



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ANA PAULA MARTINS DA SILVA

**AS AÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA URGÊNCIA NO
ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE
ABUSO SEXUAL.**

**BELÉM
2015**

ANA PAULA MARTINS DA SILVA

**AS AÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA URGÊNCIA NO
ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE
ABUSO SEXUAL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, na Linha de Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Professor Doutor Genylton Odilon Rêgo da Rocha.

**BELÉM
2015**

ANA PAULA MARTINS DA SILVA

**AS AÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA URGÊNCIA NO
ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE
ABUSO SEXUAL.**

Banca Examinadora

Professor Doutor Genylton Odilon Rêgo da Rocha
Orientador – UFPA

Professora Doutora Vera Lúcia de Azevedo Lima
Examinadora interna – UFPA

Professora Doutora Maria Antônia Cardoso
Examinadora externa – UFPA

**BELÉM
2015**

*Dedico este estudo a todas as
crianças e a todos os adolescentes
que sofrem abuso sexual.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela fé que me mantém viva e fiel à vida honesta de trabalho e de estudo. Por ter iluminado diariamente a minha vida, acalmado meu coração, principalmente durante a construção deste trabalho que é, para mim, resultado de muito estudo e dedicação.

Aos meus pais, **Maria Dalva e Edgar** (*In memoriam*), que apesar de todas as dificuldades que enfrentaram na vida sempre fizeram o possível para que eu chegasse até aqui.

Ao meu esposo, **Heitor**, e meus filhos, **Enzo e Pedro**, aos quais serei grata para sempre, pelo apoio, dedicação e incentivo. Eles, muitas vezes, privaram-se de várias coisas (da minha companhia) para que eu pudesse dar continuidade aos estudos, ajudando-me a levantar e mostrando-me o caminho nas horas mais difíceis.

Às minhas irmãs, **Ana D'árc, Ana de Nazaré, Ana Kely e Ana do Socorro**, que são os meus exemplos, minha fortaleza e minhas grandes inspiradoras. Sempre me deram apoio e coragem durante toda minha caminhada como enfermeira e sempre me incentivando ao estudo.

Ao meu orientador, **Professor Genylton Rocha**, que muito me auxiliou e acreditou em meu potencial. Obrigada pela paciência, amizade, carinho e conselhos diante de minhas inquietações.

Às minhas grandes amigas queridas, **Francilene e Ineluce**, pelos momentos compartilhados nesta significativa e marcante aventura de nossas vidas.

Aos **Professores Doutores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPA**, pelo ensino de qualidade e boa vontade em resolver meus questionamentos.

Ao **Instituto de Ciências da Saúde/ UFPA**, pela oportunidade concedida para cursar o Mestrado Acadêmico.

Ao **Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência de Ananindeua**, que me permitiu a realização deste estudo. Fio um lugar onde me senti acolhida.

Aos **enfermeiros participantes deste estudo**, que disponibilizaram as informações, mesmo que isso se configurasse em um misto de padecer e

partilhar suas angústias, ao relatarem o sofrimento de crianças e adolescentes que sofrem abuso sexual.

Meus sinceros agradecimentos a todos que me ajudaram.

“Nós devemos às nossas crianças -os cidadãos mais vulneráveis em qualquer sociedade- uma vida livre de violência e medo. A fim de assegurar isto, devemos manter-nos incansáveis em nossos esforços não apenas para alcançar a paz, a justiça e prosperidade para os países, mas também para as comunidades e membros da mesma família. Devemos dirigir nossa atenção para as raízes da violência. Somente assim, transformaremos o legado do século passado de um fardo opressor em um aviso de alerta”.

Nelson Mandela (OMS, 2003)

RESUMO

Esta dissertação investigou *As ações dos enfermeiros que atuam na urgência no atendimento de crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual*. Neste sentido, propôs-se, como objeto de estudo, realizar uma pesquisa no hospital Metropolitano de Urgência e Emergência de Ananindeua (PA). As seguintes questões investigativas foram formuladas: Que conhecimentos os enfermeiros que atuam na urgência do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência possuem sobre a temática violência sexual contra crianças e adolescentes? Qual a qualificação que os enfermeiros, que atuam na urgência, receberam nos últimos cinco anos, no que diz respeito à preparação para atenderem crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual? Como os enfermeiros que atuam na urgência desenvolvem o atendimento direcionado a crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual? Como objetivo geral, procurou-se compreender a atuação dos enfermeiros que atuam na urgência do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, no contexto de atendimento a crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual. A trajetória metodológica envolveu pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo, com realização de entrevistas semiestruturadas. Foram 10 enfermeiros que atuavam na Urgência e Emergência do referido hospital. A análise do material obtido nas entrevistas foi realizada mediante o instrumental teórico-metodológico possibilitado pela análise de conteúdo, tendo como pano de fundo o arcabouço analítico proposto pelo materialismo histórico-dialético. A fundamentação teórica apoiou- nas pesquisas realizadas por Angelo et al (2013), Azevedo (2005), Deslandes (1999), Faleiros (2004), Mouro (2013), Oliveira (2000), Rocha (2011) e outros pesquisadores que tratam do enfrentamento do abuso sexual contra a criança e o adolescente no Brasil e no estado do Pará. Entre os principais resultados, constatou-se que os enfermeiros revelaram pouco conhecimento sobre a temática investigada. Percebeu-se, ainda, déficit nos processos de formação inicial e continuada dos mesmos; assim como um atendimento inadequado no que se refere aos casos de suspeita de abuso sexual, com a inexistência de protocolos de atendimentos adequados. Aliado a isso, observou-se que inexistia notificação apropriada para a condução das ocorrências no hospital investigado. A partir dessa pesquisa, o estudo indicou vários desafios a serem enfrentados em prol de ações, por parte do enfermeiro, a fim de que se conduzam, efetivamente, os casos atendidos.

Palavras-chave: Abuso sexual. Ações dos enfermeiros. Formação do enfermeiro. Atendimento do enfermeiro.

ABSTRACT

This dissertation investigated Shares of nurses working in the emergency care of children and adolescents with suspected sexual abuse. In this sense, it is proposed, as an object of study, conduct research at the Metropolitan Hospital Emergency Department of Anantapur (AP). The following investigative questions were formulated: What knowledge nurses working in emergency Metropolitan Hospital Emergency Department on the subject have sexual violence against children and adolescents? What is the qualification that nurses who work in emergency, received in the last five years, with regard to the preparation meet for children and adolescents with suspected sexual abuse? As nurses working in emergency care develop targeted to children and adolescents with suspected sexual abuse? As a general goal, we sought to understand the role of nurses working in emergency Metropolitan Hospital Emergency Department in the context of care for children and adolescents with suspected sexual abuse. The methodology involved bibliographical, documentary research and fieldwork with conducting semi-structured interviews. There were 10 nurses working in the Emergency Department of the hospital. The analysis of the material obtained in the interviews was conducted by the theoretical and methodological tools enabled by content analysis, with the backdrop of the proposed analytical framework by historical and dialectical materialism. The apoiou- theoretical foundation in research conducted by Angelo et al (2013), Azevedo (2005), Deslandes (1999), Faleiros (2004), Moor (2013), Oliveira (2000), Rock (2011) and other researchers dealing the confrontation of sexual abuse against children and adolescents in Brazil and in the state of Pará. Among the main results, it was found that nurses little knowledge on the subject investigated. It was also perceived deficit in the processes of initial and continuing training to them; as well as insufficient support in relation to cases of suspected sexual abuse, with the lack of appropriate care protocols. Allied to this, it was observed that does not exist for the proper conduct of occurrences investigated in hospital notification. From this research, the study indicated several challenges to be faced towards actions by nurses in order to conduct themselves effectively the cases treated.

Keywords: Sexual Abuse. Actions of nurses. Nursineducation. Care nurses.

SUMÁRIO

SESSÃO 1- INTRODUÇÃO	11
SESSÃO 2- A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO BRASIL	29
2.1- DEFININDO A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E O ADOLESCENTE	29
2.2- O PROBLEMA DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL E NO ESTADO DO PARÁ	34
SESSÃO 3- O ENFRENTAMENTO DO ABUSO SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO BRASIL E NO ESTADO DO PARÁ	48
3.1- A POLÍTICA NACIONAL E ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE	48
3.2- O EIXO “ATENDIMENTO” NO PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE	60
SESSÃO 4- O ENFERMEIRO COMO AGENTE DO ENFRENTAMENTO DO ABUSO SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE	67
4.1- O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE CASOS DE ABUSO SEXUAL	67
4.2- AS AÇÕES DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA URGÊNCIA NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL: UM ESTUDO REALIZADO NO HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE ANANINDEUA (PA)	79
SESSÃO 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICE	115
ANEXOS	

SESSÃO 1-INTRODUÇÃO

O contexto da enfermagem propicia a investigação de uma gama de temas. Diante das motivações pessoais e profissionais a dissertação em tela possui como tema: **As ações dos enfermeiros, que atuam na urgência, no atendimento de crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual.** Destaco que a escolha por essa temática está relacionada com minha inserção como enfermeira em hospitais, a qual me levou a constatar e refletir acerca dos vários casos de abuso sexual infanto-juvenil que, em geral, não eram denunciados, fazendo com que muitas vítimas sofressem caladas diante deste acontecimento tão agressivo e invasivo, comprometendo o pleno desenvolvimento da pessoa.

Outro fator determinante para escolha desta temática foi o processo de discussões empreendidas no grupo de pesquisa que integro, denominado de **INCLUDERE (Grupo de Estudos e Pesquisas em Currículo e Formação de Professores na Perspectiva da Inclusão).** Este grupo desenvolve uma **pesquisa denominada** “Empoderando as escolas públicas de Belém para o enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil”, onde semanalmente há reuniões no Instituto de Ciências da Educação (ICED) e são discutidos temas diversos referentes aos atos de abusos sexuais contra crianças e adolescentes.

Ao realizara pesquisa bibliográfica sobre a temática da violência sexual contra crianças e adolescentes, sem dúvida pensava o quanto de aflições, inquietações, questionamentos e inúmeras indagações iriam emergir. E estas manifestações, que acredito não serem apenas minhas, pois se apresentam atreladas a quase tudo que é desafiador ao ser humano, fazem parte de todos que pretendem e buscam entender como ocorre o processo do cuidar, a partir das dificuldades que nelas estão presentes, propondo uma intervenção na realidade dessas crianças e adolescentes que são vítimas da violência sexual. Percebo que não sou única nesse repensar, pois este faz parte da maioria das pessoas que estão dispostas a construir novas possibilidades àqueles que estão em situação de risco.

Berryet al (2006) lembram que a enfermagem necessita de suporte e supervisão para lidar com sentimentos de desamparo e tristeza, e poder

oferecer cuidado consistente, de longo termo e não julgamentoso. Ainda, aponta para os enfermeiros que foram vítimas de abuso na infância, que prestam assistência aos maltratados. Precisam ser preparados com conhecimento e emoções para dar suporte à família e à criança durante a recuperação e estar atentos para que suas próprias estratégias de luta e bem-estar não afetem o cuidado provido a crianças vulneráveis. Assim, os supervisores de enfermagem e administradores devem estar sensíveis às experiências de infância dos enfermeiros.

Ao buscar subsídios teóricos iniciais, pude constatar que o abuso sexual contra crianças e adolescentes no Brasil e exterior constitui-se em uma importante problemática de saúde e independente da forma de apresentação, física, psicológica, sexual ou por negligência, um expressivo número de autores aponta que as principais consequências dos maus tratos na infância ocorrem no desenvolvimento nas esferas física, social comportamental, emocional e cognitiva.

Na literatura, o abuso sexual configura-se como todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente uma criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou outra pessoa. Ressalto que em ocorrências desse tipo, a criança é sempre vítima e não poderá ser transformada em ré (AZEVEDO, 2005).

O abuso sexual de crianças e adolescentes representa uma situação de risco e uma violação dos direitos humanos sexuais e particulares da pessoa em desenvolvimento. Assim sendo, no atendimento às vítimas, os profissionais de saúde precisam atuar com recursos instrumentais e teóricos que estão além do que os cursos de graduação oferecem. Posto que, os impactos de sua incidência em crianças e adolescentes podem acarretar marcas devastadoras e difíceis de serem elaboradas, que chegam, inclusive, a persistir na vida adulta.

De acordo com Faleiros (2000), a violência sexual contra crianças e adolescentes sempre se manifestou em todas as classes sociais de forma articulada ao nível de desenvolvimento civilizatório da sociedade, relacionando-se com a concepção de sexualidade humana, compreensão sobre as relações

de gênero, posição da criança e o papel das famílias no interior das estruturas sociais e familiares.

Apesar da gravidade dessa problemática, entretanto, o que se observa, em geral, do ponto de vista da saúde pública no Brasil é a quase inexistência de estudos relacionados à violência, justificando a necessidade de investigações e reflexões envolvendo esse assunto. Ressalta-se, também, que a maioria das publicações existentes¹ é vinculada à área da psicologia, o que confirma a carência do envolvimento dos profissionais de enfermagem com o fenômeno violência sexual. Este silenciamento da temática na área da enfermagem a meu ver fortalece o desafio de realizar a pesquisa em tela.

Entendo que a realização de análises nesta perspectiva podem objetivar uma compreensão mais profunda acerca das razões que impedem ou dificultam uma tomada de posicionamento por parte dos profissionais que atuam diretamente com esses vitimizados. Para que de fato funcione como proteção ao desenvolvimento das crianças que vivem cotidianamente uma violação de direitos tão grave. Logo, o abuso sexual é um tema atual, cujos estudos são ainda incipientes no Brasil, de difícil abordagem pelas equipes de saúde e sendo frequente a demanda de crianças e adolescentes vitimizados atendidos nas urgências, acredito poder contribuir para o conhecimento através da presente pesquisa, que vai ao encontro da recomendação nacional supracitada.

Tais reflexões subsidiaram a opção pelo seguinte objeto de estudo: **As ações dos enfermeiros, que atuam na urgência, no atendimento de crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual: Um estudo realizado no hospital Metropolitano de Urgência e Emergência de Ananindeua (PA).**

Minha opção pelos enfermeiros que atuam na urgência é justificada diante da atuação destes profissionais que têm papel primordial no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, visto que o local onde trabalham é propício para a detecção precoce desses casos, além do que, são eles que realizam o primeiro atendimento,

¹ Dentre a maioria das publicações existentes, cito: ALBERTON (2005), IHA (2012), MARTINS (1998) e MELLO (2006).

devido estarem prestando uma assistência imediata durante a admissão no hospital.

Apurações realizadas junto às emergências no Brasil têm demonstrado que o desconhecimento do fenômeno da violência familiar, em suas diferentes modalidades e focos, tal fato reforça que a preocupação central dos profissionais de saúde está direcionada apenas para os sinais e sintomas, patologias ou ferimentos. Tais atitudes têm evitado que casos de violência sejam suspeitados, investigados, registrados, notificados e tratados adequadamente (DESLANDES, 1999); (OMS, 2002).

Todavia, essa nova realidade tem encontrado pouco envolvimento por parte dos profissionais e, como ressalta Covey (1989, p.155).

Sem envolvimento não há compromisso”. A despeito do compromisso de que todos somos investidos para com a proteção do outro, para cuidar com amor, principalmente de quem está incapacitado de se defender, muitos ainda relutam aproximar-se da temática, dado o impacto psicológico que o fenômeno provoca em todas as pessoas. Sendo situações melindrosas, tanto para a vítima quanto para os profissionais, a abordagem precisa ser cuidadosa, para não causar danos maiores àquela (BRASIL, 2002).

Além do que, em nenhum outro serviço de saúde a violência é tão visível como no setor de Urgência/Emergência, que é a porta de entrada do sistema público de saúde. Para Deslandes (1999), o momento do atendimento para muitas pessoas é a única vez em que estará, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público). Em muitos casos, é um dos únicos momentos em que a violência será declarada.

Deve-se considerar como primeiro aspecto dos maus-tratos, a suspeita. O grau de suspeita varia de um leve indício de que possa ter havido violência até o relato explícito da criança/adolescente ou do adulto que a acompanha. Porém nenhuma dúvida deve impedir a notificação imediata dos casos de maior gravidade, sejam eles suspeitos ou confirmados, que implicam grave risco para a criança/adolescente.

Estudiosos do fenômeno da violência como Minayo (1999) e Deslandes (1999), têm defendido uma abordagem mais abrangente, incluindo os

profissionais de saúde, para olharem corajosamente e compreenderem-no, utilizando modelos teóricos multicausais, em que fatores políticos, econômicos, sociais, ecológicos, culturais e históricos se inter-relacionem, para uma atuação interdisciplinar e articulada entre serviços e instituições.

É importante ressaltar que uma equipe de saúde formada adequadamente pode notar, documentar, abordar e assistir boa parte dos casos de suspeitas de violência contra a criança e o adolescente. E para isso, é necessário o processo de formação continuada, para que os profissionais possam apropriar-se dos conhecimentos necessários sobre a temática direitos da criança, aspectos jurídicos que envolvam os procedimentos judiciais, a fim de atuarem de forma mais abrangente, evitando intervir unicamente sob o enfoque do atendimento clínico.

Diante dessa problemática, Oliveira afirma:

O enfermeiro deve atuar de forma a revelar não só a essência de seu trabalho, que é cuidar da vida e da saúde dos indivíduos, mas também o seu lado cidadão, buscando o exercício da democracia em sua plenitude e lutando pela justiça social. Isto requer uma atuação não só sobre as consequências, mas acima de tudo no combate às causas da violência em suas diferentes manifestações. Assim, enquanto profissionais de saúde, precisamos estar sensibilizados e habilitados para lidar com as vítimas da violência e com suas famílias na perspectiva de um processo educativo e não repressor; de reabilitação social e não de exclusão social; de reintegração familiar e de promoção à vida. Só assim será possível uma atuação que busque privilegiar o rompimento do círculo vicioso que envolve a violência, diminuindo as chances de quem foi violentado na infância passar a violentar quando adulto ou mesmo a aceitar como natural a presença da violência em seu cotidiano/domicílio. (OLIVEIRA, 2005, p. 11)

Vale destacar que, diante de uma denúncia ou notificação de situação de abuso sexual contra crianças e adolescentes, em qualquer contexto, requer ações e intervenções interdisciplinares que dependem da colaboração de um conjunto de profissionais e de segmentos que compõe a rede de apoio social aos vitimizados e às famílias. Com isso, às urgências e emergências, que são as “portas de entrada” desta modalidade de violência, é questão primordial para entender como esta ocorre e quais são seus condicionantes.

Para tanto, parto da premissa que o abuso Sexual contra crianças e adolescentes é um crime bárbaro que pode afetar de forma significativa a vida e o desenvolvimento psicossocial de crianças, adolescentes e famílias. Logo, se faz necessário refletir sobre o caminho após a denúncia que pode ser tão ou mais árduo que o precedente a ela. Ressalto a necessidade do conhecimento do fenômeno pelos profissionais envolvidos e a prioridade no atendimento à vítima, com vistas a um atendimento humanizado e com atuação voltada para a interdisciplinaridade, para que os danos e os traumas não sejam maximizados.

O Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE) é um hospital público do Governo do Estado do Pará com fluxo regulado pela SESPA (Secretaria de Saúde do estado do Pará). Está localizado no município de Ananindeua, atende a região metropolitana e a diversos municípios do nordeste do Pará.

A opção de realizar a pesquisa no mesmo se deu devido minha atuação como enfermeira durante quatro anos (2006 a 2010) neste hospital. Assim, tive acesso fácil aos profissionais, o que foi um elemento facilitador no processo de obtenção de permissões para realizar a pesquisa, bem como no fornecimento de dados, pelos sujeitos. Esta foi determinante, tendo em vista que presenciei inúmeras admissões de vítimas com suspeitas de violência sexual infanto-juvenil, e constatei que o enfermeiro, durante o atendimento, consegue perceber/identificar a violência sexual, porém nem sempre essa percepção leva a notificação.

Logo, a ausência de protocolos de atendimento a crianças/adolescentes vitimizados aliada à presença de uma equipe multiprofissional com atuação fragmentada e a inexistência de uma sistematização de atendimento a essas vítimas foram problemas encontrados, o que dificultava a realização de um acolhimento amplo e de qualidade e de uma notificação eficaz.

Recordo enquanto um momento importante em minha atuação profissional à realização de admissões na urgência do hospital, durante o exame físico, observava claramente em algumas crianças, vítimas de traumas, marcas de violência que apontavam para o abuso sexual, como por exemplo, hematomas, eritemas perianais, lacerações anais dentre outros. O que mais me comoveu foi à internação de uma criança com um pedaço de madeira inserida no reto, sendo que o padrasto e mãe da mesma alegavam que a

criança havia caído de um cavalo. Ficou evidente para mim a tentativa daquela mãe de evitar que percebêssemos uma grave situação que ocorria no seio familiar por medo de causar um transtorno maior com o padrasto da criança. Ressalto que tal criança ficou internada na clínica pediátrica durante o período de três meses, sendo assistida como um paciente qualquer, quando sabíamos que a mesma deveria ter um atendimento especial, uma notificação eficaz e um acompanhamento multiprofissional.

Muitas vezes notei a comoção por parte da equipe diante deste contexto de cuidado ao perceber que este sofrimento das crianças e adolescentes vitimizados não era simplesmente causado por uma doença ou trauma originado de um acidente. Pelo contrário, advinha de uma violência, um abuso ocasionado por um adulto.

Para Deslandes (1994), ainda não há muita ética nas normas, mas é imprescindível discutir a violência porque a identificação é uma realidade possível, sendo que o primeiro passo é conhecer com mais profundidade o problema e os possíveis caminhos de atendimento. Assim, segundo este autor, os enfermeiros que atuam na área deveriam estar preparados para identificar e atuar adequadamente sobre os casos onde há suspeita de violência sexual.

A identificação e ação efetiva destes profissionais reforça a necessidade do conhecimento para reconhecer e diagnosticar a mesma, conhecimento sobre aspectos legais, como a obrigatoriedade da notificação, sobre políticas públicas de saúde adotadas no país e municípios, fatores de riscos e consequências do problema.

O Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM/MS 1968/2001, que dispõe sobre a notificação obrigatória de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes aos Conselhos Tutelares. Esta portaria reflete a preocupação do setor de saúde para com a população brasileira de não ser omissa diante da violência. Recentemente, destaca-se a implantação do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e o início dos preparativos para implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (Portaria MS/GM 936, 19/05/04).

É sabido que o profissional da saúde, no exercício da sua profissão, tem o dever de desenvolver ações baseadas na ética. No que concerne ao aspecto legal, ele precisa denunciar casos de violência contra a criança e o

adolescente, porém nem sempre é o que ocorre. Muitos profissionais sentem apreensão em invadir a dinâmica familiar, há aqueles que temem retaliações por parte do agressor e outros consideram que tem conhecimento insuficiente para os procedimentos de notificação. Portanto, é fundamental que os profissionais de enfermagem estejam preparados, tanto no que se refere à implementação de uma sistematização de enfermagem voltada para as crianças/ adolescentes vítimas destes tipos de maus tratos, assim como no planejamento de ações efetivas.

Outrossim, entendo que a enfermagem, enquanto uma prática social, deve se apoderar de maior conhecimento sobre a temática em estudo e instaurar em seu processo de trabalho a dimensão cuidadora na perspectiva do cuidado individual e coletivo, por meio da sua prática clínica, educacional e administrativa/gerencial, respondendo a uma dimensão plural de necessidades e demandas. Assim, buscando responder aos desafios de evidenciar a violência sexual contra crianças e adolescentes e entender melhor o processo de produção deste fenômeno, há necessidade de formar profissionais competentes, com uma visão crítica-reflexiva e socialmente comprometidos no enfrentamento da violência sexual contra esses vitimizados.

O primeiro passo para a organização da assistência de enfermagem refere-se a uma adequada colheita da história do paciente e um minucioso exame físico, que deve levar em conta mais precisamente os possíveis indícios dos maus tratos e/ou abuso sexual como equimoses, sangramentos e laceração na região genital e anal, boca e garganta, presença de roupas íntimas rasgadas, manchadas ou com sangue. A referência da criança de dor à micção e/ou prurido nestes lugares deve ser levada em conta, assim como os sinais de doença sexualmente transmissível e gravidez. Estabelecida a evidência do abuso, é dever de todo profissional de saúde notificar a suspeita, condição esta não satisfeita passível de punição e multa. (BRASIL, 1995)

Embora a atuação nos casos de violência sexual contra a criança em geral envolva um trabalho multiprofissional e intersetorial, o enfermeiro, sem dúvida, é privilegiado em relação à detecção precoce e intervenção nos casos que chegam aos prontos socorros e unidades de saúde em geral, pois ele é o primeiro membro da equipe de saúde a entrar em contato com o paciente e que

também passa maior tempo em contato com a vítima e sua família (ZAVASCHI et al, 1991; BRASIL, 1997).

O papel do enfermeiro deve incluir a identificação, como também o tratamento, a avaliação e o encaminhamento para outros profissionais especializados. Deve se lembrar que nem sempre as crianças abusadas apresentam sinais físicos do abuso, porém, este traz consequências de ordem social, emocional e comportamental. Assim, nos hospitais e instituições de saúde, o enfermeiro pode suspeitar da violência, quando a criança apresentar dificuldades de aprendizado, fugas de casa, queixas psicossomáticas, mudanças súbitas de comportamento, fobias, pesadelos, rituais compulsivos, comportamentos autodestrutivos ou sexualizados, isolamento, aversão ou desconfiança de adultos, labilidade emocional, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2011).

Outra atuação importante do enfermeiro em relação à questão do abuso sexual na infância é o trabalho de orientação de familiares e criança para a sua prevenção. Neifertetal (2001) esclarece que existem atitudes que os pais podem tomar no sentido de prevenir o abuso sexual. São aquelas baseadas principalmente no respeito à criança, em relação à negativa de contato físico com pessoas e na valorização de sua auto-estima. Segundo Seabra & Nascimento (1997) as crianças precisam saber que o seu corpo pertence a si e que ninguém tem o direito de tocá-lo sem a sua permissão, que existem diferentes maneiras de tocar e que precisam confiar nos pais, que podem e devem fazer perguntas a eles sempre quando se sentirem confusos e preocupados com as questões referentes à sexualidade.

Todavia, para isso, é urgente a necessidade de mudança nos tipos de abordagens rotineiramente empregadas nos serviços de saúde, como os hospitais, que propendem para uma visão assistencialista baseada em práticas curativas fundamentadas, especialmente, na observação de sinais e sintomas de quadros clínicos.

Sendo assim, numa etapa inicial, os enfermeiros devem contribuir de maneira decisiva na identificação dos eventos que merecem intervenção imediata ou mediata, revelando as causas verdadeiras. Nesta perspectiva, uma possível idéia seria a inclusão de perguntas sobre eventos violentos durante as consultas de enfermagem, pois estas poderiam chamar a atenção dos

profissionais quanto à necessidade de trabalharem junto à família. Assim, uma atitude coerente deve ser o aprofundamento e a ampliação das discussões envolvendo a questão violência, a fim de que os enfermeiros utilizem o conhecimento científico construído para enfrentarem com urgência o desafio de detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir as situações de violência contra crianças e adolescentes.

Parker (2001) afirma que os profissionais que atuam na urgência, no momento do atendimento, devem estar atentos à história contada pelos pais para explicar o surgimento das lesões, pois pode haver discrepância nos relatos dos pais ou entre a história que eles contam e o achado no exame físico. Na entrevista inicial não se deve confrontar diretamente o suposto perpetrador de abuso porque é preciso tomar providências para documentar e denunciar o abuso de um modo que garanta a segurança da criança.

Os profissionais da enfermagem precisam ter consciência de suas atribuições, suas competências legais no que tange à Lei do Exercício Profissional que rege a profissão da Enfermagem e, além de conhecer e se conscientizar, devem assumir as suas responsabilidades diante dos preceitos legais.

Destaco que o cuidado deve ser prescrito por enfermeiro e realizado por toda a equipe de enfermagem e entendo que é por meio da aplicação do processo de enfermagem que ambos, caminham em direção ao seu objetivo maior, a realização do cuidado de enfermagem com qualidade, de forma individual a cada paciente, que atenda às suas reais expectativas e necessidades.

Compreendo que, a partir de suas atribuições profissionais bem definidas e conhecidas e ao aplicar a metodologia da assistência, direcionando o cuidado, o enfermeiro e a equipe de enfermagem ocupam com competência o papel dentro da equipe multiprofissional no atendimento à criança, tornando-se responsáveis e executores da parte que lhes cabe, que é o cuidado. Dessa forma, a enfermagem terá sua valorização profissional diante da equipe multiprofissional, paciente e família.

É necessário apontar que o abuso sexual é uma modalidade de violência que pode deixar marcas profundas no desenvolvimento da criança e do (a)

adolescente vitimizado (a) e por isso exige urgência na sua intervenção. Não se pode deixar para depois, para mais tarde, pois pode ser tarde demais.

Grüdtner (2005) analisa que a Enfermagem, nos dias de hoje, é uma disciplina que tem uma prática social. Sendo assim, precisa engajar-se na temática, a fim de preservar o precioso capital social, os seres humanos, adultos de amanhã. Os enfermeiros precisam se perceber como agentes integrantes do sistema atuante de cuidado às vítimas dessa cruel realidade, prestando um cuidado amoroso como legítima ação de enfermagem. A incumbência só é possível, porém, através da interação entre o domínio de conhecimento sobre o fenômeno e sua complexidade, com ações cuidativas apropriadas.

Evidencia-se a premência de incluir esse tema na formação do enfermeiro, no sentido de instrumentalizá-lo para a sua atuação junto a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. Da mesma forma, revela-se imprescindível o envolvimento dos serviços de saúde, dos órgãos de classe e das instituições de ensino superior na qualificação dos profissionais de enfermagem para uma atuação comprometida e competente.

Neste contexto, foram definidas as seguintes questões de investigações:

- Que conhecimentos os enfermeiros que atuam na urgência do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência possuem sobre a temática violência sexual contra crianças e adolescentes?

- Qual a qualificação que os enfermeiros, que atuam na urgência, receberam nos últimos cinco anos, no que diz respeito à preparação para atenderem crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual?

- Como os enfermeiros que atuam na urgência desenvolvem o atendimento direcionado a crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual?

Como **objetivo geral** a pesquisa visa compreender a atuação dos enfermeiros, que atuam na urgência do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, no contexto de atendimento a crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual.

.E como **objetivos específicos**:

- Identificar o conhecimento que os enfermeiros, que atuam na urgência do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, possuem acerca da temática violência sexual contra crianças e adolescentes;

- Averiguar se os enfermeiros, que atuam na urgência, do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, receberam algum tipo de formação continuada para atuarem com crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual;

- Analisar as ações de acolhimento às crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual realizada pelos enfermeiros, que atuam na urgência do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência.

Para a realização da pesquisa, optei por uma metodologia respaldada pelos princípios da pesquisa qualitativa por meio do método materialismo histórico dialético. Esta perspectiva privilegia a compreensão/ interpretação das informações a partir dos sujeitos da investigação, ou seja, “parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (CHIZZOTTI, 2000, p. 79).

Nesse sentido, Minayo (2008) argumenta que abordagens qualitativas são utilizadas para investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e documentos. Permitem desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.

Optei pelo materialismo histórico dialético como método, devido ao meu compromisso à teoria histórico-crítica no que diz respeito às relações entre sociedade, trabalho, educação e universidade.

Partindo das análises de Nogueira (1990) o materialismo histórico dialético é um método científico que procura compreender cada fenômeno na interconexão entre os diferentes aspectos que o constituem e, deste modo, desvelar o real no movimento de conexão, interdependência e interação. A

compreensão do mundo no processo de conhecimento histórico tem objetiva auxiliar na compreensão do real a partir da construção de leis, categorias e conceitos. Nesse movimento, a perspectiva materialista dialética consiste em uma forma de pensar as contradições da realidade. Isso significa que pensar o movimento do real impõe a reflexão da dinâmica interna dos elementos que são negados pelo seu contrário, que por sua vez, são negados e superados por novos elementos, em uma sequência de afirmação, negação e superação.

Na perspectiva materialista dialética, o estudo de qualquer fenômeno social implica compreendê-lo a partir “da” e “na” realidade concreta de que é parte, sem abstrair-lo dessa realidade, como se fosse independente dela. “A investigação tem que apoderar-se da matéria, em seus pormenores, analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, e perquirir a conexão íntima que há entre elas” (MARX, 1980, p. 16).

Segundo Trivinos (1982) devido ao desenvolvimento infinito da realidade, na abordagem dialética, o conhecimento é provisório e construído historicamente. Assim, como a ciência é compreendida como produto da práxis humana, inserida no movimento das formações sociais, requer que a realidade concreta seja tomada como o ponto de partida e de chegada, na busca de construção de novos conhecimentos.

Nesse sentido, Marx e Engels (1997), buscando compreender melhor a sociedade de seu tempo, aplicaram os princípios do materialismo dialético ao estudo da vida social, aplicando esses princípios aos fenômenos sociais e criando, assim, uma nova forma de análise da sociedade: o materialismo histórico, de base científica. *Pari passu*, o materialismo dialético parte da concepção materialista da realidade para, através do método de análise da dialética, abordar de maneira mais abrangente e não-simplificadora os mais variados fenômenos e ainda descobrir as leis objetivas mais gerais que regem a sua evolução. Para os marxistas, o materialismo dialético é a base filosófica de análise e compreensão do mundo e da realidade à nossa volta.

O processo de coleta de dados envolveu pesquisa bibliográfica, documental e de campo. O levantamento bibliográfico foi desenvolvido por meio de estudos acerca do tema que serão incluídos e mencionados na construção dos argumentos que fundamentarão a pesquisa, autores clássicos que abordam e discutem os aspectos científicos relacionados ao objeto de

estudo, bem como pesquisas de dissertações, teses e artigos que façam referência à temática de pesquisa.

O suporte teórico possibilita a instrumentalização do pesquisador, antes de ir a campo, podendo, desse modo, contribuir para uma melhor compreensão da realidade desvelada, no momento em que os dados da pesquisa são evidenciados.

Na pesquisa documental, primeiramente realizei uma busca minuciosa nos prontuários de crianças e adolescentes, que estiveram internadas no hospital metropolitano de urgência e emergência em Ananindeua, com suspeita de violência sexual, e posteriormente os analisei, ou seja, como procedimento de “garimpagem” dos mesmos, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta, de maneira detalhada e explicativa, com o propósito de encontrar novas respostas e levantar novas indagações durante o processo investigativo da pesquisa (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Severino (2007) analisa que a mesma tem-se como fonte documentos no sentido amplo. Nestes casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador desenvolverá sua investigação e análise.

A pesquisa envolveu também a realização de entrevistas semi-estruturadas, a fim de identificar e captar histórias, relatos, dilemas, desafios dos sujeitos participantes, as quais foram posteriormente sistematizadas. De acordo com Minayo (2008) a entrevista é a técnica mais apropriada ao método materialismo histórico dialético, porque o sujeito, ao reportar-se sobre algo, nos traz à tona sua história de vida, colocando seu passado e seu futuro no presente, aqui e agora. A partir dos dados coletados, foi possível observar como os entrevistados compreendem as dinâmicas de expressão do abuso sexual infanto-juvenil e agem diante delas.

Os sujeitos do estudo foram 10 enfermeiros em atividade no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência de Ananindeua (PA), no ano de 2014, que atuavam no atendimento às crianças e adolescentes admitidos na emergência.

A coleta dos dados ocorreu no período de Julho de 2014. Foi realizada uma única entrevista com cada enfermeiro, com uma duração que variou de 30 a 60 minutos. Foi feito transcrições das falas dos entrevistados, releitura do

material, uma primeira organização dos dados, dando ao pesquisador um mapa horizontal de seus dados.

O convite aos enfermeiros foi feito pessoalmente, no serviço e, assim agendada a entrevista que, em geral, se realizava no próprio local, na sala de repouso ou sala da supervisão, por conferir certa privacidade para tal atividade. Apenas uma foi realizada no domicílio da informante, em virtude de esta encontrar-se em licença médica. Todos os profissionais contatados aceitaram participar do estudo, sem qualquer reserva.

Sobre o material obtido através das entrevistas, realizaram-se as análises em três etapas: ordenação de dados com a transcrição das gravações, releitura do material e organização dos relatos; classificação ou exploração dos dados para a elaboração dos núcleos de sentido; e análise final ou tratamento dos resultados obtidos.

Vale ressaltar que os depoimentos foram transcritos na íntegra para garantir a fidedignidade aos relatos dos enfermeiros. Com vistas a resguardar a identidade dos entrevistados, por questão ética, procedemos a classificação em códigos feita para identificar as falas dos entrevistados neste trabalho, conforme descrição abaixo:

ENF1 - para o primeiro Enfermeiro entrevistado;

ENF2 - para o segundo Enfermeiro entrevistado;

ENF3 - para o terceiro Enfermeiro entrevistado, e assim sucessivamente até ENF 10 para o décimo enfermeiro entrevistado.

Para Duarte (2004), se as entrevistas forem corretamente concretizadas, elas possibilitarão ao pesquisador fazer uma espécie de análise detalhada, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter por outros instrumentos de coleta de dados. Dessa forma, optei pelas entrevistas, devido ser o instrumento que pode permitir o acesso aos enfermeiros/as que atuam na urgência para o conhecimento de suas ações e interações no que tange à temática do abuso sexual.

Além do que, a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo da pesquisa qualitativa e por meio dela, o pesquisador busca obter

informes contidos na fala dos atores sociais. Essa técnica caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala e também, como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico. Com esse procedimento, pode-se obter além dos dados objetivos, os subjetivos, que se relacionam aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

Na visão de Lakatos e Marconi (2006), a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, sendo muito utilizada na investigação social. Portanto, quando é estabelecida uma relação de confiança entre o entrevistador e o entrevistado, existe a possibilidade de se obter informações que de outra forma não seriam possíveis.

Os dados coletados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Franco (2005). Sendo o ponto de partida a mensagem, mas devem ser consideradas as condições contextuais de seus produtores e assenta-se na concepção crítica e dinâmica da linguagem, pois:

A análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. O que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente). A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos. Reiterando, diríamos que para o efetivo 'caminhar neste processo', a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos, e, mesmo, "o pano de fundo" no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados e, de preferência, socializados. (PUGLISI; FRANCO, 2005, p. 24)

De acordo com Franco (2005), buscar pelos sentidos da fala no texto transcrito atribuídos pelo informante sem ancoragem em nenhum indício do próprio texto é uma tentativa pouco científica de se forjar conclusões, embora que parciais a partir de suspeitas ou imaginação do investigador.

Ressalto que os sujeitos envolvidos na pesquisa estavam conscientes de todo o processo de investigação, sendo esclarecidos de sua participação e concordância com os procedimentos metodológicos a serem adotados na pesquisa.

Acredito que esta dissertação proporcionará à enfermagem uma contribuição relevante como fonte científica sobre a temática abordada, trazendo elementos essenciais para a discussão, como a dimensão da violência sexual e a qualidade da assistência em saúde às crianças e adolescentes prestada pelo enfermeiro da urgência. A mesma contribuirá para novas reflexões sobre esta temática, tendo em vista o aprimoramento do cuidado de enfermagem, que é o foco principal de atenção, assim como inovações no processo de sistematização de enfermagem, que é seu método de trabalho, despertando para novas práticas de cuidado a crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual. Por meio do pensamento e da reflexão, o enfermeiro poderá alcançar as transformações tão almejadas e o despertar para novas práticas profissionais, visando torná-la mais visível e qualificada no cuidado a essas vítimas.

Além do que, a realização desse estudo poderá contribuir com a articulação entre as diferentes instâncias envolvidas, tornando viável a troca de experiências e de conhecimento científico, possibilitando a implementação de ações preventivas e de enfrentamento real à violência sexual, permitindo que as crianças e adolescentes completem seu desenvolvimento de forma saudável e digna.

A dissertação está estruturada em cinco seções. A primeira seção é a **introdução** do trabalho, apresenta de forma sucinta os elementos teóricos e metodológicos da pesquisa, como o tema, justificativa, objeto de estudo, problema científico, objetivos e metodologia.

A segunda seção, intitulada **A violência sexual contra a criança e o adolescente no Brasil**, desenvolvo análises frente ao cenário nacional da violência sexual das crianças e adolescentes. Nas quais inicialmente conceituo violência sexual e posteriormente discorro sobre o problema do abuso sexual de crianças e adolescentes no Brasil e no estado do Pará.

A terceira seção, intitulada **O enfrentamento do abuso sexual contra a criança e adolescente no Brasil e no Estado do Pará** realizo análises frente à conjuntura nacional e estadual no que diz respeito às políticas públicas existentes para o enfrentamento da problemática do abuso sexual. Com isso, debater sobre a política nacional e estadual de enfrentamento da violência

sexual contra a criança e adolescente, dando ênfase para os eixos prevenção e atendimento da mesma.

Por sua vez, a quarta seção, intitulada **O enfermeiro como agente do enfrentamento da violência sexual contra a criança e o adolescente**, discuto o papel profissional que o enfermeiro possui na esfera da prevenção e atendimento as crianças e adolescentes, vítimas do abuso. Nesse sentido ressalto a importância de o enfermeiro ter uma atuação direcionada para o acolhimento especializado das vítimas.

Por fim, na quinta e última seção, realizo as **considerações finais** na qual estão as principais constatações evidenciadas em nível teórico e de campo, assim como as sugestões e recomendações advindas da investigação para melhoria de questões inerentes à área da enfermagem.

SESSÃO 2- A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO BRASIL.

Nesta sessão abordarei a violência como um fenômeno mundial, que perpassa diferentes épocas e sociedades, sendo evidenciada nos mais distintos contextos culturais e socioeconômicos. Enfatizarei as consequências da violência sexual contra crianças e adolescentes que antes era entendida como limitada ao campo social e jurídico e atualmente é reconhecida como uma questão de saúde pública, posto que representa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade da existência. Analisarei ainda o cenário nacional e estadual da violência sexual contra crianças e adolescentes, onde discorrerei sobre o problema do abuso sexual.

2.1- Definindo a violência sexual contra criança e adolescente.

O termo “violência” deriva da raiz latina “viz”, que significa força. Sendo que esta que pode se estabelecer sob múltiplos sentidos e por inúmeros fatores, os quais exigem um olhar abrangente para as diferentes formas de conceber o fenômeno, a fim de ensaiar uma aproximação da realidade. Segundo o Dicionário Houaiss (2001), violência é a “ação ou efeito de violentar, de empregar força física (contra alguém ou algo) ou intimidação moral contra (alguém); ato violento, crueldade, força”. No aspecto jurídico, o mesmo dicionário define o termo como o “constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém, para obrigá-lo a submeter-se à vontade de outrem; coação”.

As dificuldades encontradas para conceituar violência partem do fato de essa ser um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e também de quem a presencia. Sendo assim, a mesma apresenta-se no dia a dia da vida do ser humano sob as mais variadas formas, ocasionando diversos sentimentos, despertando, em geral, sensações de medo e desconfiança por parte das vítimas. (MINAYO, 2005).

A OMS (2002) conceitua violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou potencial, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade em resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.(OMS, 2002, p. 22)

Além do que a violência constitui-se em um fato humano e social, não existindo nenhuma sociedade totalmente isenta da mesma. Existem níveis diferentes de violência de uma sociedade para outra, o que reflete a forma de como cada sociedade se organiza para solução dos conflitos, a partir de seus padrões culturais. Sendo a violência um problema histórico-social, faz-se necessário estudá-la no contexto da sociedade que a produziu.

Partindo das análises de Minayo (1999), a violência quando analisada em suas expressões concretas permite ser assumida como objeto de reflexão e superação. E, por fim, à medida que a definem como “*uma relação humana*”, compreendem-na também como um comportamento aprendido e culturalizado que passa a fazer parte dos padrões intrapsíquicos, dando a falsa impressão de ser parte da natureza biológica dos seres humanos. Portanto, a violência necessita ser interpretada em suas várias faces, de forma interligada, em rede, e por meio dos eventos em que se expressa, repercute e se reproduz.

Atualmente, no Brasil, a violência, que anteriormente existia predominantemente nas grandes cidades, dissemina-se para as pequenas cidades, à medida que o crime organizado procura novos espaços. O que gera dificuldades das instituições de segurança pública em reprimir o processo de interiorização da violência, o desgaste urbano contribui decisivamente para ele, já que a pobreza, a desigualdade da sociedade, o baixo acesso popular à justiça, não são mais problemas exclusivos das grandes capitais.

A violência acentuou-se e vem estando presente em nosso cotidiano, no noticiário e em conversas com amigos. Todos conhecem alguém que sofreu algum tipo de violência. Há diferenças na visão das causas e de como superá-las, mas a maioria dos especialistas no assunto, afirma que a violência urbana é algo evitável, desde que políticas de segurança pública e social sejam

colocadas em ação. Assim, é preciso atuar de maneira eficaz tanto nas causas primárias quanto em seus efeitos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996 desenvolveu uma tipologia deste fenômeno e reconheceu três grandes categorias referentes a quem comete atos violentos de maneira geral, a saber:

1. Auto-infligida – suicídio, auto-abuso;
2. Interpessoal – familiar, parceiros íntimos, entre indivíduos da comunidade, juvenil, na escola e estupro por estranhos;
3. Coletiva – cometida por grupos maiores de indivíduos ou por estados e nações para ganhar, romper, perturbar atividades econômicas, entre outras (OMS, 2002).

Apesar do termo "violência" abranger inúmeras tipologias, a forma mais evidente de violência é a física, porém existem diversas formas de violência como a psicológica, sexual, negligência, econômica e verbal.

Segundo Lima (2012), sobre as formas de violência sexual, ratifica ao referir que (1) a negligência ocorre quando as necessidades básicas da criança (no aspecto físico, emocional e social) não são atendidas, momentânea ou permanentemente, por nenhum adulto pertencente do ambiente de convívio da criança. A forma mais extrema de negligência é caracterizada pelo abandono. (2) Abuso físico é a utilização da força de forma intencional por parte dos pais ou cuidadores que provoque dano físico ou doenças na criança. A objetivação deste ato é ferir, lesar ou destruir o menor, nem sempre deixando marcas evidentes no corpo e, muitas vezes, provocando a morte. O Abuso sexual (3) especifica o contato ou interação entre um menor e um adulto na qual a criança é utilizada para a obtenção de estimulação sexual por parte do adulto. (4) Enquanto que a violência psicológica volta-se a toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança para atender as vinte necessidades psíquicas do adulto (MELLO & SOUZA, 2006; BRASIL, 2002).

As tipologias de violência apresentadas manifestam-se de diversas formas e em vários graus de severidade. Estas formas de violência “não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios, do qual o homicídio é a manifestação mais extrema” (BRASIL, 2002. p.48).

Saliento que a idéia da infância e adolescência como detentoras de características e necessidades específicas é uma conquista atual, que se deu com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, lei Federal, 8069 de julho de 1990.

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, Tit.I, Art. 5, 1990).

A violência sexual contra crianças e adolescentes é uma temática complexa, sendo assim, uma questão global crítica, pois atinge milhares de vítimas no mundo todo violando seus direitos enquanto seres humanos em desenvolvimento. Ariès (1981) conceitua como o ato de forçar o indivíduo a realizar ou a deixar de praticar uma ação, avessa aos seus interesses, sendo uma relação sexual homo ou heterossexual envolvendo uma pessoa mais velha e uma criança ou adolescente.

Ariès (1981) afirma que maus-tratos com crianças existem desde os primórdios da criatura humana. Nas civilizações antigas o infanticídio era considerado um meio para eliminar todos aqueles pequenos que por desgraça nasciam com defeitos físicos. Crianças eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões diversas como: equilíbrio de sexos, medida econômica nos grandes flagelos, por não agüentarem longas caminhadas, por motivos religiosos, por ser direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho (“Jus vitae et nasci”- Roma). No século XVa “figura infantil” era a representação do ingênuo, do inocente, do bom - a oposição da violência. A criança invade a pintura e a escultura como símbolo da beleza de inocência e de esperança de uma vida melhor.

Rocha et al (2011, p.264) afirmam que:

Para pensar a violência sexual, é importante interrogar o processo de coisificação, o consumo e o descarte dos corpos na sociedade contemporânea. É relevante analisar os modos de exploração organizados em redes heterogêneas de atores que lucram com a compra e a venda de sexo. Neste aspecto, a violência sexual tem uma dimensão de tornar crianças e adolescentes objetos de uso para alguém que se coloca de maneira coercitiva em uma prática que não configura uma relação, mas uma utilização do outro em nome da venda de prazeres sem limites, que extrapolam qualquer fronteira ética e do campo de direitos humanos. De um lado, corpos explorados, violentados e com sua cidadania negada e silenciada; de outro, uma rede composta de grupos que negociam tudo e a todos fora de qualquer princípio de dignidade e valor democrático.

Tal violência, sempre se manifestou em todas as classes sociais de forma articulada ao nível de desenvolvimento civilizatório da sociedade, relacionando-se com a concepção da sexualidade humana, relação de gênero, posição da criança e o papel das famílias no interior das estruturas sociais e familiares. Desta forma, para entendermos a violência sexual segundo Faleiros(2000, p 17)temos que considerar “seu contexto histórico, econômico, cultural e ético”.

Desse modo, Ariès (1981)analisa como uma prática erótica e sexual, que é imposta a crianças e adolescentes por intermédio da violência física, ameaça ou indução de sua vontade. Pode variar desde atos que não exijam contato físico, mas que envolvam o corpo.

Quanto aos indicadores de violência sexual, embora não sejam de fácil constatação, existem alguns comportamentos que podem ser observados em crianças e /ou adolescentes que estão sendo vitimizados pela violência sexual como:

Altos níveis de ansiedade; baixa auto-estima; distúrbios no sono e na alimentação; problemas no aprendizado e dificuldades de concentração; mudanças extremas, súbitas e inexplicadas alterações no comportamento da criança /adolescente; comportamento muito agressivo ou apático / isolado; regressão a um comportamento muito infantil; tristeza e abatimento profundo; comportamento sexualmente explícito ou presença de conhecimentos inapropriados para a idade; masturbação visível e contínua; brincadeiras sexuais

agressivas; relutância em voltar para casa; faltar frequentemente à escola e ter poucos amigos [] (ABRAPIA, 1997, p.28).

No Brasil, o “Estatuto da Criança e do Adolescente” foi aprovado pelo Congresso Nacional em 30-06-1989 e, transformado na lei nº 8069 em 16-07-1990. Em seu artigo nº 13 encontramos a seguinte citação: “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade”.

O referido Estatuto dispõe da obrigatoriedade da notificação de qualquer tipo de violência contra a criança e adolescente e propõe medidas de intervenção independentemente de o agressor ser um desconhecido ou membro da família da vítima. Tais medidas são de proteção das vítimas, além de tratar sobre a necessidade de criação de ações preventivas do fenômeno.

Levando em consideração que, desde a colonização do Brasil, o uso de práticas de dominação e violência eram amplamente utilizadas, inclusive com crianças, sabemos que a interdição jurídica não é o suficiente para abolir efetivamente, tais práticas.

Algumas vezes, a violência sexual começa desde muito precocemente, estendendo-se até a adolescência, podendo ter ainda continuidade. Para os meninos, existem barreiras claras que os impedem de relatarem tal abuso praticado por homens mais velhos.

De acordo com a Abrapia (1997): em primeiro lugar há o *duplo tabu*; incesto e homossexualidade; em segundo, pode ser difícil para os indivíduos do sexo masculino em aceitar que não são capazes de se proteger e em terceiro lugar, espera-se que os homens sejam autoconfiantes e que não falem de seus sentimentos para os outros. Além disto, ressaltamos ainda a carência de cobertura da mídia em relação aos meninos e adolescentes masculinos vitimizados, o que pode levar a sociedade a pensar que somente há meninas dentre os vitimizados sexualmente. A visibilidade do abuso e exploração sexual destes, precisa ser aumentada e enfatizada pelos meios de comunicação.

Compreendo, diante desse quadro, que o problema da violência sexual contra crianças e adolescentes diz respeito a toda a sociedade e passa por uma discussão, não somente das políticas públicas, mas também da relação da família com esta sociedade.

2.2- O problema do abuso sexual de crianças e adolescentes no Brasil e no Estado do Pará.

Abuso sexual é descrito como toda a situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de pessoas mais velhas. O uso do poder, pela assimetria entre abusador e abusado, é o que mais caracteriza esta situação, em geral o abusador:

[...] se aproveita do fato da criança ter sua sexualidade despertada para consolidar a situação de acobertamento. A criança se sente culpada por sentir prazer e isso é usado pelo abusador para conseguir o seu consentimento (ABRAPIA, 1997, p.12).

O abuso sexual pode ocorrer no meio intrafamiliar ou extrafamiliar. O primeiro, também designado de abuso intrafamiliar incestuoso. É qualquer relação de caráter sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente ou entre um adolescente e uma criança, quando existe um laço familiar (direto ou não) ou relação de responsabilidade (ABRAPIA, 1997). Na maioria dos casos, o autor da agressão é uma pessoa com quem a criança se relaciona, ama ou em quem confia. O abusador quase sempre possui uma relação de parentesco com a vítima e tem certo poder sobre ela, tanto do ponto de vista hierárquico e econômico (pai, mãe, padrasto), como do ponto de vista afetivo (avós, tios, primos e irmãos).

Entretanto, nem toda relação incestuosa é abuso sexual, por exemplo, quando se realiza entre adultos da mesma idade e mesma família sem o emprego de força física ou coerção emocional e psicológica. Mas a relação incestuosa com uma criança ou adolescente é considerada abuso sexual, mesmo quando ocorre sem uso de força física. Nem todo abuso sexual é considerado violência doméstica ou relação incestogênica. Há várias outras formas de violência praticadas contra crianças e adolescentes por outras pessoas que não são membros da família.

Enquanto que o extrafamiliar é um tipo de abuso sexual que ocorre fora do âmbito familiar. Também aqui, o abusador é, na maioria das vezes, alguém que a criança conhece e em quem confia: vizinhos ou amigos da família, educadores, responsáveis por atividades de lazer, médicos, psicólogos e

psicanalistas, padres e pastores. Eventualmente, o autor da agressão pode ser uma pessoa totalmente desconhecida.

Tanto o abuso sexual intra e/ou extrafamiliar pode se expressar de diversas formas. Segundo a Abrapia (1997), os mesmos podem ser assim classificados:

1-Abuso sexual sem contato físico: São práticas sexuais que não envolvem contato físico:

- 1.1- Assédio sexual: Caracteriza-se por propostas de relações sexuais. Baseia-se, na maioria das vezes, na posição de poder do agente sobre a vítima, que é chantageada e ameaçada pelo autor da agressão.
- 1.2- Abuso sexual verbal: Pode ser definido por conversas abertas sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse da criança ou do adolescente ou a chocá-los.
- 1.3- Telefonema obsceno: É também uma modalidade de abuso sexual verbal. A maioria deles é feita por adultos, especialmente do sexo masculino. Podem gerar muita ansiedade na criança, no adolescente e na família.
- 1.4- Exibicionismo: É o ato de mostrar os órgãos genitais ou se masturbar diante da criança ou do adolescente ou no campo de visão deles. A experiência, contudo, pode ser assustadora para algumas crianças e adolescentes.
- 1.5- Voyeurismo: É o ato de observar fixamente atos ou órgãos sexuais de outras pessoas, quando elas não desejam serem vistas e obter satisfação com essa prática. A experiência pode perturbar e assustar a criança e o adolescente. Nas relações sexuais entre adultos, o voyeurismo pode ser uma prática sexual consentida.

- 1.6- Pornografia: Essa forma de abuso pode também ser enquadrada como exploração sexual comercial, uma vez que, na maioria dos casos, o objetivo da exposição da criança ou do adolescente é a obtenção de lucro financeiro.

2-Abuso sexual com contato físico: São atos físico-genitais que incluem carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal. Podem ser tipificados em: atentado violento ao pudor, corrupção de menores, sedução e estupro. Neste contexto, pode-se afirmar que o:

Abuso sexual e incesto às vezes costumam ser confundidos, mas não são a mesma coisa. Abuso sexual [ou vitimização sexual] geralmente designa relações sexuais entre um adulto e uma criança. Incesto refere-se a relações sexuais entre dois membros da mesma família, cujo casamento seria proibido por lei ou costume. Muita vitimização sexual é incestuosa e muito incesto é vitimização sexual tal como a definimos: mais eles não são idênticos. Em particular, o contato sexual entre familiares da mesma idade é uma espécie de incesto que não é vitimização e o contato sexual entre um adulto estranho à família e a criança é vitimização que não é incesto. (FINKELHOR, apud AZEVEDO e GUERRA, 1989, p. 38-39).

Com relação aos fatores ocasionadores da violência sexual, destacamos que o principal deles é o abuso de poder: quando um adulto mais desenvolvido física e psicologicamente tem mais recursos para dominar uma criança ou adolescente. Um segundo fator diz respeito aos traços de personalidade do agressor, em geral apresenta:

Estados psicóticos ou perversos, depressão, baixo controle dos impulsos, problemas neurológicos, baixa tolerância ao stress, bem como o uso de álcool e outras drogas são fatores relevantes para a compreensão desse problema (SANTOS, 1998, p. 21).

Em muitos casos, o abusador sabe que está fazendo algo errado com a criança e que isso se constitui em um crime. Pode inclusive, saber que o abuso prejudica a criança, mas mesmo assim não consegue parar essa nociva prática. Para o agressor o abuso constitui um alívio de tensão que o conduz à compulsão e à repetição fazendo-o dependente. De acordo com Furniss(1993),

as tentativas de parar com a violência podem levar a sintomas de abstinência tais como: agitação, irritabilidade e ansiedade.

De acordo com o Instituto de psicologia (2007), os dados estatísticos, no Brasil, apontam que a cada oito minutos, uma criança é vítima de abuso sexual, enquanto por dia são 165 crianças e, por hora, a média é de sete. Destas, em 90 % dos casos, o molestador é alguém que a vítima convive, como o pai biológico, padrasto, tios, avós e irmãos, o que dificulta a identificação e a repressão dos infratores, assim como o atendimento e a recuperação psicossocial das pessoas afetadas por este problema.

Comumente vêm sendo retratados na mídia que alguns fatores sociais, como pobreza e desemprego, são responsáveis pela ocorrência do abuso sexual. Estes, no entanto, não podem ser considerados determinantes, pois se pode constatar abuso sexual em famílias onde não existem estes problemas. Assim, a violência sexual, no Brasil (e em outros lugares do mundo), não é um fenômeno restrito às camadas populares, mas envolve pessoas de todas as classes sociais, de diversos credos e áreas profissionais (MARTINS, 1998).

Em 1895 ocorreu a primeira denúncia policial de violência contra uma criança, no Brasil, sendo que entre 1906 e 1912, o Estado interveio, através de projetos de lei relativos aos direitos da criança (PIMENTEL; ARAUJO, 2006).

Tais projetos só foram ter reconhecimento após a II Guerra, com a reconstrução dos direitos humanos, onde a violência sexual contra a criança e o adolescente ganha espaço relevante na agenda pública através do princípio 9º da declaração dos direitos da criança de 1959 (BRASIL,2002).

A partir de então, internacionalmente, vários fatos contribuíram para o panorama atual, entre os quais²: 1979 Ano Internacional da Criança;1989Aprovação da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança;1990 Criação do ECPAT (Articulação Internacional para Eliminação da Prostituição Infantil, da Pornografia Infantil, do Turismo Sexual e do Tráfico de Crianças e Adolescentes para fins da Exploração Sexual);1992Plano de Ação de Beijing–Reconhecimento dos Direitos Sexuais como Direitos Humanos; 1993 Conferência Mundial dos Direitos Humanos;1996 I Congresso Mundial Contra a Exploração Sexual Comercial de Crianças–Aprovação da Agenda de

²Citados pelo Portal Prómenino (2010)

Ação de Estocolmo, que determina a criação de Planos Nacionais que coordenem este enfrentamento, sendo o Brasil um dos 122 países que assinam este compromisso.

Concomitantemente aqui no Brasil os principais foram: 1988 Constituição Federal do Brasil; 1990 Estatuto da Criança e do Adolescente e Convenção sobre os Direitos da Criança; 1992 CPI da Violência Contra a Mulher; 1993 CPI da Prostituição Infantil; 1996 Encontro Preparatório para o I Congresso (o Brasil realiza o encontro das Américas); 1998 Encontro ECPAT Brasil; 2000 Encontro de Natal com 129 Organizações. (PARRAGA, 2010, p.36)

Não obstante da longa história de autenticação da ocorrência de abuso sexual contra crianças e adolescentes, no Brasil só recentemente a questão se transformou em pauta de preocupação social e política. A temática ganhou maior visibilidade nas últimas décadas do século XX, época em que ocorreu a “descoberta” da violência sexual (LANDINI, 2005). Na estabilidade dessa alteração, destacam-se quatro marcos históricos no contexto nacional.

O *primeiro marco* foi a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, somente nesta década foi que crianças e adolescentes passaram a ser juridicamente considerados como sujeitos de direitos, através da aprovação do referido Estatuto. A partir de então, as crianças e adolescentes passaram a ser verdadeiramente considerados como cidadãos de direito à liberdade, à participação, à garantia à vida e ao bem-estar, e não mais como sujeitos indefesos, submissos, objetos de tutela e obediência.

De acordo com o artigo 227, da Constituição Federal Brasileira de 1988:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. Parágrafo 4º - “A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente (BRASIL, 1988).

Assim como o artigo 5 do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1995, p. 8).

O *segundo marco* são os movimentos sociais, como o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua e o Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Tais movimentos determinam o enfrentamento de questões relativas à violência sexual contra crianças, adolescentes, na dimensão em que lutam e forçam a produção de políticas públicas de garantia de direitos e de proteção a crianças e adolescentes (BRASIL, 2002a).

O *terceiro marco* constituiu-se pela construção de políticas públicas para a infância e adolescência, pautada em pesquisas científicas produzidas nas universidades, o que tem gerado diversos estudos sobre violência sexual contra crianças e adolescentes (AZEVEDO e GUERRA, 1988, 1989; FALEIROS, 2000; DESLANDES, 1994). A Enfermagem brasileira, no entanto, pouco discute e produz frente ao tema da violência sexual, encontramos apenas alguns artigos, teses e dissertações.

O *quarto marco* surge como resposta governamental e não-governamental aos três fatores supramencionados, é composto pelas políticas sociais de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. Entre essas políticas, estão: o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, criado em 2001 pelo Ministério da Justiça, em parceria com a sociedade civil; a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001 e o Programa Sentinela, criado em dezembro de 2000 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Os direcionamentos de enfrentamentos vêm incentivando os profissionais das mais diversas áreas do conhecimento a dedicar-se à intervenção e à produção de pesquisas relacionadas ao assunto dessa temática. Mesmo frente à variedade de investigações, ainda é necessário

ampliar a compreensão acerca do tema em questão, reconhecendo sua complexidade e rejeitando o moralismo, o reducionismo e o determinismo comuns na esfera de alguns estudos.

É importante frisar que o abuso sexual exercido contra crianças e adolescentes no Brasil está presente em todas as regiões do país, constituindo-se em uma inquietação das diversas áreas de ensino, à medida que em geral os agressores estão dentro das suas próprias casas e são pessoas de confiança das crianças e adolescentes, o que torna muito difícil tanto o trabalho de descobrimento do crime quanto a avaliação de traumas sofridos por essas pessoas.

Ballone (2009) analisa que nesse sentido, devido ao fato da criança não está preparada psicologicamente, ou ainda não ter noção ética e moral da atividade sexual, é quase que certo que ela desenvolva problemas emocionais depois de sofrer uma violência sexual, principalmente por não ter habilidade diante desse tipo de estimulação. Geralmente, a criança abusada sexualmente, principalmente por familiares ou pessoas significativas, desenvolve a perda da auto-estima, torna-se retraída, perde a confiança nos adultos e pode até chegar a considerar o suicídio, principalmente se a pessoa que abusa ameaçar de violentá-la caso esta se negue a satisfazer seus desejos.

Quando as crianças e os adolescentes não são vítimas diretas dentro da sua própria casa, ou seja, quando não sofrem a violência sexual dentro do seu seio familiar, muitas vezes meninas e meninos são negociados como mercadorias no mercado negro do tráfico sexual, onde há frequentemente participação dos pais na venda dessas crianças, principalmente no sertão nordestino, onde a população que sofre com a seca é refém dos atravessadores do tráfico sexual, que se oferecem a comprar meninos ou meninas sadias, sob a alegação de proporcionar aos mesmos uma melhor condição de vida.

A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência- Abrapia (2006, p.25) ao analisar os efeitos do abuso sexual contra crianças e adolescentes, ressalta que:

Tal situação parece ainda mais grave quando as famílias tentam negar essa realidade ou são desatentas diante dos sinais demonstrados pela criança e/ou adolescente, talvez pela dificuldade em aceitar que esse tipo de violência possa ocorrer

no contexto familiar. Quando a família assume tal postura, o trauma tende a tornar-se crônico, sendo ainda mais difícil proporcionar a ajuda necessária às vítimas. A vítima pode manifestar pensamentos e sensações de que o seu corpo está sujo ou contaminado, agitação psicomotora (hiperatividade), comportamento retraído ou suicida, queixas físicas frequentes, fugas de casa e obesidade. Mais tarde, evidenciam-se problemas no relacionamento sexual com o companheiro, ou seja, o abuso sexual provoca sequelas que deixam marcas ao longo do ciclo vital do indivíduo.

O abuso sexual intrafamiliar é originado e mantido por uma dinâmica complexa. Segundo Furniss(1993),tal dinâmica envolve duas dimensões que se apresentam coesas: a "Síndrome de Segredo", que está diretamente relacionada com a psicopatologia do agressor (pedofilia) que, por gerar intenso repúdio social, tende a se proteger em uma teia de segredo, mantido às custas de ameaças e barganhas à criança abusada; e a "Síndrome de Adição" caracterizada pelo comportamento compulsivo do descontrole de impulso frente ao estímulo gerado pela criança, ou seja, o abusador, por não se controlar, usa a criança para obter excitação sexual e alívio de tensão, gerando dependência psicológica e negação da dependência.

Além disso, outras formas de violência intrafamiliar podem estar associadas com o abuso sexual. Muito comumente, as crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais no contexto familiar são também vítimas de negligência, abusos emocionais e físicos. Isto se confirma através dos relatos das vítimas que revelam as ameaças e agressões físicas sofridas durante o abuso sexual, bem como as sentenças depreciativas utilizadas pelo agressor e a falta de amparo e supervisão dos cuidadores (DE ANTONI & KOLLER, 2000; HABIGZANG & CAMINHA, 2004; KOLLER, 1999).

Guerra (2000) ratifica o papel de conivência que a mãe ostenta diante da violência sexual dentro de casa, destaca que a fim de manter a estabilidade e a segurança, a mãe passa a corroborar com a prática do abuso não reconhecendo o incesto, pois revelá-lo representaria reconhecer o fracasso de seu papel como mãe e esposa. Somando-se a isto, ainda se acrescentam o temor da mãe de que ao denunciar o abuso haja rompimento com os parentes e conhecidos, além da incerteza em relação ao futuro ao ter que enfrentar as exigências da vida sem o marido, o trauma de ter que lidar com a polícia e tribunais e a própria incapacidade de contrariar-se a uma violência que ela

mesma tenha sofrido. Talvez estas questões justifiquem a tímida participação da mãe como notificadora na presente investigação.

O que muitas vezes as famílias que sofrem com esse tipo de situação não têm conhecimento é que essas crianças e adolescentes serão vítimas de uma crueldade sem precedentes, já que mais uma vez serão negociados com os “cafetões” que exploram a prostituição infantil e a exploração sexual, sendo esses seres humanos expostos a todo o tipo de violação possível, seja ela de cunho físico, moral ou psíquico levando-os a completa perda da dignidade da pessoa.

O abuso sexual que sofrem crianças e adolescentes em todo o país é um gênero do qual fazem parte a prostituição infantil e a exploração sexual, condutas classificadas como crime no art.244-A do Estatuto da criança e do adolescente (ECA), esses retiram da criança a sua dignidade, violam a sua liberdade e ainda os privam da capacidade de sonhar numa fase da vida onde os sonhos são essenciais para o desenvolvimento de um ser humano consciente e preocupado com os seus semelhantes.

Outro tipo de abuso sexual infantil que envolve o contato físico é exemplificado quando se constrange a criança ou adolescente, mediante violência ou grave ameaça, ao praticar ou permitir que com ele se pratiquem atos libidinosos diversos da conjunção carnal. Cita-se ainda o estupro, caracterizado pelo ato de constranger uma criança ou adolescente do sexo feminino à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça. Por fim, tem-se o assédio sexual, configurado quando se constrange o menor, com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente de sua condição de superior.

Segundo Vivarta (2003, p.23):

A violência sexual contra crianças e adolescentes tem origem nas relações desiguais de poder entre os personagens do crime. Denominações de gênero, classe social e faixa etária sob o ponto de vista histórico cultural, contribuem para a manifestação de abusadores e exploradores. A fragilidade da vítima, sua incapacidade de resistir aos ataques e o fato de a eventual revelação do crime não representar grande perigo para quem o comete são condições que favorecem sua ocorrência. Meninas são mais vulneráveis à violência que meninos – oito em cada dez vítimas de abuso sexual ou de exploração sexual são do sexo feminino, independentemente

da classe socioeconômica a que pertencem, apontam dados do Ministério da Assistência e Promoção Social. Os que estão em estratos sociais menos privilegiados são mais suscetíveis à exploração – a pobreza influencia e potencializa o delito sexual para fins comerciais. E, de modo geral, crianças são mais dóceis aos comandos dos adultos, particularmente se lhes são familiares. Por isso, muitas vezes o abuso ocorre no ambiente doméstico.

De acordo com Deslandes (1999), a criança ou adolescente que são vítimas de abuso sexual prolongado comumente desenvolvem uma perda violenta da autoestima, têm a sensação de que não valem nada e adquirem uma representação anormal da sexualidade. Os mesmos podem tornar-se muito retraídos, perder a confiança em todos os adultos e podem até chegar a considerar o suicídio, principalmente quando existe a possibilidade de a pessoa que abusa ameaçar de violência se as mesmas negarem-se aos seus desejos. Algumas, até sexualmente, podem ter dificuldades para estabelecer relações harmônicas com outras pessoas, podem se transformar em adultos que também abusam de outras crianças, podem se inclinar para a prostituição ou podem ter outros problemas sérios quando adultos. É mister destacar que:

Segundo Casoy (2002), o comportamento do adulto psicopata pode ser consequência de abusos sofridos na infância, abusos sexuais, físicos ou emocionais ou, ainda, de traumas relacionados ao abandono infantil. Estudos de matadores seriais, apontam como raros os casos que não tenham uma história de abuso ou negligência dos pais, porém, ressaltam que isso não significa que toda criança com história de algum tipo de abuso seja um matador em potencial.

De acordo com Fonseca (2011) as crianças e os adolescentes vítimas de abuso sexual carregam traumas que, segundo especialistas, são irrecuperáveis, sendo de suma importância durante o tratamento desses menores o apoio da família, já que a violência sofrida por essas pessoas quebra o pacto social do qual depende a estruturação de todo indivíduo, ou seja, essas crianças e adolescentes perdem a sua identidade e passam a assumir uma identidade que não as pertence. Justamente durante esse processo o apoio familiar é imprescindível para que a identidade perdida seja resgatada e assim devolva a essas vítimas, na medida do possível, uma condição de vida digna.

O ECA cumpriu sua função quando classificou tais atitudes como crimes, mas é necessária uma interdisciplinaridade de políticas públicas para que haja não só as prisões daqueles que violam sexualmente de nossas crianças e adolescentes, mas também para que ocorra um processo de acompanhamento social, ou seja, um processo de reabilitação dessas pessoas, a fim de repor aos vitimizados o pudor perdido. Enfim as políticas públicas devem ir além, serem mais abrangentes, não ficar só no campo da repressão, mas principalmente focar na prevenção de danos.

Segundo o jornal O Liberal (2012), o Pará ocupa a décima posição entre os estados brasileiros em número de denúncias sobre violência sexual, exploração sexual e/ou outros tipos de violência sexual cometidas contra crianças e adolescentes, registrados entre janeiro e abril de 2012, pelo Disque 100, com um total de 1.090 denúncias. Os dados representam uma evolução de 44,9% em relação ao mesmo período do ano anterior, quando o número foi de 752. Os dados foram divulgados em maio de 2012 pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), responsável pelo serviço, mas não representam necessariamente um crescimento desse tipo de crime no Estado.

De acordo com O Liberal (2012):

No Estado do Pará, 80% dos crimes de exploração sexual cometidos contra criança e adolescentes são praticados pelo membro da própria família das vítimas, sendo que muitas delas têm idade menor que seis anos. Em Belém os bairros do Benguí, Icoaraci, Guamá e Tapanã estão entre os que têm a maior incidência deste tipo de abuso. As cidades de Marituba, Abaetetuba, Ananindeua e Barcarena também estão entre os municípios responsáveis pelo maior número de casos.

Segundo Guedes (2012, p.41):

O principal problema, no Pará, surge na década de 1970, com o início da construção de rodovias na Amazônia, dentre as quais a rodovia Transamazônica, proposta do governo militar que visava a integração da região Amazônica ao país, a qual experimentava desenvolvimento econômico com o processo de industrialização. A partir da propaganda governamental, uma leva de brasileiros, principalmente nordestinos, se dirigiu para a região em busca de trabalho e de uma vida melhor a partir do trabalho na construção da rodovia e principalmente no processo de povoação e exploração das riquezas naturais (madeira e mineração). A migração ocorreu, contudo, em vez de trabalho e riquezas, encontraram a miséria, o abandono e

exploração do trabalho. Formam-se então os grandes bolsões de pobreza, não só nas áreas colonizadas como também nos centros urbanos próximos a essas áreas. É no bojo desse processo de colonização que a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes encontrou solo fértil para seu desenvolvimento.

As cidades com um número alarmante de exploração sexual de crianças e adolescentes no Pará são Belém, Santarém, as cidades da região de Porto Trombetas, Barcarena, Castanhal, Bragança, Portel e Breves (PARÁ, 2008; HAZEU & FONSECA, 1998; HAZEU, 2002).

De acordo com Hazeu & Fonseca (1998), nossa capital oferece uma gama de serviços sexuais. Em 1993, o Ministério Público levantou 73 pontos de prostituição. Em 1996 os conselhos tutelares, a DATA e o Juizado da Infância e Juventude registraram mais de 200 casos de prostituição infanto-juvenil, 06 casos de pornografia juvenil e um grande número de adolescentes presentes em boates.

Os lugares onde acontece a prostituição são diversos, como boates, residências, portos, navios, barcos, praças, postos de gasolina, shoppings, etc. Para a FUNPAPA e o Movimento República de Emaús (HAZEU & FONSECA, 1998), as meninas de rua quase sempre são levadas pela trajetória de vida familiar a vender serviços sexuais, forçadas ainda mais pela miséria. Os turistas e comerciantes que passam em Belém constituem-se em um grupo especial de clientes, pois despertam nas adolescentes e jovens a fantasia de fugir da vida de miséria que levam e morar na Europa, Estados Unidos ou no Sul do Brasil, atrás de um sonho que, muitas vezes, termina no mercado do sexo no exterior.

Bares e hotéis frequentados por estrangeiros são lugares de encontro; empresas de casamento e de viagens fornecem os papéis para saírem do País. Além disso, mulheres adultas e adolescentes de Belém também são levadas a ofertar serviços sexuais em municípios próximos, como em Barcarena, onde atendem a tripulação dos navios que chegam aos portos da Albras/Alunorte, bem como aos funcionários dessa empresa (HAZEU & FONSECA, 1998).

Depois da capital Belém, outro município com grande incidência de exploração sexual de crianças e adolescentes é Santarém (HAZEU

&FONSECA, 1998). Neste município origina-se a maioria das adolescentes e mulheres para o garimpo do Vale do Tapajós. Este garimpo tem atraído desordenadamente, desde a década de 1980, um grande contingente de homens atrás do sonho do eldorado, acompanhado por mulheres de todas as idades.

O tráfico e o aliciamento de adolescentes estavam em alta na época que os garimpos produziam muito ouro. Mulheres do Brasil inteiro, mas, principalmente, do Maranhão e do interior do Pará saíram para os garimpos para trabalharem como 44 cozinheiras e/ou prostitutas. Com a decadência dos garimpos, o fluxo de mulheres e meninas diminuiu, mas não acabou. Hoje, as adolescentes, que por sua fase de vida e fatores econômicos, culturais e sociais, estão entre as mais procuradas e são também as que mais procuram a prostituição (HAZEU & FONSECA, 1998).

É importante ressaltar que o Estado do Pará tem aparecido na mídia local e nacional como destaque quando se trata da temática de abuso sexual de crianças e adolescentes. Em 2008, o Estado em questão elaborou seu Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.

No final do ano de 2008 foi instalada a CPI instituída para apurar a prática de exploração e abuso sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Pará, especialmente na região do Marajó. Com isso, o “relatório final foi encerrado em fevereiro de 2012, na Assembleia Legislativa do Estado do Pará (ALEPA). A Comissão recebeu mais de 25 mil casos, com uma projeção de ocorrência de cerca de 100 mil casos, de 2005 a 2010 em todo o Estado.” (CASTRO, 2012, P.2).

No ano de 2009, recebeu o total de 305 denúncias de violência sexual ocorridas em Santarém, constituindo-se este como o município paraense com o maior número de casos denunciados. Muitas adolescentes de Santarém, Monte Alegre, Alenquer, Óbidos e Oriximinás em para Porto Trombetas, uma região na qual um grande número de homens trabalha na extração de bauxita, com a intenção de trabalhar como empregada doméstica na Vila dos Operários ou na prostituição na Vila Paraíso, onde se localizam os prostíbulos.

Vale destacar que na época da implantação do Porto, com a grande quantidade de mão-de-obra masculina, a prostituição e shows eróticos tiveram

sua maior expressão. Parte da bauxita explorada em Trombetas é utilizada na produção de alumínio em Barcarena pelas indústrias ALBRAS e ALUNORTE. Neste município, o escoamento da produção é realizada através de navios que estimulam, com a presença das suas tripulações, a oferta de serviços sexuais, atraindo de cidades próximas tanto mulheres adultas quanto adolescentes (HAZEU & FONSECA, 1998)

De acordo com as análises de Guedes (2012) embora tenha crescido a atenção por parte das entidades responsáveis e dos pesquisadores brasileiros pela temática, no Pará ainda são poucos os dados existentes neste campo. Considera-se, portanto, de extrema importância, a realização de trabalhos que organizem e sistematizem o conhecimento já existente na área, para que, a partir disso, ampliem-se as discussões e análises, com vistas a criação de estratégias para amenizar, na prática, este problema.

Em suma, a violência sexual pode se apresentar em diferentes formas, ocorrendo em contextos específicos que fazem com que seja necessário diferenciá-la. A abordagem das consequências da violência sexual requer para o seu enfrentamento estratégias conjugadas, quais sejam políticas públicas para as áreas sociais e deslocamento de recursos para o capital produtivo, a fim de criar emprego e renda, tratamento interdisciplinar dos sistemas familiares ou rede de cuidadores, envolvendo o agente e a vítima da violência.

SESSÃO 3- O ENFRENTAMENTO DO ABUSO SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE NO BRASIL E NO ESTADO DO PARÁ.

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo e de difícil enfrentamento, apesar deste fato ter ganhado certa visibilidade nos últimos tempos a sua compreensão e enfrentamento ainda precisa ganhar muito espaço. A violência cometida contra crianças e adolescentes em suas várias formas faz parte de um contexto histórico-social maior de violência que vive nossa sociedade.

Além do que, a mesma vem sendo perpetrada desde a antiguidade em todos os lugares do mundo, em todas as classes socioeconômicas, sendo fenômeno complexo, com multiplicidade tanto de causas quanto de consequências para a vítima.

A presente sessão objetiva enfatizar a política nacional e estadual (contexto do Pará) de enfrentamento da violência sexual contra a criança e adolescente, visto que o mesmo é um instrumento de garantia e defesa de direitos de crianças e adolescentes que pretende criar, fortalecer e implementar um conjunto articulado de ações e metas fundamentais para assegurar a proteção integral à criança e ao adolescente em situação ou risco de violência sexual.

3.1- A política nacional e estadual de enfrentamento da violência sexual contra a criança e adolescente.

No Brasil, o período que antecedeu a Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi decisivo para a mudança de paradigmas na área da garantia de direitos de crianças e adolescentes. O texto constitucional trouxe os princípios da proteção integral dos direitos da criança e do adolescente, com absoluta prioridade. Nele o tema violência sexual tem especial relevância. Merece destaque o parágrafo 401, do art.227 pela importância atribuída ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Partindo das análises de Nunes (2009) que no Brasil foi somente na década de 1980 que os casos de violência contra a criança e o adolescente tornaram-se tão explícitos que foram tidos como um problema de saúde

pública. Frente a esta situação as autoridades criaram legislações específicas para a garantia de direitos que visem proporcionar e atender as necessidades básicas de crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil de todo território nacional.

O Brasil foi o primeiro país a promulgar um marco legal (Estatuto da Criança e do Adolescente), em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989). No contexto internacional, o mundo já propugnava pela criação de planos para o enfrentamento da violência sexual, com foco, à época, para a exploração sexual, haja vista, a “Declaração e Agenda para Ação”, aprovada no I Congresso Mundial Contra Exploração Sexual Comercial de Crianças/1996, como também as recomendações do II Encontro do ECPAT – Brasil/1998.

Na esteira desses movimentos, o Brasil avançou de forma significativa no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, com a aprovação em 2000 pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil.

A elaboração de um Plano Nacional integrado e orgânico foi o desafio enfrentado por representantes de um grande número de instituições e atores reunidos em encontro nacional realizado na cidade de Natal em junho de 2000. Portanto, o Plano é fruto da articulação da rede de proteção e defesa de direitos da população infanto-juvenil brasileira (BRASIL, 2002).

O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto- Juvenil tem como objetivo principal o arranjo e a conexão de todos os principais atores que trabalham com a criança e o adolescente vulneráveis à violência sexual. Seu objetivo geral é o de estabelecer um conjunto de ações articuladas que permitam intervenção técnica, política e financeira para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. São seus objetivos específicos:

- Realizar investigações científicas, visando compreender, analisar, subsidiar e monitorar o planejamento e a execução das ações de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes;

- Garantir o atendimento especializado a crianças e adolescentes em situação de violência sexual constatada;
- Promover ações de prevenção, articulação e mobilização, visando o fim da violência sexual;
- Fortalecer o sistema de defesa e responsabilização;
- Fortalecer o efetivo envolvimento infanto-juvenil.

O grande avanço que o Plano Nacional sinaliza para o enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil situa-se na proposta de municipalização das ações. O município atua, assim, como base operacional para a implementação do Plano Nacional, por isso a municipalização, na perspectiva desse Plano, pretende tornar mais próximos os órgãos de atendimentos e as demandas locais, em busca da efetiva afirmação da cidadania da população infanto-juvenil e de suas famílias. Ao atuar como base estratégica, o município assume, para si, a responsabilidade de formular e executar políticas sociais capazes de enfrentar o fenômeno da violência sexual, na sua integralidade, ao permitir o rompimento com as situações violadoras dos direitos da infância e juventude local. Contudo, ressalta-se que:

A descentralização não é um processo simples e requer, para avançar com solidez, a observação de algumas condições básicas: uma política explícita, articulada e contínua dotada de boa capacidade de coordenação; a adequada simetria entre descentralização de competências e encargos; a construção de capacidades administrativas nos níveis descentralizados em que passam a operar os programas; a introdução de sistema ágeis de monitoramento, avaliação e circulação da informação (KAMEYAMA, 2001,p.15).

No Processo de Revisão do Plano Nacional, em seu Relatório de Acompanhamento 2007-2008-Marco Legal e Responsabilização, aborda o seguinte:

[...] 10) Atuação na promoção da saúde, considerando os determinantes condicionantes da saúde, e também a atuação na perspectiva da prevenção dos agravos contra crianças e adolescentes nas seguintes dimensões: a) Estruturação da rede de atendimento das vítimas de violência; b) Acolhimento à vítima em situação de violência, incluindo necessariamente a

família; c) Acompanhamento das vítimas na rede intersetorial;
d) Notificação (BRASIL, 2008, p. 34).

Ressalta-se aqui, a importância dos profissionais da saúde no enfrentamento da violência sexual contra a criança e o adolescente, na prevenção, no acolhimento da vítima e/ou sua família, no acompanhamento destas na rede e na notificação.

O plano foi estruturado em torno de seis eixos estratégicos e cada um deles com objetivos, ações, prazos e parcerias pertinentes. São os seguintes os eixos estratégicos e as metas neles previstas:

1-Análise da Situação: Conhecer o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o país; Identificar causas, fatores de vulnerabilidade e modalidade da violência sexual no contexto do cenário; social, cultural e socioeconômico, com a realização de pesquisas quantitativas e qualitativas sobre exploração comercial (tráfico, turismo sexual, pornografia e prostituição) e abuso sexual familiar e extrafamiliar; Diagnosticar a situação e as condições de enfrentamento da violência sexual, contextualizada com outros tipos de violência, pelo governo e por organizações não governamentais, para a violência sexual, monitorando a implementação das ações previstas no Plano Nacional por meio da mobilização social.

2-Defesa e Responsabilização: Atualizar a legislação sobre crimes sexuais, para as necessárias mudanças no Código Penal, incluindo propostas de legislação extraterritorial para crimes de tráfico de crianças e adolescentes; aprovar projeto de lei para a responsabilização de exploradores sexuais de crianças e adolescentes por produção, posse e distribuição de materiais pornográficos, e projeto de lei contra a utilização de pornografia infantil na internet. Combater a impunidade, garantindo a proteção jurídico-social a crianças e adolescentes, com o fortalecimento de centros de defesa, consolidação dos conselhos de direitos e tutelares e do sistema integrado de delegacias, varas da justiça, promotorias e defensorias especializadas. Aprimoramento do sistema de informação (SIPIA) e garantia do serviço de atendimento prioritário e especializado para crianças e adolescentes no programa de proteção a vítimas e testemunhas de violência. Disponibilizar,

divulgar e integrar os serviços de notificação com disque-denúncias de fácil acesso; divulgar permanentemente o sistema por todos os meios de comunicação; adotar instrumento unificado para recebimento das denúncias e criar um sistema de notificações, que articule conselhos tutelares, delegacias, disque-denúncia nacional, estaduais e locais. Adotar medidas coercitivas em relação ao tráfico de crianças e adolescentes por meio de acordos de cooperação internacional, visando coibir o tráfico e responsabilizar os autores; adoção de medidas de segurança, de proteção e de retorno ao país de crianças e adolescentes traficados. Formar e capacitar profissionais da área jurídico-policia para lidar com as diversas situações de violência sexual, criando equipes multiprofissionais nas áreas de defesa e responsabilização (saúde, educação, policiais, IMLs, varas da justiça, promotorias, defensorias). Incluir currículos mínimos nos cursos universitários sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente e violência sexual.

3- Atendimento: Garantir proteção integral e prioridade absoluta a crianças e adolescentes em situação de violência sexual com o atendimento multiprofissional especializado, ampliado às famílias; Protagonismo Infante juvenil: Promover a participação ativa de crianças e adolescentes em todas as instâncias de discussão, mobilização e definição de ações em defesa de seus direitos e comprometê-los com o monitoramento da execução do Plano Nacional. Cursos de formação para crianças e adolescentes atuarem como agentes de direitos, organização de debate com conselhos de direitos e tutelares; ampliar as formas de organização juvenil em grêmios estudantis de toda a rede escolar; divulgar os serviços de notificação e estimular as denúncias de crianças e adolescentes; criar espaços e voz para as crianças na execução das metas do Plano Nacional. Promover mudanças de concepção das instituições que trabalham com crianças e adolescentes, adotando o envolvimento efetivo como referencial teórico-metodológico, garantindo que todo o material educativo e informativo sobre violência sexual utilize linguagem e forma apropriadas.

4- Prevenção: Educar crianças e adolescentes sobre seus direitos e assegurar, assim, ações preventivas de violência sexual, possibilitando que crianças e

adolescentes sejam apoiados e protegidos com ações educativas com vista à autodefesa, à conscientização e à valorização de suas etapas de crescimento. Garantir prioridade absoluta a acesso, permanência e sucesso escolar de todas as crianças e adolescentes; implementar os temas transversais nos parâmetros curriculares nacionais, principalmente os referentes à orientação sexual. Implantar espaços de arte, cultura, lazer e esporte para crianças e adolescentes em todos os municípios brasileiros como meio privilegiado de prevenção da violência; programas de profissionalização e geração de renda para adolescentes e suas famílias. Promover o fortalecimento das redes familiares e comunitárias, fomentando discussões em grupos sobre violência doméstica e sexual de crianças e adolescentes, prevenção de DST/AIDS, prevenção do uso de drogas e gravidez precoce; criar programas de intervenção com meninos que trabalham e vivem nas ruas em todas as capitais e cidades de médio e grande porte. Atuar junto à Frente Parlamentar (articulação política ativa na Câmara e no Senado), no que diz respeito a discussões relativas à revisão legislativa do Código Penal de 1940 e às novas leis sobre internet e pornografia infantil.

5- Protagonismo Infanto-juvenil: Promover a participação ativa de crianças e adolescentes em todas as instâncias de discussão, mobilização e definição de ações em defesa de seus direitos e comprometê-los com o monitoramento da execução do Plano Nacional. Cursos de formação para crianças e adolescentes atuarem como agentes de direitos, organização de debate com conselhos de direitos e tutelares; ampliar as formas de organização juvenil em grêmios estudantis de toda a rede escolar; divulgar os serviços de notificação e estimular as denúncias de crianças e adolescentes; criar espaços e voz para as crianças na execução das metas do Plano Nacional. Promover mudanças de concepção das instituições que trabalham com crianças e adolescentes, adotando o envolvimento efetivo como referencial teórico-metodológico, garantindo que todo o material educativo e informativo sobre violência sexual utilize linguagem e forma apropriadas.

6-Monitoramento e Avaliação: Para acompanhamento da implantação e implementação das ações do Plano Nacional, criou-se o Comitê Nacional de

Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. O Comitê Nacional (vide capítulo específico) é uma instância de articulação nacional que conta com representantes de cada região do país, do Governo Federal, da cooperação internacional e de jovens. O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA e os conselhos de direitos estaduais e municipais são instâncias de deliberação, controle e acompanhamento do Plano. O CONANDA é de âmbito federal e, por isso, aprova e acompanha a execução das diretrizes nacionais. Os conselhos estaduais e municipais cuidam da implementação dos planos nas respectivas unidades da Federação e nos municípios. Como são órgãos paritários (compostos por igual número de integrantes do governo e da sociedade), os conselhos detêm os instrumentos necessários para que as políticas em prol da criança e do adolescente sejam priorizadas e se destinem recursos visando a sua execução. Desse modo, assegura-se a necessária articulação política para o desenvolvimento das políticas, bem como o controle realizado pela sociedade organizada.

Como se pode perceber, o Plano aponta para a criação, fortalecimento e implementação de um conjunto articulado de ações e metas fundamentais para assegurar a proteção integral da criança e do adolescente em situação ou risco de violência sexual.

Com isso, o plano supracitado consolida o processo no qual foram definidos por meio de consensos entre diferentes setores e segmentos as diretrizes gerais para uma política pública de enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil. Este documento acabou tornando-se referência para a sociedade civil organizada e para as três instâncias do poder federativo brasileiro. Nele estão as diretrizes que oferecem a síntese metodológica para a reestruturação de políticas, programas e serviços de enfrentamento à violência sexual, consolidando a articulação como eixo estratégico e os direitos humanos sexuais da criança e do adolescente como questão estruturante.

É importante ressaltar que a partir da instituição desse Plano Nacional, o País vivencia uma série de avanços importantes na área do reconhecimento e enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Esse instrumento tornou-se referência e ofereceu uma síntese metodológica para a estruturação de políticas, programas e serviços para o enfrentamento à violência sexual.

O Plano atende ainda ao compromisso político do Governo Brasileiro firmado na Declaração e Agenda para Ação, aprovadas no I Congresso Mundial Contra Exploração Sexual Comercial de Crianças, realizado em Estocolmo, em agosto de às recomendações do II Encontro do ECPA – Brasil realizado em Salvador em aos resultados das pesquisas e impactos das campanhas de âmbito nacional, estadual e regional realizadas na década de 90.

Com ele, o Brasil registrou conquistas importantes. Entre elas, a criação do Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes, que monitora a implementação do Plano Nacional; a implantação da Comissão Intersetorial composta por ministérios do governo federal, organismos internacionais e representantes da sociedade civil organizada, que articula, sugere e apoia ações de enfrentamento à violência sexual; e a criação de delegacias e Varas Criminais especializadas em crimes contra crianças e adolescentes, além de serviços de atenção psicossocial. Segundo Brasil (2002), dos 5.565 municípios brasileiros, aproximadamente 90% possui Conselhos dos Direitos e 98% implantaram Conselhos Tutelares.

Em 2003, o governo assumiu o compromisso de priorizar ações e implementá-las de forma articuladas para combater a exploração sexual infantil. Deste processo de mobilização surgiram diversas mudanças legislativas que geraram impacto direto na tipificação das formas de violência sexual. Assim, iniciou-se um processo de atualização do Plano Nacional, especialmente, para introduzir indicadores de monitoramento e avaliar seu impacto na formulação de políticas públicas nessa área.

Logo, a partir disso, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em 2003, passou a contar com uma área específica para tratar da prática da violência sexual cometida contra crianças e adolescentes. A partir do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA), iniciativas importantes foram implementadas, como o Disque 100 e o PAIR (Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual, Infanto-Juvenil no Território Brasileiro).

As metas do programa são:

- Desenvolver estudos quantitativos e qualitativos para análise da situação de violência sexual infanto-juvenil nas áreas abrangidas pelo programa;
- Desenvolver campanhas de sensibilização e mobilização da sociedade, em especial a mídia e os segmentos que comprovadamente representam fatores de risco à população infanto-juvenil;
- Fortalecer articulações nacionais, regionais e locais de combate à violência sexual;
- Fortalecer e potencializar articulação entre os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos;
- Promover mecanismos de exigibilidade dos direitos (defesa jurídica) às vítimas da violência sexual infanto-juvenil;
- Garantir o atendimento adequado para crianças, adolescentes e familiares em situação de violência sexual;
- Integrar as Políticas Sociais Básicas consolidando redes de atenção às crianças, adolescentes e famílias violadas sexualmente;
- Promover a participação proativa dos segmentos jovens na construção e implementação dos planos operativos locais voltados ao enfrentamento da violência sexual.
- Apoiar as iniciativas locais voltadas ao atendimento especializado das vítimas do tráfico e exploração sexual nos campos da assistência social, educação, saúde, qualificação profissional e geração de trabalho e renda;
- Desenvolver os instrumentos de comunicação social como estratégia de visibilidade e controle social das situações que representem risco ou ocorrência de violações dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, em especial no tocante a integridade física e psíquica;

- Sistematizar e Disseminar experiências desenvolvidas em cada um dos municípios de forma a criar situações favoráveis a replicações em regiões que guardem as mesmas características culturais, sociais e econômicas.

O Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA) investe em projetos que apresentem alguma inovação para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual. Esse processo se dá por meio de um edital lançado anualmente pela Secretaria de Direitos Humanos. Quando um projeto é avaliado como inovador, o PNEVSCA concede apoio financeiro e logístico com o objetivo de levar aquela experiência para outros lugares do país, incentivando a criatividade das instituições que atuam nessa área. A avaliação desses projetos também leva em consideração ideias que atuem no enfrentamento da desigualdade social, sexual, religiosa, étnica, de cor da pele, por deficiências etc.; e que promova a inclusão de crianças e adolescentes nos setores de Segurança, Justiça e Responsabilidade Social.

As instituições interessadas podem receber o co-financiamento do PNEVSCA por meio de editais disponibilizados no site da Secretaria de Direitos Humanos. Dentro desses editais, o programa investe em projetos que apresentem vontade de implementar o PAIR, que apresentem alguma inovação para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual e que tenham interesse em fortalecer comitês locais de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes.

Em 2008, o Brasil sediou o III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. As discussões dele decorrentes alertaram para a necessidade de atualização/revisão do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual, sobretudo para atender as chamadas novas formas de violência sexual.

O processo de revisão do Plano Nacional, coordenado pelo Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes e pela Coordenação do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, Secretaria de Direitos

Humanos/PR, impôs, em face da diversidade das várias realidades das regiões brasileiras e da dimensão continental do país, um amplo e detalhado processo de mobilização e debates, de forma a garantir a legitimidade das ações previstas e facilitar o monitoramento de sua implementação e para a formatação conjunta de ações que demandam execução transversal.

1 Art. 227 – Parágrafo 4º – A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

O envolvimento do Conanda durante todo o processo de revisão foi fundamental para dar ao Plano Nacional, o *status* de norteador das políticas públicas nessa área.

Em 2010, o Brasil produziu o Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, no âmbito do Conanda. Relevante destacar que no processo de revisão do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes houve a previsão de se fazer interface direta com as diretrizes do Plano Decenal, em especial as diretrizes contidas no Eixo 2 – Proteção e Defesa dos Direitos – Objetivo Estratégico 3.9 – Ampliar e articular políticas, programas, ações e serviços para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, com base no Plano Nacional temático.

Para guardar sintonia com o prazo de vigência do Plano Decenal definiu-se como estratégico que as ações do novo Plano Nacional também sejam implementadas até 2020.

Ao aprovar o novo Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, ora publicado, o Conanda, o Comitê Nacional e o PNEVESCA reafirmam o compromisso de defesa intransigente dos direitos de crianças e adolescentes, sobretudo daqueles/as que se encontram circunstancialmente em situação de ameaça ou violação ao direito fundamental de desenvolvimento de uma sexualidade segura e saudável.

Mediante todo esse quadro alarmante e a discussão da temática, no dia 18 de maio de 2007 no município de Santarém – PA representantes do Governo Federal, Governo do Estado do Pará, Gestores dos municípios que integram a BR-163, assinaram o Pacto de Santarém, o qual pressupõe ações integradas das três esferas de governo contra a exploração sexual às margens

daquela rodovia, com medidas de enfrentamento permanentes deste problema social naquela região.

Dentre suas ações, antecipando-se a possíveis impactos decorrentes dos investimentos de pavimentação da rodovia, em particular, na realidade da população infanto-juvenil moradora da região, objetivando combater as graves violações aos Direitos Humanos, especificamente a violência sexual contra crianças e adolescentes, o Governo do Estado do Pará percebeu a urgência em estender para o todos os 144 municípios ações de enfrentamento a este tipo de violência. Apresentando assim, o Protocolo de Compromissos do Estado do Pará no Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, subscrito por gestores públicos que integraram o Comitê Intersetorial¹ para elaboração do Plano Estadual de Enfrentamento da violência sexual contra Crianças e Adolescentes, sendo coordenado pela Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos na implantação do Plano com ações prioritárias de prevenção e combate ao abuso e exploração sexual infanto-juvenil.

Segundo Guedes (2013) a partir do mês de junho do ano de 2013, iniciaram as reuniões com o Comitê Intersetorial no qual foi decidido que seu caráter seria deliberativo, baseado no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, para construção do Plano Estadual para a construção das ações conforme os seis eixos nacionais de combate à violência sexual contra crianças e adolescentes, levando em consideração a análise do primeiro plano construído anteriormente como eixo norteador. Como instrumento de trabalho, foi realizado um seminário no mês de setembro do ano de 2013 para construção das ações por cada eixo com participação de entidades governamentais e não governamentais no qual foi possível diagnosticar o perfil das atividades realizadas por cada entidade.

Com isso, o Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes objetiva estabelecer ações articuladas que permitam intervenções técnica, política e financeiras na efetivação de políticas públicas de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Pará. E como objetivos específicos:

- Realizar pesquisa científica para compreender, analisar, subsidiar, monitorar e qualificar a execução das ações de enfrentamento;
- Garantir o atendimento especializado a crianças e adolescentes em situação de violência sexual;
- Promover ações de prevenção, articulação e mobilização em torno da violência sexual;
- Fortalecer os sistemas de defesa e de responsabilização e Propiciar e fortalecer o protagonismo juvenil enquanto agentes multiplicadores de direitos sexuais como direitos humanos.

É importante ressaltar, que a elaboração de um Plano Estadual para o enfrentamento desta violência, que tem índice altíssimo, iniciou-se há quatro anos com uma primeira proposta pelas organizações da sociedade civil que acumularam experiência durante anos no enfrentamento desta problemática em parceria com as secretarias de Secretaria de Desenvolvimento Social e a Secretaria de Educação.

Lembrando que o Plano Estadual arquitetou ações que forneça impacto direto no desenvolvimento bio-psico-social e cultural de crianças e adolescentes, de modo a apaziguar o desenvolvimento de sua sexualidade livres de abuso e violência e de forma segura e protegida. São esses componentes que vão se contestar á violência sexual como construções históricas sociais capazes de alcançar relações sociais civilizadas, baseadas no respeito aos direitos da pessoa humana.

Não se pode negar, no entanto, que existem em todo o território nacional processos de articulação de redes de enfrentamento que atuam no atendimento, na defesa, na responsabilização e especialmente na prevenção deste tipo de violência. É evidente os esforços que vêm sendo executados pela sociedade civil e pelo estado brasileiro para a divulgação do efetivo enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes e, por esta causa, diferentes atores sociais, assim como instituições, têm se mobilizado para combater esse problema gravíssimo.

Há que se considerar que as políticas até então instituídas exigem uma avaliação mais aprofundada e que, mesmo diante dos esforços do governo e da sociedade, a questão da violência sexual contra crianças e adolescentes tem dimensões alarmantes em todo o território nacional, como indicam os números registrados pelo Disk Denúncia Nacionais, que atingiram, somente em 2013, mais de 27 mil ligações (BRASIL, 2002).

3.2- O eixo “atendimento” no Plano Nacional de Enfrentamento da violência sexual contra a criança e adolescente.

Em nossa história contemporânea, uma das maiores exteriorizações da mobilização da sociedade civil, a partir de suas organizações, especialmente, no campo da defesa dos direitos de crianças e de adolescentes, foi a construção e aprovação, num diálogo com o governo central, do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil, em Natal. Considerado uma referência fundamental que trás uma visão renovada e estimula o protagonismo social no processo de enfrentamento da violência sexual no território brasileiro.

O Plano transformado em resolução, pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente [CONANDA], estabelece Seis eixos estratégicos para o enfrentamento do fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes, são eles: Análise a Situação; Articulação e Mobilização; Defesa e responsabilização; Atendimento; Prevenção e Protagonismo Juvenil.

Ressaltando que cada um desses eixos propostos pelo CONANDA, está organizado a partir de metas, ações necessárias, objetivos, estratégias de desenvolvimento e indicadores de efetividade, assim como as parcerias. Com isso, o plano deve funcionar de forma orgânica e sistêmica, ou seja, sua implantação depende do esforço dos diferentes atores engajados com o processo.

Assim, Arruda (2011) afirma que o atendimento e o acompanhamento dos casos de violência sexual exigem uma atuação articulada e interdisciplinar. Significa dizer que as áreas de conhecimento não devem desenvolver suas atuações de forma fragmentada, mas sim em perspectiva generalizante e

integralizada, que no todo irá potencializar as capacidades de cada um, gerando intervenções de qualidade e resultado. Essa atuação articulada é algo que se impõe à política de atendimento de crianças e adolescentes, conforme preceitua o art. 86 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90).

A literatura aponta que o trabalho em rede é o mais indicado nos casos de violência, pois “a rede potencializa a atuação mais abrangente e multidisciplinar de um conjunto de atores de diversas instituições, que tem o mesmo foco temático na consecução da política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente” (IPPOLITO, 2004, p. 84). Assim, a rede, através da integração das instituições envolvidas na problemática, permite compartilhar conhecimentos, informações, experiências, possibilitando aumentar a amplitude das ações.

Cabe ao eixo controle ao “exercício democrático da participação popular institucional ou não institucional para monitoramento e aprimoramento do sistema e das políticas” (ROSENO, 2010, p. 35). Assim, é de suma importância que sejam construídas parcerias e alianças entre os atores que deverão compor o atendimento integrado, garantindo-se a intersetorialidade entre as políticas e assegurando atendimento interdisciplinar para crianças e adolescentes que vivenciaram situação de violência sexual.

O atendimento integrado deve assegurar, em tempo hábil, o andamento do caso, evitar a duplicidade de encaminhamentos e procedimentos e reduzir a (re)vitimização. Consolidar nos municípios uma metodologia de atendimento com vistas à efetividade da proteção integral de crianças e adolescentes sugere a elaboração e a pactuação de fluxos de atendimento específicos.

O ECA (BRASIL, 1995) dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, traz uma visão nova em relação aos mesmos, considerando-os não mais como objetos de tutela, mas sim, como sujeitos de direitos, necessitando de cuidados e atendimentos especiais que garantem sua proteção e seu desenvolvimento adequado (BRASIL, 1995). O ECA estabelece que a criança e o adolescente são prioridades, devendo o estado, sociedade, comunidade, família e poder público assegurar seus direitos, assim como, colocá-los a salvo de toda forma de violência (BRASIL, 1995), embora esta concepção de infância e juventude não seja compartilhada por todos os

seguimentos da sociedade brasileira (MAGER; SILVESTRE, 2009; SANTANA, 2003).

O atendimento especializado às crianças e aos adolescentes vítimas de violência, previsto no ECA (BRASIL, 1995), deve ocorrer nos chamados Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS). Os CREAS são integrantes do Sistema Único de Assistência Social e constituem-se no articulador da proteção social de média complexidade, devendo promover orientações e apoio especializado e continuado de assistência social a indivíduos e famílias com seus direitos violados (BRASIL, 2005). Dessa forma, o CREAS pode ser definido como um serviço de atendimento e enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes que visa à proteção e à garantia integral de direitos da população infanto-juvenil.

O Guia de Orientação nº 1 do CREAS destaca que os serviços de média complexidade devem funcionar em estreita articulação com os demais serviços da proteção social básica e da especial, com as demais políticas públicas e instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos como, conselhos tutelares, vara da infância e da juventude, promotoria da infância e juventude, delegacia de proteção à criança e ao adolescente, entre outros (BRASIL, 2005). Destaca-se que, estes serviços possibilitam a estruturação de uma rede efetiva de proteção social (PEDERSEN, 2008). As orientações do Guia estão de acordo com a legislação brasileira (BRASIL, 1995) que estabelece, em seu artigo 86, a Política de Atendimento aos Direitos da Criança e do Adolescente, pressupondo um trabalho em rede ao propor que “a política de atendimento far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

Crianças e adolescentes que se encontram em situação de violência sexual necessitam de apoio e acompanhamento especializados, tendo em vista o envolvimento em um emaranhado de questões complexas e subjetivas para esse sujeito em desenvolvimento, o que exige suporte de equipe multiprofissional qualificada.

Para a realização do atendimento a esses vitimados, algumas variáveis são importantes e devem ser consideradas: Em relação à criança ou adolescente:

- A condição de vulnerabilidade a que está submetida grande parcela desse segmento;
- O estigma ou os rótulos atribuídos a alguém com vivência na situação de exploração sexual, sobretudo quando se trata de adolescente;
- A não percepção da condição de vítima, sentimento comum nas situações de exploração sexual;
- O comprometimento da capacidade de autoproteção, condição que diminui a possibilidade de reflexão e rompimento do ciclo da violência.

As condições particulares de desenvolvimento das crianças, somadas à situação de trauma pelo abuso sexual sofrido, exigem competências múltiplas dos profissionais que realizam o seu atendimento. Há uma necessidade de capacitação, treinamento técnico e emocional constante desses profissionais para intervenções adequadas com as crianças e adolescentes vitimizados. Com isso, independente da área do profissional que realiza a escuta, há a necessidade de ele ter uma visão psicológica, o que implica em conhecimento teórico e prático na área da saúde mental, além de empatia e sensibilidade para lidar com as crianças/adolescentes em sofrimento e com o fenômeno do abuso. Ainda, há a necessidade de possuir conhecimento da legislação específica para realizar a escuta das crianças na esfera jurídica.

Lembrando que o profissional capacitado poderá analisar o relato da criança/adolescentes e a partir dele encontrar indícios do abuso. Sendo assim, o profissional da área da saúde é um agente facilitador da fala e das emoções do mesmo. A fala livre e/ou perguntas abertas, sem pressão e sem sugestibilidade, com linguagem simples, possibilita ao vitimizado dar uma resposta com maior conteúdo informativo. Porém, faz-se necessário levar em consideração que as crianças com menor maturidade ou menor idade possuem menor capacidade de memorizar e de recordar dados detalhados.

De acordo com Deslandes (1999), o acolhimento da criança e da sua dor, em um ambiente tranquilo e lúdico, é a base para um bom resultado. Para isso, a atitude do profissional frente aos fatos apresentados não deve ser julgadora ou punitiva, proporcionando uma relação de confiança ou vínculo que ajudará no acompanhamento subsequente.

De forma geral, todos os profissionais que escutam as crianças abusadas sexualmente devem priorizar o seu acolhimento. O médico, por

exemplo, deve ouvi-la, além de verificar sua condição física e conduzir os procedimentos necessários com infinito tato para não agravar seu sofrimento. O enfermeiro da urgência pode contribuir com uma escuta que vá além dos exames e tratamentos clínicos tradicionais da área, trabalhando preventivamente, especialmente com os cuidadores da criança.

Furniss (2003) alega que as pessoas geralmente falam a verdade sobre suas experiências sexuais e que isso é especialmente válido para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Entretanto, é necessário distinguir quando a criança pode estar apresentando “falsas memórias”, uma psicopatologia caracterizada pela crença absoluta em pseudomemórias de abuso sexual. Uma forma de implantação de falsa memória na criança é a consequência do seu envolvimento na Síndrome de Alienação Parental (SAP), um processo que pode ocorrer após a separação dos pais, quando um dos genitores, geralmente a mãe, influencia a criança para que odeie o pai, sem qualquer justificativa, com o objetivo de impedir ou romper a relação dele com o filho. Esse dispositivo é utilizado como instrumento de raiva da mãe, direcionada ao ex-parceiro. Uma das consequências dessa síndrome pode ser uma falsa denúncia de abuso sexual, gerando seqüelas nefastas na criança.

Segundo Oliveira et al (2000), a partir do exposto, em relação à equipe profissional, é importante:

- A compreensão da “violência sexual” em suas diferentes modalidades, no contexto das violações cometidas contra crianças e adolescentes, como um fenômeno multifatorial, e que se expressa por meio das relações de gênero e de geração;
- A definição de uma metodologia de atendimento, com base em estratégias e procedimentos distintos e complementares, centrados na criança e do adolescente e em sua família, não se reduzindo apenas ao atendimento aos grupos e às visitas. Momentos de discussão e entendimento da equipe, com reuniões sistemáticas, também fazem parte desse processo;
- A concepção de um plano de ação para o serviço, com a definição dos papéis, atribuições de cada profissional e cronograma de atividades;
- O processo de intervenção se dá desde o primeiro momento de chegada no espaço de atendimento, no acolhimento, tornando-se essencial para a implicação da criança e adolescente e sua família, nesse contexto;

- A atuação profissional exige uma reflexão sobre crenças, sentimentos, valores e conceitos, possibilitando, assim, uma abordagem personalizada, acolhedora e comprometida.

O fundamento de um atendimento integrado é buscar contemplar todas as dimensões da vida do sujeito atendido. Sendo assim, a família e a comunidade onde ele se insere são fundamentais para a compreensão e a resolutividade da situação em que se encontra. A reinserção familiar e comunitária de criança ou adolescente vítima de violência sexual, sobretudo as que sofreram exploração sexual e, particularmente, as vítimas de tráfico para esse fim, é um desafio que se apresenta para as equipes multiprofissionais. Inicialmente, é necessário alinhar o entendimento sobre o conceito de família. O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC) define família como um grupo de pessoas que são unidas por laços de consangüinidade, de aliança e de afinidade. A Organização das Nações Unidas (ONU, 1994) amplia o conceito de família subjetivando-a ao afirmar que família é “gente com quem se conta”. Entende-se família para além do usual modelo pais e filhos, como pessoas de referência, afetos e vínculos para a criança e adolescente. Não é o modelo idealizado de família que está em discussão e sim à família real, como ele se apresenta, a sua capacidade de proteção e socialização de suas crianças e adolescentes.

As famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, em sua maioria, em algum momento, falharam na sua função protetora. Ao invés de julgá-la, é importante verificar se a família tem recebido do poder público todas as condições para exercer plenamente a sua função.

Partindo das análises de Oliveira et al (2000), a família deve ser atendida e acompanhada, até que, fortalecida, possa assumir as suas funções. Para se trabalhar com famílias, sobretudo aquelas com crianças e adolescentes em situação de violência sexual, é essencial acreditar em seu potencial transformador. Acreditar nesse potencial é:

- Reconhecer a sua competência para proteger seu filho, e não culpabilizá-la;
- Respeitar a forma como ela se ORGANIZA, sem considerá-la “desestruturada” por ser diferente. Afinal, a diversidade faz parte da sociedade!

Nesse sentido, a mediação para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual deve ser isenta de juízos e valores pessoais, senso comum ou “achismos”. Pressupõe a utilização de metodologia estruturada por mecanismos e técnicas que possibilitem a leitura e a interpretação da realidade apresentada, de forma qualificada. Para tanto, deve-se dispor de equipe multidisciplinar com atuação interdisciplinar, cuja ação seja pautada na práxis, contemplando, assim, a integralidade da garantia de direitos.

SESSÃO 4-O ENFERMEIRO COMO AGENTE DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

Esta sessão pretende tecer algumas reflexões sobre a atividade do enfermeiro frente à realidade da violência sexual contra crianças e adolescentes, como agente do enfrentamento desta.

A violência contra crianças e adolescentes é tão antiga como a própria história da humanidade, sendo um grave problema de saúde que se apresenta no cotidiano do profissional de Enfermagem. É importante ressaltar que os sentimentos de negação, raiva, projeção, ansiedade e de muita impotência, que surgem diante destas situações, parecem estar relacionados ao âmbito de defesa do próprio ser humano, como uma maneira de amenizar seu próprio sofrimento.

Não é raro enfermeiros e outros profissionais da área da saúde terem dificuldades para identificar e/ou cuidar da questão acerca da violência familiar. O âmbito de formação inicial destes profissionais, precisa estar atento e preparado para propiciar embasamento teórico- prático, a fim de gerar competência e compromisso do futuro enfermeiro, o qual deve ter conhecimento da problemática acerca da violência sexual desde sua formação e manter uma educação contínua em serviço.

4.1- O trabalho do Enfermeiro no atendimento das vítimas de casos de abuso sexual.

Diversos serviços de saúde têm aumentado o atendimento a crianças vítimas de violência, contudo a inexperiência de alguns profissionais para lidar com tais circunstâncias é imensa. Não é fácil dar visibilidade ao problema da violência, pois depende das perspectivas emocionais dos profissionais, estruturais, legais, da existência de órgãos de apoio, além da oferta de capacitações para a identificação dos sinais. Além disso, os profissionais temem a represália dos agressores, razão pela qual, muitas vezes, deixam de notificar os casos de violência sexual.

No dia a dia do cuidar, o enfermeiro se depara com situações de violência, principalmente voltadas à crianças e adolescentes, devendo,

portanto, buscar conhecimentos que os habilitem a acolher, cuidar e promover a prevenção da violência sexual. Dada à complexidade da situação e as graves conseqüências impostas às vítimas, a organização dos serviços deve garantir um atendimento humanizado, integral e de qualidade aos mesmos. Para tal, o ideal é que o atendimento seja prestado por uma equipe multidisciplinar e que esteja comprometida com este tipo de atendimento.

Adquirir informações e cuidar de uma criança doente requer do profissional, além do cuidado técnico, imprescindível, o cuidado subjetivo, que envolve a singularidade e a individualidade de cada criança e a forma como esta expressa seus sentimentos e emoções. Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de maus tratos requer, além de habilidade, sensibilidade e compromisso com esta causa. Esse fato sugere medidas sociopolíticas urgentes e, especialmente, na formação de profissionais com a compreensão de que a violência é um problema de saúde e que demanda atitudes comprometidas com o enfrentamento desse fenômeno.

Segundo Silva (2010, p.59-64), para cuidar é necessário o estabelecimento de uma relação de cuidado em que é preciso existir um processo interativo entre o cuidador e a pessoa que está sendo cuidada. Para que esta relação aconteça é necessário intencionalidade, disponibilidade, receptividade, confiança e aceitação promovendo o crescimento de ambos, profissional e paciente. Para cuidar é preciso conhecimento técnico-científico, habilidades e competência próprias da profissão, que favoreçam a percepção do ser humano nos aspectos biológico, psicológico, social e espiritual.

De acordo com Maia (2010) o enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítimas de violência sexual vem auxiliar no combate a este crime, somada as competências e habilidades específicas que lhe são atribuídas, a capacidade de inserido em uma equipe multiprofissional e de intervir estrategicamente, no que diz respeito à promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos indivíduos, conseqüentemente, o faz assumir um dever social, ético e humanístico, pois:

Sabe-se que, apesar de beneficiar muitas crianças, adolescentes e familiares em situação de abuso sexual, o atendimento especializado ainda demanda, tanto na área social como na da saúde, maiores investimentos e reestruturações

para o preenchimento das lacunas ainda existentes. Sendo assim, reforça-se a necessidade no que diz respeito às capacitações dos profissionais da saúde, para uma padronização de atendimento das vítimas de abuso sexual. No âmbito da Saúde, poucos são os serviços estruturados com equipes habilitadas para fornecer este tipo de atendimento. (PAIXÃO; DESLANDES, 2010, p.114)

Desta forma, os enfermeiros que atuam com esse público específico, devem estabelecer primeiro um clima de afinidade, harmonia e confiança com a criança e/ou adolescente, evitando qualquer insinuação de julgamento, sejam no tom de voz ou na expressão facial. É importante também que os profissionais avaliem, antes de tudo, a sua própria postura e disponibilidade emocional para atender e discutir assuntos relacionados à violência sexual infantil.

É sabido que a porta de entrada para o atendimento à saúde de crianças vítimas de violência sexual, pelo SUS, são as unidades de saúde para os casos de baixa e alta complexidade e os hospitais de emergência para os casos de alta complexidade, quando se trata de lesões que exigem atendimento hospitalar.

Conforme Brasil (2002), as crianças vítimas de abuso sexual devem ser encaminhadas para os hospitais de referência, até 12 anos de idade. Porém, muitos casos são encaminhados diretamente pelos familiares aos hospitais de referência para o atendimento.

Segundo Wolski (2010), quando a criança que sofre violência sexual é encaminhada ao serviço de emergência hospitalar de referência, deve, desde sua chegada, permanecer em uma unidade de internação e, após a alta, ser atendida por uma equipe multiprofissional para que todas as suas necessidades e de sua família sejam contempladas. Sabe-se que, nem sempre, o familiar/responsável que busca atendimento hospitalar para esta criança revela a veracidade da violência ocorrida. Assim, o reconhecimento dos sinais das várias formas de violência contra crianças deve, portanto, fazer parte da rotina dos profissionais da saúde, assim como a abordagem dessas situações, que, às vezes, é de extrema complexidade. Estar atento para

suspeitar ou comprovar a existência de maus tratos requer, além de habilidade, sensibilidade e compromisso com esta causa.

Nunes (2013) afirma que cabe ao enfermeiro, independente da sua área de atuação, tentar reconhecer uma vítima de maus-tratos nos atendimentos e conscientizar os demais membros da equipe de assistência à criança ou adolescente, utilizando-se do princípio de que a omissão pode representar uma opção pela violência. Assim, ressalvadas as exceções, o enfermeiro precisa participar de cursos de formação/capacitação na área da assistência infanto-juvenil, dado que são poucos os recursos humanos qualificados envolvidos com o cuidado a pessoas nessa fase da vida.

Lembrando que o enfermeiro já possui em sua essência o cuidado, sendo que este tem como enfoque principal o bem-estar e o conforto do paciente, que exige dos profissionais um esforço constante no entendimento da complexidade e fragilidade do ser humano sob sua responsabilidade. Este ser humano, é entendido neste estudo como a criança/adolescente que sofreu violência sexual e sua família/responsável que a acompanha, assim:

Conforme Tacsí (2004, p.84):

O cuidado à criança, em qualquer situação de enfermidade, diferencia-se do cuidado ao adulto por suas especificidades e particularidades, que devem ser abordadas de forma singular, em cada fase de seu crescimento e desenvolvimento. Nas situações emergenciais, como no caso da violência sexual, a criança é quase sempre a principal vítima, necessitando, dessa forma, de uma atenção especial, dadas as peculiaridades biológicas e psicológicas e as características próprias desse grupo populacional, necessitando de recursos materiais e humanos especializados para o atendimento.

Em um serviço de urgência/emergência, a equipe de enfermagem deve dispor de protocolos para a assistência que garantam a continuidade de um trabalho integrado com a equipe multiprofissional, atuando na orientação e no acolhimento dos familiares. Assim, consideramos que a realização e a aplicação do processo de enfermagem, como um método de trabalho do enfermeiro que atua em uma unidade de emergência hospitalar, garantem a continuidade do trabalho do enfermeiro e equipe de enfermagem, integrado à

equipe multiprofissional, possibilitando o cuidado integral à criança vítima de violência sexual e sua família, tendo em vista que:

Cuidar do ser humano em sua totalidade inclui elaborar e aplicar medidas de promoção e prevenção que podem ser potencializadas pela educação permanente, com esclarecimentos sobre os direitos e apoios das vítimas. Assegurar que toda a criança, independentemente de classe, raça, etnia, religião, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goze dos direitos fundamentais e inerentes à pessoa. O cuidado deve ser planejado para respeitar crenças e valores em relação à vida, morte, saúde, doença e cura. O cuidar exige do enfermeiro a utilização de instrumentos fundamentais para o exercício profissional, os quais são meios para que o cuidador atinja os objetivos propostos. Esses instrumentos envolvem a observação, o cuidado emocional, o toque terapêutico, o corpo, o bom senso, a liderança, o caráter humanitário, a solidariedade, a sensibilidade, a técnica, a relação educativa e as dimensões psicossocial e psico-espiritual. O emprego dos instrumentos básicos de enfermagem além de se constituir no caminho para estabelecer uma relação de cuidado permite que a vítima de violência se sinta cuidada e consiga expor e perceber os motivos que a levaram a esta condição. Para cuidar, é necessário o estabelecimento de uma relação de cuidado em que é preciso existir um processo interativo entre o cuidador e a pessoa que está sendo cuidada. Para que esta relação aconteça é necessário intencionalidade, disponibilidade, receptividade, confiança e aceitação promovendo o crescimento de ambos profissionais e pacientes. Para cuidar, é preciso conhecimento técnico-científico, habilidade e competência própria da profissão, que favoreçam a percepção do ser humano nos aspectos biológico, psicológico, social e espiritual. (RAYMOND, 2009, p.74)

Na visão de Garcia (2009) o processo de enfermagem é considerado como um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem, um meio utilizado para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. Este método de trabalho deve ser fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área de atuação do enfermeiro.

O processo de enfermagem divide-se em fases, as quais, realizadas de forma articulada, permitem a realização do cuidado de forma científica e integral. São elas: o histórico de enfermagem, que se divide em entrevista e exame físico, os quais têm por objetivo o levantamento dos dados da criança e do familiar/responsável que a acompanha; o diagnóstico de enfermagem, o

qual proporciona a seleção das intervenções de enfermagem visando ao alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável; a prescrição de enfermagem, a qual irá coordenar a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades da criança e familiar/responsável; e a evolução de enfermagem, em que o enfermeiro avalia as respostas do paciente e analisa se as metas e os objetivos foram alcançados.

Garcia (2009) ainda enfatiza que há uma única forma de não se aplicar o Processo de Enfermagem: quando se quer evitar o encontro com o público que necessita do cuidado de enfermagem. Ocorrido o encontro, inevitavelmente inicia-se o processo; permitir que ele se desenvolva é permitir-se estar cuidando, razão para acreditam terem sido formadas.

Três aspectos são relevantes na execução das atividades do enfermeiro, são eles: Acolhimento da criança e adolescente vitimizados, identificação e notificação.

Parraga (2010) analisa que o acolhimento de um modo geral é o amparo em vários aspectos a alguém que procura ajuda/auxílio/solução de algum problema, e no contexto da violência sexual contra a criança e o adolescente o enfermeiro tem que dar uma resposta a esta procura/demanda, tendo atitudes capazes de satisfazer o atendimento como um todo, estabelecendo uma relação de confiança com a vítima e/ou sua família, de forma a proporcionar transparência acerca das informações obtidas para organizar o atendimento conforme ele se apresenta. Após este primeiro momento, o profissional deverá ser convicto/preciso em sua decisão de como vai proceder, encaminhar a vítima e/ou a família a serviços de apoio social ou outras instituições, como Conselho Tutelar, Delegacia, Promotoria ou Juizado da Infância e da Juventude, ressaltando a importância dos profissionais destas instituições, de maneira a buscar soluções para o problema.

A problemática com a família é uma questão antiga entre os profissionais de enfermagem, pois estes têm experimentado essa dura realidade no cotidiano dos ambulatórios, postos ou nas unidades de emergências, onde a precariedade de recursos para um melhor atendimento é mais um agravante. No entanto, grande parte dos casos de maus tratos que chegam aos serviços de saúde não é identificada, decorrente pelo medo ou

recusa do profissional de se envolver com o que é considerada do problema "alheio" e reforçada culturalmente como "um problema de família".

Com relação aos enfermeiros que estão diante de alguma situação de abuso ou suspeita, mais que notificar e encaminhar essas vítimas aos serviços especializados é preciso saber abordar, acolher, diminuir o impacto diante do trauma. Em seus estudos Pfeiffer e Salvagni (2005, p.05) citam que “o acolhimento da criança ou adolescente e de sua dor é o primeiro passo para um bom resultado do tratamento físico e emocional que serão necessários.” O que convém destacar, a Política Nacional-Humaniza SUS no “Documento Base para Gestores e trabalhadores do SUS”:

Acolhimento. Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2008, p.51).

O acolhimento deve ser inerente a qualquer atendimento, seja ele a quem for, mas no que se refere à criança e adolescente vítimas da violência sexual, caracterizada por um sentimento de revolta e injustiça, pressupõe um atendimento compatível com o problema, através da isenção e compaixão. Nesse sentido, o profissional deve ter a habilidade para identificar sinais que indiquem situação de casos concretos e suspeitos para promover o acolhimento.

O Manual sobre “Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência” prevê a necessidade de:

prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2009, p.21).

A equipe de enfermagem, em todas as fases do atendimento, deve conquistar a criança, criando um vínculo de confiança, e expressar no cuidado

atitudes sinceras e verdadeiras. Familiarizando a mesma ao ambiente hospitalar e às pessoas que estarão inseridas no seu cuidado, procurando explicar sobre as rotinas e os procedimentos que serão realizados, o porquê de cada um, a possibilidade de dor ou demora, sempre transmitindo confiança e afeto.

Cabe ressaltar que os profissionais que cuidam da criança neste momento tão peculiar devem estar preparados também psicologicamente e emocionalmente. Estes profissionais que atuam em unidade de emergência devem receber, além de formação específica, tanto técnica, quanto científica, uma educação continuada voltada para o autoconhecimento, o que exige deles domínio de suas próprias emoções e conhecimento de seus limites e de suas possibilidades.

Trabalhar com situações de violência requer conhecimento teórico, pois lidar com sentimentos, traumas, problemas sociais, sem que interfiram no julgamento do profissional é muito difícil. Em função disso, os profissionais necessitam aprender a lidar com seus preconceitos, crenças e valores pessoais, de modo que estes não interfiram em sua postura ética e nas decisões a serem tomadas.

Algeri (2005) enfatiza que o profissional enfermeiro deve ter conhecimento da problemática acerca da violência familiar desde sua formação e manter uma educação contínua em serviço. Os sentimentos de negação, raiva, projeção, ansiedade e de muita impotência, que surgem diante destas situações, parecem estar relacionados ao âmbito de defesa do próprio ser humano, como uma maneira de amenizar seu próprio sofrimento. Não é raro enfermeiros e outros profissionais da área da saúde ter em dificuldades para identificar e/ou cuidar da questão acerca da violência familiar. O próprio órgão educador e formador destes profissionais, que é a universidade, deve estar atento e preparado para atender suas expectativas e necessidades.

Ávila (2011) afirma que atuar numa família na qual ocorre abuso sexual, mais precisamente o incesto entre o pai e a filha; assistir o sofrimento da vítima; perceber quanto a violência provoca reflexos e efeitos negativos no desenvolvimento da personalidade e, ao mesmo tempo, tentar ajudar e resgatar os valores morais de alguém que busca exclusivamente sua satisfação pessoal ou reafirmação da sua identidade masculina; tudo isso,

geralmente, constitui-se em um grave problema para a equipe de saúde, uma vez que precisa conhecer a história de vida dos membros dessa família, bem como a dinâmica e a cultura familiar, a fim de poder estabelecer as intervenções mais adequadas para cada situação.

Deste modo, os profissionais da saúde têm o dever de prestar uma assistência de qualidade, com comprometimento no atendimento dos casos de crianças e adolescentes vítimas da violência sexual, bem como encaminhá-los e acompanhá-los, conforme o caso, juntamente com suas famílias, nos demais seguimentos do atendimento, enfatizando neste processo, a necessidade de um atendimento humanizado.

O enfermeiro deve ter a instrução e a capacitação para desenvolver grupos de auto-ajuda, oficinas, vinculando às referidas famílias, com sistemas de apoio à comunidade, tais como: postos de saúde, escolas, igrejas; favorecer o alojamento conjunto em maternidades e hospitais pediátricos, a fim de incentivar e fortalecer vínculos saudáveis entre pais e filhos; divulgar, pelos meios de comunicação, a ideologia de proteção integral à criança. Compete-lhe, também, participar da organização de grupos multidisciplinares para estudar e desenvolver mecanismos de enfrentamento, cada vez mais instrumentalizado, o desafio de cuidar de famílias de crianças em situação de violência intrafamiliar. Além disso, deve o profissional engajar-se firmemente na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a fim de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária, pois entende-se que assim ampliará e resgatará a função social do enfermeiro(ALGERI, 2005, p.313).

No que diz respeito à identificação, é essencial que se dê destaque aos dados obtidos durante a entrevista de enfermagem, exame físico e ginecológico. Sendo o primeiro atendimento de um caso evidente de abuso sexual é importante não fazer a higienização, nem remover roupas e secreções (a não ser que estes coloquem em risco a vida da vítima), pois estes podem ser indícios que venham a ajudar no exame pericial. A existência de roupas íntimas rasgadas ou com manchas de sangue, são sugestivos a violência sexual, assim deve-se registrar tudo no prontuário do paciente que, posteriormente pode ser solicitado judicialmente.

Ciuffo (2008) afirma que o enfermeiro deve entrevistar o responsável, na presença da criança e/ou o adolescente, momento este em que ele pode também interagir com ambos e observar o comportamento do menor, através do que refere o responsável que podem indicar indícios de violência sexual como comportamentos de isolamento, depressão, choro constante sem causa aparente, medo, distúrbio do sono e da alimentação, queda no rendimento escolar, pensamentos suicidas, fuga de casa dentre outros, assim como os indicadores sexuais onde são evidenciados por comportamentos como masturbação excessiva e conhecimento sexual não compatível com o desenvolvimento da criança/adolescente.

O exame físico é muito importante para o diagnóstico de enfermagem, através dele pode-se obter uma impressão física geral do paciente como pele, mucosas, movimentos, articulações, estado de higienização, enfim, também é um instrumento para detectar sinais que caracterizem lesões provenientes de maus-tratos e da violência sexual. São indícios, dilatação do hímen, sangramento, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, infecções e dores na região genital e abdominal (CIUFFO; RODRIGUES; CUNHA, 2008;)

Além destes indicadores é importante o enfermeiro saber conhecer hematomas, equimoses, ruptura de hímen, lacerações anais, marca de mordidas. Conforme situação, em alguns casos e quando necessário, o exame ginecológico possibilita, através de colheita de material do fundo vaginal, bem como do esfregaço do citopatológico (posteriormente encaminhados para análise em laboratório), para verificação da presença de espermatozoides e da enzima fosfatase, estas só são encontradas quando na presença de líquido vaginal(CIUFFO; RODRIGUES;CUNHA,2008).

Após a identificação da violência sexual, é importante observar algumas condutas, entre as quais:

Nos casos agudos, com menos de 72 horas do ocorrido, as medidas legais já devem acompanhar toda assistência inicial de diagnóstico e tratamento. Para fins de processo judicial e a necessária comprovação da agressão sexual, bem como a confecção de exames que levem à identificação do agressor, é preciso que os responsáveis façam um boletim de ocorrência em delegacia de polícia, que requisitará o laudo pericial do Instituto Médico Legal. Na recusa dos responsáveis em fazer a denúncia, a hipótese de autoria, conivência ou impotência deve ser levantada, sendo então obrigatória a presença do Conselho Tutelar, assumindo o poder de tutela provisória pela vítima e o

apoio às atitudes de proteção que se fizerem necessárias. Na falta do Conselho Tutelar, a Vara da Infância e Juventude devem ser acionadas. (PFEIFFER E SALVAGNI, 2005, p.5)

Observa os preceitos legais da Portaria do Ministério da Saúde nº 1968/GM-2001, que dispõe sobre a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde, como refere o Ministério público do Pará:

Art. 1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde–SUS deverão comunicar, aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos. Art. 2º Definir que a comunicação de que trata o Artigo 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo desta Portaria, observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento. Parágrafo único. O formulário objeto deste Artigo deverá ser preenchido em 02 (duas) vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço.

A Secretaria Estadual de Saúde, através da Portaria 40/2004, dispõe sobre a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes, como, também refere o Ministério público do Pará:

Art.1º–Estabelecer a notificação compulsória à Secretaria Estadual de Saúde de todos os casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidas na rede do SUS.

Parraga (2010) salienta sobre a obrigação do preenchimento da ficha de notificação compulsória (ANEXO I) pelos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro urgencista, em casos suspeitos ou comprovados, tendo em vista o conhecimento das formas, vítimas e agentes da violência sexual, o que permite, de forma abrangente, um melhor monitoramento da mesma. Além disso, é de suma importância, criar um protocolo (ANEXO II) para conduzir esses profissionais na execução de um atendimento produtivo e de qualidade a vítimas da violência, como proposto por Souza et al (2005).

A notificação é a conduta de denunciar, levar a autoridade competente ciência sobre tal situação. Importante aqui é fazer a interpretação do significado “denuncia” como revelar, conhecer e, não acusar, delatar. Percebe-se que não se trata de uma denuncia policial. Logo, a notificação é uma informação de uma pessoa, setor de saúde ou outro órgão ao Conselho Tutelar, sobre maus-tratos de criança e/ou adolescente, onde este conselho promoverá atenção, voltadas a proteção desses indivíduos. Assim, quem notifica/informa/denuncia está dizendo ao Conselho Tutelar que esta criança ou adolescente precisa de ajuda (Brasil, 2002). É necessário destacar que:

A notificação é o ato de denunciar, levar ao conhecimento da autoridade competente sobre tal situação. Importante aqui é fazer a interpretação do significado “denúncia” como revelar, conhecer e, não acusar, delatar. Percebe-se que não se trata de uma denuncia policial. Logo, a notificação é uma informação de uma pessoa, setor de saúde ou outro órgão ao Conselho Tutelar, sobre maus-tratos de criança e/ou adolescente, onde este conselho promoverá atenção, voltadas a proteção desses indivíduos. Assim, quem notifica/informa/denuncia está dizendo ao Conselho Tutelar que esta criança ou adolescente precisa de ajuda. (FERREIRA et al,2010, p. 86-87).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população.

A Resolução COFEN - 311/2007 reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. No que diz respeito a violência sexual destacamos alguns artigos:

Dispõe no Capítulo I, Dos **Princípios Fundamentais**, em seu artigo:

2º-O profissional de enfermagem participa com integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população. **3º**-O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza. **4º**-O profissional de enfermagem exerce suas atividade com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Este artigo dispõe sobre a importância do profissional exercer sua atividade de forma ética, com humanização e prestando uma assistência de enfermagem de qualidade e comprometida com a vida do outro.

O capítulo III, **Das relações com as organizações da categoria - Responsabilidades e deveres**, em seu artigo:

O Artigo 23º afirma que é dever do profissional "encaminhar a pessoa, família e coletividade aos serviços de defesa do cidadão, nos termos da lei", sendo proibidos "provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência"¹⁰. É considerada infração ética "provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos" (Art. 23).

Assim, fica evidente o termo **violência**, ratificando a idéia de que o enfermeiro deve estar atento a todos os seus sinais, revelando ainda o importante papel desempenhado por esse profissional no processo de combate à violência.

Seção IV, **Das relações com as organizações empregadoras - Direitos**:

Art. 61º - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições dignas para o exercício profissional ou que desrespeite a legislação do setor saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente por escrito sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem.

Com isso, o profissional tem liberdade em recusar-se a cumprir sua atividade na instituição em que trabalha, caso a mesma não lhe ofereça um suporte compatível para com o exercício de sua profissão.

O capítulo IV, **Dos Deveres**, em seu artigo:

21–Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão. 22–Exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

O capítulo V, **Das Proibições**, em seu artigo:

52–Provocar, cooperar ou ser conveniente com maus-tratos.

Em seu Artigo 82º afirma ser dever do profissional manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal.

Ressaltando que no artigo 2º do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem está claro que o profissional de Enfermagem deve ter conhecimento pleno sobre o código citado, podendo requerê-lo junto ao COREN de sua jurisdição ou acessando os sites que são destinados a estes, para que possa desenvolver as funções atribuídas a sua profissão.

É sabido, a premência de se abordar a violência de forma mais incisiva e esclarecedora nos códigos de ética, bem como nos cursos de graduação, buscando dar maior respaldo e orientação aos profissionais, para que se possa vislumbrar um futuro livre da violência para as crianças e adolescentes do nosso país.

4.2- As ações dos enfermeiros, que atuam na urgência, no atendimento de crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual: Um estudo realizado no hospital Metropolitano de Urgência e Emergência de Ananindeua (PA).

O processo de produção dos dados que utilizamos neste tópico e os resultados das análises ocorreram no decorrer do mês de agosto de 2014. Foi um processo tranquilo, no qual os sujeitos não apresentaram nenhum tipo de resistência. Pelo contrário entenderam a pesquisa e destacaram a relevância da mesma.

Assim, foram informantes desta pesquisa 10 enfermeiros, dos quais oito eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades entre 30 e 40 anos para nove dos enfermeiros e 40 a 50 anos para um dos enfermeiros. Este dado revela ainda a presença das mulheres com mais incidência, na profissão. Como também um grupo relativamente jovem.

No que diz respeito ao tempo de formação na área, um enfermeiro formou-se há mais de 15 anos, sete de seis a dez anos e dois em até cinco anos. O que revela que a maioria do grupo investigado realizou a formação inicial há mais de cinco anos.

Sobre a formação continuada dos enfermeiros, podemos dizer que com exceção de um, todos possuem pós- graduação em nível *lato sensu*. Sendo sete na área de terapia intensiva e um em Urgência/ Emergência. Este dado revela que há investimento na formação continuada, da maioria dos enfermeiros investigados.

No que concerne ao tempo de atuação na Urgência/ Emergência do hospital, três dos enfermeiros trabalham de um a dois anos, cinco de três a cinco anos e dois acima de seis anos. Nota-se que todos os entrevistados já atuam há mais de um ano e meio na Urgência e Emergência do Hospital Metropolitano. Vale destacar que um enfermeiro trabalha na instituição desde a sua inauguração, ou seja, há 08 anos. Logo, todos possuem experiência e est aptos a integrarem esta pesquisa. Estando aptos a responderem questões inerentes ao fazer do enfermeiro.

Os resultados da Análise de Conteúdo dos relatos estão apresentados a seguir, de acordo com a sequência das unidades de significados e com alguns recortes das falas. Evidenciaram-se três núcleos de sentido: **“O que eu conheço”**, **“A formação”** e **“O atendimento”**.

O que eu conheço?

Inicialmente perguntamos aos enfermeiros sobre o conceito de violência sexual contra crianças e adolescentes, notamos que todos, sem exceção, possuem uma definição simplificada sobre o conceito de “Violência sexual”, afinal, trata-se de um assunto complexo e pouco discutido. Vale destacar que a noção de violência sexual contra crianças e adolescentes é, por princípio, ambígua. Não existe, por parte dos entrevistados, uma única percepção do que seja violência sexual, mas multiplicidades de conceitos, baseados mais no senso comum, do que nos aspectos técnicos e científicos acerca do tema, como mostram as falas abaixo:

“Violência sexual é todo tipo de abuso, todo tipo de desrespeito a privacidade, ao corpo daquela pessoa que está sendo violentada. Tanto a questão do pudor, da privacidade que está sendo invadida, já é violência sexual.”

(ENF 07)

“Violência sexual contra crianças e adolescentes a meu ver é qualquer ato que venha colocar a criança em uma situação precoce com relação a sua sexualidade. Carícias, beijos e estar incentivando ou estar envolvido com essa questão de pornografia, não necessariamente a penetração em si.”

(ENF 09)

“Violência sexual é quando as crianças e adolescentes são abusados e usados por adultos como gratificação sexual. Pode ser usado a força ou o abuso sexual propriamente dito.”

(ENF 10)

A violência sexual é um tipo de violência em que envolve relações sexuais não consentidas e pode ser praticada tanto por conhecido ou familiar ou por um estranho. Segundo Faleiros (2000) constitui-se em um problema de saúde pública, caracterizado por uma dinâmica complexa, que envolve aspectos psicológicos, sociais e legais, exigindo a intervenção coordenada de diferentes instituições.

Percebe-se que há confusão em um relato em diferenciar violência sexual de abuso sexual, conforme mostra a narrativa a seguir:

“Violência sexual é o mesmo que abuso sexual. Seria uma lesão na parte anal, na parte da vagina da criança ou até mesmo de ânus de um menino ou de uma menina, normalmente uma penetração masculina ou até mesmo oral ou uma coisa assim.”

(ENF 03)

O relato acima apresentou uma visão simplificada de violência sexual, tendo em vista que limitou o conceito de violência somente ao abuso. Tal visão contraria as análises de Seabra (1997), o qual conceitua violência sexual como uma violação dos direitos humanos universais e dos direitos peculiares à pessoa em desenvolvimento, negando a ela o direito ao desenvolvimento sadio de sua sexualidade. Na verdade, o abuso sexual não envolve dinheiro ou gratificação, acontece quando uma criança ou adolescente é usado para estimulação ou satisfação sexual de um adulto, é normalmente imposto pela força física, pela ameaça ou pela sedução e pode acontecer dentro ou fora da família.

Além disso, algumas falas conceituam violência doméstica/física ao invés de violência sexual, como explicitado a seguir:

“Ah, é qualquer tipo de maus tratos com crianças né? Com crianças e com adolescentes... os espancamentos por exemplo”

(ENF 01)

“São os estupros, assédios,né? E os traumas físicos.”

(ENF 02)

Logo, o entendimento dos enfermeiros revelou fragilidade e equívocos nas respostas e uma visão reducionista do conceito de violência sexual. Este dado revela a necessidade da implementação de ações frente ao processo de formação continuada para o aprofundamento da temática em questão. A formação constitui-se um instrumento imprescindível para auxiliar os enfermeiros no enfrentamento de casos.

Aos indagarmos aos enfermeiros sobre as principais formas de violência sexual cometidas contra crianças e adolescentes, todos citaram uma ou mais formas de violência sexual. Metade dos entrevistados citou o abuso sexual com contato físico como uma das formas mais marcantes e inclusive o que mais se atende na urgência do hospital. Metade também citou o abuso sexual verbal (violência psicológica), ou seja, as conversas abertas sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse da criança ou do adolescente ou a chocá-los. O exibicionismo, voyeurismo, pornografia e a pedofilia foram citadas apenas por um enfermeiro, segue algumas falas:

“Ah, conheço a pornografia infantil, o voyeurismo, o tráfico sexual, o estupro e outras.”

(ENF 10)

“Os tipo de violência sexual... Deixa eu ver...Essa questão de abraços, beijos e caricias, não aquele abraço de um familiar e sim um com malícia ou algo mais, né? Tem também o ato de fazer uma troca, tipo dar um doce pra criança, permitindo que ele possa fazer uma outra coisa, até mesmo o próprio ato do estupro em si. São as formas que eu vejo mais comuns e agora hoje em dia tem essa questão de internet né? Essas fotos, além de fazer, ainda batem fotos e divulgam e acabam até as vezes se mostrando né?”

(ENF 09)

“Violência psicológica...mas aqui no hospital é mais atendido a com contato físico. Acho que a psicológica dificilmente é diagnosticada ou trazem para o hospital.”

(ENF 03)

Vale ressaltar que um enfermeiro ao citar os tipos de violência sexual, relatou que já atendeu no hospital, um caso de violência psicológica, de acordo com o relato a seguir:

“Aí existem as formas psicológicas e físicas... Inclusive aqui no hospital sempre atendemos as duas formas. Pois já existiu situação em que a pessoa chegou extremamente descontrolada porque quase chegou a sofrer uma violência sexual... então ela chegou num descompasso, assim toda parte emocional dela era justamente por causa disso, ela não chegou a sofrer o ato, a violência em si, mas ela chegou nesse momento.”

(ENF 04)

Além disso, dois enfermeiros citaram a negligência ou violência física como forma de violência sexual, equivocadamente, como destacamos abaixo:

“Os tipos de violência sexuais são os abusos sexuais né? E os espancamentos.”

(ENF 01)

“As principais formas são...deixa eu ver...estupro, assédio, manipulação e agressão física...é isso.”

(ENF 08)

De forma geral, podemos evidenciar que os entrevistados demonstraram conhecer uma variedade de formas de violência sexual, apesar dos equívocos conceituais³. Podemos evidenciar ainda, a surpresa que tivemos mediante o atendimento que o hospital realizava diante dos casos de abuso sexual verbal. O que ao nosso ver constituiu-se em um avanço, pois a primeira vista, ao tomar por base o perfil do hospital, o mesmo poderia negligenciar o atendimento aos casos de natureza psicológica.

³ Relatos dos enfermeiros 01 e 08, nos quais associavam espancamentos e agressão física a violência sexual.

A variedade dos tipos de violência mencionados pelos enfermeiros contempla parcialmente os tipos relatados por autores. Nesse sentido as análises de Grudtner (2005) indicam que a violência sexual infanto-juvenil é um fenômeno complexo que se divide em dois tipos específicos - abuso e exploração sexual comercial. Esses tipos, por sua vez, assumem formas variadas, o que torna a identificação e tipificação do fenômeno uma tarefa delicada que demanda dos agentes de rede de proteção local um conhecimento consistente, associado a um olhar atento. A maior parte dos casos de violência sexual nasce no ambiente familiar, geralmente, praticada por pessoas que a criança/adolescente conhece e confia.

Sobre a definição de abuso sexual, constatamos que os mesmos têm pouco conhecimento sobre a temática. Logo, estes não demonstraram preparo suficiente para lidar com situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, principalmente porque a deficiência do conhecimento científico profundo da temática prejudica ter um olhar sensível necessário para que se perceba indícios de maus-tratos, como mostra as falas:

“Abuso sexual é a mesma coisa que violência sexual.”
(ENF 02)

“Abuso sexual é diferente de violência sexual... eu acho que o abuso sexual não é só o ato numa relação sexual forçada, mas psicologicamente, a manipulação, às vezes de órgãos sexuais das crianças, não apenas o ato em si.”

(ENF 01)

O abuso sexual é a utilização da sexualidade de uma criança ou adolescente para a prática de qualquer ato de natureza sexual. O abuso sexual é geralmente praticado por uma pessoa com quem a criança ou adolescentes possui uma relação de confiança, e que participa do seu convívio. Essa violência pode se manifestar dentro do ambiente doméstico (intrafamiliar) ou fora dele (extrafamiliar), com ou sem contato físico.

É o envolvimento de crianças e adolescentes dependentes em atividades sexuais com um adulto ou com qualquer pessoa mais velha ou maior, em que haja uma diferença de idade, de tamanho ou de poder, em que a criança é usada como objeto sexual para a gratificação das necessidades ou

dos desejos, para qual ela é incapaz de dar um consentimento consciente por causa do desequilíbrio do poder, ou de qualquer incapacidade mental ou física. (SANDERSON, 2005)

Além disso, eles reduziram a definição de abuso sexual, ao relacionar abuso sexual como o ato sexual ou estupro propriamente dito, constatados nos depoimentos a seguir:

“Abuso sexual é quando há penetração.”

(ENF 03)

“A violência é um termo amplo, embora para mim o abuso é justamente o ato, o momento, inclusive para mim eu acho que é o pior momento pra pessoa. Inclusive têm muitas pessoas que sofrem a violência e não sofrem o abuso propriamente dito.”

(ENF 04)

“Acho que abuso sexual envolve o ato em si e a violência já é a intenção, já é a violência.”

(ENF 05)

“O abuso é o ato propriamente dito, o estupro em si.”

(ENF 06)

“O abuso sexual é o ato sexual, é a conjunção carnal.”

(ENF 07)

“Abuso sexual é o sexo propriamente dito. É a pior violência.”

(ENF 08)

“O abuso sexual já seria a situação em si, a relação sexual em si, com penetração vaginal/anal ou o sexo oral.”

(ENF 09)

Tais narrativas denotam a redução do entendimento da temática pelos sujeitos da pesquisa.

Acerca da identificação de casos suspeitos de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual quando estes dão entrada na urgência e emergência do Hospital Metropolitano, identificamos que nove dos enfermeiros entrevistados, conseguem identificar quando a criança ou adolescente foi vítima de violência sexual. Porém, muitos se sentem inseguros para fechar o diagnóstico em questão. Sendo que essa falta de preparo profissional,

possivelmente pode estar ligado ao desconhecimento sobre como agir ao se deparar com um caso de violência sexual, como observamos nas falas:

“Na verdade, identificar a gente identifica sempre. Só que a gente nunca pode fechar na frente do paciente ou do familiar sem o IML, não podemos afirmar...pois já aconteceu uma vez de uma criança ter caído no toco de um galho de árvore mesmo, ter lesionado o ânus e a gente já desconfiar que é alguma violência por parte do pai...até foi para o IML fazer uma investigação e tinha realmente um fiapinho de pau, de madeira e foi visto que não foi uma violência e sim um acidente, então não tem como fechar na urgência se é violência ou não violência.”

(ENF 03)

“Consigo identificar, mas ainda tenho medo de dar um falso diagnóstico. Prefiro ouvir outras opiniões.”

(ENF 08)

Schwancket al.(2005) em um estudo exploratório descritivo, cujo objetivo foi investigar a percepção de acadêmicos do sétimo semestre do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública, acerca da sua instrumentalização para reconhecer e cuidar de crianças e adolescentes vitimados pela violência, verificou-se que metade dos acadêmicos não se sentiam suficientemente preparados para atuarem em situações de violência contra crianças e adolescentes, pois, segundo eles, os conteúdos são insuficientes e parece haver uma desarticulação entre teoria e prática. Este estudo ratificou os dados que obtivemos, junto aos enfermeiros.

É necessário que os enfermeiros estejam atentos para reconhecer os sinais e sintomas do abuso sexual, com vistas a romper com o ciclo de violência e ajudar às vítimas. Ressaltamos que a efetivação de um atendimento depende da possibilidade do profissional ser capaz de identificar um caso de violência sexual ou uma suspeita desta, nos diferentes casos atendidos, lembrando que há aspectos visíveis e invisíveis da violência, o que acaba por originar dúvidas em sua identificação, como relatou o enfermeiro dois (ENF 02):

“Não, não consigo identificar. Preciso de um outro profissional para poder esclarecer melhor.”

É importante que o enfermeiro que atue na Urgência/ Emergência saiba reconhecer uma vítima nos atendimentos e conscientize que a omissão pode representar uma opção pela violência. Os dados revelaram fragilidade, no conhecimento específico acerca desta temática.

A formação

No que concerne a participação, nos últimos cinco anos, de alguma formação, **específica para área da saúde**, relacionada ao tema violência sexual contra crianças e adolescente, constatamos que nenhum enfermeiro relatou a participação. Porém, identificamos que os ENF 07e ENF 09 participaram de um curso promovido pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA) e classificaram como uma formação fora da área da saúde. Entendemos que os mesmos podem ser considerados como ações voltadas para a área da saúde⁴, seguem os relatos:

“Particpei de um curso no posto de saúde em que trabalho há uns quatro anos atrás sobre violência sexual. A SESPA promoveu para os conselheiros do município e acabei assistindo”

(ENF 07)

“Particpei há uns cinco anos atrás, na época que eu trabalhava no interior e foi apresentado um seminário falando acerca dos direitos e deveres do abuso, era um esclarecimento sobre aquela cartilha que foi lançada sobre as condutas no atendimento as vítimas de violência sexual e como fazer o preenchimento da notificação, foi mais nesse sentido. Quem promoveu foi a SESPA, pelo sétimo centro de saúde de Muaná..”

(ENF 09)

No que diz respeito a participação, nos últimos cinco anos, de alguma formação, **fora da área da saúde**, evidenciamos que a mesma não ocorreu. Apesar dos baixos eventos de formação todos os enfermeiros relataram que sentiam a necessidade de buscar mais conhecimentos acerca do assunto, porém não tomam conhecimento de novos cursos ou palestras que abordem o tema. Os enfermeiros referiram que sentiam necessidade de receber formações específicas para este atendimento, para saber como agir nestas

⁴ Posto que foram ofertados pela SESPA, apesar de um ter como público alvo os conselheiros tutelares.

situações e poder realizar um cuidado individualizado à criança, exemplificado na fala do enfermeiro dois (ENF 02):

“Nunca participei. Acho muito importante a participação nesses cursos, já que atendo muitos casos, só que é difícil encontrar um tempo.”

Este dado é preocupante, revelou que as políticas públicas para a saúde pouco priorizam o processo de qualificação do profissional para agir de forma competente nos casos de violência sexual. O que indica a necessidade de um maior enfrentamento da temática a partir de um projeto de estado, como também institucional em prol de ações induzidas de formação continuada.

De acordo com fulano o processo de formação continuada constitui-se um instrumento indispensável para a ação consciente induzida e competente dos profissionais. Ratificamos a necessidade dessas formações para a atuação competente dos enfermeiros.

No que diz respeito a formação inicial, apenas dois enfermeiros entrevistados recordam que durante sua graduação tiveram alguma informação acerca do tema violência sexual, conforme é mostrado na fala a seguir:

“Só tive umas explicações na UFPA quando fazia graduação. Foi em uma aula de Pediatria.”
(ENF 10)

“Na faculdade assisti uma aula, não lembro de qual disciplina, mas que foi falado do assunto.”
(ENF 6)

Segundo Silva et al (2006), durante a formação acadêmica, os estudantes de enfermagem não recebem orientações necessárias para sua capacitação. Sendo assim, estes não conseguem diagnosticar nem intervir nos casos de violência contra crianças e adolescentes. Fato comprovado em nossa pesquisa, o relato acima ratifica essa carência no processo de formação:

Podemos afirmar que a maioria das instituições formadoras destes profissionais de Enfermagem pouco aborda durante o período acadêmico com tal importância a autonomia que estes profissionais têm de evidenciar “semiologicamente” a suspeita do abuso sexual entre crianças e adolescentes, para o tratamento adequado e o encaminhamento para os meios de proteção

legal para a adequada assistência às vítimas. A questão não tem sido tratada na maioria dos currículos, logo muitos profissionais, não dispõem de informações básicas que possam diagnosticá-la.

Averiguamos, inicialmente a necessidade de maior investimento para a preparação dos profissionais de saúde, no caso em questão, o enfermeiro, para lidar com situações de abuso sexual contra crianças. Sendo que, essa preparação deve partir da formação inicial, sendo parte da matriz curricular do curso, até a especialização profissional se for o caso. De forma que o profissional tenha conhecimento básico sobre as questões que envolvam todo problema, assim como conhecimentos sobre a parte legal que lhe propicie segurança e autonomia, no atendimento as crianças e adolescentes vitimados.

Mouro (2013) destaca a ênfase no tema ao longo dos cursos de graduação da área de Saúde, para que conseqüentemente ocorra maior interesse dos futuros profissionais na busca de atualizações, proporcionando uma postura ético-social e segura, diante de situações de violência contra a criança e o adolescente.

Além disso, todos os depoentes relataram que nunca tomaram conhecimento se foi ofertada no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência alguma formação direcionada aos enfermeiros, relacionada ao tema violência sexual contra crianças e adolescentes. Constatamos inclusive, que eles têm interesse em participar, devido a grande demanda de atendimentos crianças/adolescentes com suspeita de abuso sexual, na urgência, de acordo com os relatos a seguir:

“Nunca soube de nada...bem que seria importante devido a grande quantidade que atendemos.”
(ENF 08)

“Não e nunca ouvi falar. Bem que eu gostaria.”
(ENF 10)

Nesse sentido, evidenciamos junto ao setor de educação continuada do referido hospital a ausência de qualquer formação referente a temática violência sexual nos últimos cinco anos. O que aponta para uma realidade que pouco impulsiona a competência de seus profissionais, no sentido de formar uma equipe de saúde preparada para perceber, documentar, abordar e

acompanhar boa parte dos casos de violência contra a criança e o adolescente. E para isso, é necessária qualificação de forma continuada, para que possam se apropriar dos conhecimentos necessários sobre a temática, direitos da criança, aspectos jurídicos que envolvem os procedimentos judiciais, afim de que atuem de uma forma mais abrangente, evitando intervir unicamente sob o enfoque do atendimento clínico.

Entendemos que as instituições devem se organizar para oferecer atendimento sistematizado. Quanto mais enfermeiros estiverem capacitados para realizar o atendimento, melhores serão as condições de se oferecer uma atenção digna e desburocratizada. Assim, a capacitação das equipes deve incluir abordagem dos conhecimentos técnicos quanto a reflexão sobre suas atitudes, seus conceitos de violência e o contato direto com as vítimas de agressão.

Aspecto que não pode ser negligenciado é a garantia do constante suporte técnico e psicológico às equipes de atendimento, no sentido de que não se afastem do objetivo de um atendimento humanizado, em detrimento do paternalista.⁵

Para os serviços que se dispõem a prestar atendimento, impõe-se divulgar a norma técnica do Ministério da Saúde, com treinamento, fortalecimento e integração das equipes e a criação de protocolos de atendimento que incluam as ações preventivas e o acompanhamento médico e psicológico das mulheres.

Quando questionados se eles consideravam-se qualificados para atender crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, que dão entrada na Urgência e Emergência do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, os enfermeiros responderam não se sentiam qualificados para prestarem um atendimento de qualidade.

⁵citar autor atendimento paternalista é aquele que no qual não há espaço para o diálogo e muito menos para uma tomada de decisões em conjunto. O profissional decide o que é bom e adequado para o paciente que, por sua vez, deve apenas acatar sem discutir o que for definido. Atendimento humanizado é quando o paciente tem o poder de decisão no que diz respeito a sua própria vida. ao profissional, cabe fornecer informações sobre cada caso e ajudar o paciente para que faça as escolhas mais adequadas, ou seja pressupõe a união de um comportamento ético com conhecimento técnico e com a oferta de cuidados dirigidos às necessidades dos pacientes.

Além disso, os profissionais identificaram a necessidade de estarem mais capacitados para a realização do atendimento, destacando que a falta de capacitação constituía-se em um fator que dificultava uma ação mais competente, de acordo com os depoimentos:

“Não me considero qualificada, eu acho que eu preciso de mais qualificação. Pois eu acho que posso cometer algum erro, sabe porquê? Eu acho que é um tema difícil de ser tratado, principalmente quando envolve o abuso sexual, até porque você sofre um processo pessoal de repúdio, então é como você quisesse deletar aquela situação. Então você precisa ser preparada psicologicamente e uma das formas é você entender, é educação. Aí, porque você vai poder orientar tua equipe sobre o que tem que ser feito, ou seja, aguçar mais a visão para esse ângulo entendeu? Por que hoje em dia cada vez mais que eu tenha observado o número de casos vem aumento e aqui o atendimento também e nem todos sabem identificar.. e eu acho que as funções do enfermeiro esta direcionado mas pra doença em si e não para a identificação dos casos e então passa despercebido tudinho.”

(ENF 04)

“Mas falta pra gente uma capacitação, justamente para nos orientar a fazer e sabermos como funcionam. Pois lidar com abuso sexual é algo que choca a gente, eu ainda não sou mãe, mas quando vejo uma criança abusada, me pergunto emocionada o que eu fazer agora? Como posso ajudar? A gente se sente incapaz de ajudar essa criança por falta de conhecimento. A gente até quer fazer o melhor, mas não temos conhecimento, devido falta de curso e capacitações na área.”

(ENF 06)

Tal realidade reflete o que é mencionado pelo Estatuto da Criança e do adolescente (ECA-95) que dispõe acerca da insegurança de muitos profissionais em lidarem com a complexidade de casos de abuso sexual e defende a implementação de programas de formação continuada.

A área da saúde no Brasil depara-se com inúmeras dificuldades para avaliar e constatar esta questão, também nota-se a carência de capacitações oferecidas pelas instituições de saúde, a falta de conhecimento por parte de alguns profissionais às legislações que regem o tema abordado, as universidades que em grande maioria não atendem as expectativas e necessidades deste tema e a posição de indiferença que o familiar e ou responsável assume em não notificar esta problemática. Em suma, os enfermeiros relataram a necessidade que sentiam de receber formações

específicas para este tipo de atendimento, tanto tecnicamente como psicologicamente, já que este cuidado toca no emocional de todos, como se observa nos fragmentos das falas:

“[...] a gente sabe que é uma situação muito delicada e a gente precisa ter um preparo psicológico, uma metodologia diferenciada pra você conseguir abordar a mãe e a vítima sem expor ainda mais aquela situação...”

(ENF 09)

“Teve outro caso de um bebezinho que morreu ano passado engasgado com o esperma do pai... Tive dificuldade em conter a emoção.”

(ENF 03)

Lescheret al 2010 analisa que os profissionais ficam marcados por essas experiências, lembram-se de cada uma delas com detalhes, mesmo quando aconteceram no passado distante. Apesar de não explicitarem, sentem-se causadores de um mal, co-responsáveis por não poderem agir fora do âmbito de seu ofício, mesmo porque, quando o fazem, em nada resulta.

A partir disso, fica evidente a necessidade de a equipe de saúde poder ter acesso a um processo de formação sistemático, que envolve tanto a formação inicial quanto a continuada. Para isso a violência sexual precisa entrar na pauta das políticas públicas de saúde. Os dados evidenciam uma atuação precária nesta área e a ausência de formação impacta diretamente nesta precariedade.

O atendimento

Foi neste núcleo de sentido que os enfermeiros relataram sobre os casos já atendidos na Urgência/ Emergência, sobre a resolução do problema, além da existência de protocolos de atendimentos e anotação dos casos atendidos.

Todos os enfermeiros entrevistados afirmaram já ter realizado atendimento de crianças e adolescentes com suspeitas de abuso sexual e que tiveram dificuldades, no referido atendimento. Tais dificuldades são relativas à

identificação da violência e preparo da equipe e o descaso das autoridades competentes, conforme relatos a seguir:

“Eu acho que também além de treinamentos, deveria haver algum tipo de terapia para gente que lida direto com isso, vejo que muitos se desequilibram e chegam a gritar... Dói viu?”
(ENF 10)

“Muita dificuldade, pois mexeu muito com meu emocional, me senti com raiva, com indignação...me deu um repúdio e surgiu várias indagações de como uma mãe deixa acontecer uma coisa dessa há anos?e é aí que você se sente com dificuldade. Não em praticar a assistência, pois a assistência é uma coisa nossa, de cuidar, mas sim num contexto todo.”
(ENF 04)

“... E foi quando o conselho tutelar apareceu aqui, que já tinham acionado ele lá no interior, foi a primeira vez que eles vieram aqui no hospital em um situação desta. Porque já tivemos outras situações e eles são acionados e temos uma dificuldade muito grande pra eles virem e fazer o trabalho que é deles.”
(ENF 09)

A efetivação de um atendimento depende da possibilidade do profissional ser capaz de identificar os conceitos dos diferentes tipos de violência, a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos, que oscila entre os aspectos visíveis e invisíveis da violência, o que acaba por originar dúvidas em sua identificação (GOMES et. al., 2002).

Segundo Martins (2009), o Conselho Tutelar é um importante órgão de atuação comunitária e seu objetivo é garantir a defesa dos direitos de crianças e adolescentes. O Conselho Tutelar serve de mediador entre a comunidade, o Poder Judiciário e o Poder Público local que, em conjunto, servem como mecanismo de viabilização da participação social e da concretização da Lei.

É importante chamar o poder público à sua responsabilidade por meio do registro dos maus tratos. Pois só assim, por meio da comprovação epidemiológica da sua magnitude, poderemos efetivamente exigir o suporte adequado para uma melhor intervenção e prevenção dos casos de violência.

Em geral, a concepção de atendimento às vítimas de abuso sexual se limita ao atendimento emergencial, comprovado na fala:

“... Depois eu não soube o que ocorreu, pois foi final do meu plantão e aqui a conduta é chamar o serviço social e psicologia para conversar...essa é a conduta aqui...não tem nenhum tipo de treinamento de investigação, com os pais, com o familiar que trás essa criança pro hospital e foi até aí a minha conduta...eu achar que foi um abuso sexual.”

(ENF 02)

Conforme Woiski (2010) Nos casos de violência sexual da criança, qualquer intervenção do enfermeiro deve ter como objetivo principal evitar danos maiores pela intervenção antes de se dedicar à tarefa primária de cuidar e auxiliar no tratamento do trauma decorrente da própria violência sexual. Daí a importância de o enfermeiro e a equipe de enfermagem transmitir em confiança e segurança para a criança.

Grudtner (2005) analisa que tanto por parte da enfermagem como por de todas as outras profissões, é fundamental o compromisso, a lealdade para com o outro, o empenho, a fim de cuidar das vítimas, bem como prevenir a violência. Assim, a sua atuação será preventiva e não apenas quando a violência já se instaurou, trazendo as suas vítimas semidestruídas para os serviços de saúde. O serviço de saúde pode ser o único lugar que uma pessoa vá pedir ajuda, portanto, ela irá esperando receber tal ajuda.

Observa-se que o enfermeiro necessita organizar um conjunto coerente de conhecimentos e de experiências em face dessa situação concreta, de forma que a assistência à crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual, não seja causadora de sofrimento e angústia. Ao prestar tais cuidados, o profissional certamente será confrontado com tensões emocionais complexas causadoras de conflitos pessoais internos. Contudo, o enfermeiro deve ter uma ação com vistas a prestar uma assistência humanizada. Nota-se que realizar esse tipo de atendimento provoca sentimentos diversos de acordo com experiência pessoal e profissional de cada indivíduo. O sentimento de impotência frente à violência sexual foi observado em alguns casos.

“Depois que fiz esse atendimento fiquei arrasada. Chorei durante horas sem parar, lógico que longe da família, me senti inútil, sem chão e sem poder fazer nada. Uma agonia que nunca senti.”

(ENF 10)

“Tem gente da equipe que já esta até acostumado, que nem se abala tanto, mas eu sempre choro e me emociono. Quando envolve criança me sinto um nada frente a um caso desses”
(ENF 08)

Segundo Angelo et al (2013), o enfermeiro sente-se invadido por esse sentimento quando acredita não ter conseguido fazer nada ou que poderia ter feito mais para ajudar a criança. O cuidado à criança vítima de violência sexual é também considerado tarefa de grande complexidade por ultrapassar os anseios do enfermeiro, que apesar de desejar fazer o melhor pela criança, nem sempre consegue executar o que acredita ser o melhor.

A falta de respostas sobre como quebrar um ciclo familiar, cultural, de violência e o que fazer para ajudar despertou sinais de fragilidade e de revolta nos profissionais. Além disso, por mais difícil e doloroso que seja esse atendimento, parece que a aptidão para o cuidado do enfermeiro se faz presente e traz consigo a satisfação de dever cumprido como profissional de saúde e gratificação como ser humano. Constatamos que os sujeitos desta pesquisa não demonstraram segurança em implementar os procedimentos adequados no atendimento em casos de abuso sexual.

A seguir apresenta-se um relato de um caso de violência sexual:

“Atendi semana retrasada um caso de um menino de cinco anos que estava com o ânus todo dilacerado, ele chegou com histórico de agressão por parte de um vizinho, tinha hematomas em face, estava desacordado, o vizinho além de agredi-lo, violentou e quase matou o garoto. Foi muito ruim! Todos nós ficamos muito revoltados, mas chamamos o serviço social e eles resolveram a situação com a polícia.”
(ENF 08)

Todos os entrevistados negam que há um protocolo específico para atender crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual. Com isso, a ausência de um trabalho sistematizado no sentido de atender crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual é um fator preocupante, já que são esses profissionais que executam o primeiro atendimento as vítimas.

“Não existem protocolos... pra não dizer que eu nunca vi um protocolo, eu vi uma vez na inauguração do hospital um documento de como a gente deve se portar diante de um caso de violência, depois nunca vi ninguém seguindo ele.”

(ENF 04)

A criação de um protocolo de atendimento de Enfermagem às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual é imprescindível para proporcionar à cliente um atendimento integral e humanizado e aos enfermeiros, maior autonomia na sua área de atuação, favorecendo o trabalho colaborativo e interativo com a equipe multidisciplinar.

A partir do momento em que o serviço estabelece um protocolo de atendimento, o profissional se sente seguro e respaldado para então tomar as medidas cabíveis durante esse processo. Quando o serviço de saúde não tem um protocolo, o atendimento e os encaminhamentos seguem critérios do profissional que atende o caso, embasados única e exclusivamente na opinião pessoal ou no saber técnico-científico deste. Portanto, o profissional sente-se livre para escolher notificar ou não, mesmo sendo prevista ética e legalmente a notificação para estes casos.

“Não...não há! Eu executo minhas atividades de enfermeira e quando vejo que está acontecendo algo como abuso sexual, chamo logo a assistente social, mas assim ter protocolos...não temos.”

(ENF 06)

Todos os entrevistados negam que o enfermeiro proceda a notificação dos casos. Os relatos evidenciam a ausência de notificação, muito embora, no atendimento da criança ou adolescente vitimizados, os sujeitos tenham identificado ou levantado uma suspeita de violência sofrida.

“Não há notificação pelos enfermeiros. Há evolução. Nunca vi ninguém notificar.”

(ENF 10)

“Quando a gente desconfia, geralmente a gente aciona a psicologia para avaliar...tudinho...acompanhar o pai, para investigar. O serviço social também acompanha, vê a história. E hoje devido a demanda ser maior de casos eles são bem solícitos e agora não sei se eles notificam os casos.”

(ENF 03)

A presença de dificuldades técnicas específicas do processo de notificar, e apesar da obrigatoriedade e do reconhecimento do valor da notificação. Os profissionais têm dificuldades em adotá-la como conduta padrão (BRASIL, 1995). No entanto, quando se trata de situações de maus tratos infantis, os profissionais não podem se omitir em relação a um assunto de tamanha gravidade.

Neste momento, deveríamos ter encontrado dados compatíveis sobre a realização da notificação. Temos, portanto, um distanciamento entre o reconhecimento de uma situação de violência e sua notificação que precisa ser superado.

Os enfermeiros citam o encaminhamento ao Conselho Tutelar, o que está correto e condizente com a determinação da Legislação. Contudo, não podemos deixar de destacar nesse momento, a crença dos profissionais de que, depois de encaminhada a criança para o atendimento hospitalar, e no ambiente hospitalar, após ser encaminhado o caso para o conselho tutelar, a situação estaria resolvida.

Assim, resolve-se o problema do atendimento clínico ou cirúrgico imediato e não o problema da violência, a qual a criança estará novamente submetida quando do retorno ao ambiente que gerou a situação pela qual lhe foi prestado atendimento.

“A gente chama o conselho...a assistente social para acionar o conselho tutelar...então cabe a assistente social e não ao enfermeiro.”

(ENF 01)

A preocupação do enfermeiro em denunciar a violência constitui-se em um desejo concreto em sua vivência, por isso, engaja-se numa busca para confirmar a violência quando suspeita dela.

“... Na hora que eu vi que a criança tinha sofrido esse abuso sexual, não somente eu, mas toda equipe ficou extremamente abalada e aí a gente se portou logo em chamar os órgãos competentes pra ver essa questão do abuso.”

(ENF 07)

De acordo com Silva et al. (2006), as notificações devem ser realizadas quando o profissional observar a situação de violência física ou sexual, tomar consciência de sua existência ou levantar forte suspeita.

Essa luta requer uma longa trajetória, visto que nem sempre o enfermeiro tem autonomia, na instituição onde desempenha suas funções, para dar prosseguimento ao processo de denúncia. Assim sendo, não basta identificar e confirmar a violência, pois ainda há instituições que insistem em não denunciar a violência praticada contra a criança.

“Não sei se há notificação, pois quando há a suspeita chamamos logo o serviço social, assim que é a ordem aqui, eles entram em contato com o conselho tutelar de onde a criança mora, do bairro dela e dá início a investigação, sendo que o conselho vai a delegacia do bairro da criança e dá início da parte legal. Eu não sei se há notificação...o psicossocial do Metropolitano é que faz a papelada e se eles notificam não sabemos.”

(ENF 07)

No que diz respeito à competência do Enfermeiro, o Código de Ética do Profissional (2000) determina proibição:

[...] Art. 34 Provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência.

Ainda no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2000) os artigos 125 a 127 determinam penalidades ao descumprimento das proibições que variam desde a advertência verbal, multa e censura.

Frente a isso Collet (2010) analisa que o profissional, diante de uma criança ou adolescente vítima de violência, não deve limitar-se na preocupação de notificar, como também em proporcionar à vítima uma acolhida carinhosa, ouvindo atentamente, mantendo um ambiente tranquilo, evitando acusações ou tentativa de coagir a vítima a falar, utilizando diferentes métodos para compreender o ocorrido, observando gestos e procurando estabelecer uma relação de confiança com a família e quando necessário, fazer encaminhamentos para outros serviços de saúde.

Segundo Rosa et al (2011), o momento de proximidade entre profissional e a criança/adolescente é de extrema importância para conhecer em que contexto e realidade familiar ela está inserida. Conseqüentemente, compete também ao enfermeiro além de cuidar, atuar como educador, informando e dialogando, criando vínculos mais estreitos com a criança e a família.

Salientar nas conversas com os familiares que existem órgãos competentes e leis que amparam e protegem crianças vítimas de violência, e que há uma equipe nos setores de saúde trabalhando de maneira investigativa com objetivo de diminuir e resolver os problemas de maus tratos.

Justifica-se assim a necessidade de investigações e reflexões envolvendo este assunto, em decorrência de novas exigências colocadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. Esta lei estabelece a obrigatoriedade de notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra a criança e adolescente e institui uma penalidade para os profissionais de saúde ou educação que não atenderem a esta notificação. Portanto, salienta-se que não basta que as crianças e adolescentes tenham seus direitos assegurados por lei, é preciso que estas leis sejam efetivadas na prática.

Entendemos que a notificação é uma informação fornecida pelo setor saúde, ou também pode ser feita por algum órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, para serem tomadas as devidas providências em relação ao vitimizado. Esta notificação é uma medida importante para a proteção da criança e do adolescente. Ressaltando que se deve sempre tratar os atendimentos as vítimas com a preocupação ética e a qualidade na intervenção. Em suma, os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha mais visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

Assim, ao tomarmos por base **o conhecimento, a formação e o atendimento** dos sujeitos, podemos indicar que:

- O conhecimento que os enfermeiros que atuam na urgência do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência possuem sobre a temática violência sexual contra crianças e

adolescentes é reduzido, posto que demonstraram vários conceitos equivocados e algumas visões reducionistas.

- Os enfermeiros, que atuam na urgência, não receberam nos últimos cinco anos, nenhuma qualificação na área da saúde, no que diz respeito à preparação para atenderem crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual.
- Os enfermeiros que atuam na urgência desenvolvem o atendimento direcionado a crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual, sem o auxílio de um protocolo do hospital, o que evidencia a falta de um suporte técnico. A atuação é reduzida ao encaminhamento ao conselho tutelar, o que evidencia a falta do enfrentamento e resolução concreta da violência.

De forma geral, os dados revelaram a ausência de uma política de estado e institucional mais induzida para o enfrentamento. Aliado ao perfil de enfermeiros mais técnicos, do que realmente competentes para atuarem significativamente, diante dos casos de violência. Isso reforça o aumento dos casos de impunidade e a “condenação” por parte de quem sofre a violência em continuar como vítima, e não com condições reais de “mudar o jogo.”

Esta pesquisa evidencia a realidade em um hospital de grande porte paraense e remete além das reflexões acadêmicas, a um diagnóstico que precisa ser enfrentado e superado, em prol de condições reais de enfrentamento da temática em tela.

SESSÃO 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação buscou refletir sobre as ações dos enfermeiros que atuavam na urgência em um hospital de Ananindeua-Pa, com vistas a estabelecer análises frente ao atendimento de crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual.

Para efetivação das análises realizamos uma ampla pesquisa bibliográfica, na qual destacaram com autores centrais do trabalho: Angelo et al (2013), Azevedo (1995), Faleiros (2004), Mouro (2013), Oliveira (2000), Rocha (2011). Além da pesquisa documental das principais legislações brasileiras, referente a temática em estudo.

O percurso metodológico que envolveu as entrevistas foi tranquilo, não tivemos nenhuma resistência por parte dos entrevistados, a medida que todos foram solícitos para participar da pesquisa. Garantimos o anonimato dos informantes, assim como os relatos, na íntegra.

Entre as principais conclusões podemos indicar:

- A violência sexual é um fenômeno que atinge as crianças e adolescentes e possui uma variedade de forma que nem sempre é identificada pelas famílias e pelos enfermeiros.
- O enfrentamento dos casos de violência sexual exige a adoção de estratégias conjugadas e interdisciplinares no bojo de políticas públicas induzidas.
- O Pará adota em parceria com as secretarias de Desenvolvimento Social e Educação um plano estadual o qual vem registrando índices altíssimos de violência sexual
- Apesar da grande importância da atuação do enfermeiro, no que diz respeito ao atendimento eficaz dos casos registrados, identificamos que de forma geral este profissional possui pouca preparação devido em geral ao baixo acesso aos conhecimentos ligados a área da violência sexual na esfera de sua formação inicial.
- A formação continuada foi outro entrave identificado, posto que apesar de todos os enfermeiros manifestarem interesse na participação em eventos de

educação continuada, nenhuma formação induzida realmente para esse enfermeiro foi evidenciada.

- O conhecimento dos enfermeiros sobre o conceito de violência sexual, apesar de revelar variedade na tipologia da mesma, constatamos fragilidades e equívocos conceituais e de classificação. O que mais uma vez reforçou a fragilidade teórica dos enfermeiros entrevistados.
- Na esfera do atendimento, os enfermeiros desenvolviam uma assistência generalizada, não adotando medidas diferenciadas e necessárias a crianças e adolescentes que chegavam ao hospital com suspeita de abuso sexual. Esse fato denotou a inexistência de protocolos de atendimentos e notificações específicas, para o enfrentamento eficaz dos casos de abuso sexual.
- Identificamos que de abril de 2012 a abril de 2013 foram registrados no hospital investigado 42 casos suspeitos de abuso sexual e de abril de 2013 a abril de 2014, 57 casos suspeitos. Tais dados revelaram o aumento no número de casos registrados. E ratificaram o fato de todos os enfermeiros investigados terem realizado atendimentos de casos com suspeita de abuso sexual.
- Foram evidenciadas nos depoimentos dos enfermeiros dificuldades relativas ao enfrentamento dos casos de violência, os sujeitos destacaram como fatores geradores dessas dificuldades: Descaso das autoridades, falta de protocolos de atendimento, ausência de terapia para os enfermeiros, entre outros.
- Evidenciamos o envolvimento emocional dos enfermeiros na condução dos casos de violência sexual, um exemplo disso foi o fato de quatro dos dez enfermeiros entrevistados, ficaram emocionados, chegando a chorar, aliado ao sentimento de revolta frente a impotência que tiveram na condução dos casos.
- De forma geral, os enfermeiros conduziam os casos suspeitos de abuso sexual ao serviço social do hospital, não adotando nenhuma ação mais consistente e planejada.

Diante destas considerações, podemos dizer que várias são as medidas necessárias para o redirecionamento das ações dos enfermeiros frente aos casos, em prol de uma atuação mais significativa e incisiva. Como

recomendações centrais para que ocorra tal redirecionamento, entendemos ser necessário:

- A efetivação dos dispositivos legais em nível nacional e estadual, a fim de garantir os mecanismos para o real enfrentamento dos casos de abusos sexuais.
- A revisão dos currículos dos cursos de Graduação em Enfermagem para que haja a oferta de disciplinas e temas que propiciem o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades ao futuro enfermeiro, com vistas a torná-lo competente diante de situações de abuso sexual.
- Adoção de um programa institucional de formação continuada, destinadas aos enfermeiros, em prol de uma atuação eficaz frente aos casos de abuso sexual.
- Criação e implementação de um protocolo de atendimento específico para crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual.
- Estabelecimento de uma equipe multidisciplinar (Enfermeiro, psicólogo, assistente social, médico, entre outros) para lidar com os casos de abuso sexual.
- Suporte psicológico aos enfermeiros que atuam na urgência e que atendem crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual.

Enfim, esta dissertação não visa encerrar o assunto, mas trazer à tona dados que revelam a realidade profissional dos enfermeiros, no que concerne as ações desenvolvidas nos casos de suspeita de abuso sexual. A pesquisa revelou no contexto do hospital investigados vários desafios a serem enfrentados, em prol de um atendimento que vá ao encontro das necessidades reais das crianças e adolescentes vitimizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTON, Mariza Silveira. **Violação da Infância: crimes abomináveis: humilham, machucam, torturam e matam** – Porto Alegre, RS: AGE, 2005

ALEPA, Assembleia Legislativa do Estado do Pará. **Reportagem sobre o relatório final da CPI da Pedofilia da Assembleia Legislativa do Estado do Pará**, divulgado na imprensa em 25 de fevereiro de 2010 e publicado na Agência Brasil, no site <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2010-02-25/cpi-do-abuso-sexual-no-para-registra-100-mil-casos-de-abuso-sexual-contramenores-em-cinco-anos>. Acesso em: 27 jun. 2012.

ANGELO, Margareth. PRADO, Simone Isidoro. CRUZ Andréia Cascaes. RIBEIRO, Moneda Oliveira. **Vivências de Enfermeiros no Cuidado de Crianças Vítimas de Violência Intrafamiliar: Uma Análise Fenomenológica**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 585-92.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1981.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTI-PROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Abuso sexual contra crianças e adolescentes : proteção e prevenção - guia de orientação para educadores**. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes & Associados, 1997.

AZEVEDO, M.A. & Guerra, V.N.A. **Violência Doméstica na Infância e na Adolescência**, SP, Robe, 1995.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V N. de A. **Pele de asno não é só história: um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família**. São Paulo: Rocco, 1988.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, 1995.

BRASIL. **Constituição Federal 1988**. Saraiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado de Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. 3. Ed. Brasília: MJ/SEDH/DCA, 2002 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para a Prática em Serviço**. Brasília: MS, 2002.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4.^a ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COLLET N, Oliveira BRG. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: Ab; 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 240 de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

COVEY, Stephen R. **Os sete hábitos das pessoas muito eficientes**. São Paulo: Best Seller, 1989. 372 p.

DE ANTONI, C. & KOLLER, S. H. **Vulnerabilidade e resiliência familiar. Um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares**, 2000.

DESLANDES, SF. **Atenção as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço**. *Caderno de saúde pública*, v.10, supl.1, p.177-87, 1994.

DESLANDES, SF. **O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas?** *Ciênc. saúde coletiva*. 1999; 4(1): 81-94.

DUARTE, Rosália. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. In: Revista Educar, n. 24, Curitiba, Editora UFPR, 2004.

FALEIROS, Eva T. Silveira. **Repensando os conceitos de violência, abuso e Exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: Thesaurus, 2000.

FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2. Ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

FURNISS, T. **Abuso Sexual da Criança: Uma abordagem Multidisciplinar, Manejo, Terapia e Intervenção Legal Integrados**. Trad.: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GOMES, R. et al. **A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde**. CienSaudeColet 2002; 7(2): 275-83.

GRÜDTNER, Dalva Irazy. **Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras** – Florianópolis, 2005.208f. Tese de Pós-graduação em Enfermagem.

GUERRA, RDO. **Abuso sexual em ninas y ninos– consideraciones clínicas**. J Pediatr. 2000.

GUIA ESCOLAR: **Métodos da identificação de sinais e abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2004.

HOUAISS, Antônio & VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IHA, Marcelo. **Luta conjunta contra o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes**. Prómenino, 16 maio 2012. Notícias.

KOLLER, S. H. & De Antoni, C. (1999). **Violência intrafamiliar: Uma visão ecológica.** Em S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil*(pp. 293-310).

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisas: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas e análises de interpretação de dados.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LANDINI, Tatiana Savoia. **Pedófilo, quem és? A pedofilia na mídia impressa.***Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, 2005.

LESCHER, D. A.; et al. **Crianças em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde. Resultado da Fase I do Projeto de pesquisa apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Programa de Políticas Públicas.** São Paulo, Set, 2010. 74 p.

LIBÓRIO, R. M. C. **Desvendando vozes silenciadas: adolescentes em situação de exploração sexual.** Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, 2003.

LIMA, R. **“Bullying”:** uma violência psicológica não só com crianças. *Revista Espaço Acadêmico*, São Paulo, n.43, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.espaco.academico.com.br/lima>>. Acesso em: 30 junho 2012.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. **A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, C.S. **A institucionalização de crianças e adolescentes vítimas da violência doméstica: o cuidar na visão das instituições e das famílias.** [Tese] (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MARTINS, M. **O cenário familiar. In: Maus tratos e abuso sexual contra crianças e adolescentes: perfil da situação no Estado do Rio Grande do Sul.** 1998.

MARX, karl. **O Capital: crítica da economia política.** Livro 1, Volume I. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia alemã.** São Paulo: Grijalbo, 1997.

MELLO J. M. & SOUZA, E. **Impacto da violência na infância e adolescência brasileira: magnitude da morbimortalidade.** In: Ministério da Saúde. *Violência faz mal a saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MENDES, Luís Marcelo. **Violência sexual infanto-juvenil no Brasil: uma análise sobre a ótica jurídica.** In: MARCHEZAN, Nair Angélica Comassetto; MENDES, Luís Marcelo. *Expressões da violência e seu enfrentamento no CREAS.* Passo Fundo: Editores Méritos, 2008.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 18. Portal do Município de Cascavel [Internet]. Casvavel: Prefeitura Municipal deCascavel (BR) [cited 2009 dez 30]. Available from: <http://www.cascavel.pr.gov.br/>.

MINAYO, MCS. **Violência: Um problema para a saúde dos brasileiros.** Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2005.

MINAYO, SOUZA, MARIA CECILIA de; Ramos de Souza, Edinilsa. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciência e Saúde Coletiva,** Vol. 4, Núm. 1, 1999, pp. 7-23. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

MOURO, Natália Muniz. **A responsabilidade do enfermeiro diante da identificação e notificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente.** Valparaíso de Goiás, julho de 2013.

NEFERT, M. **Como evitar o abuso sexual.** São Paulo, 2001. [online] Disponível em: <http://www.mp.ro.gov.br> Acesso em: 16 Set 2011.

NOGUEIRA, Maria Alice. **Educação, saber e produção em Marx e Engel.** São Paulo: Cortez/ Autores Associados, 1990.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão. MARCON, SS. **Exploração sexual infanto juvenil: causas, conseqüências e aspectos relevantes para o profissional de saúde.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre (RS), 2005.

OLIVEIRA, Ilma. ARRUDA, Jalusa Silva de. SANTOS, Sandra. BRAHIM, Valéria. **Atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual.** Revista jurídica nacional, 2000.

OJIMA, Ricardo; SILVA, Robson Bonifácio da; PEREIRA, Rafael H. Moraes. **A Mobilidade pendular na definição das cidades-dormitórios: Caracterização sociodemográfica e novas territorialidades no contexto da urbanização brasileira.** Campinas: Fapesp e Cnpq, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. KRUG, EG et al., eds. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2002. 346 p.

PORTARIA MS/GM nº 936 de 19/05/2004 – **Rede Nacional de PVPS e criação dos Núcleos de PVPS.**

PRADO, M. C. C. A (Coord.). **O mosaico da violência: a perversão na vida cotidiana.** 1.ed. São Paulo: Vetor, 2004.

RIBEIRO, Cláudia Maria; SOUZA, Ila Maria Silva de (Org.). **Educação Inclusiva: tecendo gênero e diversidade sexual nas redes de proteção**. Lavras: Ed. UFLA, 2008.

RIBEIRO, Márcia Aparecida; FERRIANI, Graças Carvalho; REIS, Jair Naves. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: Características relativas a vitimização nas relações familiares**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2004.

ROCHA, Genylton Odilon Rêgo et al. **Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Brasil: políticas públicas e o papel da escola**. Cadernos de Educação | FaE/PPGE/UFPel | Pelotas [38]: 259 - 287, janeiro/abril 2011.

ROSA, Lisianeda.CEOLIN, Rejane. POTRICH, Tassiana. ZANATTA, Elisangela Argenta. **Consulta de Enfermagem no atendimento a criança vítima da violência familiar**. Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem, 75-78. V 3. 2011.

SANDERSON C. **Abuso Sexual em Crianças: Fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia**. SP: M. Books. 2005

SANTOS, B. C., et al. **Malus-tratos e abuso sexual contra crianças e adolescentes: Uma abordagem multidisciplinar**. São Leopoldo: Com-texto Gráfica e Editora, 1998.

SCHUWANCK, R.H. et al. **A percepção de formandos de enfermagem acerca da violência contra a criança**. RevCogitareEnferm. 10(2): 41-46, maio/ago. 2005.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. Ed São Paulo: CORTEZ, 2007.

SEABRA, A S. NASCIMENTO, H.M. **Abuso sexual na infância**. Arq. Bras. Pediatr, v. 4, n. 3, p. 72-82, 1997.

SILVA, A.L.; MOURA, A.A.; DELGADO, L.H.R. **As condutas do enfermeiro do Programa de Saúde da Família em relação a crianças e adolescentes que sofrem violência sexual**. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 5., 2006, Uberlândia. Anais... Uberlândia: Novas perspectivas no cuidado da saúde da família e da comunidade, 2006. p. 142-160.

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 4 ed. São Paulo, Malheiros, p. 856, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente aos maus tratos na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Assessoria de Comunicação da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2011.

SORIANO, F. - **Promoção e Protecção dos direitos das crianças: guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo**. Generalitat Valenciana edição. 2006.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1982.

VIEIRA, Wilson de Campos. **A voz da criança diante da Justiça, especialmente em casos de abuso sexual. Apostila do Curso de Iniciação Funcional dos Psicólogos**. São Paulo: S.R.H. [confecção], 2007 [trabalho não publicado].

VIVARTA, Veet. **O grito dos Inocentes: os meios de comunicação e a violência sexual contra crianças e adolescentes**. V. 5. São Paulo: Cortez, 2003. p. 44

WOISKI, Ruth Oliveira Santos. ROCHA, Daniele Laís Brandalize. **Cuidado de Enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar** .Esc Anna Nery RevEnferm: 2010. p.143-50