

O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA INTERVENÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

Gabriela Honorato dos Santos
Matheus Medeiros Aguiar
Juliana Burgo Godoi Alves

Resumo: Cada profissional vigente atua de maneira focal nas diversas áreas de abordagem humana, seja física, psicológica ou social. Neste âmbito, em relação aos casos de violência sexual infantil, a dinâmica de inter-relação das profissões faz com que facilite a resolução da problemática, atuando na reconstrução moral, biológica e mental das vítimas. Nessa perspectiva cabe ao médico encaminhar, tratar e notificar os casos identificados por ele. Por vez, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) têm a função de investigar o meio intrafamiliar da criança, e o conselho tutelar atua de maneira ativa na apuração da denúncia. Já o psicólogo poderá atuar no tratamento diante dos impactos comportamentais causados à vítima. Da mesma maneira, os assistentes sociais, educadores, farmacêuticos, nutricionistas, enfermeiros, e profissionais da área jurídica tornam-se auxiliares no processo de intervenção dos casos de violência sexual infantil. Ademais, a comunidade em si necessita cumprir o dever de denúncia aos órgãos responsáveis, sendo suspeita ou confirmada a agressão sexual. Assim, a intervenção multiprofissional, juntamente com a população, deve funcionar como uma rede de apoio social, formada por um elo a fim da resolubilidade destes casos, auxiliando na manutenção da defesa dos direitos infantis.

Palavras-Chave: Agressão sexual. Direitos infantis. Notificação. Dinâmica profissional.

Introdução

Compreende-se infância, segundo a Organização Mundial da Saúde (1986), o período que se estende do dia de nascimento aos dez anos incompletos de vida. Dentro das morbidades relacionadas à esta fase, encontra-se a violência sexual, que baseia-se no contato de exposição da criança a elementos sexuais, e que necessita de cuidados específicos relacionados à identificação dos casos e métodos para serem lidados pela equipe multiprofissional. Dessa forma, violência sexual é definida como a interação de uma pessoa mais velha que a criança e a própria, sendo essa aproximação envolvida por carícias, assédio, exposição à imagens sexuais ou a própria prática do sexo, seja por meio oral ou penetração - digital, genital ou anal (BRASIL, 2013). Estas violências na maioria das vezes são impostas às vítimas por meio da força física que geralmente não deixam vestígios de agressão, o que dificulta a detecção da violência pela comunidade.

Entre os dados registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o número de violências gerais registrados no estado de Goiás no período de 2010 a 2015 foi 19.015, sendo 3.534 referentes às violências gerais em crianças, e, desse total, 1.034



infantes foram violentados sexualmente. Através destes atos de barbárie, o maior número de relatos refere-se ao próprio círculo de convivência da criança, sendo portanto a situação que exige maior cautela entre os profissionais devido à presença de laços afetivos entre o binômio vítima e agressor e a consequente dificuldade de verbalizar o ato. Logo, em relação à esses números e à dificuldade de intervir na defesa dos direitos infantis, torna-se imprescindível órgãos que possam impedir o aumento de casos de violência.

Em combate aos dados, tanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como a Constituição Federal Brasileira de 1988 são instrumentos de poder federal que defendem a garantia do bem-estar infantil, prezando pelos direitos e regulamentando os órgãos responsáveis por essa manutenção. Em contrapartida, percebe-se em diferentes ocasiões a distância entre o direito de fato e a condição real de vida. Assim, diante da abordagem deste artigo, a saúde integral da criança é lesada diante de atitudes que as deixam fora do cuidado e desenvolvimento saudável. O fato agressivo sexual muitas vezes é assimilado a outras violências, como física e psicológica. A criança não tem ainda suporte emocional e físico para isto, visto que é um público voltado como sujeito em constante desenvolvimento e gradual consolidação (BRASIL, 2013). Assim, as alterações biológicas e psicológicas que ocorrem por meio da violência sexual infantil são comuns devido à violação dos atributos referentes à fase da infância e merecem total cuidado quando estiverem em contato com os profissionais específicos.

Nessa perspectiva, a equipe multiprofissional baseia-se no conjunto de profissionais de diferentes enfoques que trabalham com o objetivo de formar uma rede de atenção integral à saúde geral da criança. Essa intercomunicação entre as profissões faz com que haja um melhor planejamento de atendimento e auxílio na área atendida por meio de uma coatividade essencial para os cuidados. Diante disto, é de extrema importância a ausência hierárquica, isto é, nenhuma superioridade entre tais, podendo assim o trabalho ser facilitado. A população atendida por uma equipe consegue ser analisada de maneira biopsicossocial, o que causa a redução das morbidades que atinjam aquele grupo notoriamente.

Foi portanto realizado um estudo bibliográfico de obras e arquivos publicados entre os períodos de 2010 e 2015, inerentes aos papéis das principais autoridades envolvidas na denúncia e procedimento dos casos de violência sexual infantil. Assim, diante do exposto busca-se discutir o papel dos principais ramos profissionais relacionados à procedência de casos desse tipo de agressão; suas ações e deveres são retratadas no artigo a fim de demonstrar



sua importância na resolução do caso e na manutenção da integridade do infante que encontra-se fragilizado em várias esferas, e que somente a equipe como um todo pode prestar a atenção necessária para uma resolubilidade total.

O médico

O médico é um dos principais responsáveis denunciadores, isto porque está em contato direto com a criança em estado frágil. Nessa perspectiva, ao detectar ou suspeitar da agressão sexual, é função do profissional realizar a denúncia aos órgãos competentes além de realizar a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), pois os dados são recolhidos para estatísticas e estudos específicos desse tipo de violência. Caso a denúncia não seja efetuada e a informação omitida há penalidades tanto para o profissional médico quanto para qualquer cidadão, isto segundo o artigo 245 do ECA, no capítulo relacionado às infrações administrativas:

“Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.” (BRASIL, 1990)

Ao chegar uma vítima de violência sexual no consultório médico, o infante requer alguns procedimentos específicos para o colhimento de informações na anamnese e a realização de um atendimento humanizadamente sigiloso. Sendo assim, o médico, independente de atender uma criança violentada ou não, já deve criar um ambiente confortável para a mesma. O profissional também deve estar atento a alguns aspectos que evidenciam o ocorrido, destacando-se sinais de maior facilidade de identificação como hematomas, automutilação e lesões em geral. Ademais, os sinais comportamentais também devem ser notados no momento da consulta clínica, dentre eles: submissão, medo perto dos pais, reclusão, dificuldade de concentração, expressão antissocial e um adiantamento da maturidade sexual. Ainda assim, há alguns sinais que passam despercebidos, e necessitam de maior discernimento. Segundo Melli (2011):



“Alguns sinais físicos mais sutis podem se manifestar por meio de doenças psicossomáticas, especialmente dor genital e retal sem nenhuma explicação médica ou infecção presente. Algumas crianças têm dores de garganta recorrentes, sem infecção presente, o que pode indicar o abuso sexual por via oral. Problemas estomacais frequentes, sem explicação médica, podem representar danos em decorrência da ingestão de esperma ou medo de gravidez” (MELLI, 2011).

Além destes fatores, a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA, 2003), também afirma que:

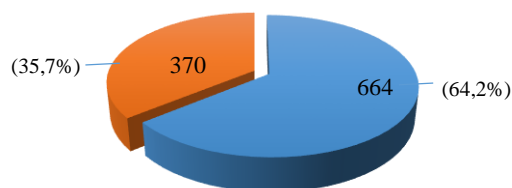
“A criança pode ser levada para o atendimento ao evidenciar uma história de falhas no seu desenvolvimento (desnutrição, obesidade, sintomas depressivos, dificuldades no aprendizado, distúrbios de conduta ou comportamento, distúrbios do sono, fobias e outros sinais de negligência psicológica ou física). Com frequência, quando a criança é vítima de violência, os adultos responsáveis apresentam outras justificativas para o fato ou para os sinais e sintomas de sofrimento geralmente associados” (ABRAPIA, 2003).

Dessa forma, após apresentado o sequenciamento das condutas investigativas para a detecção do abuso sexual é necessário o tratamento, com exercício de encaminhamentos específicos.

É necessário ressaltar o número de crianças do sexo feminino violentadas: segundo os registros no DATASUS de 2010 a 2015 cerca de 664 meninas sofreram agressões, número que corresponde à 64,2% do total (1.034) dos dados gerais notificados, como informa o gráfico

abaixo:

Relação de gênero das vítimas de violência sexual infantil no estado de Goiás no período de 2010 a 2015
■ Vítimas infantis do sexo feminino ■ Vítimas infantis do sexo masculino



○

Figura 1. Vítimas sexuais infantis: gêneros. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>
Acesso em: 06 junho 2017.

médico, portanto, deve fazer a solicitação de exames comprobatórios frequentemente levados ao corpo de delito, e outros para verificar o estado atual do infante. Além disso deve prescrever a contracepção de emergência. Já abrangendo os dois gêneros das vítimas recomenda-se a profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis.

A integração com os membros da equipe multiprofissional advém em grande parte das vezes, do médico, que quando se depara com situações de violência sexual solicita o exercício



destes. As áreas da vasta equipe multiprofissional a serem indicadas são: psicologia, ginecologia ou urologia, medicina legal e equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por exemplo.

O agente comunitário de saúde

A delicadeza do caso de um abuso sexual intrafamiliar é justificada pelo fato que o agressor é, na maioria das vezes, querido pela casa e inclusive pela criança, o que gera a maior vulnerabilização da vítima, abrindo espaço para aproximação. Os dados do DATASUS apontam que o local de maior ocorrência da agressão é a casa, sendo, das violências sexuais infantis totais, 65,28% ocorreram dentro de casa.

Portanto, nessa amplitude apontada pela estatística, a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) baseia-se na investigação na sua área de atuação, analisando os arranjos familiares e seus aparatos psicológicos e socioculturais. Assim, no processo de detecção das morbidades encontradas, cabe ao ACS a pronúncia do caso à equipe de saúde e averiguação constante do meio biopsicossocial da vítima e de toda a família envolvida.

Segundo Ferreira (2005, *apud* BRASIL, 2012, pg. 208):

“A atenção básica exerce um papel fundamental na dimensão da garantia do acesso e do acolhimento por ser o primeiro contato da criança e da família com o serviço. Neste sentido, os profissionais de saúde que compõem a equipe de Saúde da Família são os atores principais na referida abordagem.” (FERREIRA, 2005)

Portanto, o agente comunitário é designado à uma inspeção mais sutil e detalhada, pois este estará em contato com o meio de convívio da vítima, o que favorece o reconhecimento de alguns dados outrora não descobertos e que muitas vezes são basais para a resolução do problema. Esse trabalho, por conseguinte, age como facilitador do processo de cuidado à criança vítima de violência.

O conselheiro

O conselho tutelar é o órgão público responsável por zelar de crianças e adolescentes que tiveram seus direitos ameaçados ou feridos. Esse órgão utiliza como seu guia o ECA, o que



rege e garante todos os direitos aos infantes. É de extrema importância que os escolhidos para essa função tenha grande capacidade comunicativa e que saibam conversar e mediar os conflitos, sendo também o processo de coleta de dados de forma minuciosa. As denúncias podem chegar de várias formas sendo as possibilidades: escrita, por telefone, pessoalmente, entre outras. Ao recebê-las, são funções dos conselheiros realizar a apuração da informação que foi entregue, a fim de investigar alguma fraude ou distorção do caso; incentivam a comunidade ações de reconhecimento dos maus-tratos juntamente com a divulgação destes.

O procedimento é feito de maneira detalhada e por meio de visitas que preferencialmente devem ser marcadas com antecedência pelos conselheiros. O Estatuto da Criança e do Adolescente afirma que:

“Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.
Parágrafo único. As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas à Justiça da Infância e da Juventude” (BRASIL, 1990).

O psicólogo

Segundo o DATASUS, entre os 1.034 registros de violência sexual infantil no período de 2010 a 2015, 251 ocorreram simultaneamente com a violência psicomoral, o que corresponde a 24,27% do total. Portanto, dentre a equipe responsável pela denúncia e tratamento da vítima de violência há o psicólogo, que é de indiscutível importância para a prevenção e solução dos impactos causados através do trauma vivido. Este profissional consegue tratar os transtornos dessas crianças que podem apresentar mudanças emocionais, comportamentais e cognitivas.

O psicólogo deve atuar com objetivo de assessorar o caso e auxiliar na tomada de decisões, esclarecimentos, opiniões e confecções de laudos, isso de forma esquematizada e humanizada sem ferir os direitos do paciente. Isso deve ser executado de maneira humanizada por meio de uma escuta psicológica, com fim de não ser invasiva e sim acolhedora. Não só a criança mas toda a família deve ser avaliada e tratada de maneira que haja respeito aos medos e anseios de cada membro, levando todos a sério. É função também dos psicólogos o exercício de atividades lúcidas que trabalhem no quesito emocional, evitando traumas permanentes a serem repercutidos devido ao abuso.



Segundo a Cartilha “Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes”, da 1ª Vara da Infância e Juventude do Distrito Federal, a criança pode ainda expressar alto nível de ansiedade, tristeza profunda, instabilidade emocional, pensamentos suicidas, distúrbios do sono, aversão do próprio corpo, condutas antissociais, dependência do álcool, entre outros.

Além disto, Florentino (2005, *apud* Romaro, 2007 p.180) aponta que:

“[...] O abuso sexual, sendo ele de caráter incestuoso ou não, deixa a criança numa sensação de total desamparo. O adulto que deveria ser sinônimo de proteção se torna fonte de perturbação e ameaça. Ela não tem com quem contar, não pode comentar o fato e ainda é mobilizada, pela complexidade da relação, a sentir-se culpada. O silêncio, portanto, pode estar associado ao sentimento de culpa, às ameaças feitas, ao vínculo estabelecido na relação, principalmente por parte da criança.”

A cartilha “Guia Escolar: Métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes”, formulada em 2004 pelo Ministério da Educação, aponta alguns comportamentos comuns em crianças violentadas sexualmente:

“[...] dificuldade de ligação afetiva e amorosa, originada no profundo sentimento de desconfiança do ser humano em geral, por temor de reedição de experiência traumática ou, ainda, por dissociação entre sexo e afeto e gerando sentimentos de baixa autoestima, sentimento de culpa, depressão prolongada por medo da intimidade. Dificuldades de manter uma vida sexual saudável. A dificuldade de estabelecer ligações afetivas pode estar associada com a questão da sexualidade ou nela interferindo.[...] [...]Podem ainda vivenciar baixa qualidade nas relações sexuais, com incapacidade de atingir o orgasmo ou demorar demais para atingi-lo. Algumas pessoas podem ter reações opostas: tendência de supersexualizar os relacionamentos sociais, gerada por fatores como incapacidade de distinguir sexo do afeto; confusão entre o amor parental e manifestações sexuais, compulsivo interesse sexual para provar que são amadas e para se sentirem adequadas” (BRASIL, 2004).

Outros facilitadores

Diferentes ocupações podem auxiliar no progresso dos casos, como trabalhadores da assistência social, atuantes do CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), sendo este pertencente a um trabalho voltado para indivíduos e famílias que tiveram seus direitos violados.

Os professores e trabalhadores do meio escolar são pessoas de contato direto que possuem conseqüentemente uma aproximação maior com as crianças. Estes educadores têm a função da observação constante do desempenho e comportamento dos alunos, sendo, no artigo 56 do ECA, Lei 8069, afirmado que:



“Os dirigentes de estabelecimentos de ensino fundamental comunicarão ao Conselho Tutelar os casos de: I - maus-tratos envolvendo seus alunos; II - reiteração de faltas injustificadas e de evasão escolar, esgotados os recursos escolares; III - elevados níveis de repetência” (BRASIL, 1990).

Com a oportunidade para distinguir algumas alterações comportamentais e sociais dos infantes, os educadores, em casos confirmados ou suspeitos, podem realizar a denúncia aos órgãos competentes por telefone; por escrito, preenchendo uma ficha padronizada de notificações e se caso não tenha, relatar em uma folha; por meio da própria visita aos órgãos, ou até mesmo solicitar a presença de conselheiros e outros profissionais responsáveis na escola. Ele poderá exercer, através de sua confiança e aproximação com o aluno, a coleta de importantes informações para o relato, abordando angústias e delicadamente dados sobre o crime, respeitando a ética cidadã.

As denúncias podem ser públicas ou sigilosas, sendo aconselhável que a escola sempre contate a família, desenvolvendo uma comunicação clara e respeitosa. Neste contexto, após o caso solucionado a reintegração da vítima a instituição escolar deve ser de forma vagarosa, isto porque ela viveu um forte trauma emocional, até mesmo intrafamiliar. O educador portanto deve atuar como principal auxiliador na reintegração social da criança, mostrando-se acessível ao acolhimento, indagações e desabafos.

Ainda mais, entre as áreas de atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além do psicólogo, farmacêuticos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais também exercerão a promoção/recuperação da saúde mental, física/nutricional e social da criança.

Por vez, advogados e profissionais do poder judiciário trabalham nas áreas de violações legais, estando em função das correções e resgates dos direitos garantidos pelo Estado. A Polícia Militar também exerce sua importância no que se refere aos registros em boletins de ocorrência policiais e a própria fiscalização dos cuidados entre a família e os infantes.

Ademais, a comunidade, sem distinção de ocupação, deve em toda sua constituição prezar pelo bem-estar das crianças, sendo qualquer suspeita de violência obrigatoriamente denunciada, estando sobre risco de condenação se omissos o caso. Organizações não Governamentais (ONG's), familiares, vizinhos e outras categorias deverão exercer o direito de denunciar. O artigo 18 do ECA explicitam o papel social, sendo que “é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.” (BRASIL, 1990)



A omissão à denúncia pode dar espaço à continuidade do maltrato à criança e nutrir sentimentos reprimidos desta, gerando em casos mais drásticos, seu suicídio. O relato portanto pode ajudar a cessar os atos de violência sexual contra as vítimas, assim, a revelação pode evitar outras violências planejadas e até mesmo conscientizar a população geral em função dos casos alertados.

Considerações Finais

Os profissionais das diferentes áreas, neste contexto, trabalham de maneira restituinte dos direitos da infância, e atuam como sujeitos que buscam contrapor o aumento dos casos de violência contra a criança registrados por ano. Além disso, visam quebrar barreiras informais e formais, ofertando a essas minorias maiores chances de serem reinseridas na sociedade, e agora com menores riscos de reincidência na invasão do seu crescimento desenvolvimento.

Embora haja limitações no âmbito de apoio social integral, a equipe intersetorial precisa agir de forma eficaz dentro das possibilidades obtidas, sendo, além dos profissionais, a população o contribuinte essencial para a diminuição dos casos de violência sexual infantil.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Capacitação para atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco**. 2003.

BALBINOTTI, Cláudia. **A violência sexual infantil intrafamiliar: a revitimização da criança e do adolescente vítimas de abuso**. 2008. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2008_1/claudia_balbinotti.pdf> Acesso em: 10 abr. 2017

BATISTA, Dayse Simone de Melo. **Um estudo sobre conselheiros tutelares diante de práticas de violência sexual**. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 abr. 2017.

BRASIL. 1ª Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. 2013. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/glossarios-e-cartilhas/violenciaSexual.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violego.def>> Acesso em: 5 abr. 2017



BRASIL. Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Ministério da Justiça. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em: 10 de abr. 2017.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Educação. **Guia Escolar: métodos para Identificação de sinais de Abuso e Exploração Sexual de crianças e Adolescentes**. 2004. 163p. 2.ed. Disponível em: <http://www.mpdf.t.br/portal/pdf/idades/promotorias/pdij/Publicacoes/Guia_Escolar.pdf> Acesso em: 15 abr. 2017

COSTA, Maria Conceição Oliveira. **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência**. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérnago. **As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes**. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n2/1984-0292-fractal-27-2-0139.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017

HABIGZANG, Luísa Fernanda. **Avaliação Psicológica em Casos de Abuso Sexual na Infância e Adolescência**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a21v21n2.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017

MELLI, João Carlos. **As Consequências do Abuso Sexual para o Desempenho Acadêmico da Criança**. 2011. Disponível em: <<http://www.pedagogia.ufscar.br/documentos/arquivos/tcc-2005/as-consequencias-do-abuso-sexual-para-o-desempenho-academico-da-crianca>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SANTOS, Lara Cíntia. **A prática do assistente social no centro de referência especializado de assistência social – CREAS no município de Riachão do Dantas/SE**. 2012. Disponível em: <http://fjav.com.br/revista/Downloads/edicao07/A_Pratica_do_Assistente_Social_no_Centro_de_Referencia_Especializado_de_Assistencia_Social.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017

WHO, World Health Organization. **Young People's Health - a Challenge for Society**. 1986. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva.

Dos autores

Gabriela Honorato dos Santos: Acadêmica do curso de medicina da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros, Goiás. E-mail: gabrielahonorato2010@hotmail.com

Matheus Medeiros Aguiar: Acadêmico do curso de medicina da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros, Goiás. E-mail: matheusmedeirosaguiar@hotmail.com

Juliana Burgo Godoi Alves: Professora do curso de Medicina da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros. Professora do Curso de Enfermagem na regional Jatai/UFG. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG); especialista em Emergência e Urgência pela CEEN; mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC/GO. E-mail: burgogodoi@gmail.com

