização dos achados e situa as evidências em níveis mais baixos na hierarquia metodológica, conforme também apontado pela revisão de diretrizes de Otterman et al. (2024). Ainda assim, a convergência temática entre estudos de diferentes regiões do Brasil e de outros países confere consistência interna aos achados aqui discutidos.

É nesse ponto que este estudo se concentra. Diferentemente da Atenção Primária, em que o vínculo longitudinal com a família favorece a suspeita gradual de maus-tratos, o hospital costuma representar um contato pontual e, muitas vezes, o único momento em que a violência pode ser percebida, seja em uma internação por outro motivo, em um atendimento de urgência por lesão física ou na revelação espontânea da criança durante o cuidado. Nesse cenário, a literatura aponta que a enfermagem hospitalar identifica a violência sobretudo pela observação de sinais físicos, emocionais e comportamentais, ainda que a ausência de protocolos padronizados e a insuficiência de capacitação continuada comprometam a segurança dessa atuação (Texeira; Melo, 2026; Amorim et al., 2026).

A atuação do enfermeiro estende-se, ainda, ao cuidado posterior à suspeita, que envolve acolhimento, notificação compulsória e encaminhamento à rede de proteção (Marcolino et al., 2021; 2022), com impacto direto na adesão da vítima ao cuidado subsequente e na redução da revitimização institucional (Teixeira et al., 2023).

No âmbito jurídico e das políticas públicas, a Lei nº 13.431/2017 (Lei da Escuta Protegida) prevê a escuta especializada nos serviços de saúde como instrumento de acolhimento não revitimizante (BRASIL,

2017), e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança estabelece a atenção integral à criança em situação de violência como eixo estratégico (BRASIL, 2018). Esses marcos reforçam que o hospital deve atuar não apenas no manejo clínico do agravo, mas como agente ativo do sistema de proteção.

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa permitiu responder à pergunta norteadora que orientou o estudo. Os achados indicam que a atuação da enfermagem hospitalar na identificação precoce de crianças vítimas de violência sexual infantil apoia-se, sobretudo, na observação de sinais físicos, emocionais e comportamentais durante a admissão e o exame físico, associada à anamnese cuidadosa e à escuta qualificada da criança e da família (Texeira; Melo, 2026; Baptista et al., 2021).

Essa identificação, no entanto, permanece fortemente dependente da experiência individual do profissional, em razão da ausência recorrente de protocolos institucionais padronizados, o que fragiliza a segurança técnica e jurídica da equipe e compromete a uniformidade da assistência prestada.

Quanto aos cuidados integrais a serem adotados após a identificação de um caso suspeito ou confirmado, a literatura analisada aponta para a necessidade de fluxos institucionais estruturados, que contemplem triagem, classificação de risco, notificação compulsória e articulação imediata com a equipe multiprofissional e com a rede de proteção — psicologia, serviço social e Conselho Tutelar —, associados a mecanismos de seguimento pós-alta, ainda incipientes na maioria dos serviços investigados (Texeira; Melo, 2026).

A convergência entre os achados nacionais e a revisão sistemática internacional de Otterman et al. (2024) demonstra que a lacuna de protocolos padronizados não é exclusividade da realidade brasileira, mas um desafio compartilhado por sistemas de saúde de diferentes níveis de estruturação, o que reforça a relevância de investimentos em diretrizes clínicas nacionais específicas para a enfermagem hospitalar.

Conclui-se, portanto, que a qualificação da enfermagem hospitalar para o reconhecimento e o manejo dos casos de violência sexual infantil depende da convergência de três frentes complementares: a implementação de protocolos institucionais padronizados, a educação permanente sistemática — cuja eficácia é sustentada pela evidência de maior nível metodológico reunida por Walsh et al. (2022) — e o cuidado com a saúde mental ocupacional da equipe, dimensão evidenciada como necessária diante do impacto emocional relatado pelos profissionais.

A adoção conjunta dessas medidas mostra-se determinante para interromper a continuidade da violência, possibilitar o encaminhamento oportuno da criança aos serviços especializados e garantir um cuidado seguro, humanizado e articulado com a rede de proteção.

Como limitação deste estudo, destaca-se a natureza qualitativa e exploratória da maioria das evidências incluídas, o que restringe a força de recomendação dos achados. Sugere-se, para pesquisas futuras, a realização de estudos multicêntricos que avaliem a efetividade de protocolos institucionais específicos para a enfermagem hospitalar, bem como investigações sobre o impacto de programas de educação permanente na qualidade da

identificação e da notificação de casos de violência sexual infantil no ambiente hospitalar brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALESSI, B. S.; BARBOSA, A. J. C. Atenção à saúde da criança: estratégias de prevenção de abusos sexuais em consultas de puericultura. **Pleiade,** v. 17, n. 40, p. 91-101, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.32915/pleiade.v17i40.918. Acesso em: 30 ago. 2026.

AMORIM, Y. K. S. et al. Violência sexual infantil nas consultas de puericultura: uma compreensão sobre desafios e cuidados de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme,** v. 100, n. 3, e026089, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2026-v.100-n.3-art.2762. Acesso em: 30 ago. 2026.

BAPTISTA, P. E. P. S. et al. Assistência de enfermagem à criança e adolescente em situação de violência sexual. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras,** v. 21, n. 2, p. 181-188, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.31508/1676-379320210025. Acesso em: 30 ago. 2026.

BARRETO, A. A. et al. Knowledge of nursing professionals about sexual violence against adolescents. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online,** v. 13, p. 1283-1289, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9721. Acesso em: 30 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 6 abr. 2017.

BRASIL. Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, nos termos do § 8º do art. 226 e do § 4º do art. 227 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 25 maio 2022.

BRASIL. Lei nº 15.487, de 6 de agosto de 2026. Institui medidas de enfrentamento e repressão à violência sexual contra crianças e adolescentes, inclusive no ambiente digital e com uso de inteligência artificial. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 7 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: **Ministério da Saúde,** 2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Papo de Futuro:** Brasil tem nova lei de combate à violência sexual contra crianças e adolescentes. Brasília, DF, 11 ago. 2026. Disponível em: https://www.camara.leg.br/radio/369-papo-de-futuro/. Acesso em: 15 out. 2026.

COMISSÃO EUROPEIA. Legal framework to protect children. Bruxelas: **Comissão Europeia,** 2024. Disponível em: https://home-

affairs.ec.europa.eu/policies/internal-security/child-sexual-abuse/legal-framework-protect-children_en. Acesso em: 15 out. 2026.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Violência sexual contra crianças e adolescentes: quase 60 mil notificações em 2025. São Paulo: **Fundação Abrinq,** 2026. Disponível em: https://www.fadc.org.br/noticias/violencia-sexual-dados-2026. Acesso em: 30 ago. 2026.

MARCOLINO, E. C. et al. Social representations of nurses on the approach to children and adolescents who are victims of violence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 29, e3509, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5414.3509. Acesso em: 30 ago. 2026.

MARCOLINO, E. C. et al. Violence against children and adolescents: nurse's actions in primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 75, supl. 2, e20210579, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0579. Acesso em: 30 ago. 2026.

OTTERMAN, G. et al. Clinical care of childhood sexual abuse: a systematic review and critical appraisal of guidelines from European countries. **Lancet Regional Health – Europe,** v. 39, 100868, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100868. Acesso em: 30 ago. 2026.

TEIXEIRA, F. F. et al. Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. **Saúde e Sociedade,** v. 32, n. 3, e220253pt, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0104-12902023220253pt. Acesso em: 30 ago. 2026.

TEXEIRA, R. A.; MELO, M. E. S. Abordagem da equipe de enfermagem no atendimento de vítimas de abuso sexual infância em um hospital de Alagoas. **Revista DCS,** v. 23, n. 91, e5900, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.54899/dcs.v23i91.5900. Acesso em: 30 ago. 2026.

UNICEF; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: 2021-2023. 2. ed. São Paulo: **UNICEF Brasil,** 2024.

WALSH, K. et al. Child protection training for professionals to improve reporting of child abuse and neglect. **Cochrane Database of Systematic Reviews,** n. 7, CD011775, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD011775.pub2. Acesso em: 30 ago. 2026.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, antes de tudo, a Deus, pela força e serenidade que nos sustentaram em cada etapa desta caminhada acadêmica.

Às nossas famílias, pelo amor incondicional, pela paciência nos dias difíceis e por acreditarem em nós mesmo quando duvidamos de nós mesmas; vocês são a base de tudo o que construímos até aqui.

À nossa orientadora, professora Larissa Lages de Oliveira, e à nossa coorientadora, professora Jacqueline Arantes, pela generosidade em compartilhar conhecimento, pela escuta atenta e pelas orientações que deram direção e sentido a este trabalho.

Aos professores do curso de Enfermagem do Centro Universitário Cesmac, que, com dedicação, contribuíram para nossa formação

técnica, científica e, sobretudo, humana.

Aos amigos e colegas de turma, pela troca constante, pelo incentivo nos momentos de cansaço e por tornarem essa trajetória mais leve.

E, por fim, dedicamos em especial a todas as crianças que, mesmo diante de tanta dor, encontram na enfermagem um cuidado capaz de acolher, proteger e recomeçar. É por elas que este trabalho ganha um sentido e propósito.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Cesmac como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profª. Larissa Lages de Oliveira e coorientação da Profª. Jacqueline Arantes, na linha de pesquisa Saúde da Criança e do Adolescente.