



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

**SHEILA BARBOSA PARANHOS**

**RETRATO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**BELÉM-PA**

**2016**

SHEILA BARBOSA PARANHOS

## RETRATO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem no Contexto Amazônico.

**Linha de Pesquisa:** Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

**Orientadora:** Profa. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima.

**Co-orientadora:** Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana.

**BELÉM-PA**

**2016**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Biblioteca do Instituto de Ciências da Saúde /UFPA**

---

Paranhos, Sheila Barbosa, 1975 -

Retrato da violência sexual contra crianças e adolescentes / Sheila  
Barbosa Paranhos. – 2016.

Orientadora: Vera Lúcia de Azevedo Lima;

Coorientadora: Mary Elizabeth de Santana.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de  
Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Belém,  
2016.

1. Violência sexual. 2. Abuso sexual na infância. 3. Criança. 4.  
Adolescente. 5. Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDD: 22. ed. 364.15554

---

SHEILA BARBOSA PARANHOS

## RETRATO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem no Contexto Amazônico.

**Linha de Pesquisa:** Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

**Orientadora:** Profa. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima.

**Co-orientadora:** Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Conceito: \_\_\_\_\_

Banca examinadora:

---

Profa. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima

Presidente - Universidade Federal do Pará

---

Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana

Membro Externo - Universidade do Estado do Pará

---

Profa. Dra. Jacira da Silva Nunes

Membro Interno - Universidade Federal do Pará

---

Prof. Dr. Silvio Éder Dias da Silva

Suplente - Universidade Federal do Pará

## **DEDICATÓRIA**

As crianças e adolescentes que tem seus  
direitos humanos violados.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela concretização de um sonho. Senhor, sabes o quanto foi difícil vencer cada etapa dessa jornada acadêmica para alcançar o caminho do conhecimento. Acreditar que fosse possível e ter fé foram fundamentais para chegar até o fim. Graças e louvores a ti infinitamente!

Ao meu eterno pai, **Hailton Antônio da Silva Paranhos (In Memoriam)** que no céu celebra mais uma vitória. Pai, sei que estás feliz por mais esta conquista, sua lembrança viva em meus pensamentos ajudou-me na busca de meus objetivos.

À minha mãe, **Aurelisa Barbosa Paranhos**, pelo exemplo de ser humano de fé. Sou eternamente grata pelo seu incentivo aos meus estudos. Sempre acreditou nos meus sonhos. És uma grande estimuladora dos meus propósitos de vida profissional. Essa vitória é sua. Obrigada pelas suas orações fervorosas que iluminaram meus caminhos nos momentos delicados. **Jesus misericordioso, eu confio em vós.**

Ao meu esposo, **Jailson Pantoja Gonçalves** pelo seu apoio incondicional e palavras de incentivo que ajudaram a prosseguir. Soubestes compreender as ausências em momentos significativos de nossas vidas. Sabemos o quanto foi difícil esse período que gerou intensos sentimentos de preocupações, ansiedades e medos que compartilhamos juntos. Sua presença foi imprescindível. Essa vitória é nossa. Obrigada pela sua existência em minha vida.

À minha filha, **Fernanda Paranhos Gonçalves**, pela capacidade em entender meu distanciamento durante um longo período. Apesar da pouca idade, soube utilizar palavras que me impulsionaram a perseverar na caminhada. Obrigada minha pequena e grande menina. És minha alegria de viver.

À família de meu irmão, **Alvaro Barbosa Paranhos**, pelos cuidados que tiveram com minha filha, além do apoio e incentivo nessa trajetória que foram importantes. Vocês fizeram parte dessa vitória, na medida que estavam sempre dispostos a colaborar. Eternamente grata pela disponibilidade e carinho prestados a mim.

À orientadora da pesquisa, **Profa. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima**, pelo acolhimento em seu grupo de pesquisa que me fortaleceram e incentivaram durante a elaboração, construção e finalização da pesquisa. Nesse período houveram dificuldades e limitações, contudo, sua presença, paciência, experiência e sabedoria colaboraram decisivamente para que chegasse até aqui. Meus sinceros agradecimentos.

À co-orientadora da pesquisa, **Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana**, pela disponibilidade e compartilhamento de saberes que foram importantes para o

engrandecimento da pesquisa. Sua experiência na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta foi imprescindível para emergirem os cuidados de enfermagem as vítimas de violência sexual.

Ao **Prof. Dr. Silvio Éder Dias da Silva** pelas contribuições importantes na pesquisa desde o momento da qualificação do projeto até a fase final. Seu conhecimento teórico-metodológico colaborou no delineamento da pesquisa. Muito obrigada pelas palavras de incentivo e amizade.

À **Profa. Dra. Jacira da Silva Nunes** pelo conhecimento compartilhado durante a construção da pesquisa e ao apoio incondicional em situações de dificuldades. Um exemplo de determinação, coragem e perseverança que estimulou minha caminhada.

À **Universidade Federal do Pará** por meio do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** pela infra-estrutura adequada e por proporcionar aprendizados valiosos com docentes qualificados.

Aos **professores do Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará**, pelos ensinamentos que colaboraram para novos horizontes do conhecimento científico e ao comprometimento na formação de qualidade.

À **Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará**, representada no ano de 2013 pela **Profa. Dra. Sandra Helena Isse Polaro** e **Vice-Diretora Profa. Dra. Roseneide dos Santos Tavares** pelo empenho e dedicação na qualificação do corpo docente. Obrigada pelo otimismo e palavras de encorajamento.

Aos **professores e ao corpo técnico da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará** pelo incentivo e torcida.

Às colegas professoras **da Atividade Curricular de Enfermagem Pediátrica da FAENF/UFPA: Andressa Tavares Parente, Franciane do Socorro Rodrigues Gomes e Edficher Margotti** pela compreensão e suporte nesse momento difícil.

À **Fundação Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará**, à **gerente do serviço do PROPAZ-PA**, à **equipe multiprofissional** que atuam no PROPAZ-PA, **aos técnicos administrativos** pelas experiências compartilhadas no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Às **enfermeiras que atuam na Pediatria do HSCMPA** pela atuação com compromisso às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual com um olhar humanizado na assistência. Um grande desafio no cuidado de enfermagem.

Aos **meus colegas da turma 2103 do Mestrado:** Eliane da Costa Lobato da Silva, José Maria Barreto de Jesus, Maria do Socorro de Oliveira Celestino Lisboa, Manoel Gomes da Silva Júnior e Ronaldo de Sousa Moreira Baía, pelo companheirismo, apoio e amizade verdadeira construída durante essa jornada acadêmica. Tivemos sempre juntos e unidos nos momentos bons e difíceis. Muito obrigada pela boa convivência e aprendizado compartilhado.

Ao **Grupo de pesquisa EPOTENA** (Estudo de Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico) pelos saberes compartilhados nesse período que colaboraram na construção da dissertação.

Ao **Grupo Violento:** Ádria Vanessa da Silva, Andrey Ferreira da Silva, Cyane Evangelista, Gesiany Miranda Farias, Lidiane Xavier de Sena e Valquíria Rodrigues Gomes, pela força, apoio e incentivo na elaboração e finalização da pesquisa. A troca de experiência nos debates sobre a violência contra mulher foi muito importante para o aprimoramento da temática.

Aos **monitores do Projeto: Construindo o saber de enfermagem pediátrica na práxis cotidiana/2015:** Amanda Araújo Bastos Rodrigues, Daniel Ruan Alves Reis, Dilton Luís Soares de Farias, Fernanda Ferreira do Nascimento, Francisca Elissandra Ribeiro dos Santos, Lorena Larissa de Souza Silva, Nayara Diniz Pamplona e Wanessa Amanda Leray da Silva, e **as ex-monitoras/2014** Arielle Lima dos Santos e Jéssica Costa Mourão, pela disponibilidade, apoio e incentivo na construção e finalização da pesquisa. Tenho uma gratidão imensa aos esforços de cada um.

Enfim, **a todos** aqueles que de alguma forma contribuíram, seja no âmbito pessoal e/ou profissional, na concretização deste trabalho.



## **GRITO MUDO**

*Ecoa no vale do meu ser um grito mudo  
que não conseguiu rasgar  
o canyon da minh'alma.*

*Ele se cala  
quando te vejo  
e mergulho silente  
no mar da tua íris.*

*Morre sempre na garganta  
quando quero expressar  
meu pensamento de justiça,  
quando tento dizer  
o que não é para ser dito.*

*Ah! Meu grito,  
que reprimo  
com um nó de enforcado,  
meu grito que vagueia  
pelos céus,  
como pássaro sem asa,  
como bússola sem norte.*

*Meu grito ficou mudo  
como quem caiu num poço.*

*Meu grito é silente  
e solitário;  
não se expressa,  
não se queixa  
e morre de mágoa  
de não se fazer ouvir  
como num pesadelo mortal.*

*Ah! Meu grito paralítico,  
sem ruído,  
que morre no silêncio  
em sepulcro vivo.*

*Meu grito em desamor,  
canto solitário,  
que não se fez ouvir...*

*(José Wanderlei Resende).*

PARANHOS, Sheila Barbosa. **Retrato da violência sexual contra crianças e adolescentes.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pará. Belém-PA, 2016.

## RESUMO

**Introdução:** A violência sexual contra crianças e adolescentes é vista na atualidade como uma violação de direitos humanos e uma preocupação para a saúde pública pelas repercussões tanto físicas como psicossociais aos quais perpassam às vítimas, haja vista que são permeadas de força física, coerção e intimidação. É um assunto bastante complexo, de difícil manejo por envolver uma série de fatores sociais e culturais para o seu desvendamento. **Objetivo:** Conhecer o perfil clínico-epidemiológico, social e demográfico de crianças e adolescentes vítimas da violência sexual na rede de atendimento especializado, identificando as necessidades humanas básicas comprometidas, à luz de Wanda Horta. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo, analítico, retrospectivo e de natureza quantitativa. Os dados foram coletados por meio das fichas de atendimento utilizado pelo serviço e pela ficha de notificação de violência interpessoal e/ou autoprovocadas. Fizeram parte do estudo crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na faixa etária de 0 a 18 anos, assistidos no PROPAZ-PA integrado à Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, residentes no Estado do Pará no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, dados absolutos e frequência relativa apresentados em forma de quadros, tabelas e figuras. **Resultados:** Constatou-se que 289 crianças e adolescentes foram vítimas de violência sexual, 88,6% eram do sexo feminino e 11,4% do sexo masculino. Observou-se que os perpetradores sexuais preferiam as meninas na fase da adolescência em contrapartida, preferiam, os meninos em idades de menor força física. A maioria das vítimas sofreram o crime de violência sexual classificada como estupro de vulnerável. As consequências advindas da agressão sexual sofrida resultaram em gravidez, lacerações, doenças sexualmente transmissíveis, hemorragias e aborto. As ocorrências das agressões sexuais deram-se principalmente na casa do abusador. Observou-se que os perpetradores sexuais foram predominantemente do sexo masculino. O estudo revelou que os parentes foram os principais agressores sexuais. Destacaram-se as necessidades humanas básicas mais afetadas de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual foram: segurança emocional, autoestima, gregária, integridade da pele e mucosa, sexualidade, ambiente, conforto e a espiritualidade. Criou-se um modelo de atendimento de enfermagem as vítimas como proposta de implantação no serviço após validação do instrumento. **Conclusão:** Conclui-se que a pesquisa permitiu conhecer o perfil da violência sexual de crianças e adolescentes, além do impacto biopsicossocial produzido em suas vidas. Isso pode favorecer a implementação de políticas públicas para o enfrentamento deste agravo a saúde de crianças e adolescentes e, consequentemente subsidiar a assistência de enfermagem as vítimas por meio de um instrumento de coleta de dados pautado nas necessidades humanas básicas o que pode possibilitar uma assistência organizada, sistematizada e holística às vítimas e familiares.

Descritores: Violência Sexual. Abuso sexual na infância. Crianças. Adolescentes. Cuidados de enfermagem.

PARANHOS, Sheila Barbosa. **Characterization of Sexual Violence Against Children and Adolescents.** Thesis (Master's Degree in Nursing). Graduate Nursing Program – Institute of Health Sciences. Federal University of Pará. Belém-Pa, 2016.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexual violence against children and adolescents is seen today as a violation of human rights and a concern for public health because of its physical and psychosocial repercussions which pervade the victims' lives, since these actions are permeated with physical force, coercion and intimidation. It is a very complex topic, difficult to handle because its unveiling is usually surrounded by many social and cultural factors. **Aims:** To describe the epidemiologic and social demographic characteristics of children and adolescents victims of sexual violence receiving treatment in the specialized, care network and to identify the Basic Human Needs affected, according to Wanda Horta's theory. **Methods:** This is a descriptive study, analytical, retrospective and quantitative. Data were collected through medical forms used in the hospital to assist these patients and the notification form of interpersonal violence and/or self-harm. The participants of the study were children and adolescent victims of sexual violence, the age ranges were 0-18 years old. They were assisted by the state program PROPAZ-PA integrated into the Sacred House of Mercy Foundation Hospital of Pará (FSCMPA). The participants were residents in the state of Pará during the period January 1st to June 30th 2015. Data were analyzed using descriptive statistics, absolute and relative frequency presented in charts, tables and figures. **Results:** It was found that 289 children and adolescents were victims of sexual violence, 88.6% were female and 11.4% male. It was observed that sexual perpetrators preferred girls in adolescence, on the other hand they preferred the boys in lower physical force ages. Most of the participants were victims of the crime of sexual violence classified as statutory rape. The consequences arising from sexual assault resulted in pregnancy, lacerations, sexually transmitted diseases, bleeding and abortion. Occurrences of sexual assaults have taken place mainly in the abuser's house. It was observed that most of the sexual perpetrators were males. The study revealed that the main sex offenders were relatives. It was identified the most affected Basic Human Needs of children and adolescents victims of sexual violence, they were: emotional security, self-esteem, gregarious, skin and mucosal integrity, sexuality, environment, comfort and spirituality. It was created a nursing care model to assist the victims as a proposal to be implanted in the service after instrument validation. **Conclusion:** Thus, the research allowed to find out the characteristics of sexual violence against children and adolescents, in addition to understand the biopsychosocial impact produced in their lives. The findings of this study can promote the implementation of public policies to address this public health issue that affects children and adolescents. Moreover, it provides a nursing data collection instrument to assist the victims. This instrument is guided by the Basic Human Needs, therefore it enables nurses to provide more organized, systematic and holistic care to the victims and their families.

Descriptors: Sexual Violence. Child Sexual Abuse. Children. Adolescents. Nursing Care.

## LISTA DE FIGURAS

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Mapa da região do Estado do Pará.....   | 56 |
| Figura 2 | Mapa das Mesorregiões do Pará.....  | 57 |
| Figura 3 | Fluxograma de atendimento do PROPAZ-PA.....   | 61 |
| Figura 4 | Demonstrativo da procedência das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual pertencentes a Área Metropolitana de Belém atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....                                 | 67 |
| Figura 5 | Demonstrativo das porcentagens Mapa do Arquipélago do Marajó dos municípios onde residiam as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual pertencentes a atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015..... | 68 |
| Figura 6 | Demonstrativo das porcentagens dos municípios do interior do estado do Pará onde residiam as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual pertencentes a atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015..... | 68 |
| Figura 7 | Demonstrativo de percentual dos municípios de ocorrência de violência sexual a crianças e adolescentes no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....  | 78 |

## LISTA DE TABELAS

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Dados sociodemográficos das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....  | 66 |
| Tabela 2 | Dados das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA, segundo Faixa Etária e Sexo no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....   | 69 |
| Tabela 3 | Dados das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA, segundo o acompanhante e fonte notificadora no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....                                     | 69 |
| Tabela 4 | Dados acerca da tipificação de violência sexual e Transtornos/Deficiência das crianças e adolescentes atendidos no Propaz-PA nos meses de janeiro a junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....   | 70 |
| Tabela 5 | Distribuição das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por tipificação de violência sexual de acordo com a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015..... | 71 |
| Tabela 6 | Dados dos agravantes de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....  | 72 |
| Tabela 7 | Distribuição das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por agravantes de acordo com a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....                      | 73 |
| Tabela 8 | Dados acerca dos traumas físicos no corpo e internação de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....                                  | 74 |
| Tabela 9 | Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por traumas físicos no corpo segundo a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA nos meses de janeiro a junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....                  | 75 |

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tabela 10 | Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por internação segundo a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....                       | 76 |
| Tabela 11 | Dados dos locais e regiões dos acontecimentos da violência sexual de crianças e adolescentes vítimas atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....  | 77 |
| Tabela 12 | Distribuição das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por tipo de violência notificada segundo a faixa etária e o sexo, atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....            | 79 |
| Tabela 13 | Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por meios de agressão segundo a faixa etária e o sexo, atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....              | 81 |
| Tabela 14 | Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por procedimentos realizados segundo a faixa etária e o sexo, atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....       | 82 |
| Tabela 15 | Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por número de agressores envolvidos segundo a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015..... | 84 |
| Tabela 16 | Distribuições dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo os encaminhamentos realizados, atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....                             | 84 |
| Tabela 17 | Perfil da família das crianças e adolescentes vítima de violência sexual atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....   | 85 |
| Tabela 18 | Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por situação sócio-econômica da família atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-  |    |

|           |   |    |
|-----------|---|----|
|           | PA, 2015.....   | 87 |
| Tabela 19 | Perfil do agressor de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....   | 88 |
| Tabela 20 | Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, segundo a relação entre agressor e vítima e a classificação da violência quanto ao vínculo atendidos no Propaz-PA, no período 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015..... | 90 |
| Tabela 21 | Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por relação do agressor com a vítima segundo a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....                             | 90 |
| Tabela 22 | Distribuições dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo a relação do agressor com a vítima e a coabitação das crianças e adolescentes atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....     | 93 |
| Tabela 23 | Distribuições dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo as NHBs comprometidas atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....   | 94 |
| Tabela 24 | Distribuição das manifestações psicossociais referidas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....  | 95 |
| Tabela 25 | Distribuições dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo a NHB psicossocial comprometida e os diagnósticos de enfermagem possíveis atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....         | 95 |
| Tabela 26 | Distribuições dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo a NHB psicobiológica comprometida e os diagnósticos de enfermagem possíveis atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....       | 97 |

## LISTA DE QUADROS

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Quadro 1  | Principais marcos políticos de proteção à criança e ao adolescente.....   | 41 |
| Quadro 2  | Artigos que tratam dos crimes contra a segurança da honra e honestidade das famílias e do ultraje público ao pudor de acordo com o Código Penal de 1890.....  | 44 |
| Quadro 3  | Artigos que explicitam crimes sexuais contra menores, de acordo com o Código Penal de 1940.....   | 45 |
| Quadro 4  | Artigos dos crimes contra a dignidade sexual, de acordo com a Lei nº 12.015/09.....   | 45 |
| Quadro 5  | Situações que podem indicar violência sexual em crianças e adolescentes.....  | 47 |
| Quadro 6  | Descrição das principais intervenções de enfermagem baseado nas NHBs psicossociais encontradas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....    | 96 |
| Quadro 7  | Distribuição das manifestações psicobiológicas referidas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....  | 97 |
| Quadro 8  | Descrição das principais intervenções de enfermagem baseado nas NHBs psicobiológicas referidas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.....    | 98 |
| Quadro 9  | Distribuição das manifestações psicoespirituais referidas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e o diagnóstico de enfermagem possíveis atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015..... | 99 |
| Quadro 10 | Descrição das principais intervenções de enfermagem baseado nas NHBs psicoespirituais referidas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.       | 99 |



## LISTA DE SIGLAS

|           |   |
|-----------|---|
| BO        | Boletim de Ocorrência   |
| CPI       | Comissão Parlamentar de Inquérito                                 |
| DEACA     | Delegacia Especializada no atendimento à Criança e ao Adolescente |
| DSTs      | Doença Sexualmente Transmissíveis                                 |
| ECA       | Estatuto da Criança e do Adolescente                              |
| EEUSP     | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo                 |
| FSCMPA    | Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará                       |
| HVI       | Vírus da Imunodeficiência Humana                                  |
| IML       | Instituto Médico Legal  |
| MS        | Ministério da Saúde   |
| NHB       | Necessidade Humana Básica   |
| OMS       | Organização Mundial da Saúde                                      |
| ONU       | Organização das Nações Unidas                                     |
| ONG       | Organização não Governamental                                     |
| PPGENF    | Programa de Pós-Graduação em Enfermagem                           |
| PROEX     | Pró- Reitoria de Extensão   |
| SINAN-NET | Sistema de Informação de Agravos Notificados                      |
| SUS       | Sistema Único de Saúde  |
| TCC       | Trabalho de Conclusão de Curso                                    |
| TEEP      | Transtorno do Estress Pós-Traumático                              |
| UFPA      | Universidade Federal do Pará                                      |
| UNICEF    | Fundo das Nações Unidas para a Infância                           |
| VIVA      | Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência                    |

## TRAJETÓRIA ACADÊMICA

O interesse pela temática da violência sexual contra crianças e adolescentes deu-se a partir da vivência como bolsista de um projeto de pesquisa intitulado “Educação em saúde para crianças e adolescentes no contexto escolar” da Universidade Federal do Pará (UFPA) no ano de 1998.

Nesse período pude perceber as diversas vulnerabilidades que estão expostas crianças e adolescentes, tais como: conflitos familiares, negligência, violência, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e início da atividade sexual precoce. Um caso em particular chamou atenção na época: adolescente de 10 anos estava com dúvidas de como poderia engravidar. Foi quando percebi que estava com medo de estar grávida, associado com outros problemas familiares. Diante disso, resolvi elaborar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) voltado para a Orientação Sexual para Adolescentes no Contexto Escolar: um compromisso social do enfermeiro. Foi um trabalho importante para a escola, aos adolescentes, as famílias e para o meu crescimento profissional e pessoal.

Outro momento que estive discutindo essa temática foi no ano de 2001 na Monografia cujo tema foi voltado para a Orientação sexual para professores. Tive a oportunidade de dialogar com os professores acerca dessa temática.

Por fim, tive o contato mais próximo com as questões de violência sexual em uma instituição referência no assunto nos anos de 2006 a 2011. Vivenciei situações que afloravam sentimentos de raiva, revolta, indignação e pena. Atrelado a dificuldade imensa de atendimento desses casos e desconhecimento das políticas públicas de proteção. Tinha uma necessidade urgente de entender esse fenômeno e como atuar para minimizar os danos das vítimas.

Diante disso, surgiu a oportunidade de concorrer a vaga no mestrado em Enfermagem da UFPA e já havia definido qual a linha de cuidado que escolheria, assim como, já era definido a orientadora do projeto, a qual atuava com as questões de violência nas diversas fases da vida.

Fui<sup>1</sup> aprovada no Processo Seletivo para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFPA, em 2013, na linha de pesquisa Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico, cujo objetivo é desenvolver estudos referentes às políticas públicas de saúde e os cuidados de enfermagem ao ser humano nas diversas fases da

---

<sup>1</sup> Utilizo, nesta seção, a primeira pessoa gramatical, por se tratar de um memorial de minha vida acadêmica no Mestrado em Enfermagem

vida no contexto amazônico.

Meu projeto de dissertação foi direcionado ao estudo da violência sexual contra a criança e adolescente, com a orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima, a qual desenvolve projetos de pesquisa e extensão voltados para a discussão da área temática sobre violência contra a mulher.

Minha trajetória acadêmica na Pós-graduação tem sido marcada pela participação no Grupo de Estudo EPOTENA (Estudo de Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem no Contexto Amazônico), coordenado pela Profa. Dra. Jacira Nunes Carvalho, docente do PPGENF/UFGA. Nesse grupo, são apresentados trabalhos que foram produzidos nas disciplinas do mestrado, discussão dos projetos de pesquisa, troca de conhecimento, entre outros.

As disciplinas da grade curricular do mestrado iniciaram no 2º semestre de 2013, quando cumpri créditos nas seguintes disciplinas: Construção do Conhecimento I (disciplina obrigatória); Políticas e Saúde e o Cuidado em Enfermagem (disciplina obrigatória), e Estudo Independente de Família (disciplina optativa). No 1ª semestre do curso, em 2014, concluí mais um crédito obrigatório, o da disciplina Construção do Conhecimento II (disciplina obrigatória) e proficiência em Inglês. No 2º semestre de 2014, a Disciplina Abordagem Qualitativa em Saúde e Enfermagem (disciplina optativa), Qualificação do Projeto de Pesquisa, Aspectos Críticos do Processo de Cuidar (disciplina obrigatória) e Epidemiologia e Bioestatística aplicada em Enfermagem (disciplina optativa).

Nesse período, também me dediquei a elaboração de produções científicas para publicação em revistas regionais e nacionais. Produzi dois manuscritos, um sobre a História das Políticas de Saúde no Brasil, durante a Disciplina Políticas e Saúde; e o outro sobre o Estudo da Arte de Enfermagem de Família, durante a Disciplina Estudo Independente de Família. O primeiro foi submetido à Revista NUFEN e está aguardando apreciação; o segundo será submetido à Revista Mineira de Enfermagem. Na disciplina de Construção do Conhecimento I, elaborei uma Resenha do Livro Sobre a Violência, de Hanna Arendt, também foi submetido à apreciação pela Revista de Antropologia da USP e aguardando parecer.

Paralelo a isso, sou integrante do Projeto de extensão denominado ***Ações educativas para empoderamento e fortalecimento da mulher frente à violência doméstica***, apoiado pela PROEX (Pró-Reitoria de Extensão) da UFGA, com início a partir de 2013, cujo objetivo é levar informação sobre a prevenção da violência doméstica contra a mulher à comunidade. Busca-se sensibilizar, esclarecer e instrumentalizar essa vítima a respeito das políticas

públicas específicas que podem proporcionar o empoderamento e o fortalecimento frente à violência doméstica no âmbito intrafamiliar e nas relações do dia a dia. O projeto conta com cinco graduandos, duas alunas do Mestrado em Enfermagem e duas doutoras nas áreas de enfermagem e odontologia.

São descritos abaixo, a participação em eventos científicos e cursos:

- **2º Membro da Banca Examinadora da XXXIII Jornada de Apresentação dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem / UFPA com o título *Violência contra mulher nas regiões brasileiras, narradas pela mídia impressa paraense***, realizado pela Faculdade de Enfermagem/UFPA, no dia 19 de dezembro de 2013.

- **2º Membro da Banca Examinadora da XXXIII Jornada de Apresentação dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem/UFPA com o título *Homicídios de mulheres narrados pela mídia paraense e os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)***, realizado pela Faculdade de Enfermagem, no dia 19 de dezembro de 2013.

- **Curso *Comunicação, escrita e publicação acadêmica***, realizada pela Pró- Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFPA, no período de 03 a 04 de fevereiro de 2014.

- **Curso *Método Lógico de Redação Científica Internacional***, realizada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFPA, no período de 12 e 13 de maio de 2014.

- **Relatora do trabalho científico intitulado: *Cine debate sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes no Grupo de Pesquisa EPOTENA do PPGENF/UFPA: um relato de experiência*** apresentado em forma de Comunicação Oral, durante o II Seminário “Empoderamento para o combate da violência sexual contra crianças e adolescentes” e I Simpósio “Educação como possibilidade de resistência à violência contra pessoas LGBT”, no dia 19 de maio de 2014, organizado pelo Grupo de Pesquisa INCLUDERE/UFPA.

- **Relatora do trabalho científico intitulado: *Retrato da Violência sexual contra crianças e adolescentes assistidas no Propaz-Pa: nota prévia***, apresentado em forma de Pôster-eletrônico, durante *66º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, com o tema o Protagonismo da Enfermagem na Atenção à Saúde, no período de 28 a 31 de outubro de 2014, organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem- Nacional.

- **Participante do *66º Congresso Brasileiro de Enfermagem***, com o tema o Protagonismo da Enfermagem na Atenção à Saúde, no período de 28 a 31 de outubro de 2014, organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem- Nacional.

- **Coautora do trabalho científico intitulado: *Violência sexual contra mulher narrado pela mídia impressa no Estado do Pará***, apresentado em forma de Pôster, durante o III congresso de Educação em saúde da Amazônia-COESA, no dia 12 a 14 de novembro de

2014, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde/UFPA.

- ***Premiação em 1º Lugar como coautora do trabalho científico intitulado: Violência sexual contra mulher narrado pela mídia impressa no Estado do Pará***, da área multidisciplinar apresentado em forma de Pôster, durante o III congresso de Educação em Saúde da Amazônia-COESA, no dia 12 a 14 de novembro de 2014, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde/UFPA.

- ***Avaliadora AD HOC de projetos/programas de extensão da UFPA da XVII Jornada de Extensão Universitária da PROEX/UFPA intitulado: Treinamento acadêmico na rotina do laboratório de patologia animal da UFPA***, realizado pela Pró-Reitoria de Extensão da UFPA em novembro de 2014.

- ***Avaliadora AD HOC de projetos/programas de extensão da UFPA da XVII Jornada de Extensão Universitária da PROEX/UFPA intitulado: Avaliação das representações e capacitação dos docentes da educação infantil e ensino fundamental inicial de escolas municipais e estaduais de Belém/PA sobre traumatismo dental***, realizado pela Pró-Reitoria de Extensão da UFPA em novembro de 2014.

- ***Avaliadora AD HOC de projetos/programas de extensão da UFPA da XVII Jornada de Extensão Universitária da PROEX/UFPA intitulado: Contribuindo para o fortalecimento e empoderamento da mulher em situação de violência sob a ótica da enfermagem*** realizado pela Pró-Reitoria de extensão da UFPA em novembro de 2014.

- ***Avaliadora AD HOC de projetos/programas de extensão da UFPA da XVII Jornada de Extensão Universitária da PROEX/UFPA intitulado: Resiliência em mulheres em situação de violência baseada no gênero: efeitos da psicoterapia de grupo***, realizado pela Pró-Reitoria de Extensão da UFPA em novembro de 2014.

- ***Curso Método Lógico de Redação Científica Internacional***, realizada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFPA, no período de 25 e 26 de maio de 2015.

- ***Participante da Oficina de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes***, realizado no dia 20 de maio de 2015, pelo Comitê Estadual do Pará, Belém-PA, com carga horária de 8 horas.

- ***Coautora do trabalho científico intitulado: O homem autor de violência retratado pela mídia impressa paraense: implicações para o cuidado de enfermagem***, apresentado em forma de pôster eletrônico, durante 18º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE), no período de 01 a 03 de junho de 2015, organizado pela ABEN-Seção Ceará-Fortaleza.

- ***Relatora do trabalho científico intitulado: violência sexual contra crianças e***

*adolescentes na região metropolitana de Belém narrada pela mídia impressa paraense*, apresentado em forma de pôster eletrônico, durante 18º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE), no período de 01 a 03 de junho de 2015, organizado pela ABEN- Seção Ceará- Fortaleza.

- *Participante do minicurso: “notificar uma estratégia de prevenção e promoção da saúde de crianças e adolescentes”*, realizado no dia 25 de junho de 2015 pela Universidade Federal do Pará, com carga horária de 4 horas.

- *Membro da Comissão Científica do IX Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e III Congresso Internacional de enfermagem Obstétrica e Neonatal (CIEON), na qualidade de Coordenadora do Eixo de Trabalhos Científicos: Espaço Multidisciplinar na assistência ao parto e nascimento*, no período de junho a dezembro de 2015, organizado pela ABENFO Nacional e ABENFO- Seção Pará, Belém-PA.

- *Relatora do trabalho científico intitulado: Violência sexual contra crianças e adolescentes e suas implicações biopsicossociais: uma reflexão para a enfermagem* apresentado em forma de Pôster, durante o V Congresso do Hospital Universitário João de Barros com o tema Integrando Atitudes e Saberes na Formação em Saúde na Amazônia, no dia 12 a 14 de agosto de 2015.

- *Relatora do trabalho científico: Empoderamento de acadêmicos de Enfermagem sobre violência sexual contra crianças e adolescentes: relato de experiência*, no V Fórum de Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 9 a 12 de novembro de 2015.

- **Minicursos: Bando de dados ou Banco de dados: como elaborar**, durante o III Congresso de Educação em Saúde da Amazônia, no dia 12 a 14 de novembro de 2015, organizado pelo Instituto de Ciências da saúde/UFPA com carga horária de 4 horas.

- *Congressista do III Congresso de Educação em Saúde da Amazônia*, no dia 12 a 14 de novembro de 2015, organizado pelo Instituto de Ciências da saúde/UFPA com carga horária de 30 horas.

- *Relatora do trabalho científico intitulado: Cine debate sobre a violência sexual contra menina-mulher no Grupo de Pesquisa EPOTENA do PPGENF/UFPA: um relato de experiência* apresentado em forma de pôster, do III Congresso de Educação em Saúde da Amazônia, no dia 12 a 14 de novembro de 2015, organizado pelo Instituto de Ciências da saúde/UFPA com carga horária de 30 horas.

- *Autora do trabalho científico: comparativo da violência contra a mulher nas regiões brasileiras narrada pela mídia impressa paraense nos períodos de 2005 a 2007 e*

*depois da Lei 11.340/2006*, apresentado em forma de pôster, do IV Congresso de Educação em Saúde da Amazônia, no dia 30 a 04 de dezembro de 2015, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde/UFPA.

- *2º Membro da Banca Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso com o Título Violência sexual contra mulheres e meninas: relatos da mídia impressa e contribuições para os cuidados de enfermagem*, realizado no dia 08 de março de 2016.

- *Avaliadora AD HOC de projetos/programas de extensão da UFPA intitulado: Conscientização acadêmico-comunitária acerca da sexualidade masculina e promoção integral da saúde do homem através da liga acadêmica de urologia do Pará*, realizado pela Pró-Reitoria de extensão da UFPA em março de 2016.

- *Avaliadora AD HOC de projetos/programas de extensão da UFPA intitulado: prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes de escolas públicas do Guamá e avaliação dos riscos cardiovasculares em seus familiares*, realizado pela Pró-Reitoria de Extensão da UFPA em março de 2016.

- *Avaliadora AD HOC de projetos/programas de extensão da UFPA intitulado: atenção ortodôntico-reabilitadora à pacientes com alterações dento-faciais: projeto de atuação multidisciplinar*, realizado pela Pró-Reitoria de Extensão da UFPA em março de 2016.

Essa trajetória acadêmica foi fundamental para o aprimoramento do conhecimento, assim como ampliou novos caminhos metodológicos. Houve um crescimento científico que repercutirá de forma favorável na construção de projetos de pesquisa e publicações de trabalhos científicos.

O aprendizado adquirido das grandes teorias fortaleceu a prática profissional que possibilitou uma reflexão crítica sobre a assistência de enfermagem fundamentada por teóricos que contribuirão para um cuidado de enfermagem organizado e sistemático.

Desse modo, a defesa da dissertação e conseqüentemente o título de Mestre não é uma etapa final, mas sim um novo começo permeado de compromissos e responsabilidades para com a sociedade e com o conhecimento científico adquirido.

## SUMÁRIO

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>24</b> |
| <b>2</b>     | <b>OBJETIVOS.....</b>  | <b>32</b> |
| <b>2.1</b>   | <b>Geral .....</b>   | <b>32</b> |
| <b>2.2</b>   | <b>Específicos.....</b>  | <b>32</b> |
| <b>3</b>     | <b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>  | <b>33</b> |
| <b>3.1</b>   | <b>Conceitos e definições de violência.....</b>  | <b>33</b> |
| <b>3.2</b>   | <b>Histórico da violência contra criança e adolescente.....</b>  | <b>35</b> |
| <b>3.3</b>   | <b>Marcos das políticas de proteção à criança e adolescente.....</b>   | <b>37</b> |
| <b>3.4</b>   | <b>Modalidades de violência contra a criança e adolescente.....</b>  | <b>42</b> |
| <b>3.5</b>   | <b>Implicações biopsicossociais da violência sexual.....</b>   | <b>44</b> |
| <b>3.6</b>   | <b>Papel do enfermeiro frente a violência sexual.....</b>  | <b>49</b> |
| <b>4</b>     | <b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>  | <b>52</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.....</b>   | <b>52</b> |
| <b>5</b>     | <b>MÉTODO.....</b>   | <b>55</b> |
| <b>5.1</b>   | <b>Tipo de estudo.....</b>   | <b>55</b> |
| <b>5.2</b>   | <b>Delimitação da amostra de estudo.....</b>   | <b>55</b> |
| <b>5.3</b>   | <b>Cenário de estudo.....</b>  | <b>56</b> |
| <b>5.4</b>   | <b>Local de estudo.....</b>  | <b>58</b> |
| <b>5.4.1</b> | <b>Histórico do PROPAZ-PA.....</b>   | <b>58</b> |
| <b>5.4.2</b> | <b>Funcionamento de atendimento do PROPAZ-PA.....</b>  | <b>60</b> |
| <b>5.5</b>   | <b>Fonte de informação.....</b>  | <b>62</b> |
| <b>5.6</b>   | <b>Coleta de dados.....</b>  | <b>62</b> |
| <b>5.6.1</b> | <b>Critérios de inclusão.....</b>  | <b>63</b> |
| <b>5.6.2</b> | <b>Critérios de exclusão.....</b>  | <b>63</b> |
| <b>5.7</b>   | <b>Análise de dados.....</b>   | <b>63</b> |
| <b>5.8</b>   | <b>Aspectos éticos.....</b>  | <b>64</b> |
| <b>5.9</b>   | <b>Riscos e benefícios da pesquisa.....</b>  | <b>65</b> |
| <b>5.10</b>  | <b>Limitação do estudo.....</b>  | <b>65</b> |
| <b>6</b>     | <b>RESULTADOS.....</b>   | <b>66</b> |
| <b>6.1</b>   | <b>Perfil clínico-epidemiológico, social e demográfico de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.....</b> | <b>66</b> |
| <b>6.2</b>   | <b>Necessidades Humanas Básicas comprometidas das crianças</b>   |           |



|            |  |            |
|------------|--|------------|
|            | <b>adolescentes vítimas de violência sexual à luz de Wanda Horta.....</b>  | <b>93</b>  |
| <b>6.3</b> | <b>Proposta da Sistematização da Assistência de Enfermagem à crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: modelo do instrumento de coleta de dados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.....</b> | <b>100</b> |
| 6.3.1      | 1ª etapa-Histórico de enfermagem: .....  | 100        |
| 6.3.2      | 2ª etapa-Diagnósticos de enfermagem .....  | 105        |
| 6.3.3      | 3ª etapa-Plano Assistencial.....   | 106        |
| 6.3.4      | 4ª etapa-Plano de cuidados ou Prescrição de enfermagem.....  | 106        |
| 6.3.5      | 5ª etapa-Evolução de enfermagem.....   | 110        |
| <b>7</b>   | <b>DISCUSSÃO.....</b>  | <b>112</b> |
| <b>8</b>   | <b>CONCLUSÃO.....</b>  | <b>135</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>144</b> |
|            | <b>APÊNDICES.....</b>  | <b>153</b> |
|            | <b>ANEXOS.....</b>   | <b>159</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A violência configura-se como um problema mundial, presente em todas as sociedades ao longo da história, sendo considerada um fenômeno complexo e desencadeado por diversos fatores, portanto, sua análise depende do contexto sociocultural e histórico em que acontece (VELOSO et al., 2013).

A violência produz um efeito devastador na saúde dos indivíduos e na sociedade em geral. É uma violação de direitos do outro de ter uma vida digna e segura, desencadeando transtornos irreparáveis à saúde e ao convívio social. Não se trata de um fenômeno novo, embora sejam relativamente recentes as pesquisas e estudos voltados a conhecer suas causas e consequências (MINAYO, 2007).

Nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, em 2002, aponta a violência como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, definindo-a como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de direitos (AZAMBUJA; FERREIRA et al., 2011).

Para Minayo (2007) a violência causa forte impacto social e na saúde da população, passando a exigir dos serviços de saúde e dos profissionais uma demanda de atendimentos especializados que garantam o tratamento nos diversos níveis de atenção. Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por ela correspondem a custos emocionais e sociais incalculáveis às vítimas, família e ao próprio sistema de saúde.

Historicamente, a violência vem sendo gerada, predominantemente, no ambiente doméstico, produto das relações construídas de forma desigual entre homens e mulheres, mas que acabam por atingir pessoas consideradas em desvantagem física, emocional e social como mulheres, crianças e adolescentes. Muitas pesquisas têm confirmado que a incidência é maior entre as meninas e mulheres (UNICEF, 2009). Dessa forma, a questão de gênero deve ser levada em consideração para a compreensão deste fenômeno.

A violência doméstica ou intrafamiliar é assim denominada por se caracterizar como um fenômeno de múltiplos fatores, cometidas por pessoas que possuem laços familiares, conjugais ou de parentesco com as suas vítimas, vínculo afetivo e/ou relações de poder de ordens física, etária, social, psíquica, hierárquica e de gênero (BRASIL, 2010a).

Dentre os tipos de violência ocorridos no âmbito familiar, destaca-se a violência sexual que acomete crianças e adolescentes, geralmente praticada por sujeito em condições

superiores de idade, posição social ou econômica e inteligência, que usa de sua autoridade sobre seres indefesos, acarretando danos físicos ou psicológicos. Esses agressores agem com agressividade, geralmente, quando se sentem contrariados com alguma atitude da criança e do adolescente ou mesmo por consentimento obtido por meio da sedução enganosa (WOISKI; ROCHA, 2010).

Paixão e Deslandes (2011), consideram a violência sexual como um dos maus tratos mais severos, por seu significado social e repercussões biopsicossocial e de saúde. Esta modalidade de violência traz repercussões sérias, pois além da agressão física, afeta o emocional da vítima, visto que o seu impacto pode comprometer a infância e marcar profundamente a vida adulta de maneira negativa.

A criança e o adolescente que sofrem abusos sexuais acabam desenvolvendo problemas de saúde mental. Conforme Passarela, Mendes e Mari (2010), uma das consequências do abuso sexual é o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), caracterizado por irritabilidade, agitação, hipervigilância e até agressividade. Os autores relatam, ainda, que as vítimas se esforçam para evitar pensamentos, sentimentos, atividades e lugares relacionados ao evento traumático ou que propiciem sua lembrança. Além de terem dificuldades para relembrar o ocorrido, déficit de concentração e isolamento interpessoal.

Nas crianças, as consequências da violência podem ser manifestadas ainda durante a infância, tais como a dificuldade de aprendizado ou quando adultas, com vínculos frágeis e inseguros, menor tolerância à frustração, agressividade com colegas e outras pessoas, dificuldades de lidar com as próprias emoções e a repetição da violência com outras crianças como pais que foram violentados podem ser agressivos com os filhos, de maneira a confirmar a tendência de que o fenômeno possa ser cíclico e marcante para as posteriores gerações (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013).

Carvalho et al. (2010) afirmam que a violência pode tomar proporções alarmantes quando contextualizada no âmbito familiar, haja vista que o segredo entre os envolvidos e o ambiente privado impedem a quebra do ciclo violento. Essa atitude possibilita proteção ao autor dos maus tratos, devido ao sigilo mantido por longos anos, o que torna difícil de desvendar e interromper o ciclo da violência. Além disso, a vítima tem medo e insegurança em revelar o autor da agressão sofrida.

No Brasil, são recentes as iniciativas legislativas voltadas à proteção da criança e do adolescente. Somente a partir da Constituição Federal de 1988, passam a ser sujeitos de direitos, mercedores de proteção integral em face especial de desenvolvimento, físico, psíquico, cognitivo e social (AZAMBUJA; FERREIRA et al., 2011).

Destaca-se, então, como conquista aos direitos e deveres da criança e do adolescente a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado pela Lei n. 8.069/1990, que representa um marco nacional importante como um mecanismo de proteção integral frente aos maus tratos reconhecidos pela Constituição Federal de 1988, a qual adota penalidade quanto à violação dos direitos da criança e do adolescente (MONTEIRO, 2009).

Bannwart e Brino (2011) argumentam, em seus estudos, que se faz necessário e urgente que os profissionais da área da saúde, neste caso o mais específico o enfermeiro, conheça as políticas públicas que protegem a criança e o adolescente em relação aos maus tratos, notificando as autoridades competentes para que haja implementação de estratégias de saúde pública, de modo a interferir no ciclo da violência.

O enfermeiro possui vasto conhecimento sobre a saúde da criança e do adolescente e lida diretamente com este grupo etário, além de possuir preparo técnico-científico para atuar tanto no cuidado quanto na prevenção das formas de violência, assim pode promover ações de proteção e integração das redes de atendimento (THOMAZINE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

Nos casos de violência contra crianças e adolescentes, abusados sexualmente, o enfermeiro poderá estabelecer vínculos de confiança a fim de colaborar no atendimento às vítimas e às famílias. Segundo Algeri e colaboradores (2007), a proximidade e os vínculos constituídos entre a criança, família e esse profissional permitem aprofundar as relações, viabilizando a orientação adequada para a resolução de conflitos e problemas existentes sob formas de enfrentamento menos destrutivas e mais saudáveis.

Nesta perspectiva, o enfermeiro fundamenta sua prática assistencial no uso de uma teoria que favoreça o cuidado de enfermagem ao ser humano, e não somente na enfermidade, ou seja, o foco de atenção é a pessoa apresentada como um ser biopsicossocial e espiritual, valorizando a unicidade e totalidade para que o cuidado seja adequado (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

O estudo sobre violência sexual cometida contra a criança e o adolescente faz-se necessário para compreender a complexidade que envolve esta temática presente no cotidiano dos profissionais de saúde e que pode comprometer o bem-estar físico, social e mental deste grupo etário.

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde, a cada ano cerca de 40 milhões de crianças com idade inferior a 15 anos são submetidas a abuso físicos, psicológicos e sexuais, o que torna a violência um importante problema de saúde pública (INTERNATIONAL CENTER FOR ASSAULT PREVENTION, 2009).

Há inúmeros prejuízos com a prática da violência sexual na vida de crianças e

adolescentes, como a lesões físicas, decorrentes da violência praticada, envolvendo lacerações anogenitais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e danos psíquicos que podem interferir no desenvolvimento psicossocial e na estruturação de sua personalidade, que podem perdurar ao longo de suas vidas (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011).

Pensando na redução da violência e do impacto que traz na saúde para a vida de crianças e adolescentes, e em consonância com as políticas de proteção integral do ECA, o Sistema Único de Saúde (SUS), representado pelo Ministério da Saúde, cria em 2001, um instrumento de notificação às autoridades competentes de casos suspeitos ou de confirmação de violência como uma medida de cuidados às vítimas (BRASIL, 2001).

Outro importante avanço no monitoramento da situação de violência foi a implantação do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência (VIVA), em 2006, pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de obtenção de dados e divulgação das informações acerca da temática. A partir do ano de 2009, o VIVA foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN-Net), desta forma pode-se dimensionar a magnitude da violência em nosso país e estabelecer estratégias de saúde que venham fortalecer os mecanismos existentes de proteção, promoção à saúde e prevenção da violência (BRASIL, 2009a).

No levantamento feito pela Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), no ano de 2011, foram registradas 107.530 notificações de violência doméstica, sexual, física e outras agressões. Constatou-se que a violência sexual é o 2º maior tipo de violência entre crianças e adolescentes, a maior parte dos atos ocorreram nas residências. Na maioria dos atendimentos, constatou-se que o provável autor da agressão tratava-se de um familiar, sendo os pais e outros familiares os principais agressores ou mesmo alguém muito próximo, como amigos e vizinhos (BRASIL, 2011).

Esse resultado acima descrito pode representar os esforços dos serviços públicos de saúde em implementar as ações de notificação obrigatória pelos profissionais de saúde, revelando a amplitude dos números de violência no Brasil, possibilitando uma maior visibilidade da problemática da violência. Considera-se a notificação como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde contra a violência (BRASIL, 2010a).

O Portal de Notícias do Pará destacou, em 2012, o levantamento do atendimento sobre crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A pesquisa foi feita pelo programa Propaz-PA, do Governo de Estado. Os dados demonstraram que houve, de janeiro a junho de 2012, 1.128 denúncias, o dobro dos 558 registros identificados em 2011. Essas informações revelaram que as meninas são as maiores vítimas da agressão, sendo o ambiente familiar o

local de maior ocorrência (PORTAL DE NOTÍCIAS DO GLOBO NO PARÁ, 2012).

Esses números vêm aumentando nos últimos anos, em decorrência das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual como o disque-denúncia, que estimula a sociedade a exercer seu papel em defesa de crianças e adolescentes em situações de violência.

Veloso e colaboradores (2013), em estudo realizado entre os anos de 2009 a 2011, no Município de Belém/PA, registraram 3.267 notificações de violência doméstica e sexual, dentre outras. Do total, foram notificados 624 casos, em 2009, e 1.124, em 2010, com aumento atingindo, em 2011, 1.519 casos. Os dados revelaram que em 83% dos casos as mulheres são mais atingidas pela violência, sendo a violência sexual (41,8%) como a mais prevalente, seguida da violência psicológica (26,3%) e violência física (24%). Observou-se uma maior incidência dos casos de violência nas faixas de 1 a 9 anos (39,2%) e de 10 a 19 anos (45,9%), atingindo mais crianças e adolescentes, sendo consideradas as faixas etárias mais vulneráveis, com 85,1% dos casos registrados. Como local de maior ocorrência da violência, a residência das vítimas foi a mais relatada.

Diversos são os fatores que contribuíram para o aumento do número de registros de violência sexual na infância e adolescência na região descrita acima, como a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde na notificação de casos de violência com a implantação da ficha de notificação em 2009 no município de Belém-PA, além do funcionamento de um programa de atendimento às vítimas desde o ano de 2004, o qual tem como parte do protocolo o preenchimento da ficha de notificação de agravos, violência doméstica e sexual, o que possibilita uma maior visibilidade do fenômeno.

Contudo, diante de tão elevada magnitude das diversas formas de violência que atinge crianças e adolescentes, estes números ainda não expressam a realidade, uma vez que representam apenas a ponta de um grande iceberg, o que vem ratificar a necessidade de discussão da temática tanto em âmbito familiar, quanto transdisciplinar, intersetorial e em rede para o seu enfrentamento (ROCHA; MORAES, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2009a), nos anos de 2006 a 2007, pesquisas sobre notificações da VIVA apontam que as mulheres, em todas as faixas etárias, são as principais vítimas de violência, com 6.636 casos (74%). Observaram-se casos de violência sexual contra o sexo masculino na faixa etária de 0-9 anos (70%) e de 10- 14 anos (23%). No que se refere ao sexo feminino, as adolescentes de 10 a 14 anos são as que mais sofreram violência sexual (38%), seguida das crianças na faixa de 0-9 anos (24%) e das adolescentes de 15 a 19 anos (18%), sendo o estupro o tipo de violência sexual mais frequente (56%), seguido de atentado violento ao pudor (29%). Enquanto no sexo masculino o atentado ao pudor teve 67% e o

assédio 17%. É interessante ressaltar que a residência foi o local em que ocorreram 50% das violências.

Em síntese, estes dados estatísticos nos alertam que a violência está acontecendo em todas as faixas etárias e ambos os sexos. A população infanto-juvenil está sendo alvo de violência doméstica e sexual provocadas por pessoas da família, com os quais as vítimas possuem um vínculo afetivo e de confiança. A criança e o adolescente apresentam características específicas que os expõe à violência interpessoal familiar como o caráter indefeso, maior fragilidade física e dependência (ROCHA; MORAES, 2011).

Enfatiza-se a importância do profissional de saúde estar preparado para o atendimento à criança e ao adolescente em situações de violência sexual, de forma que reconheça as manifestações comportamentais provocadas pela violência. Deve fazer parte da rotina dos serviços de saúde a abordagem dos sinais que revelam as diversas formas de violência para que os profissionais de saúde estejam atentos a suspeitar da existência de maus tratos, comprovando-os, além de desenvolver novas habilidades no atendimento e um maior envolvimento com estas questões (WOISKI; ROCHA, 2010).

É fundamental que o setor saúde ofereça capacitações aos profissionais de saúde, pois uma equipe de saúde preparada pode perceber, documentar, tratar e encaminhar as situações de violência de forma adequada, com atendimento que valorize os aspectos biopsicossociais da criança e do adolescente, evitando intervir unicamente sob o enfoque clínico (LIMA, 2006).

Dentre os profissionais de saúde que prestam cuidados à criança e ao adolescente nos serviços de atendimento de violência, estão, como já mencionado anteriormente, o enfermeiro e a equipe de enfermagem que exercem papel importante no atendimento às vítimas, por fazer parte de suas atribuições o cuidado de enfermagem, aplicado pelo processo de enfermagem como um método para atingir a qualidade da assistência prestada, voltado às expectativas e necessidades de cada paciente (WOISKI; ROCHA, 2010).

O enfermeiro fundamenta o cuidado de enfermagem de forma mais efetiva por meio de uma teoria que atenda as reais necessidades da clientela assistida, como é o caso da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, que envolve os aspectos mais abrangentes do ser humano, ou seja, os psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual.

Dessa maneira, o estudo torna-se relevante para o conhecimento da magnitude da violência sexual em crianças e adolescentes e na identificação das necessidades humanas básicas mais afetadas das vítimas. Além de subsidiar os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, para o atendimento que valorize tantos os aspectos físicos como também as

repercussões emocionais e espirituais por meio da elaboração de um modelo de instrumento de coleta de dados que favoreça a aplicabilidade do processo de enfermagem, utilizando como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básica de Wanda Horta.

Estudo das Nações Unidas sobre a violência contra criança aponta 1,8 milhão de crianças envolvidas em rede de prostituição, 1,2 milhão de crianças submetidas ao tráfico de seres humanos, 230 milhões vítimas de abuso sexual e 270 milhões vítimas de violência doméstica. Os Estados Unidos, por sua vez, registram 1.200 crianças assassinadas por ano, sendo que 60% delas passaram por programas de proteção e 50% contavam com menos de um ano de vida (SWERDLIN; BERKOWITZ; GRAFT, 2007).

No Brasil, os dados também assustam e nos alertam para a dimensão do problema. Segundo o Jornal “O Globo” (2008), no período de 1999 a 2007, 159.754 crianças foram vítimas de violência doméstica (65.669 casos por negligência, 49.482 por violência física, 26.590 por violência psicológica e 17.482 vítimas de violência sexual). Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em hospitais públicos de 27 municípios do Brasil, no período de 2007, detectou-se 4.309 meninos e meninas com sinais de maus tratos - uma média de 12 pacientes por dia. A ocorrência de estupro entre essas crianças foi de 43,7% em meninos e meninas de até 9 anos, chegando a 56,3%, entre as vítimas com mais de 10 anos. Isso significa que mais de 800 crianças foram vítimas de estupro, em 2007 (AZAMBUJA; FERREIRA et al., 2011).

Estudos de Woiski e Rocha (2010) apontam que uma criança violentada sexualmente pode apresentar alterações bruscas de comportamentos que podem desencadear, a médio e longo prazos, problemas tais como alteração no sono, quebra brusca no rendimento escolar, medo inexplicável de ficar sozinho na presença de adultos estranhos, agressividade nas brincadeiras, dificuldade na adaptação afetiva, podendo sofrer o impacto do silêncio, por ser vítima de ameaças e pressões para não revelar o abuso.

Nesse período da vida, que o indivíduo está em formação de personalidade e de entendimento do sentido de família e de proteção, ao sofrer a violência pode desestruturar a sua formação física e psíquica, além de comprometer a formação da afetividade, da personalidade e de valorização de si mesmo e das pessoas (CADERNO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 2007).

Diante deste quadro que envolve a estrutura e preparo dos serviços de saúde, constatam-se ônus dos gastos públicos, pois, conforme os estudos de Minayo (2005), as consequências da violência exigem do sistema de saúde um investimento alto para o atendimento das vítimas nas emergências, assistência e reabilitação de casos mais graves.



Além disso, há prejuízos econômicos, para as empresas e instituições, gerados pelas ausências no trabalho, devido aos danos emocionais incalculáveis às vítimas e aos familiares, além dos anos de vida perdidos.

Estudos de Silva, Ferriani e Silva (2011) revelam que os profissionais de saúde e o enfermeiro, mais especificamente, possuem pouco conhecimento sobre a temática, e, ao depararem-se com crianças e adolescentes vitimizadas, encontram várias situações que dificultam o seu enfrentamento, como o medo frente ao envolvimento jurídico; o conflito relacionado às normas culturais, éticas e legais, o desconhecimento do impacto, da real magnitude do problema para a sociedade, família e na vida da criança e do adolescente, além das políticas de proteção integral.

A abordagem desta temática surgiu mediante uma inquietação como profissional de saúde, ao defrontar-se com certas situações de risco para a saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescentes no âmbito hospitalar de uma instituição referência do estado do Pará. A dificuldade de atuação como enfermeira neste cenário de violência, no qual estão sujeitas crianças e adolescentes foi fundamental para realização deste estudo, dado o número de casos que davam entrada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, em caráter de emergência, assim como pela pouca experiência na condução das situações e do cuidado de enfermagem voltado para o atendimento clínico.

Diante desse contexto, o estudo elaborou as seguintes perguntas de pesquisa:

- Qual a situação clínica-epidemiológica, social e demográfica de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual assistidas na rede de atendimento especializada?
- Quais são as necessidades humanas básicas mais comprometidas de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?

Com a finalidade de responder aos questionamentos elencados pelo estudo, traçaram-se os objetivos da pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Conhecer o perfil clínico-epidemiológico, social e demográfico de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na rede de atendimento especializado, identificando às necessidades humanas básicas comprometidas, à luz de Wanda Horta.

### **2.2 Específicos**

- Descrever o perfil clínico-epidemiológico, social e demográfico de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.
- Identificar o tipo de violência sexual que acomete as crianças e adolescentes e suas necessidades humanas básicas comprometidas.
- Elaborar um instrumento a partir da Teoria da Necessidade Humana Básica de Wanda Horta, para aplicabilidade das etapas do Processo de Enfermagem.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Conceitos e definições de violência

Etimologicamente, o termo violência origina-se do latim *violentia*, que significa caráter violento ou bravio e seu vocabulário se refere ao prefixo *vis*, que significa força em ação, lembrando a idéia de vigor, impulso e potência, e o verbo *violare*, significa tratar com violência, profanar, transgredir (CAVALCANTI, 2008). Camargo (2006) define como uma força empregada abusivamente contra o direito natural ou constrangimento exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a praticar algo.

Violência é a ação ou efeito de violentar, de empregar força física ou intimidação moral contra alguém; ato violento, crueldade, força e 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 (HOUAISS, 2001).

Outros estudiosos, entendem que a violência é oriunda da desigualdade social gerando revolta da população mais atingida negativamente, e da fragilidade do estado em não satisfazer as necessidades adequadas (MINAYO, 2006). Durante as revoluções a violência foi justificada como uma reação a ações de injustiça social, dos oprimidos e explorados para uma transformação de uma sociedade mais justa e igualitária.

A violência é vista na concepção de Arendt (2004) como uma forma de manter uma estabilidade e controle da dominação humana, muito embora seja vista no transcorrer da história como um fenômeno marginal. Mas, na sua essência é um meio e um instrumento para manter-se no poder e de domínio do Estado nas classes menos favorecida. Neste contexto Arendt faz oposição quanto a positividade da violência, uma vez que manipula a sociedade para interesse de ordem política e a mantém marginalizada e sem transformação social.

No campo da saúde a violência ganha atenção por estudiosos na área pelo impacto causado na vida humana sendo reconhecida como uma questão social e de saúde pública. No relatório Mundial sobre violência e saúde revelaram que todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais, por causas violentas e para entender o reflexo da violência nas questões de saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde no ano de 1994 definiu:

“A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequela orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...] o setor saúde constitui a encruzilhada para

onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OMS, 2002).

É um meio aplicado para coagir ou submeter outra pessoa ao domínio sem seu consentimento, traduz-se em atos realizados, individual ou institucionalmente, por pessoas, famílias, grupos, classes e nações, visando prejudicar, ferir, mutilar ou matar o outro, física, psicológica e até espiritualmente (BRASIL, 2001; FERRAZ et al., 2009).

Violência é, pois, o ato de brutalidade, constrangimento, abuso, proibição, desrespeito, discriminação, imposição, invasão, ofensa, agressão física, psíquica, moral ou patrimonial contra alguém, caracterizando relações que se baseiam na ofensa e na intimidação pelo medo e pelo terror (CAVALCANTI, 2008).

A violência do estudo é aquela provocada nas relações entre pessoas, violência interpessoal, que são marcadas principalmente pela imposição e poder, permeadas por ações violentas ou por meio de atitudes desprezíveis em relação ao outro, ambos são potencialmente prejudiciais à saúde por reduzir o ser humano num objeto para a satisfação pessoal.

O Ministério da Saúde em sua definição da violência, enfatiza que é responsabilidade de todos, pais, parentes, responsáveis, instituições e sociedade nos atos ou omissões que podem provocar danos físico, emocional, sexual e moral em crianças e adolescentes (BRASIL, 2001).

Perante este contexto, temos a violência doméstica que violam os direitos essenciais de crianças e adolescentes como pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade e a segurança. Portanto a violência doméstica contra crianças e adolescentes representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis que é capaz de causar dano físico, sexual e /ou psicológico a vítima e implica de um lado, uma transgressão do poder/ dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que a criança e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (GUERRA, 2011).

No que diz respeito a estas definições observamos que a violência coexiste uma relação de poder ou força física exercida sobre o outro considerado vulnerável, presente na interação entre indivíduos adulto-criança, homem-mulher, adulto-idoso e que prevalece a vontade do mais forte em detrimento do mais fraco que se torna vítima da violência moral, física, psicológica e sexual. Os efeitos destas agressões podem desencadear uma série de transtornos de caráter orgânicos, emocionais e psicológicos e até mesmo resultar na morte

sendo o extremo de violência praticado contra o direito à vida.

Camargo (2006) explica em seus estudos que a criança e o adolescente tem seus direitos básicos violados cotidianamente num processo denominado de vitimação, como a negação de ter uma vida digna, frequentar escola, a ter acesso aos serviços de saúde, a alimentação, mas ao ser considerado como objeto e submetido aos desejos do adulto sofrem o processo de vitimização, que se manifesta nas relações interpessoais e de acordo com as relações hierárquicas de poder.

Neste processo de vitimização a criança e o adolescente sentem-se aprisionados quanto a sua vontade e o desejo, são submetidos ao poder do adulto a fim de coagi-los a satisfazer seus interesses, as expectativas e suas paixões. Para Guerra (2011), o abuso-vitimização consiste, pois, num processo de completa objetualização da criança ou do adolescente, isto é, de sua redução à condição de objeto de maus-tratos.

A criança e o adolescente estão em uma fase importante de crescimento e desenvolvimento e que necessitam que sejam oferecidas as condições essenciais para seu bem-estar, livre de qualquer situação de risco que comprometa sua saúde. Contudo, percebe-se que este período pode favorecer a ação de atos violentos, devido às diversas situações de vulnerabilidade que são expostos.

Martins e Jorge (2009) afirmam que o grau de dependência perante ao adulto caracterizam a criança e o adolescente como sujeitos indefesos e esta hierarquia é uma condição desfavorável em que coexiste à imposição do mais poderoso e como resultado desta relação são vistos como mais suscetíveis a violência com repercussões à sua saúde que podem manifestar-se durante a infância ou prolongar-se até a fase adulta.

### **3.2 Histórico da violência contra criança e adolescente**

A violência praticada contra crianças e adolescentes não é um acontecimento novo, estão presentes desde a história, na antropologia e na teologia, como podemos perceber quando enfocamos o filicídio, que é uma prática universal e faz parte da própria história da humanidade, aonde as crianças eram sacrificadas de acordo com a cultura e costumes da época, destacam-se situações de sacrifícios das crianças como justificativa para boa colheita, em benefícios do povo em momento de perigo, grande calamidade, queima de crianças em honra a deuses, no mito grego os pais devoram seus filhos para não perder o trono e é narrado na bíblia, quando relata a determinação do Faraó em jogar no rio todos os meninos judeus, por ocasião do nascimento de Moisés, ou ainda na matança de crianças em Belém de Judá

ordenada por Herodes, em perseguição a Jesus Cristo (CAMARGO, 2006).

Segundo Barros (2005), no Oriente Antigo, o código de Hamurabi (1728/1686 a.c) previa o corte de língua do filho que ousasse dizer aos pais adotivos que eles não eram seus pais, assim como a extração dos olhos do filho adotivo que aspirasse voltar para casa dos pais biológicos (Art.193). Caso o filho batesse no pai, sua mão era decepada (Art.195). Em Roma, entre os anos 303 e 304, a tábua Quarta da Lei das XII Tábuas permitia ao pai matar ao filho que nascesse disforme, mediante julgamento de cinco vizinhos.

O fenômeno da violência contra crianças e adolescentes nos diversos períodos da História do Brasil permeia a formação da sociedade brasileira conforme descrito por diversos historiadores. As primeiras crianças chegadas ao Brasil vieram na condição de órfão do rei, como grumetes ou pajens, com a incumbência de casar com os súditos da coroa. Nas embarcações, além de obrigadas a aceitar abusos sexuais de marujos rudes e violentos, eram deixadas de lado em caso de naufrágio (RAMOS, 1999).

No período do Brasil Colônia as índias foram violentadas, portugueses explorando sua força de trabalho e seus corpos e alienando suas consciências. Os filhos nascidos são frutos da violência e do estupro de milhares de corpos de mulheres indígenas sequestradas e violentadas (SANTANA, 1998).

No sistema escravagista, Marcílio (1998) aponta que muitas crianças negras, filhas de mulheres escravas, foram abandonadas ao nascerem, pois os senhores não queriam ter trabalho e gastos na criação de negros, as obrigavam a abandoná-los e precisavam das mães para ama de seus filhos. Quando não eram abandonadas, as crianças eram criadas nas senzalas ou na Casa Grande. Cresciam sem cuidados específicos e muitas eram denominadas de “leva pancadas”. Além de se sujeitarem a trabalhos prematuros desde a mais tenra idade, desempenhavam ainda a função de animais de estimação. Por valerem pouco no mercado capital da época, atraíam para si a violência do conjunto social e eram vítimas de maus tratos.

Outro fator que chama atenção neste período colonial era a obediência a figura paterna e o filho que o desrespeitasse era punido de forma severa, porém era visto de forma privilegiada em relação aos demais membros da família. De acordo com Ramos (1999) o filho ocupava uma posição secundária da família era valorizado enquanto posto a serviço do pai sendo que os espancamentos com palmatórias, varas de marmelo, cipós e outros objetos de maus tratos ensinavam que a obediência incontinente era o único modo de o filho escapar da punição. Era reservado ao filho-homem dos senhores de engenho o estudo, percebe-se, que desde então, a criança mulher já era duplamente vítima de discriminação e preconceito.

Além da violência física a que crianças e adolescentes eram submetidos, as relações

sexuais entre adultos e crianças na época colonial não era condutas das mais condenadas. Mesmo quando realizada com violência, a pedofilia em si nunca chegou a ser considerada um crime específico, nem mesmo com a Santa Inquisição como relata Mott em pedofilia e pederastia no Brasil antigo (1992).

Ao construirmos a historicidade da violência contra a criança e adolescentes observamos que mulheres, negros, índios e crianças foram vítimas de violência de homens brancos. O que permite afirmar que a violência está presente desde a antiguidade e a história aponta exemplos de violência cometida em todas as classes sociais, etnias, raças, instituições, religiões, culturas e grupos etários (MINAYO, 2009).

A violência na sociedade brasileira deve ser entendida na perspectiva histórica. O processo de desenvolvimento social, econômico e cultural pelo qual o Brasil passou foi marcado pela colonização e escravidão que gerou uma sociedade escravagista, elites oligárquicas dominantes, que disseminaram a ideia de dominação e exploração de categorias sociais pela condição social, raça/etnia, gênero e idade (FALEIROS, 2004).

Os autores acima afirmam que foi a partir do século XX que a criança passou a ser aceita como fazendo parte da humanidade transferindo responsabilidades à família em casos de maus tratos. Mas, é no século atual que a criança é valorizada e a família responsabilizada por tudo de mal que viesse lhe acontecer, ressaltando que os cuidados maternos e a caracterização da infância uma condição essencial para o pleno desenvolvimento do ser humano.

Todavia, apesar do reconhecimento da sociedade, e das políticas públicas, vimos pela mídia notícias de maus tratos de formas diversas à criança e adolescentes, o que significa que a violência continua perpetuando nos dias de hoje tornando-se uma grave ameaça nas condições de vida desse grupo etário.

Logo a violência sexual perpetrada em crianças e adolescentes ganha uma maior visibilidade na atualidade devido ao avanço das políticas públicas em defesa aos direitos das crianças e adolescentes.

### **3.3 Marcos das políticas de proteção à criança e adolescente**

No início do Século XX, a criança já havia sido reconhecida pela Liga das Nações Unidas como sujeito de Direitos. A Declaração de Genebra em 1924 é a primeira manifestação internacional em defesa aos direitos da criança para o seu bem estar e proteção, escrita principalmente com o objetivo de minimizar os problemas decorrente da Primeira

Guerra Mundial e enumerou alguns de seus direitos, como o desenvolvimento saudável, alimentação e saúde (LANDINI, 2011).

Tendo como base a Declaração de Genebra e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em 1959 foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos da Criança, proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU). O documento específico para criança deve-se a sua condição especial, como se pode verificar no preâmbulo do texto:

(...)visto que a criança, em decorrência de sua imaturidade física e mental, precisa de proteção e cuidados especiais, inclusive proteção legal apropriada, antes e depois do nascimento, visto que a necessidade de tal proteção foi enunciada na Declaração dos Direitos da Criança em Genebra, de 1924, e reconhecida na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Estatutos das Agências especializadas e organizações internacionais interessadas no bem estar da criança, visto que a humanidade deve a criança o melhor de seus esforços (...)

Dos dez princípios contidos no documento, destaca-se no texto o princípio de número nove que trata acerca da violência:

A criança gozará de proteção contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração. Não será jamais objeto de tráfico, sob qualquer forma. Não será permitido a criança empregar-se antes da idade mínima conveniente; de nenhuma forma será levada a ou ser-lhe-á permitido empenhar-se em qualquer ocupação ou emprego que lhe prejudique a saúde ou a educação ou que interfira em seu desenvolvimento físico, mental ou moral (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA, 1959).

A Declaração é um marco importante para a garantia de uma infância provida de direitos e liberdades expressadas principalmente de condições essenciais para seu bom desenvolvimento físico, social e mental que deve ser exercida pelos pais e sociedade, de forma que as protejam contra qualquer tipo de negligência como o abandono e a exploração no trabalho (MARTINS; JORGE, 2010).

Cerca de 30 anos após a aprovação da Declaração, a ONU aprovou a Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente (1989), e promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990, que trouxe em seus textos mais direitos da criança e do adolescente, abrangendo temas como da violência e do trabalho infantil (LANDINI, 2011). A grande importância desta convenção reside no fato de que é o primeiro instrumento a nível internacional que apresenta as responsabilidades do Estado para com a Infância.

Conforme consta em seu Art. 19 da Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança (ONU, 1989), a criança deve ser protegida contra todas as formas de violência física ou mental, abuso ou tratamento negligente, maus tratos ou exploração, inclusive abuso sexual,



enquanto estiver sob a custódia dos pais, do representante legal ou de qualquer outra pessoa responsável por ela. Diante deste avanço nos direitos da criança e do adolescente garantido por esta Convenção é que surgem outras leis para o fortalecimento do exercício de cidadania.

À mesma época em que os direitos da criança estavam sendo discutidos, internacionalmente no âmbito das Nações Unidas, no Brasil, grupos organizados da sociedade civil e de políticos aprovaram dois marcos de extrema importância na luta contra a violência sexual: o artigo 227 da Constituição Federal Brasileira (1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

A Constituição Federal Brasileira, determinou no artigo 227:

“É dever da família, da sociedade, do Estado assegurar a 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” (BRASIL, 1988).

No inciso 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

Este é outro marco significativo, da legislação brasileira, que legitima que a criança e o adolescente são protegidas e amparadas pela lei Máxima. Isto nos mostra que é responsabilidade e compromisso da família, Estado e sociedade em garantir uma infância segura e fora de qualquer situação que lhe ofereça riscos de vida e comprometa sua estrutura física, psíquica e mental. Neste sentido, o Brasil reconhece a importância de oferecer instrumentos legais de proteção à criança e adolescentes com a promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).

Logo após o artigo referente à proteção à criança e adolescente na Constituição Brasileira, em 1989, o ECA, aprovado pelo Congresso Nacional em 30/06/89 e transformado na lei Nº 8.069 em 13/06/90, veio a se constituir no instrumento legal na garantia da cidadania de criança e adolescentes. Com a implementação do ECA (instrumento único em toda América Latina), a lei passa a dar a prioridade absoluta à criança e ao adolescente por parte da família, da sociedade e do Estado, mudando a concepção de atendimento à essa população específica (BRASIL, 2010).

Destaca-se os seguintes artigos que retratam algumas mudanças importantes no que diz respeito na forma de proteção, das responsabilidades e punições quando se trata de crianças e adolescentes de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (PASTORELLI, 2001), a saber:

Art 1º Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.

Art 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos das crianças.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 70 É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação de direitos da criança e do adolescente.

Além de afirmar a responsabilidade para com a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, o ECA dispõe de medidas protetivas para coibir a disseminação indiscriminada da violência, em que prevê em seu Art.13 que casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes devem ser comunicados ao Conselho Tutelar, sem detrimento de outras medidas protetoras e legais.

Determina em seu Art. 245 que os profissionais de saúde e de educação e responsáveis das instituições de saúde e de ensino são obrigados a realizar a comunicação podendo sofrer penalidades de 3 a 20 salários se não o fizerem (CAMARGO, 2006). O Conselho Tutelar foi instituído pelo ECA com o objetivo de zelar pelo cumprimento dos direitos e deveres da criança e do adolescente (BRASIL, 2010a).

No Brasil os dados sobre violência sexual contra criança e adolescente vêm tomando destaque no final do século XX, impulsionados pelo ECA e de organizações não governamentais na defesa dos direitos da criança e adolescente, e principalmente das Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI), instituídas no ano de 1993, dado a diversidade de violência sexuais que atinge crianças e adolescentes (LANDINI, 2011).

Somente no ano de 2000 foi elaborado o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes que tem como objetivo de articular ações de intervenção técnico-política e financeira para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, sendo instalado um Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual como instância Nacional representativa da sociedade, dos poderes públicos e das cooperações internacionais, para o monitoramento da Implementação do Plano Nacional de Enfrentamento da violência Sexual Infanto-Juvenil (BRASIL, 2013a).

Destaca-se também o III Congresso Mundial do Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e adolescente realizado em 2009 no Brasil, demonstrando a importância do tema a nível nacional, tendo sido objeto de intervenção por parte de um número cada vez maior de organizações sociais e também por parte de órgãos não governamentais (LANDINI, 2011).

No Quadro 1 mostra uma síntese dos principais marcos políticos dos avanços de

proteção as crianças e adolescentes

Quadro 1- Principais marcos políticos de proteção à criança e ao adolescente

| Marco Político  | Ano  | Objetivos  |
|---|------|--|
| Liga das nações   | 1921 | Comissão especial à proteção da criança e à proibição do tráfico de crianças e mulheres.   |
| Convenção de Genebra  | 1924 | Preconizou a necessidade de proteção especial às crianças.   |
| Declaração Universal dos Direitos da Criança                                      | 1959 | Primeiro recurso e mais relevante na ordenação internacional em prol da infância.  |
| Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança                              | 1989 | Foi elaborado um documento de representatividade no que concernem os direitos humanos para a infância e juventude na história mundial.     |
| Constituição Federal Brasileira   | 1988 | Estabelece responsabilidades para assegurar os direitos fundamentais a criança e ao adolescente.   |
| Estatuto da Criança e Adolescente   | 1990 | A criança e o adolescente são reconhecidos como sujeito de direitos e ganham prioridade absoluta.  |
| Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes | 2000 | Articulação de ações de intervenção técnico-política e financeira para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. |
| Portaria nº 1.968, publicada em 25/05/01, que dispõe sobre a notificação          | 2001 | O Ministério da Saúde propõe uma ficha de notificação compulsória em casos de maus tratos à crianças e adolescentes.                       |
| Manual sobre notificação de maus tratos   | 2002 | Capacitação dos profissionais de saúde a respeito da notificação de maus tratos contra criança e adolescentes.                             |
| Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes                                    | 2006 | Monitoramento da violência doméstica, sexual e violência interpessoais nas regiões brasileiras.  |

Fonte: Síntese elaborada pela autora, 2015.

Mais recentemente, ainda preocupado com a subnotificação da violência contra criança e adolescente, e para orientar a prática em serviço na prevenção e tratamento de violência intrafamiliar, o Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, publicou em 2002 o manual “ notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde, Portaria nº 1.968, publicada em 25/05/01, que dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS, e propõe uma ficha de notificação compulsória (BRASIL, 2002).

A notificação é uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o conselho tutelar com a finalidade de promover cuidado sócio sanitário voltados para proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da

família ou por parte de qualquer agressor, além de gerar um perfil dos problemas e da demanda e, assim, subsidiar o planejamento adequado de atenção às vítimas nas unidades básicas e no sistema como um todo (BRASIL, 2010a).

Pensando nisto, o MS, implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) com a finalidade de obtenção dos dados sobre a amplitude de violência e acidentes no território nacional para que estas informações sejam divulgadas possibilitando aos serviços de saúde de cada região na adoção de medidas de prevenção a esse agravo e priorizar o atendimento de forma integral às vítimas em todas as regiões do país. Este sistema monitora a violência doméstica, sexual, e outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo) e as violência e acidentes em emergências hospitalares (VIVA-Sentinela), por meio do preenchimento das fichas de notificação compulsória (BRASIL, 2010b).

### **3.4 Modalidades de violência contra criança e adolescente**

O Estatuto da criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, em seu artigo 5º estabelece que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Contudo, ainda temos crianças e adolescentes expostos a violência de natureza física, sexual, psicológica e negligência. A seguir, são apresentadas as violências segundo sua natureza:

De acordo com Camargo (2006), a violência física pode apresentar-se sob várias configurações, como: Lesão corporal dolosa que pode ser definida como uma ofensa ou danos a integridade física do corpo humano em virtude da qual decorre uma alteração mórbida do organismo; o homicídio e a tentativa de homicídio.

A violência física contra crianças e adolescentes são construídas historicamente pela sociedade brasileira como uma forma de impor respeito e obediência ao adulto, permeada de punições severas com a justificativa de educá-los, pode ser praticadas por meio de beliscões, tapas, chutes e arremessos de objetos.

Pode-se citar ainda como violência física a síndrome do bebê sacudido, nome que se dá às lesões de gravidade variáveis que ocorrem quando uma criança, geralmente lactente, é severa ou violentamente sacudida, podendo ocorrer como consequência: cegueira ou lesões oftalmológicas, atraso no desenvolvimento, convulsões, lesões na espinha dorsal, lesões cerebrais e morte (BRASIL, 2010a).

Síndrome de Munchausen por procuração, tipo de violência geralmente rara, de difícil

diagnóstico. A família, geralmente a figura materna, de forma intencional ou simulada dos sinais e sintomas físicos ou psicológicos produz na criança ou adolescente situações que desencadeiam a síndrome, usando desde histórias falsas e o mais grave conseguem ativar sintomas nos filhos, submetendo-os a procedimentos médicos desnecessários e danosos para seu organismo (CAMARGO, 2006).

A violência psicológica produz na criança e adolescente sofrimentos emocionais e psíquicos graves e manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem (BRASIL, 2004). Por não ser visível ao corpo resulta na subnotificação nos serviços de saúde quando acompanhados de outras formas de violência.

Como podemos perceber a violência psicológica representa a relação de poder e dominação do adulto em relação à criança e o adolescente que tornam -se objetos menosprezados com as imposições perversas aos quais são submetidos, repercutindo de forma negativa na formação de sua identidade e do modo de encarar a vida. Evidencia-se desta forma a reprodução da construção histórica e cultural desta violência entre gerações. Portanto, os profissionais de saúde devem ficar atentos para visualizar o sofrimento psicológico de crianças e adolescentes que está sempre presente nos demais tipos de violência.

Compreende-se como negligência a omissão do adulto, responsáveis e instituições ao deixarem de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes. O abandono é uma das formas de negligência mais extremas (BRASIL, 2010a).

Torna-se necessário desmistificar algumas concepções errôneas sobre a negligência, que geralmente associa-se a pobreza e as camadas mais pobres da sociedade e que a mãe é a responsável principal nos cuidados aos filhos. O profissional de saúde precisa romper com estas idéias preconcebidas para orientar tanto o pai como a mãe sobre o atendimento das necessidades básicas de crianças e adolescentes (CAMARGO, 2006).

Outra forma de violência que acometem crianças e adolescentes é a sexual, geralmente ocorridas dentro do ambiente familiar ou com pessoas de confiança da criança e do adolescente caracterizado como todo ato ou jogo sexual que os estimulam as práticas sexuais que vão desde a atos libidinosos ao estupro para obtenção de satisfação sexual, abrangendo relações homo ou heterossexuais (BRASIL, 2004).

A violência sexual quando perpetrada no ambiente intrafamiliar pode perdurar por longos anos devido ao medo da revelação que envolve a vítima e o autor da agressão. Outro

fator que dificulta o rompimento da violência é o descrédito da criança e do adolescente ao denunciá-la por desqualificar as revelações verbais e não verbais pela falta de comprovação do ato praticado. Raramente uma criança mente deliberadamente sobre um abuso, exceto para negá-lo, em um processo em que a verdade é contida por meio de ameaças e seduções (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

O profissional de saúde pode contribuir na interrupção do ciclo de abusos sexuais ao ficar atento com o comportamento da criança e do adolescente em relação as expressões verbais e não verbais que devem ser acompanhadas e valorizadas durante o cuidado de saúde em casos suspeitos de violência sexual, assim como a notificação aos órgãos competentes e assim evitando a revitimização.

Desta maneira torna-se fundamental que discutamos esta temática no campo da saúde e em outras áreas, para que o profissional seja preparado para lidar com as diversas formas de violência que afetam este grupo etário.

### 3.5 Implicações legais e biopsicossociais da violência sexual

No início do século XX os crimes sexuais eram julgados com base no Código Penal Republicano de 1890, que vigorou até 1940. Era reconhecido no Capítulo XIII como Dos crimes contra a segurança da honra e honestidade das famílias e do ultraje público ao pudor. Alguns artigos tratavam-se de criança e adolescentes ao mencionar a terminologia pessoa de menor idade na legislação. Destaco alguns desses artigos no quadro abaixo:

Quadro 2- Artigos que tratam dos crimes contra a segurança da honra e honestidade das famílias e do ultraje público ao pudor de acordo com o Código Penal de 1890.

| <b>Artigos dos crimes sexuais de acordo com o código penal de 1890</b> |  |
|--|--|
| Art.266  | Atentar contra o pudor de pessoa de um ou outro sexo   |
| Art.267  | “Deflorar mulher de menor idade, empregando sedução, engano ou fraude”   |
| Art.272  | “Presume-se cometido com violência qualquer dos crimes especificados nestes e no capítulo precedente, sempre que a pessoa ofendida for menor de 16 anos”;  |
| Art.273  | Estabelece que as penas para os crimes sexuais serão aplicadas com aumento da quarta parte:<br>“Se for ascendente, irmão ou cunhado da pessoa ofendida;<br>“Se for tutor, curador, encarregado da sua educação ou guarda, ou qualquer outro título que tiver autoridade sobre ela” |
| Art.277  | “Excitar, favorecer, ou facilitar a prostituição de alguém para satisfazer desejos desonestos ou paixões lascivas de outrem”   |

Fonte: Landini, 2011.

Um novo Código Penal foi aprovado, no ano de 1940, e os artigos contra os crimes

sexuais foram então definidos sob o título VI- Dos crimes contra os costumes. Nesse novo código, os crimes contra menores de idade ganharam destaque num capítulo exclusivo, Capítulo II- Da sedução e da corrupção de menores. Conforme o quadro abaixo:

Quadro 3- Artigos que explicitam crimes sexuais contra menores, de acordo com o Código Penal de 1940

| <b>Artigos de crimes sexuais contra menores de acordo com o código penal de 1940</b> |  |
|--|--|
| Art.217  | Sedução: seduzir mulher virgem, menor de dezoito anos e maior de quatorze, e ter com ela conjunção carnal, aproveitando-se de sua inexperiência ou justificável confiança.                     |
| Art.218  | “Corrupção de menores: corromper ou facilitar a corrupção de pessoa maior de quatorze e menor de 18 anos, com ela praticando ato de libidinagem, ou induzindo-a a praticá-lo ou presenciá-lo”. |
| Art.213  | Estupro: constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça. Há um aumento de pena se a ofendida é menor de 14 anos.  |
| Art.214  | Atentado violento ao pudor: constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal.                 |
| Art.219  | Rapto violento ou mediante fraude: raptar mulher honesta, mediante violência, grave ameaça ou fraude, para fim libidinoso.   |
| Art.224  | Presunção de violência: se a vítima não é maior de 14 anos, é alienada, débil mental ou se não pode oferecer resistência.  |
| Art.226  | Aumento de pena: se o agente é ascendente, pai adotivo, padrasto, irmão, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima ou por qualquer outro título tem autoridade sobre ela.            |

Fonte: Landini, 2011.

A criança e o adolescente tiveram uma maior visibilidade nas questões de violação de direitos com a Constituição Federal, em 1988, e com o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, ao definirem que esta fase da vida merece uma proteção especial.

No final do século XX, ocorreram avanços no que diz respeito à violência sexual à criança e adolescentes. O Código Penal de 1940, o qual ainda vigora, foi modificado pela Lei Nº 12.015 no ano de 2009. No Capítulo VI, o qual trata dos crimes sexuais, deixou de ser chamado “Dos crimes contra os costumes”, passando para “Dos crimes contra a dignidade sexual”. O capítulo II, intitulado “Da sedução e da corrupção de menores”, passou a ser denominado “Dos crimes sexuais contra vulnerável” (LANDINI, 2011).

Quadro 4- Artigos dos crimes contra a dignidade sexual, de acordo com a Lei nº 12.015/09

| <b>Artigos dos crimes contra a dignidade sexual de acordo com a lei 12.015/09</b> |   |
|---|---|
| Art.213   | Estupro: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. |
| Art.215   | Violação sexual mediante fraude: ter conjunção carnal ou praticar outro ato   |

|           |   |
|-----------|---|
|           | libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima.   |
| Art.216 A | Assédio sexual: constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.                                     |
| Art.227   | Mediação para servir a lascívia de outrem: induzir alguém a satisfazer a lascívia de outrem.  |
| Art.228   | Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone.  |
| Art.229   | Casa de prostituição: manter, por conta própria ou de terceiros, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente.  |
| Art.230   | Rufianismo: tirar proveito da prostituição alheia, participando diretamente de seus lucros ou fazendo-os sustentar, no todo ou em parte, por quem a exerça.   |
| Art.231   | Tráfico internacional de pessoa para fim de exploração sexual: promover ou facilitar a entrada, no território nacional, de alguém que nele venha a exercer a prostituição ou outra forma de exploração sexual ou a saída de alguém que vá exercê-la no estrangeiro. |
| Art.231 A | Tráfico interno de pessoa para fim de exploração sexual: promover ou facilitar o deslocamento de alguém dentro do território nacional para o exercício da prostituição ou outra forma de exploração sexual.   |

Fonte: Landini, 2011.

A violência sexual intrafamiliar é um fenômeno de dimensão universal que atinge sem distinção todas as classes sociais, etnias, idades, sexo, religião e cultura, que ocorreu em épocas passadas e que se perpetua nos dias de hoje. É um assunto bastante complexo, de difícil manejo por envolver uma série de fatores sociais e culturais para o seu desvendamento.

Estima-se que acometa 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo mundo e ocorre quando a vítima, criança e o adolescente tem desenvolvimento psicossocial inferior ao do autor da violência, que as expõe a estímulos sexuais impróprios para a idade ou a utiliza para sua satisfação sexual ou de outra pessoa (BRASIL, 2010a).

A violência sexual atinge por excelência o sexo feminino em diversas faixas etárias quando comparado ao sexo masculino. Ribeiro, Ferriani e Reis (2004), apontam em seus estudos que a mulher é o alvo das agressões sexuais (90 a 95%) principalmente na faixa etária de 12 a 14 anos, fase da adolescência, e em crianças de 10 a 12 anos incompletos.

Pinto Júnior (2005), ao estudar sobre violência sexual em meninos, afirma que a prevalência em meninas se deve aos serviços voltados para este grupo, sendo poucos os serviços para as vítimas do sexo masculino. Diante disto é necessário mais estudo para termos parâmetros para análise.

O Ministério da Saúde aponta que os principais perpetradores são os companheiros das



mães, e, em seguida, os pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança e adolescente uma relação de dependência, afeto ou confiança (BRASIL, 2010a).

Cabe ressaltar que a violência intrafamiliar é estudada por trazer as consequências psicoemocionais mais sérias vividas pela criança e o adolescente devido o envolvimento emocional, dependência do adulto e facilidade de acesso do agressor em relação à vítima, ou o medo.

Um estudo realizado em São Paulo, no Centro de referência da Saúde da Mulher, investigou 671 vítimas de abuso sexual. No grupo de crianças, em 84,5% dos casos o agressor era conhecido, sendo que em 60% dos casos este era do núcleo familiar e em 40% o vizinho ou outro conhecido. Entre os adolescentes, 27,7% conheciam o agressor, sendo que em 38,5% dos casos o agressor era do núcleo familiar e em 61,5% eram pessoas próximas da família (DREZETT et al., 2001). O que indica nestes resultados que a violência sexual na infância é predominantemente doméstica.

Há um comprometimento da saúde sexual como gravidez em idade precoce, infecções sexualmente transmissíveis, promiscuidade, perpetração sexual em outros, conhecimento inapropriado de comportamento sexual do adulto, atividade sexual inadequada para a idade e masturbação compulsiva são indicações significativas de abuso sexual (BASSOLS et al., 2011).

O profissional de saúde deve ficar atento quanto às queixas e sintomatologia da criança e adolescente vítima de abuso sexual que pode ser inespecífica, tais como: anorexia, dor abdominal, cefaléia, enurese, encoprese, constipação crônica, dor para defecar e manchas no palato mole ou palato duro. Por outro lado, possíveis indícios de abuso sexual podem apresentar-se como queixa genito-urinárias (hemorragias, prurido, dor crônica, infecções-vulvite ou vulvovaginite), presença de corpo estranho, disúria infecções recorrentes do trato urinário (SADOCK, 2007). A seguir, um quadro ilustrando alguns aspectos que podem indicar situações de violência sexual em crianças e adolescentes.

Quadro 5: Situações que podem indicar violência sexual em crianças e adolescentes

| <b>Indícios de violência sexual em crianças e adolescentes</b>  |                                  |
|---|----------------------------------|
| Brincadeiras sexuais agressivas   | Infecções da garganta recorrente |
| Comportamento sedutor   | Infecções urinárias              |
| Comportamento sexualmente explícito (ao brincar demonstra conhecimento sofisticado sobre sexo ou inapropriado para a idade) | Masturbação excessiva            |
| Dilatação himenal   | Sangramento anal ou vaginal      |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Infecções sexualmente transmissíveis | Secreções vaginais                                    |
| Dores abdominais                     | Traumatismos e lesões diversas na genitália e/ou ânus |
| Encorporese                          | Gravidez  |
| Enurese                              |   |

Fonte: Camargo, 2006.

A gravidade da violência sexual se estende ao aspecto emocional com repercussões em seu comportamento, sendo geralmente de médio e longo prazo, portanto de difícil mensuração e a necessidade de acompanhamento da saúde mental. Estudos apontam vários distúrbios como ansiedade, depressão, idéias suicidas, sentimento de culpa, isolamento social e dificuldades de relacionamento sexuais futuros (LANDINI, 2011).

Cabe ressaltar que nem todas as crianças e adolescentes reagem da mesma forma à violência sexual sofrida. Conforme afirma Gabel (2007), que não pode confirmar que toda violência sexual podem deixar marcas tão profundas ou indelévels, talvez dependa da idade, a repetição e o tipo de abuso ou o silêncio que potencializam as sequelas do trauma sofrido. Aponta também que a violência sexual é a mais ocultada, porque a criança tem medo de falar sobre o assunto e o adulto tem medo de falar sobre isso.

A revelação da agressão sofrida pode levar anos até ser desvendado, pois a criança e o adolescente não conseguem libertar-se do ato violento, pois existem um conjunto de reações consideradas típicas das vítimas abusadas sexualmente: o segredo que envolve a vítima e o autor da violência, sentimento de impotência, a adaptação decorrente da armadilha que envolve com o abuso sexual; revelação tardia e não convincente e a retratação da criança que nega o ocorrido (LAMOUR, 2007).

Para Algeri et al. (2011) o silêncio, nesta situação de violência, no qual a criança e o adolescente são obrigadas a participar é mantido por meio de ameaças de abandono, morte, além do intenso receio de que sua revelação caia no descrédito. Desse modo, sofrem tanto pelo ato sexual sofrido como pela violência psicológica que é imposto a aceitar e a calar-se. Portanto, torna-se importante que os profissionais de saúde ao prestar assistência às vítimas observar as atitudes do seu cuidador nas possíveis orientações da negação do abuso.

Um dos compromissos da sociedade frente à violência sexual é interromper o quanto antes esta violação de direitos sexuais e minimizar as consequências pessoais e sociais dela oriunda. Neste sentido área da saúde, educação, justiça, segurança, os movimentos sociais e os serviços de atendimento às vítimas devem se articular para o fortalecimento das ações a serem desempenhadas por todos na interrupção do ciclo da violência.

O profissional enfermeiro tem um papel fundamental na equipe de saúde para assistir

as vítimas e a família de forma sistematizada e integral, haja vista os cuidados diretos com crianças e adolescentes seja em Unidades de Saúde, escolas, creches e na área hospitalar. Monteiro e colaboradores (2009) afirmam que o enfermeiro deve estar sensível à escuta e a percepção de situações de violência, estabelecendo uma rede de apoio acessível, com acolhimento propício a romper a violência velada.

O enfermeiro, pela natureza de seu trabalho, são na maioria das vezes os primeiros profissionais a se depararem com vítimas de violência sexual, assim é importante a habilidade de identificar sinais e sintomas, conhecer os comportamentos sexuais normais e anormais, testes diagnósticos para infecções sexualmente transmissíveis, problemas de saúde que podem ser mal interpretados como indicativos de abuso, a notificação e a melhor abordagem de intervenção, que não causem danos adicionais às vítimas (ALGERI et al., 2011).

O enfermeiro necessita apropriar-se desta temática por considerar-se como o profissional de saúde que tem como alvo de sua atenção o cuidado individual e coletivo nas diversas áreas de atuação, o que pode desenvolver ações de prevenção, proteção e assistência nas situações de violência sexual contra criança e adolescentes.

### **3.6 O papel do enfermeiro frente à violência sexual de crianças e adolescentes**

A violência sexual na infância e na adolescência ainda configura-se como episódios recorrentes por ambos serem seres indefesos, contendo pouca capacidade de discernimento, e ainda estar em processo de formação educacional e de personalidade, tornando-os indivíduos mais vulneráveis a acontecimentos como abuso sexual, violência física e verbal.

É desconfortante comprovar que os maiores episódios de abuso sexual ocorrem no âmbito intrafamiliar, local que deveria ser de proteção e acolhimento ao menor, geralmente praticado por pai, padrasto, irmão, primos e avôs. Estudos mostram que embora não haja justificativa comprovada aos motivos que agressores praticam tal violência à criança e ao adolescente a interação muitas vezes está relacionada ao: estresse ambiental, estresse, pobreza, desemprego, má condição de moradia, alcoolismo e drogas.

Esses fatores propiciam situações de revolta e instiga a própria personalidade do indivíduo tornando-o possível agressor sexual ou/e agressor físico, marcando a infância da criança/adolescente com sequelas efêmeras ou não. Ainda nas causas, estudiosos apontam que crianças vítimas de abuso sexual poderão ser futuros agressores. Embora a justificativa pareça intrigante, vale ressaltar intenso abalo psicossocial nesse contexto, e que precisa ser atentado por profissionais da saúde (WOISK; ROCHA, 2010).

A vítima de violência sexual seja por abuso corriqueiro ou recorrente apresenta comportamentos perceptíveis. Segundo os autores Woisk e Rocha (2010) a criança ou adolescente apresenta alteração de sono, quebra brusca do rendimento escolar, medo inexplicável de ficar sozinha na presença de adultos estranhos ou de algum adulto específico, ou realizar brincadeiras agressivas com brinquedos ou animais. A criança e o adolescente pode sofrer com ameaças para que o abuso seja mantido e perpetuado sem ser revelado a ninguém, refletindo em timidez excessiva e aspecto introvertido.

Falar de violência sexual infantil ainda é, e sempre será um assunto de extrema delicadeza. Quando um familiar ou conhecido percebe esse acontecimento, seja no ambiente intrafamiliar ou extrafamiliar, e possui sentimento de proteção pelo menor, o mesmo sente-se na obrigação de procurar apoio legal e médico. Profissionais especializados são capazes de oferecer atendimento com qualidade e suporte integral. Em atendimentos emergências, clínicos ou básicos, enfermeiros são primordiais na identificação da violência, na escuta sensível da criança e familiar e nos encaminhamentos para outros profissionais. Dentro desse contexto o profissional de enfermagem possui um papel intrínseco na recuperação e reinserção da vítima e familiar para a sociedade (ALGERI et al., 2007).

Pelo Sistema Único de Saúde, seguindo linhas de atendimento, a porta de entrada a crianças vítimas de abuso sexual são Unidades de Saúde, das quais, atendem casos leves e moderados, e para ocorrências graves são hospitais de emergência, quando se trata de lesões que necessitam de atendimento hospitalar. Embora o protocolo de atendimento exista, familiares, por vezes destinam-se a hospitais emergenciais sem haver “necessidade”, por ansiedade e medo do abuso sofrido. Em meio às complexidades de atendimento o enfermeiro deve ser capacitado para reconhecer os sinais de várias formas de violência contra crianças, devendo ser consciente da rotina hospitalar em que trabalha, bem como reconhecer necessidade de direcionamento para outros atendimentos (CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005).

O profissional de enfermagem deve ser preparado desde a graduação acerca da violência sexual na infância. Nesse sentido, a academia deve fornecer ao aluno muito mais do que informações, mais que o domínio de técnicas e, até mesmo, que o desenvolvimento da capacidade de raciocínio lógico; os valores pessoais e de convivência que nela exercitam-se, devem instigar a capacidade de pensar, refletir e saber agir (ALGERI, 2005).

Então, sair da graduação com preparo teórico e aplicá-lo da vida profissional, faz-se de extrema importância. Tendo em vista essa compreensão e levando ao campo de trabalho, ainda que seja consulta de enfermagem ou internação hospitalar, a coleta de dados realizada

por Enfermeiros, necessita ser minuciosa a fim de perceber sinais do tipo de relacionamento entre os membros familiares, a situação sócio econômica do paciente e os demais envolvidos no comportamento da criança.

É imprescindível que o profissional utilize todos os meios a fim de minimizar os casos de violência à criança e ao adolescente. Entretanto, por questões culturais e sócio econômico numerosos casos são atendidos em todas as Unidades de Saúde e, dentre todas as competências do Enfermeiro reitera-se o papel mais uma vez como sendo de elevada relevância. Esse profissional junto à sua equipe deve dispor de protocolos, como fichas de levantamento de dados; renda, moradia, quantos membros residem ; exame físico detalhado e que garantam a continuidade de um trabalho integrado com a equipe multiprofissional, atuando na orientação e no acolhimento dos familiares (WOISK; ROCHA, 2010).

A infância e adolescência são momentos mágicos na vida de um ser, pois carregado de inocência e leveza torna a vida mais branda e suave. Ainda nos autores Woisk e Rocha (2010) o profissional Enfermeiro é membro do funcionamento no atendimento a criança e adolescente vítimas, mas o mesmo precisa passar por treinamentos mais específicos que os façam ficar preparados tecnicamente e psicologicamente, pois em muitos casos os relatos são fortes e intensos que levantam questionamentos e revoltas sobrepondo o “ser profissional” que ali se faz presente. Embora a função seja difícil, o atendimento prestado com qualidade pode mudar a história, a vida, e até mesmo minimizar sequelas daqueles pacientes.

O enfermeiro “sobrevoa por eixos” que talvez outra profissão não o faça. Ele, sendo o profissional mais próximo do paciente, sabe quão é importante a sua presença e segurança a respeito do seu atendimento. Também possui função de acalantar a criança e o responsável, fazendo-os sentir seguros, dando-lhes o tempo necessário para dialogar. Tratando-se de criança, o profissional de saúde conta com artifícios que chamem atenção, tais como o desenho, pintura ou histórias. Poder-se-ia você como leitor interpretar como “artifícios desnecessários”, explana-se então sua relevância, pois a brincadeira e a arte são consideradas formas fortes de expressão infantil, servindo de subsídios na identificação de agressor/agressores, local do acontecimento e seus medos recorrentes.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta

Wanda de Aguiar Horta, nascida em 1926, em Belém do Pará, graduou-se em 1948 pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Na segunda metade dos anos 1960, Wanda de Aguiar Horta, primeira Enfermeira brasileira a abordar a teoria no campo profissional, embasou-se na teoria da motivação humana de Abraham Maslow e na teoria de João Mohana para elaborar a teoria das Necessidades Humanas básicas (NHB). Ela propôs então às enfermeiras uma assistência de enfermagem sistematizada que fez surgir no Brasil uma nova visão de Enfermagem (HORTA, 1979).

Horta, classificou as NHB, de acordo com a denominação de João Mohana, em necessidades psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. As necessidades psicobiológicas são relacionadas às ações independentes da vontade do ser humano, ou seja, é uma força, instinto ou energia inconsciente que surgem sem planejamento e se manifestam, por exemplo, na vontade de se banhar e repousar. As necessidades psicossociais são aquelas por meio das quais o homem tem necessidades de comunicar-se, de viver em grupo e realizar trocas sociais. As necessidades psicoespirituais são aquelas por meio dos quais o homem procura compreender o que vivencia de inexplicável cientificamente, transcendendo e ultrapassando as linhas que limitam sua experiência no mundo (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA; 2008).

O uso de uma teoria no campo da enfermagem para o planejamento da assistência nos serviços de saúde possibilita ao enfermeiro uma aproximação entre o paciente, família e comunidade na adoção de condutas que atinja resultados mais eficazes.

Atualmente, a enfermagem vem mudando seu comportamento ao assistir as pessoas valorizando não só a esfera biológica, mas também as dimensões sociais, psíquica e espirituais, e as teorias vêm sendo cada vez mais implementadas na prática, o que tem aumentado a possibilidade de melhora na qualidade da assistência (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

O uso de teorias de enfermagem oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, proporciona um meio sistemático de coletar dados para se descrever, explicar e prever a prática, promove a prática racional e sistemática, torna a prática direcionada por metas e resultados, determina a finalidade da prática de enfermagem e promove um cuidado coordenado e menos fragmentado (MCEWEN, 2009).

A Teoria das necessidades humanas básicas destaca-se a pessoa como foco principal de seu cuidado, respeitando como um ser biopsicossocial e espiritual, assim, a unicidade e totalidade devem ser preservadas para que o cuidado seja adequado e alcance seus objetivos. (SOUZA, 2001).

Wanda Horta (1979) elucida que:

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço (HORTA, 1979, p.29).

Lima (2009) e Cordeiro et al. (2013) corroboram com o enunciado de Wanda Horta ao enfatizarem que o cuidado ao ser humano é a essência da enfermagem ao valorizar as dimensões pessoais quanto sociais dos indivíduos e da coletividade, assim os cuidados prestados visam preservar, recuperar e tratar os principais problemas que afetam a saúde dos indivíduos, assumindo o compromisso junto a equipe multiprofissional nas estratégias e ações que atendam às necessidades essenciais para a manutenção da saúde. Haja vista, o processo de interação fundamental entre os diversos saberes, produzindo resultados satisfatórios na assistência a ser ofertada.

O processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem. Após a escolha da teoria de enfermagem, torna-se necessário a utilização de um método científico para que os conceitos da teoria sejam implantados na prática (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

De acordo com o modelo de Wanda Horta (1979), o processo de enfermagem apresenta os seguintes passos ou fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem.

Torna-se importante a utilização deste método pelo enfermeiro para que suas intervenções tenham embasamentos científicos e fundamentados com uma teoria que conduzirá uma assistência de enfermagem mais direcionada e de melhor qualidade. Por meio do processo de enfermagem, o enfermeiro torna-se mais autônomo na execução dos cuidados de enfermagem e possibilita a avaliação de suas ações com redirecionamento dos cuidados implementados.

O processo de enfermagem é a maneira sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem de forma humanizada, com resultados estabelecidos e que melhore a assistência

prestada (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Nesta perspectiva que o estudo apresenta um modelo de instrumento de coleta de dados que corresponde a 1ª fase do processo de enfermagem (Histórico de enfermagem) fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta como uma diretriz para sistematizar a assistência de enfermagem.



## 5 MÉTODO

### 5.1 Tipo de estudo

O estudo é do tipo descritivo, analítico, retrospectivo e de natureza quantitativa. Os estudos descritivos consistem em investigações de pesquisa empírica, cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos com a exata descrição de certas características quantitativas de populações como um todo, geralmente contêm um grande número de variáveis e utilizam técnicas de amostragem para que apresentem caráter representativo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A descrição do estudo consiste em definir o evento a ser investigado e especificar adequadamente as suas frequências em relação às características das pessoas atingidas por ele, dos lugares e do tempo onde ocorreu. Dessa forma, permite ao pesquisador identificar qual o segmento da população mais acometida pelo acontecimento, a distribuição geográfica onde as pessoas são mais expostas e sua variação temporal (PEREIRA, 1999). Além disso, esse estudo permite ao pesquisador investigar um problema de seu interesse a partir de observações e descrições dos fenômenos, utilizando determinadas questões de pesquisa como a predominância, a incidência, as características, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno para o entendimento da realidade, gerando informações novas ao estudo em questão (POLIT, BECK, HUNGLER, 2001).

No delineamento retrospectivo, o estudo é desenhado para explorar fatos do passado, podendo ser delineado para retornar, do momento atual até um determinado ponto no passado, podendo ser contabilizado em um período de meses há vários anos (FONTELLES, 2009).

Para Teixeira (2013), a abordagem quantitativa utiliza a descrição matemática para descrever as causas de um fenômeno e suas relações. Enfatiza que este tipo de estudo tem como ponto de partida o uso das teorias como uma tentativa de formular explicações acerca de algum aspecto da realidade.

### 5.2 Delimitação da amostra de estudo

Fizeram parte do estudo crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na faixa etária de 0 a 18 anos, de acordo com as informações colhidos (as) do Programa de Atendimento no PROPAZ, integrado à Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA).

A faixa etária foi estabelecida de acordo com a idade definida pelo serviço para o atendimento de violência sexual, o qual corresponde ao preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, 13/7/1990), em seu artigo 2º, que considera criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos; e o adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade.

### 5.3 Cenário de estudo

O estudo realizou-se na região do Estado do Pará. O Pará é uma das 27 unidades federativas do Brasil. É o segundo maior estado do país com uma extensão de 1.247.689,515 km<sup>2</sup>, dividido em 144 municípios, está situado no centro-leste da região norte e tem como limites o Suriname e o Amapá a norte, o oceano Atlântico a nordeste, o Maranhão a leste, Tocantins a sudeste, Mato Grosso a sul, o Amazonas a oeste e Roraima e a Guiana a noroeste (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, 2012).

Figura 1- Mapa da região do Estado do Pará



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde Pública, 2012<sup>2</sup>.

O estado é o mais populoso da região norte, contando com uma população de 7.321.493 habitantes. Sua capital, Belém, reúne em sua região metropolitana cerca de 2,1 milhões habitantes, sendo a maior população metropolitana da região Norte.

Oficialmente, o estado do Pará é dividido em seis mesorregiões e 22 microrregiões:

<sup>2</sup>Fonte: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/P%20E%20S%20-%202012-2015.pdf>.

Figura 2- Mapa das Mesorregiões do Pará



Fonte: <http://www.baixarmapas.com.br/mapa-de-mesorregioes-do-para/>, 2016.

- 1- **Baixo Amazonas:** É formada pela união de quinze municípios agrupados em três microrregiões: **Almerim** (Almeirim, Porto de Moz); **Óbidos** (Faro, Juruti, Óbidos, Oriximiná, Terra Santa) e **Santarém** (Alenquer, Belterra, Curuá, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Placas, Prainha, Santarém).
- 2- **Marajó:** É formada pela união de dezesseis municípios agrupados em três microrregiões: **Arari** (Cachoeira do Arari, Chaves, Muaná, Ponta de Pedras, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, Soure); **Furo de Breves** (Afuá, Anajás, Breves, Curralinho, São Sebastião da Boa Vista); **Portel** (Bagre, Gurupá, Melgaço, Portel).
- 3- **Metropolitana de Belém:** É formada pela união de onze municípios agrupados em duas microrregiões: **Belém** (Ananindeua, Barcarena, Belém, Benevides, Marituba, Santa Bárbara do Pará) e **Castanhal** (Bujaru, Castanhal, Inhangapi, Santa Isabel do Pará, Santo Antônio do Tauá).
- 4- **Nordeste Paraense:** É formada pela união de 49 municípios agrupados em cinco microrregiões: **Bragantina** (Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Capanema, Igarapé-Açu, Nova Timboteua, Peixe-Boi, Primavera, Quatipuru, Santa Maria do Pará, Santarém Novo, São Francisco do Pará, Tracuateua); **Cametá** (Abaetetuba, Baião, Cametá, Igarapé-Miri, Limoeiro do Ajuru, Mocajuba, Oeiras do Pará); **Guamá** (Aurora do Pará, Cachoeira do Piriá, Capitão Poço, Garrafão do Norte, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãe do Rio, Nova Esperança do Piriá, Ourém, Santa Luzia do Pará, São Domingos do Capim, São Miguel do Guamá, Viseu); **Salgado** (Colares, Curuçá, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, Salinópolis, São Caetano de Odivelas, São João da Ponta, São João de Pirabas, Terra Alta, Vigia); **Tomé-Açu** (Acará, Concórdia do Pará, Moju, Tailândia, Tomé-Açu).
- 5- **Sudeste Paraense:** É formada pela união de 39 municípios agrupados em sete microrregiões: **Conceição do Araguaia** (Conceição do Araguaia, Floresta do Araguaia,

Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia); **Marabá** (Brejo Grande do Araguaia, Marabá, Palestina do Pará, São Domingos do Araguaia, São João do Araguaia); **Paragominas** (Abel Figueiredo, Bom Jesus do Tocantins, Dom Eliseu, Goianésia do Pará, Paragominas, Rondon do Pará, Ulianópolis); **Parauapebas** (Água Azul do Norte, Canaã dos Carajás, Curionópolis, Eldorado dos Carajás, Parauapebas); **Redenção** (Pau d'Arco, Piçarra, Redenção, Rio Maria, São Geraldo do Araguaia, Sapucaia, Xinguara); **São Félix do Xingu** (Bannach, Cumaru do Norte, Ourilândia do Norte, São Félix do Xingu, Tucumã); **Tucuruí** (Breu Branco, Itupiranga, Jacundá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento, Tucuruí).

6- **Sudoeste Paraense**: É formada pela união de quatorze municípios agrupados em duas microrregiões: **Altamira** (Altamira, Anapu, Brasil Novo (Pará), Medicilândia, Pacajá, Senador José Porfírio, Uruará, Vitória do Xingu) e **Itaituba** (Aveiro, Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso, Rurópolis, Trairão).

#### 5.4 Local de estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de referência a vítimas de violência sexual a crianças e adolescentes do PROPAZ-PA integrado, anexo a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, hospital referência no atendimento materno-infantil, situado na cidade de Belém, capital do Estado do Pará.

##### 5.4.1 Histórico do PROPAZ-PA

A trajetória do PROPAZ inicia-se na década de 90. À época, o Hospital da Santa Casa, referência materno-infantil no Pará, registrava uma significativa incidência de internações por “queda à cavaleiro”, de internações para tratamento cirúrgico de crianças e adolescentes vitimizadas, atendimento no Programa de Aborto Legal e óbitos resultantes de estupro ou associado a outras formas de violência física (UNICEF, 2012).

Esses registros começaram a inquietar os profissionais que passaram a realizar seminários, trabalhos em grupo, trabalhos acadêmicos e se engajaram na rede de proteção à infância, buscando compreender o fenômeno para intervir. Como fruto de um processo de mobilização social, com ampla participação da equipe interdisciplinar do hospital, de gestores e de parceiros, em 1999, foi criado, no Hospital, o Programa Girassol.

O programa garantia o atendimento médico e psicossocial e realizava encaminhamentos para a rede de serviços. Porém, o espaço físico era inadequado, a distância

geográfica entre os órgãos afins atrapalhava o atendimento ágil e integral, havia morosidade nos trâmites legais o que contribuía para desmotivar famílias e vítimas a denunciar a violência. Desta forma, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço, precisou-se repensar as ações, analisar o fluxo de atendimento e buscar parcerias com outras secretarias estaduais e organizações não governamentais (ONG's) de maneira a se integrar ações e serviços. Com o compromisso de muitos profissionais, das mais diversas áreas e segmentos da sociedade, atuantes na Rede Estadual e no Fórum Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual, foi possível desencadear um processo de articulação com o Governo do Estado, à época, que culminou, em novembro de 2004, com a implantação do PROPAZ-PA integrado (UNICEF, 2012).

O PROPAZ-PA constitui-se como um serviço de atendimento integral para redução dos danos causados pela violência sexual às crianças, adolescentes e suas famílias. No programa, há a integração de serviços governamentais especializados, em caráter interdisciplinar e interinstitucional. A criação de um serviço de referência favoreceu consideravelmente o aumento das denúncias de violência, rompendo o “muro do silêncio” que se interpõe à violência sexual. O serviço especializado conquistou o reconhecimento da sociedade. Ao mesmo tempo, é, hoje, a principal retaguarda para os órgãos que atuam na área da infância quanto à problemática da violência sexual. Entretanto, por atender as demandas de todo o Estado, o serviço atua com limitações. A dimensão geográfica e social do Estado do Pará, com 144 municípios, impõe ao Estado a necessidade de ampliação/regionalização do serviço (UNICEF,2012).

O PROPAZ-PA é um programa do governo do estado do Pará, criado em 2004. O Programa promove ações que estimulam a paz entre as crianças, adolescente e jovens por meio da educação, da cultura da não violência, do esporte e lazer. Objetiva promover atendimento integral, interdisciplinar e de qualidade, com o apoio de uma equipe multidisciplinar, às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. “A criação do espaço de referência favoreceu o rompimento do silêncio que se interpõe à Violência Sexual, bem como, as ações e serviços desenvolvidos vêm contribuindo para superação dos traumas” (FONTES, 2011).

O PROPAZ-PA tem como objetivos: a) Promover atendimento integral, interdisciplinar e de qualidade às vítimas de violência sexual e suas famílias; b) Oferecer acolhimento psicossocial especializado; c) Garantir os direitos básicos relacionados à saúde física, emocional, mental e reprodutiva; d) Prevenir e/ou interromper a gravidez decorrente de Violência Sexual, conforme a legislação; e) Oferecer atendimento policial especializado a

todas às famílias vitimizadas pela Violência Sexual que procurarem o serviço; f) Realizar exame médico pericial; g) Garantir emissão dos laudos periciais dentro do prazo legal ; 73 h) Considerar todos os sinais e sintomas que possam afirmar ou sugerir materialidade da Violência Sexual; i) Dar celeridade a todos os procedimentos realizados nas vítimas de Violência Sexual; j) Realizar ações preventivas na comunidade (UNICEF, 2012).

O PROPAZ-PA possui uma equipe composta por: um gerente, um auxiliar técnico, dois técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, quatro assistentes administrativos, dois pediatras, um ginecologista, quatro médicas peritas, duas psicólogas, seis assistentes sociais, três delegadas, um escrivão e quatro investigadores. O atendimento consta de uma fase inicial, momento em que se realiza o acolhimento, a notificação, os encaminhamentos médico e psicológico, a ocorrência policial e médico legal. Na fase subsequente, realiza-se o acompanhamento psicossocial, o acompanhamento médico, a instauração de inquérito policial, orientações sobre os procedimentos legais, monitoramento do processo judicial, encaminhamento para rede de serviços e visita domiciliar (UNICEF, 2012).

#### 5.4.2 Funcionamento de atendimento do PROPAZ-PA

O primeiro atendimento à criança e ao adolescente que procuram o serviço do PROPAZ-PA é realizado pelo serviço social, visa esclarecer a situação da vítima no seu contexto relacional e social, através de acolhida, escuta, estudo social, orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais, orientação sócio-familiar; informação, comunicação e defesa de direitos, apoio à família na sua função protetiva, articulação com a rede de serviços sócio-assistenciais, com políticas públicas setoriais e com demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

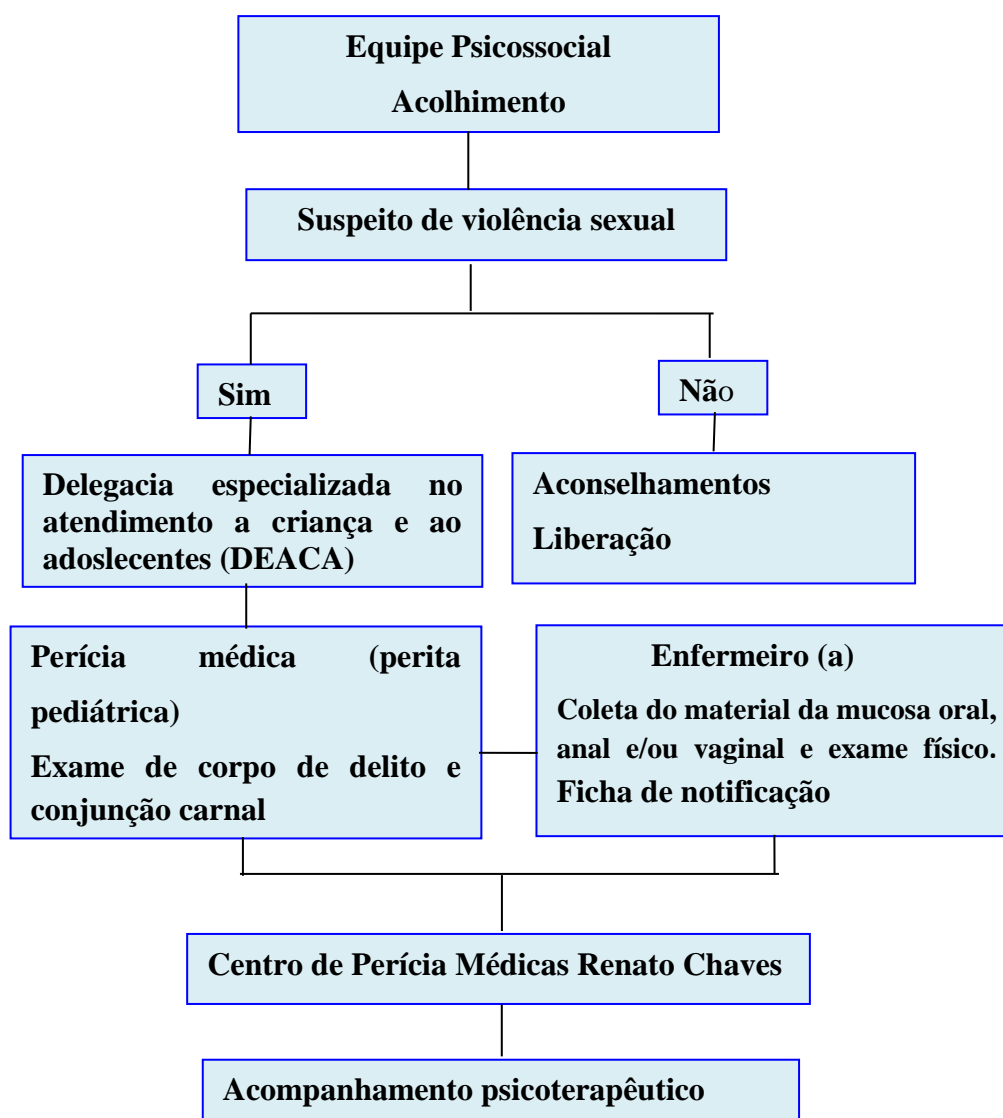
Nos casos de suspeita de violência sexual, os responsáveis e as vítimas são encaminhados para a Delegacia de Polícia, que fica anexo ao PROPAZ-PA, composta pelo Delegado e Investigador, os quais registram um Boletim de Ocorrência Policial (B.O), convocando a família para investigar o caso; além disso, solicitam os serviços da Perícia Médica para o cumprimento do processo legal. A partir deste B.O. A vítima é encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML). A Perita Pediátrica realiza o exame de corpo de delito e conjunção carnal, junto com a participação da Enfermeira que coleta o material da mucosa oral, anal e/ou vaginal e realiza o exame físico na criança ou adolescente. O material coletado é encaminhado ao Centro de Perícias Médicas Renato Chaves para ser analisado.

A enfermeira realiza a notificação da violência sexual, preenchendo a ficha de

notificação e investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais, que é encaminhada, em seguida, ao projeto Sentinela da FSCMPA. A notificação é um instrumento obrigatório que deve ser realizado pelos profissionais de saúde em casos suspeitos ou confirmação das modalidades de violência a crianças e adolescentes. É um dos mecanismos definidos pelas políticas públicas específicas e está garantida pela legislação brasileira, sendo um instrumento de garantia de direitos e proteção social.

É realizado o agendamento com o psicólogo que visa proporcionar uma experiência terapêutica (trabalhar a autoestima, o processo de percepção, valores e a identidade de si mesma e em relação ao adulto, entre outros), a fim de minimizar o impacto e os efeitos negativos do acontecimento traumático.

Na FIG. 3 ilustra o fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual do PROPAZ-PA.



De acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde, sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, a notificação tem um papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção, além de ser fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada à violência. Ela deve ser um dos passos a ser utilizado na ajuda às vítimas em situação de violência (BRASIL, 2012).

O atendimento oferecido às vítimas, em casos de flagrante, é imediato, com medidas de proteção como a anticoncepção de emergência no período de 72 horas e as profilaxias das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), Hepatite B e Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), fornecidas pela Casa Dia, localizada no município de Belém-Pa. Em situações de gravidade nas lesões, como lacerações genitais e hemorragias ativas, são encaminhadas para internação na FSCMPA, sendo acompanhadas pelos Pediatra, Ginecologista e Obstetra, Assistente Social, Psicólogo, e, posteriormente, retornam ao serviço de atendimento no PROPAZ-PA.

Em casos de gravidez, suspeita ou confirmada, considera-se a manifestação de desejo ou não de interrompê-la pela adolescente. O aborto é garantido por lei, sendo a intervenção realizada pela FSCMPA. Contudo, cabe aos profissionais de saúde fornecer informações necessárias sobre os direitos da adolescente e apresentar as alternativas à interrupção da gravidez, como a assistência pré-natal e a possível entrega da criança para adoção (BRASIL, 2012).

## **5.5 Fonte de informação**

Os dados secundários foram coletados em duas fichas: (1) a ficha de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual preenchidas pela equipe psicossocial e a (2) ficha de notificação de violência interpessoal e/ou autoprovocadas do Ministério da Saúde, usado no serviço especializado preenchido pela Enfermagem contribuindo para caracterizar o perfil da violência sexual infanto-juvenil.

## **5.6 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada na ficha de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. As variáveis analisadas foram a idade, sexo, religião, escolaridade, etnia; além de informações familiares



como a idade, estado civil, cor, religião, escolaridade, situação ocupacional, núcleo familiar e condições socioeconômicas (moradia e renda familiar) e informações relacionadas à violência sexual como quem notificou o caso, tipificações da violência sexual, tipo de lesão, marcas pelo corpo, agravos, local de acontecimentos, terapêutica adotada. Informações relacionadas ao autor da agressão como a idade, estado civil, cor, religião, escolaridade, situação ocupacional, fatores de risco, relação com a vítima e as necessidades humanas básicas mais comprometidas.

#### 5.6.1 Critério de inclusão

Foram incluídos fichas de criança e adolescentes vítimas de violência sexual, na faixa etária de 0 a 18 anos, do sexo masculino e feminino, procedentes dos municípios do Estado do Pará e assistidos na rede de atendimento do PROPAZ-PA situado na Santa Casa, no período de janeiro a junho de 2015.

#### 5.6.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos fichas de crianças e adolescentes que não foram acometidas por violência sexual, casos que não correspondiam a faixa etária estabelecida, além da criança e adolescente que não residiam nos municípios pertencentes ao Estado do Pará, aqueles casos cujas vítimas não eram assistidas na rede de atendimento do PROPAZ-PA, situado na Santa Casa e que não correspondem ao período da coleta de dados da pesquisa.

### 5.7 Análise de dados

Os dados foram condensados em uma planilha por meio do Programa de Microsoft Office Excel 2010 e as análises dos dados com o apoio do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22 e analisados por meio da estatística descritiva, dados absolutos e frequência relativa apresentados em forma de quadros, tabelas e figuras.

De acordo com Bruni (2008), a estatística descritiva consiste em expor de forma mais prática e simples possível os dados e as informações investigadas, ao descrever os resultados da pesquisa de campo por meio de tabelas e gráficos, dispondo os dados para que possam ser mais bem interpretados.

Foi utilizado o teste Qui-quadrado de homogeneidade e de Pearson para avaliar o grau de significância dos dados encontrados no estudo. O  $p$  valor é resultado do Qui-quadrado de homogeneidade (testa a relação do que é esperado com o que é observado, ou seja, se os resultados obtidos não são ao acaso), assim foi utilizado o  $p < 0,001$  (p valor muito significativo), o que permite afirmar o que encontramos na tabela. O teste Qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ) é um teste estatístico para avaliar se conjunto de dados categóricos relacionados em tabela de contingência, diferem do acaso.

De acordo com Jekel, Katz e Elmore (2005) o teste Qui-quadrado é um exemplo de uma abordagem comum para análise estatística conhecida como modelamento estatístico, o qual procura desenvolver uma expressão estatística (modelo) que prediz o comportamento de uma variável dependente com base no conhecimento de uma ou mais variáveis independentes. Afirmam que o processo de comparação das contagens observadas com as contagens esperadas, isto é comparar  $O$  e  $E$ , é chamado de teste da excelência do ajuste, pois o objetivo é ver quão bem as contagens observadas em uma tabela de contingência se “ajustam” às esperadas com base no modelo. Se o valor do Qui-quadrado é pequeno, o ajuste é bom e a hipótese nula não é rejeitada, por outro lado, se o valor do Qui-quadrado é grande, os dados não se ajustam bem a hipótese.

Obtivemos no estudo um total de 321 fichas de atendimentos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, após leitura e análises dos registros foram excluídos 32 casos de acordo com o critério de inclusão e exclusão da pesquisa, resultando em 289 registros de violência sexual na população infanto-juvenil.

## 5.8 Aspectos éticos

O estudo se fundamentou na Resolução nº466/2012 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos que incorpora, sob a ótica dos indivíduos e das coletividades, princípios da bioética, tais como a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Após a obtenção da aceitação concedida pela Gerente do serviço de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, o projeto foi submetido à apreciação em 10 de novembro de 2014 no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e no Comitê de ética em Pesquisa da instituição coparticipante da pesquisa.

O projeto recebeu parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sob o nº CAAE: 38778914.3.0000.0018, em 12 de maio de 2015, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará sob o nº 38778914.3.3001.5171, em 29 de setembro de 2015.

Desta maneira, o projeto atendeu todos os princípios éticos preconizados em pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo o sigilo e o anonimato dos dados coletados nas fichas de atendimento das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual que foram analisados para este estudo.

### **5.9 Riscos e benefícios da pesquisa**

Os riscos da pesquisa foram reduzidos mantendo as informações dos sujeitos do estudo sob total confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiro.

Os benefícios da pesquisa atingiram de forma indireta o objeto do estudo, pois através dos dados secundários pode-se fazer um delineamento do perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes e elaborar um instrumento de coleta de dados como proposta de atendimento no serviço para a aplicabilidade do processo de Enfermagem.

### **5.10 Limitação do estudo**

Inicialmente o tipo de estudo da pesquisa seria descritiva, prospectiva, transversal com abordagem quantitativa. A coleta de dados seria realizada diretamente com os participantes do estudo que eram as vítimas de violência sexual com assinatura do familiar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e pelo Termo de Assentimento Livre e Esclarecido assinado pela criança ou adolescente, caso estes quisessem participar do estudo. Essa coleta de dados dar-se-ia no período de 6 meses. No entanto, devido limitações de cunho cronológico em realizar esse tipo de metodologia, haja vista o tempo de 11 meses decorridos para o resultado da apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, houve a necessidade de alteração dos procedimentos metodológicos do estudo. Dessa maneira, as pesquisadoras optaram pelo estudo do tipo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, com a coleta de dados sendo realizada em fontes secundárias, no período de 1 mês.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Perfil clínico-epidemiológico, social e demográfico de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

Os dados da pesquisa revelaram que 289 crianças e adolescentes foram vítimas de violência sexual atendidas no PROPAZ-PA no período de janeiro a junho de 2015.

Na Tabela 1 de acordo com os dados sócio demográficos, 88,6% são do sexo feminino e 11,4% do sexo masculino ( $p < 0,001$ ); 45,7% estão na faixa etária entre 10 a 14 anos, 30,1% entre 5 a 9 anos e 13,5% entre 15 a 18 anos e 10,4% entre 1 a 4 anos ( $p < 0,001$ ), 72% pardas, 18,7% branca, 6,9% preta e 0,3% indígena ( $p < 0,001$ ); 37% católicas, 8,3% não referiram religião, 4,6% evangélicas e 0,6 outras religiões (umbandista, testemunha de Jeová e espiritismo); 70,6% no Ensino Fundamental, 8,3% Ensino Infantil, 6,6% Ensino Médio, 5,9% sem escolarização e 1% analfabetos; 46,7% estudam em escolas públicas e 9,7% em escolas privadas ( $p < 0,001$ ); 57,8% residem na área metropolitana de Belém (Ananindeua, Santa Bárbara, Benevides, Santa Izabel, Marituba, Castanhal e Belém), 32,5% região do interior do estado do Pará e 9,7% residem no Arquipélago do Marajó.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Dados Sociodemográficos</b> |               |          |          |                     |
|--------------------------------|---------------|----------|----------|---------------------|
| <b>VARIÁVEIS</b>               |               | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>P<br/>valor*</b> |
| <b>Sexo</b>                    |               |          |          |                     |
|                                | Feminino      | 256      | 88,6     | <0,001              |
|                                | Masculino     | 33       | 11,4     |                     |
| <b>Faixa Etária</b>            |               |          |          |                     |
|                                | 1 a 4 anos    | 31       | 10,7     | <0,001              |
|                                | 5 a 9 anos    | 87       | 30,1     |                     |
|                                | 10 a 14 anos  | 132      | 45,7     |                     |
|                                | 15 a 18 anos  | 39       | 13,5     |                     |
| <b>Etnia</b>                   |               |          |          |                     |
|                                | Branco        | 54       | 18,7     | <0,001              |
|                                | Pardo         | 208      | 72,0     |                     |
|                                | Preto         | 20       | 6,9      |                     |
|                                | Indígena      | 1        | 0,3      |                     |
|                                | Não informado | 6        | 2,1      |                     |
| <b>Religião</b>                |               |          |          |                     |
|                                | Sem Religião  | 24       | 8,3      | <0,001              |
|                                | Católico      | 107      | 37,0     |                     |

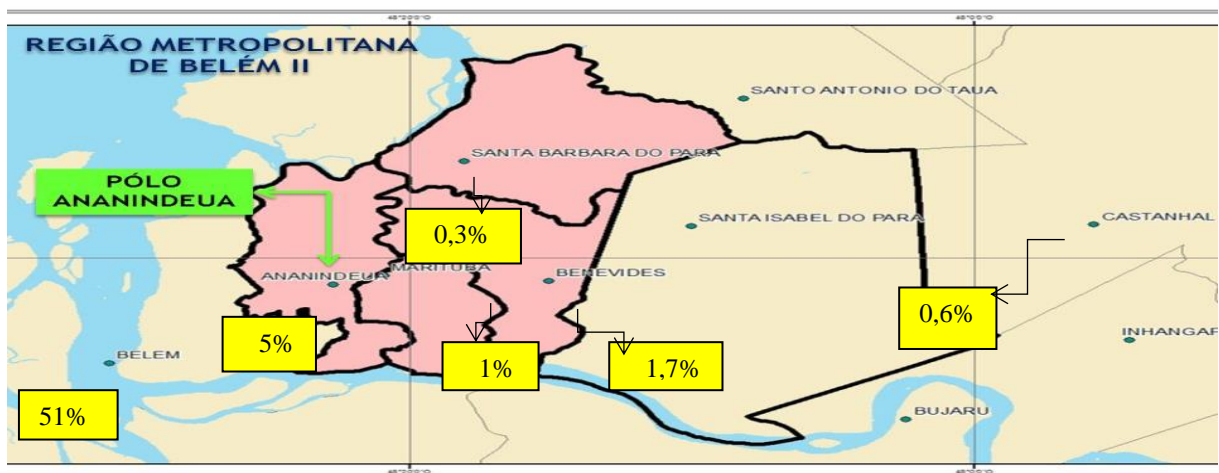
|                       |                    |     |      |        |
|-----------------------|--------------------|-----|------|--------|
|                       | Evangélico         | 129 | 44,6 |        |
|                       | Espírita           | 1   | 0,3  |        |
|                       | Adventista         | 1   | 0,3  |        |
|                       | Não informado      | 27  | 9,3  |        |
| <b>Escolaridade</b>   |                    |     |      |        |
|                       | Analfabetos        | 3   | 1,0  |        |
|                       | Sem escolarização  | 17  | 5,9  |        |
|                       | Ensino infantil    | 24  | 8,3  |        |
|                       | Ensino fundamental | 204 | 70,6 | <0,001 |
|                       | Ensino Médio       | 19  | 6,6  |        |
|                       | Não informado      | 22  | 7,6  |        |
| <b>Tipo de Escola</b> |                    |     |      |        |
|                       | Rede pública       | 135 | 46,7 |        |
|                       | Rede privada       | 28  | 9,7  | <0,001 |
|                       | Não informado      | 126 | 43,6 |        |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de homogeneidade

Na FIG. 4 ilustramos o mapa dos locais de residência das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual correspondente a Região Metropolitana de Belém. Observamos que 51% das vítimas residiam na cidade de Belém-PA, 5% Ananindeua, 1% Marituba, 1,7% Benevides, 0,6% Castanhal e 0,3% Santa Bárbara.

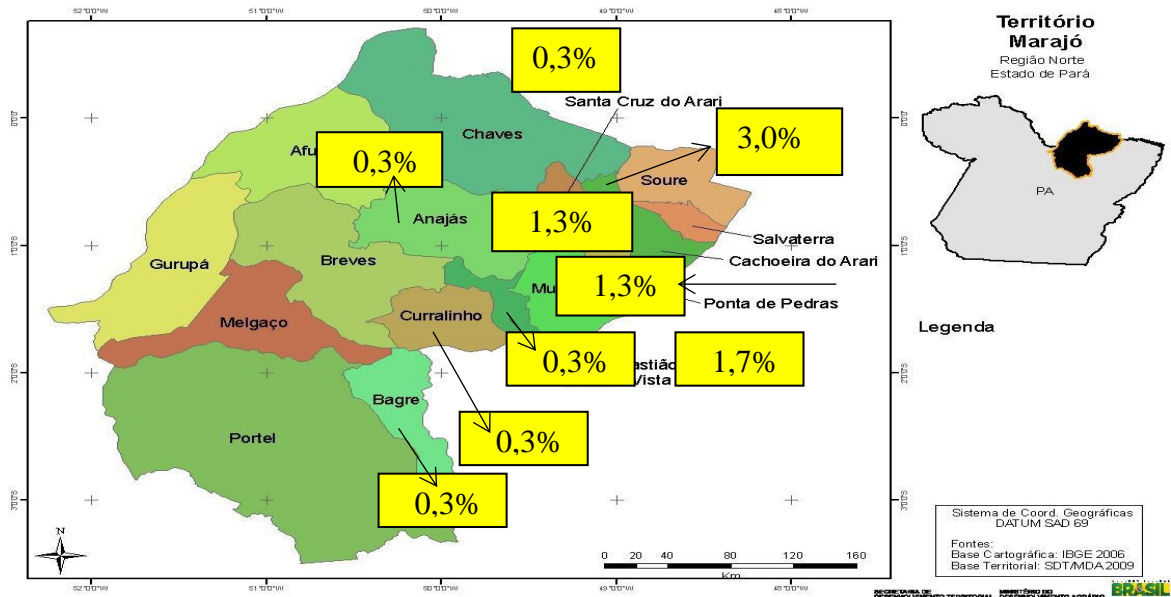
Figura 4- Demonstrativo de percentuais dos municípios de procedência das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual pertencentes a Área Metropolitana de Belém atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.



Fonte: <http://slideplayer.com.br/slide/1822534/>, 2016

Na FIG. 5 demonstramos o mapa da área de abrangência do Arquipélago do Marajó. Destacamos que 3% das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual residiam em Soure, 1,7% Ponta de Pedras, 1,3% Cachoeira do Arari, 0,6% Bagre, 0,3% nos demais municípios (Santa Cruz do Arari, Muaná, Anajás e São Sebastião da Boa Vista).

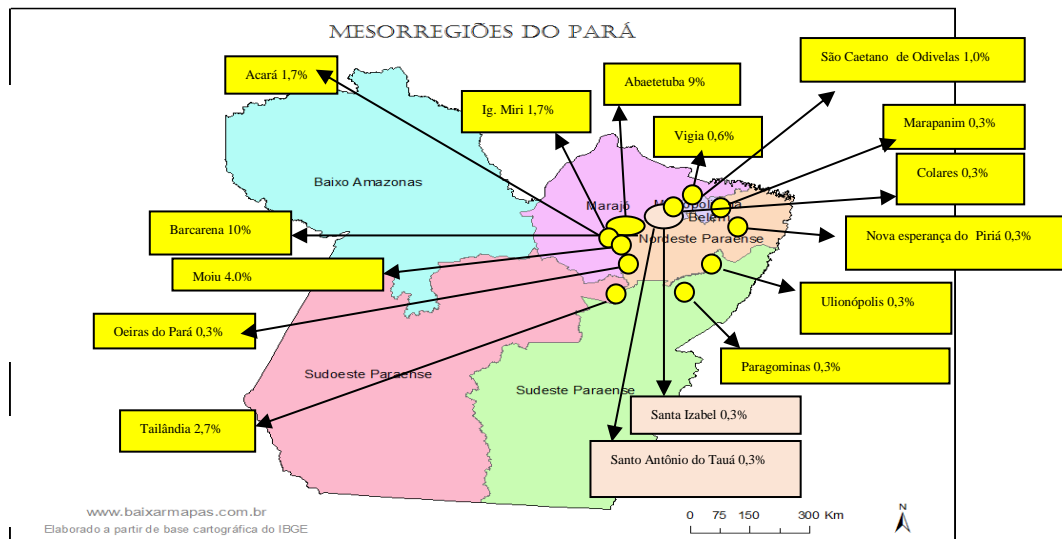
Figura 5- Demonstrativo de percentuais dos municípios de procedência das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual pertencente ao Arquipélago do Marajó atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.



Fonte: Carvalho, 2013.

Na FIG. 6 ilustramos o mapa do Estado do Pará por mesorregiões. Constatamos que 10% dos casos das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual residiam em Barcarena, 6,9% Abaetetuba, 4% Moju, 2,7% Tailândia, 1,7% Igarapé-Mirim e Acará respectivamente, 1% São Caetano de Odivelas, 0,6% Vigia, 0,3% demais municípios (Igarapé-açu, Paragominas, Nova Esperança do Piriá, Santa Isabel, Marapanim, Santo Antônio do Tauá, Colares, Ulianópolis e Oeiras do Pará).

Figura 6: Demonstrativo de percentuais dos municípios de procedência das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual pertencente a Mesorregiões do nordeste e sudeste do Pará atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.



Na tabela 2, ao fazermos a associação entre a faixa etária e o sexo observamos que 43,6% do sexo feminino estão na faixa etária de 10 a 14 anos e 6,2% do sexo masculino estão na faixa etária de 5 a 9 anos ( $p < 0,03$ ). Cabe ressaltar que aos somarmos as faixas etárias entre 10 a 18 anos, 55,7% das meninas estão no período fértil.

Tabela 2 – Dados das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA, segundo Faixa Etária e Sexo no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| Faixa Etária        | SEXO     |      |           |      | Total | P valor* |
|---------------------|----------|------|-----------|------|-------|----------|
|                     | Feminino |      | Masculino |      |       |          |
|                     | n        | %    | n         | %    | n     |          |
| <b>1 a 4 anos</b>   | 26       | 9,0  | 5         | 1,7  | 31    | 10,7     |
| <b>5 a 9 anos</b>   | 69       | 23,9 | 18        | 6,2  | 87    | 30,1     |
| <b>10 a 14 anos</b> | 126      | 43,6 | 6         | 2,1  | 132   | 45,7     |
| <b>15 a 18 anos</b> | 35       | 12,1 | 4         | 1,4  | 39    | 13,5     |
| <b>Total</b>        | 256      | 88,6 | 33        | 11,4 | 289   | 100,0    |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Verificamos na Tabela 3 que 55% das denúncias de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual são realizados pelas mães e 14,5% pelos parentes responsáveis em acompanhar as vítimas no serviço de atendimento para a notificação da situação de violência sexual. Com relação as notificações institucionais 22,5% são oriundas por demanda espontânea, 19,9% por delegacias e 15,9% por Conselhos Tutelares, 15,6% serviços de saúde, 6,2% delegacias especializadas de atendimento a crianças e adolescente, 2,4% denúncia anônima, 1,4% abrigos e 1,4% escolas.

Tabela 3 – Dados das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA, segundo o acompanhante e fonte notificadora no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| VARIÁVEIS                                    | n   | %    | P valor* |
|--|-----|------|----------|
| <b>Quem acompanhou a criança/adolescente</b> |     |      |          |
| Pai  | 21  | 7,3  | <0,001   |
| Mãe  | 159 | 55,0 |          |
| Parente                                      | 42  | 14,5 |          |
| Vizinho                                      | 2   | 0,7  |          |
| Professor                                    | 1   | 0,3  |          |
| Conselho Tutelar                             | 20  | 6,9  |          |
| Outros                                       | 27  | 9,3  |          |
| Não Informou                                 | 17  | 5,9  |          |
| <b>Instituição que Encaminhou</b>            |     |      |          |
| Demanda espontânea                           | 65  | 22,5 | <0,001   |
| DEACAS                                       | 18  | 6,2  |          |

|                   |    |      |
|-------------------|----|------|
| Conselho tutelar  | 46 | 15,9 |
| Denúncia anônima  | 7  | 2,4  |
| Outras delegacias | 56 | 19,4 |
| Escolas           | 4  | 1,4  |
| Serviços de Saúde | 45 | 15,6 |
| Abrigos           | 4  | 1,4  |
| Não informado     | 44 | 15,2 |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de homogeneidade.

Em relação a tipificação de violência sexual mais incidente, observamos na Tabela 4 que 57,1% das ocorrências estão relacionadas ao estupro de vulnerável, 26,3% suspeita de abuso sexual, 5,9% atos libidinosos, 3,8% estupro, 1% exibicionismo e tráfico respectivamente e 0,3% demais tipos de violência (exploração sexual, violência verbal e voyeurismo) com  $p < 0,001$ . Vale destacar que 3,8% dos abusos sexuais ocorreram com crianças e adolescentes portadoras de necessidades especiais.

Tabela 4 – Dados acerca da tipificação de violência sexual e Transtornos/Deficiência das crianças e adolescentes atendidos no Propaz-PA nos meses de janeiro a junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Tipificação de Violência Sexual</b> |          |          |                 |
|--|----------|----------|-----------------|
| <b>VARIÁVEIS</b>                       | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>P valor*</b> |
| <b>Tipificação de Violência Sexual</b> |          |          |                 |
| Estupro de vulnerável                  | 165      | 57,1     | <0,001          |
| Suspeita de abuso sexual               | 76       | 26,3     |                 |
| Atos libidinosos                       | 17       | 5,9      |                 |
| Estupro                                | 11       | 3,8      |                 |
| Exibicionismo                          | 3        | 1,0      |                 |
| Tráfico                                | 3        | 1,0      |                 |
| Exploração sexual                      | 1        | 0,3      |                 |
| Violência verbal                       | 1        | 0,3      |                 |
| Voyeurismo                             | 1        | 0,3      |                 |
| Não informado                          | 11       | 3,8      |                 |
| Total                                  | 289      | 100      |                 |
| <b>Transtorno/Deficiência</b>          |          |          |                 |
| Sim                                    | 11       | 3,8      | <0,001          |
| Não                                    | 278      | 96,2     |                 |
| Total                                  | 289      | 100      |                 |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de homogeneidade.

Ao fazermos a associação entre as tipificações de violência sexual, sexo e faixa etária, constatamos na Tabela 5 que 91,5% do sexo feminino e 8,5% do sexo masculino foram vítimas de estupro de vulnerável, 53,9% do sexo feminino estavam na faixa etária de 10 a 14 anos e 6,1% do sexo masculino na faixa etária de 5 a 9 anos.



Tabela 5 – Distribuição das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por tipificação de violência sexual de acordo com a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| Tipificação de Violência Sexual | Faixa Etária | SEXO     |       |           |      | Total |       | P valor* |
|---------------------------------|--------------|----------|-------|-----------|------|-------|-------|----------|
|                                 |              | Feminino |       | Masculino |      | n     | %     |          |
|                                 |              | n        | %     | n         | %    |       |       |          |
| <b>Estupro de vulnerável</b>    | 1 a 4 anos   | 4        | 2,4   | 0         | 0,0  | 4     | 2,4   | 0,002    |
|                                 | 5 a 9 anos   | 38       | 23,0  | 10        | 6,1  | 48    | 29,1  |          |
|                                 | 10 a 14 anos | 89       | 53,9  | 2         | 1,2  | 91    | 55,2  |          |
|                                 | 15 a 18 anos | 20       | 12,1  | 2         | 1,2  | 22    | 13,3  |          |
|                                 | Total        | 151      | 91,5  | 14        | 8,5  | 165   | 100,0 |          |
| <b>Suspeita de abuso sexual</b> | 1 a 4 anos   | 20       | 26,3  | 5         | 6,6  | 25    | 32,9  | 0,265    |
|                                 | 5 a 9 anos   | 20       | 26,3  | 8         | 10,5 | 28    | 36,8  |          |
|                                 | 10 a 14 anos | 18       | 23,7  | 1         | 1,3  | 19    | 25,0  |          |
|                                 | 15 a 18 anos | 3        | 3,9   | 1         | 1,3  | 4     | 5,3   |          |
|                                 | Total        | 61       | 80,3  | 15        | 19,7 | 76    | 100,0 |          |
| <b>Atos libidinosos</b>         | 5 a 9 anos   | 5        | 29,4  | 0         | 0,0  | 5     | 29,4  | 0,452    |
|                                 | 10 a 14 anos | 8        | 47,1  | 2         | 11,8 | 10    | 58,8  |          |
|                                 | 15 a 18 anos | 2        | 11,8  | 0         | 0,0  | 2     | 11,8  |          |
|                                 | Total        | 15       | 88,2  | 2         | 11,8 | 17    | 100,0 |          |
| <b>Estupro</b>                  | 10 a 14 anos | 1        | 9,1   | 1         | 9,1  | 2     | 18,2  |          |
|                                 | 15 a 18 anos | 8        | 72,7  | 1         | 9,1  | 9     | 81,8  |          |
|                                 | Total        | 9        | 81,8  | 2         | 18,2 | 11    | 100,0 |          |
| <b>Exibicionismo</b>            | 5 a 9 anos   | 2        | 66,7  |           |      | 2     | 66,7  |          |
|                                 | 10 a 14 anos | 1        | 33,3  |           |      | 1     | 33,3  |          |
|                                 | Total        | 3        | 100,0 |           |      | 3     | 100,0 |          |
| <b>Tráfico</b>                  | 1 a 4 anos   | 1        | 33,3  |           |      | 1     | 33,3  |          |
|                                 | 5 a 9 anos   | 1        | 33,3  |           |      | 1     | 33,3  |          |
|                                 | 10 a 14 anos | 1        | 33,3  |           |      | 1     | 33,3  |          |
|                                 | Total        | 3        | 100,0 |           |      | 3     | 100,0 |          |
| <b>Exploração sexual</b>        | 10 a 14 anos | 1        |       |           |      | 1     |       |          |
|                                 | Total        | 1        |       |           |      | 1     | 100,0 |          |
| <b>Violência verbal</b>         | 10 a 14 anos | 1        |       |           |      | 1     |       |          |
|                                 | Total        | 1        |       |           |      | 1     | 100,0 |          |
| <b>Voyeurismo</b>               | 15 a 18 anos | 1        |       |           |      | 1     |       |          |
|                                 | Total        | 1        |       |           |      | 1     | 100,0 |          |
| <b>Não informado</b>            | 1 a 4 anos   | 1        | 9,1   |           |      | 1     | 9,1   |          |
|                                 | 5 a 9 anos   | 3        | 27,3  |           |      | 3     | 27,3  |          |
|                                 | 10 a 14 anos | 6        | 54,5  |           |      | 6     | 54,5  |          |
|                                 | 15 a 18 anos | 1        | 9,1   |           |      | 1     | 9,1   |          |

|              | Total        | 11  | 100,0 |    | 11   | 100,0 |       |
|--------------|--------------|-----|-------|----|------|-------|-------|
| <b>Total</b> | 1 a 4 anos   | 26  | 9,0   | 5  | 1,7  | 31    | 10,7  |
|              | 5 a 9 anos   | 69  | 23,9  | 18 | 6,2  | 87    | 30,1  |
|              | 10 a 14 anos | 126 | 43,6  | 6  | 2,1  | 132   | 45,7  |
|              | 15 a 18 anos | 35  | 12,1  | 4  | 1,4  | 39    | 13,5  |
|              | Total        | 256 | 88,6  | 33 | 11,4 | 289   | 100,0 |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Observamos na Tabela 6 que 11,8% das agressões sexuais resultaram em gravidez, 4,5% lacerações, 1,7% doenças sexualmente transmissíveis, 0,7% hemorragias e 0,3% aborto. Destacamos que 34,6% das crianças e adolescentes parecem não ter sofrido agressões sexuais. Além de 39,1% das fichas de atendimento não informaram sobre essa variável, valores estes que poderiam alterar a análise, aumentando qualquer uma das categorias descritas.

Tabela 6 – Dados dos agravantes de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Agravantes da Violência Sexual</b> |                  |          |          |                 |
|---------------------------------------|------------------|----------|----------|-----------------|
|                                       | <b>VARIÁVEIS</b> | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>P valor*</b> |
| <b>Agravantes</b>                     | Gravidez         | 34       | 11,8     |                 |
|                                       | Lacerações       | 13       | 4,5      |                 |
|                                       | DSTs             | 5        | 1,7      |                 |
|                                       | Hemorragias      | 2        | 0,7      |                 |
|                                       | Não sofreu       | 100      | 34,6     | <0,001          |
|                                       | Não informado    | 113      | 39,1     |                 |
|                                       | Outros           | 21       | 7,3      |                 |
|                                       | Aborto           | 1        | 0,3      |                 |
|                                       | Não informado    | 78       | 27,0     |                 |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Na Tabela 7 ao associarmos os agravantes da violência sexual com a faixa etária e o sexo notamos que 66,7% dos casos de gravidez foram na faixa etária de 10 a 14 anos, 30,3% na faixa etária de 15 a 18 anos e 3% na faixa etária de 1 a 9 anos.

Tabela 7 – Distribuição das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por agravantes de acordo com a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| AGRAVANTES           | Faixa Etária | SEXO     |       |           |      | Total |       | P valor* |
|----------------------|--------------|----------|-------|-----------|------|-------|-------|----------|
|                      |              | Feminino |       | Masculino |      | n     | %     |          |
|                      |              | n        | %     | n         | %    |       |       |          |
| <b>Gravidez</b>      | 5 a 9 anos   | 1        | 3,0   | 0         | 0,0  | 1     | 3,0   | <0,001   |
|                      | 10 a 14 anos | 22       | 66,7  | 0         | 0,0  | 22    | 66,7  |          |
|                      | 15 a 18 anos | 10       | 30,3  | 0         | 0,0  | 10    | 30,3  |          |
|                      | Total        | 33       | 100,0 | 0         | 0,0  | 33    | 100,0 |          |
| <b>Lacerações</b>    | 1 a 4 anos   | 3        | 23,1  | 0         | 0,0  | 3     | 23,1  | 0,307    |
|                      | 5 a 9 anos   | 2        | 15,4  | 1         | 7,7  | 3     | 23,1  |          |
|                      | 10 a 14 anos | 6        | 46,2  | 0         | 0,0  | 6     | 46,2  |          |
|                      | 15 a 18 anos | 1        | 7,7   | 0         | 0,0  | 1     | 7,7   |          |
|                      | Total        | 12       | 92,3  | 1         | 7,7  | 13    | 100,0 |          |
| <b>DSTs</b>          | 5 a 9 anos   | 2        | 40,0  | 0         | 0,0  | 2     | 40,0  |          |
|                      | 10 a 14 anos | 3        | 60,0  | 0         | 0,0  | 3     | 60,0  |          |
|                      | Total        | 5        | 100,0 | 0         | 0,0  | 5     | 100,0 |          |
| <b>Hemorragias</b>   | 5 a 9 anos   | 0        | 0,0   | 1         | 50,0 | 1     | 50,0  | 0,157    |
|                      | 10 a 14 anos | 1        | 50,0  | 0         | 0,0  | 1     | 50,0  |          |
|                      | Total        | 1        | 50,0  | 1         | 50,0 | 2     | 100,0 |          |
| <b>Não sofreu</b>    | 1 a 4 anos   | 5        | 5,0   | 3         | 3,0  | 8     | 8,0   | 0,013    |
|                      | 5 a 9 anos   | 37       | 37,0  | 7         | 7,0  | 44    | 44,0  |          |
|                      | 10 a 14 anos | 36       | 36,0  | 1         | 1,0  | 37    | 37,0  |          |
|                      | 15 a 18 anos | 11       | 11,0  | 0         | 0,0  | 11    | 11,0  |          |
|                      | Total        | 89       | 89,0  | 11        | 11,0 | 100   | 100,0 |          |
| <b>Não informado</b> | 1 a 4 anos   | 13       | 11,5  | 1         | 0,9  | 14    | 12,4  | 0,089    |
|                      | 5 a 9 anos   | 25       | 22,1  | 8         | 7,1  | 33    | 29,2  |          |
|                      | 10 a 14 anos | 50       | 44,2  | 4         | 3,5  | 54    | 47,8  |          |
|                      | 15 a 18 anos | 9        | 8,0   | 3         | 2,7  | 12    | 10,6  |          |
|                      | Total        | 97       | 85,8  | 16        | 14,2 | 113   | 100,0 |          |
| <b>Outros</b>        | 1 a 4 anos   | 5        | 23,8  | 1         | 4,8  | 6     | 28,6  | 0,847    |
|                      | 5 a 9 anos   | 2        | 9,5   | 0         | 0,0  | 2     | 9,5   |          |
|                      | 10 a 14 anos | 8        | 38,1  | 1         | 4,8  | 9     | 42,9  |          |
|                      | 15 a 18 anos | 3        | 14,3  | 1         | 4,8  | 4     | 19,0  |          |
|                      | Total        | 18       | 85,7  | 3         | 14,3 | 21    | 100,0 |          |
| <b>Aborto</b>        | 15 a 18 anos | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |          |

|              | Total        | 1   | 100,0 | 0  | 0,0  | 1   | 100,0 |       |
|--------------|--------------|-----|-------|----|------|-----|-------|-------|
| <b>Total</b> | 1 a 4 anos   | 26  | 9,0   | 5  | 1,7  | 31  | 10,7  |       |
|              | 5 a 9 anos   | 69  | 23,9  | 18 | 6,2  | 87  | 30,1  |       |
|              | 10 a 14 anos | 126 | 43,6  | 6  | 2,1  | 132 | 45,7  | 0,003 |
|              | 15 a 18 anos | 35  | 12,1  | 4  | 1,4  | 39  | 13,5  |       |
|              | Total        | 256 | 88,6  | 33 | 11,4 | 289 | 100,0 |       |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Verificamos na Tabela 8 que 3,1% dos traumas ocorreram na genitália, 1,4% nos braços e 0,3% nas demais áreas do corpo (pescoço, seios e pernas). Notamos um percentual elevado, 91,5% de casos que não informaram os dados sobre as marcas no corpo de crianças e adolescentes após as agressões sexuais sofridas. Observamos que 94,5% das crianças e adolescentes não precisaram de internação e 5,2% das ocorrências de violência sexual a crianças e adolescentes necessitaram do atendimento hospitalar.

Tabela 8 – Dados acerca dos traumas físicos no corpo e internação de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Situações da violência sexual</b> |          |          |                 |        |
|--------------------------------------|----------|----------|-----------------|--------|
| <b>VARIÁVEIS</b>                     | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>P valor*</b> |        |
| <b>Marcas no Corpo</b>               |          |          |                 |        |
| Pescoço                              | 1        | 0,3      |                 |        |
| Braço                                | 4        | 1,4      |                 |        |
| Seios                                | 1        | 0,3      |                 |        |
| Pernas                               | 1        | 0,3      |                 | <0,001 |
| Genitália                            | 9        | 3,1      |                 |        |
| Não informado                        | 273      | 91,5     |                 |        |
| TOTAL                                | 289      | 100      |                 |        |
| <b>Internação</b>                    |          |          |                 |        |
| Sim                                  | 15       | 5,2      |                 | <0,001 |
| Não                                  | 273      | 94,5     |                 |        |
| Não informado                        | 1        | 0,3      |                 |        |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de homogeneidade.

Na Tabela 9, quando associamos os traumas físicos em relação ao sexo e a faixa etária constatamos que 77,8% dos traumas do sexo feminino ocorreram na região da genitália presentes nas faixas etárias de 1 a 14 anos e 22,2% dos casos do sexo masculino ocorreram na região anal nas faixas etárias de 1 a 9 anos de idade.

Tabela 9 – Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por traumas físicos no corpo segundo a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA nos meses de janeiro a junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| TRAUMAS<br>FÍSICOS<br>NO<br>CORPO                              | Faixa<br>Etária | SEXO     |       |           |      | Total |       | P valor* |
|--|-----------------|----------|-------|-----------|------|-------|-------|----------|
|  |                 | Feminino |       | Masculino |      | n     | %     |          |
|  |                 | n        | %     | n         | %    |       |       |          |
| <b>Pescoço</b>   | 10 a 14 anos    | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |          |
|  | Total           | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |          |
| <b>Braço</b>   | 5 a 9 anos      | 0        | 0,0   | 1         | 25,0 | 1     | 25,0  | 0,046    |
|  | 10 a 14 anos    | 3        | 75,0  | 0         | 0,0  | 3     | 75,0  |          |
|  | Total           | 3        | 75,0  | 1         | 25,0 | 4     | 100,0 |          |
| <b>Região<br/>mamária</b>                                      | 15 a 18 anos    | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |          |
|  | Total           | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |          |
| <b>Pernas</b>  | 15 a 18 anos    | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |          |
|  | Total           | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |          |
| <b>Região<br/>Genital<br/>(vaginal,<br/>vulvar e<br/>anal)</b> | 1 a 4 anos      | 3        | 33,3  | 1         | 11,1 | 4     | 44,4  | 0,669    |
|  | 5 a 9 anos      | 2        | 22,2  | 1         | 11,1 | 3     | 33,3  |          |
|  | 10 a 14 anos    | 2        | 22,2  | 0         | 0,0  | 2     | 22,2  |          |
|  | Total           | 7        | 77,8  | 2         | 22,2 | 9     | 100,0 |          |
| <b>Não<br/>informado</b>                                       | 1 a 4 anos      | 23       | 8,4   | 4         | 1,5  | 27    | 9,9   | 0,011    |
|  | 5 a 9 anos      | 67       | 24,5  | 16        | 5,9  | 83    | 30,4  |          |
|  | 10 a 14 anos    | 120      | 44,0  | 6         | 2,2  | 126   | 46,2  |          |
|  | 15 a 18 anos    | 33       | 12,1  | 4         | 1,5  | 37    | 13,6  |          |
|  | Total           | 243      | 89,0  | 30        | 11,0 | 273   | 100,0 |          |
| <b>Total</b>   | 1 a 4 anos      | 26       | 9,0   | 5         | 1,7  | 31    | 10,7  | 0,003    |
|  | 5 a 9 anos      | 69       | 23,9  | 18        | 6,2  | 87    | 30,1  |          |
|  | 10 a 14 anos    | 126      | 43,6  | 6         | 2,1  | 132   | 45,7  |          |
|  | 15 a 18 anos    | 35       | 12,1  | 4         | 1,4  | 39    | 13,5  |          |
|  | Total           | 256      | 88,6  | 33        | 11,4 | 289   | 100,0 |          |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Mediante a associação da situação de internação de acordo com a faixa etária e sexo, constatamos na Tabela 10 que 60% das crianças e adolescentes estavam na faixa etária de 10 a 14 anos e 33% da faixa etária de 15 a 18 anos e 6,7% da faixa etária de 1 a 9 anos pertencentes ao sexo feminino necessitaram de internação.

Tabela 10 – Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por internação segundo a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| INTERNAÇÃO           | Faixa Etária | SEXO     |       |           |      | Total | P valor* |       |
|----------------------|--------------|----------|-------|-----------|------|-------|----------|-------|
|                      |              | Feminino |       | Masculino |      |       |          |       |
|                      |              | n        | %     | n         | %    |       |          |       |
| <b>Sim</b>           | 5 a 9 anos   | 1        | 6,7   | 0         | 0,0  | 1     | 6,7      |       |
|                      | 10 a 14 anos | 9        | 60,0  | 0         | 0,0  | 9     | 60,0     |       |
|                      | 15 a 18 anos | 5        | 33,3  | 0         | 0,0  | 5     | 33,3     |       |
|                      | Total        | 15       | 100,0 | 0         | 0,0  | 15    | 100,0    |       |
| <b>Não</b>           | 1 a 4 anos   | 26       | 9,5   | 5         | 1,8  | 31    | 11,4     | 0,005 |
|                      | 5 a 9 anos   | 68       | 24,9  | 18        | 6,6  | 86    | 31,5     |       |
|                      | 10 a 14 anos | 116      | 42,5  | 6         | 2,2  | 122   | 44,7     |       |
|                      | 15 a 18 anos | 30       | 11,0  | 4         | 1,5  | 34    | 12,5     |       |
|                      | Total        | 240      | 87,9  | 33        | 12,1 | 273   | 100,0    |       |
| <b>Não Informado</b> | 10 a 14 anos | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0    |       |
|                      | Total        | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0    |       |
| <b>Total</b>         | 1 a 4 anos   | 26       | 9,0   | 5         | 1,7  | 31    | 10,7     | 0,003 |
|                      | 5 a 9 anos   | 69       | 23,9  | 18        | 6,2  | 87    | 30,1     |       |
|                      | 10 a 14 anos | 126      | 43,6  | 6         | 2,1  | 132   | 45,7     |       |
|                      | 15 a 18 anos | 35       | 12,1  | 4         | 1,4  | 39    | 13,5     |       |

|       |     |      |    |      |    |   |       |
|-------|-----|------|----|------|----|---|-------|
| anos  |     |      |    |      |    |   |       |
| Total | 256 | 88,6 | 33 | 11,4 | 28 | 9 | 100,0 |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Na Tabela 11 identificamos que 25,3% das agressões sexuais de crianças e adolescentes ocorreram na casa do abusador, 2,5% na casa da vítima-abusador e 11,8% na casa da vítima. Muito embora 14,9% aconteceram em outros lugares e 9,0% em áreas públicas. Destacamos que 16,6% não informaram os locais de acontecimentos das agressões sexuais.

Tabela 11 – Dados dos locais e regiões dos acontecimentos da violência sexual de crianças e adolescentes vítimas atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| Ocorrência da Violência       |     |       |          |
|-------------------------------|-----|-------|----------|
| VARIÁVEIS                     | n   | %     | P valor* |
| <b>Local do Acontecimento</b> |     |       |          |
| Casa da vítima                | 34  | 11,8  |          |
| Casa do abusador              | 73  | 25,3  |          |
| Casa da vítima-abusador       | 65  | 22,5  |          |
| Áreas públicas                | 26  | 9,0   | <0,001   |
| Outros                        | 43  | 14,9  |          |
| Não informado                 | 48  | 16,6  |          |
| Total                         | 289 | 100,0 |          |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de homogeneidade.

Observamos na FIG. 7 que 39,9% das crianças e adolescentes foram vítimas de violência sexual na região metropolitana de Belém, 26,6% nos municípios do interior do Estado do Pará, 6,2% regiões de ilhas pertencentes ao Arquipélago de Marajó, 0,3% outro estado e 27% sem informação.

Figura 7- Demonstrativo de percentual dos municípios de ocorrência de violência sexual a crianças e adolescentes atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.



Fonte: <http://www.viagemdeferias.com/mapa/para/>, 2016.



Os dados da Tabela 12 demonstram a associação entre o tipo de violência notificada de acordo com a faixa etária e o sexo. Constatamos que 88,9% dos casos de violência sexual estavam associadas com a violência física e psicológica contra crianças e adolescentes com predomínio no sexo feminino, 47,2% destes casos encontravam-se na faixa etária de 10 a 14 anos, 23,9% na faixa etária de 5 a 9 anos, 11,9% na faixa etária entre 15 a 18 anos e 6,8% na faixa etária de 1 a 4 anos. Se somarmos as faixas etárias entre 10 a 18 anos percebemos uma maior vulnerabilidade do sexo feminino em idades mais adultas de serem acometidas por mais de uma forma de violência.

Tabela 12 – Distribuição das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por tipo de violência notificada segundo a faixa etária e o sexo, atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| Tipo de Violência Notificada                | Faixa Etária | SEXO     |      |           |      | Total |       | P valor* |
|---|--------------|----------|------|-----------|------|-------|-------|----------|
|   |              | Feminino |      | Masculino |      | n     | %     |          |
|   |              | n        | %    | n         | %    |       |       |          |
| <b>Física, psicológica, sexual</b>          | 1 a 4 anos   | 12       | 6,8  | 0         | 0,0  | 12    | 6,8   | 0,001    |
|   | 5 a 9 anos   | 42       | 23,9 | 13        | 7,4  | 55    | 31,3  |          |
|   | 10 a 14 anos | 83       | 47,2 | 3         | 1,7  | 86    | 48,9  |          |
|   | 15 a 18 anos | 21       | 11,9 | 2         | 1,1  | 23    | 13,1  |          |
|   | Total        | 158      | 89,8 | 18        | 10,2 | 176   | 100,0 |          |
| <b>Psicológica, sexual</b>                  | 1 a 4 anos   | 5        | 15,6 | 1         | 3,1  | 6     | 18,8  | 0,339    |
|   | 5 a 9 anos   | 8        | 25,0 | 2         | 6,3  | 10    | 31,3  |          |
|   | 10 a 14 anos | 13       | 40,6 | 0         | 0,0  | 13    | 40,6  |          |
|   | 15 a 18 anos | 3        | 9,4  | 0         | 0,0  | 3     | 9,4   |          |
|   | Total        | 29       | 90,6 | 3         | 9,4  | 32    | 100,0 |          |
| <b>Sexual</b>                               | 1 a 4 anos   | 2        | 9,1  | 3         | 13,6 | 5     | 22,7  | 0,051    |
|   | 5 a 9 anos   | 4        | 18,2 | 0         | 0,0  | 4     | 18,2  |          |
|   | 10 a 14 anos | 11       | 50,0 | 1         | 4,5  | 12    | 54,5  |          |
|   | 15 a 18 anos | 1        | 4,5  | 0         | 0,0  | 1     | 4,5   |          |
|   | Total        | 18       | 81,8 | 4         | 18,2 | 22    | 100,0 |          |
| <b>Física, psicológica, tortura, sexual</b> | 5 a 9 anos   | 0        | 0,0  | 1         | 14,3 | 1     | 14,3  | 0,19     |
|   | 10 a 14 anos | 3        | 42,9 | 1         | 14,3 | 4     | 57,1  |          |
|   | 15 a 18 anos | 2        | 28,6 | 0         | 0,0  | 2     | 28,6  |          |
|   | Total        | 5        | 71,4 | 2         | 28,6 | 7     | 100,  |          |

|   |              |     |       |    |      |     |       |       |
|---|--------------|-----|-------|----|------|-----|-------|-------|
|   |              |     |       |    |      |     | 0     |       |
| <b>Física, sexual</b>                   | 1 a 4 anos   | 1   | 25,0  | 0  | 0,0  | 1   | 25,0  |       |
|   | 5 a 9 anos   | 3   | 75,0  | 0  | 0,0  | 3   | 75,0  |       |
|   | Total        | 4   | 100,0 | 0  | 0,0  | 4   | 100,0 |       |
| <b>Física, tortura, sexual</b>          | 5 a 9 anos   | 1   | 100,0 | 0  | 0,0  | 1   | 100,0 |       |
|   | Total        | 1   | 100,0 | 0  | 0,0  | 1   | 100,0 |       |
| <b>Psicológica, sexual e financeira</b> | 5 a 9 anos   | 2   | 66,7  | 0  | 0,0  | 2   | 66,7  |       |
|   | 15 a 18 anos | 1   | 33,3  | 0  | 0,0  | 1   | 33,3  |       |
|   | Total        | 3   | 100,0 | 0  | 0,0  | 3   | 100,0 |       |
| <b>Outros</b>                           | 1 a 4 anos   | 1   | 11,1  | 0  | 0,0  | 1   | 11,1  |       |
|   | 5 a 9 anos   | 2   | 22,2  | 0  | 0,0  | 2   | 22,2  |       |
|   | 10 a 14 anos | 3   | 33,3  | 0  | 0,0  | 3   | 33,3  | 0,522 |
|   | 15 a 18 anos | 2   | 22,2  | 1  | 11,1 | 3   | 33,3  |       |
|   | Total        | 8   | 88,9  | 1  | 11,1 | 9   | 100,0 |       |
| <b>Sem ficha de notificação</b>         | 1 a 4 anos   | 5   | 14,3  | 1  | 2,9  | 6   | 17,1  |       |
|   | 5 a 9 anos   | 7   | 20,0  | 2  | 5,7  | 9   | 25,7  |       |
|   | 10 a 14 anos | 13  | 37,1  | 1  | 2,9  | 14  | 40,0  | 0,777 |
|   | 15 a 18 anos | 5   | 14,3  | 1  | 2,9  | 6   | 17,1  |       |
|   | Total        | 30  | 85,7  | 5  | 14,3 | 35  | 100,0 |       |
| <b>Total</b>                            | 1 a 4 anos   | 26  | 9,0   | 5  | 1,7  | 31  | 10,7  |       |
|   | 5 a 9 anos   | 69  | 23,9  | 18 | 6,2  | 87  | 30,1  |       |
|   | 10 a 14 anos | 126 | 43,6  | 6  | 2,1  | 132 | 45,7  | 0,003 |
|   | 15 a 18 anos | 35  | 12,1  | 4  | 1,4  | 39  | 13,5  |       |
|   | Total        | 256 | 88,6  | 33 | 11,4 | 289 | 100,0 |       |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Na Tabela 13 mostramos a associação entre os meios de agressão em relação a faixa etária e sexo. Constatamos que 89,1% das crianças e adolescentes do sexo feminino foram coagidas pelo agressor por meio de ameaças, com 43,1% de casos notificados na faixa etária de 10 a 14 anos, 29,9% na faixa etária de 5 a 9 anos, 10,9% na faixa etária de 15 a 18 anos, 5,1% na faixa etária de 1 a 4 anos. A força corporal e o uso de armas ou objetos perfuro-

cortantes foram os meios coercitivos menos empregado pelos agressores para intimidar as vítimas.

Tabela 13 – Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por meios de agressão segundo a faixa etária e o sexo, atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 31 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| Meios de Agressão  | Faixa Etária | SEXO     |       |           |      | Total |       | P<br>valor<br>* |
|--|--------------|----------|-------|-----------|------|-------|-------|-----------------|
|  |              | Feminino |       | Masculino |      | n     | %     |                 |
|  |              | n        | %     | n         | %    |       |       |                 |
| <b>Força corporal</b>  | 1 a 4 anos   | 3        | 17,6  | 0         | 0,0  | 3     | 17,6  | 0,327           |
|  | 5 a 9 anos   | 3        | 17,6  | 1         | 5,9  | 4     | 23,5  |                 |
|  | 10 a 14 anos | 9        | 52,9  | 0         | 0,0  | 9     | 52,9  |                 |
|  | 15 a 18 anos | 1        | 5,9   | 0         | 0,0  | 1     | 5,9   |                 |
|  | Total        | 16       | 94,1  | 1         | 5,9  | 17    | 100,0 |                 |
| <b>Ameaça</b>  | 1 a 4 anos   | 7        | 5,1   | 0         | 0,0  | 7     | 5,1   | 0,089           |
|  | 5 a 9 anos   | 41       | 29,9  | 10        | 7,3  | 51    | 37,2  |                 |
|  | 10 a 14 anos | 59       | 43,1  | 4         | 2,9  | 63    | 46,0  |                 |
|  | 15 a 18 anos | 15       | 10,9  | 1         | 0,7  | 16    | 11,7  |                 |
|  | Total        | 122      | 89,1  | 15        | 10,9 | 137   | 100,0 |                 |
| <b>Força corporal e<br/>ameaça</b>   | 5 a 9 anos   | 4        | 18,2  | 1         | 4,5  | 5     | 22,7  | 0,168           |
|  | 10 a 14 anos | 12       | 54,5  | 0         | 0,0  | 12    | 54,5  |                 |
|  | 15 a 18 anos | 5        | 22,7  | 0         | 0,0  | 5     | 22,7  |                 |
|  | Total        | 21       | 95,5  | 1         | 4,5  | 22    | 100,0 |                 |
| <b>Força corporal,<br/>objeto<br/>contundente e<br/>ameaça</b>                               | 15 a 18 anos | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |                 |
|  | Total        | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |                 |
| <b>Força corporal,<br/>objeto<br/>contundente,<br/>objeto perfuro-<br/>cortante e ameaça</b> | 15 a 18 anos | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |                 |
|  | Total        | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |                 |
| <b>Enforcamento</b>  | 10 a 14 anos | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |                 |
|  | Total        | 1        | 100,0 | 0         | 0,0  | 1     | 100,0 |                 |
| <b>Sem ficha de<br/>notificação</b>  | 1 a 4 anos   | 5        | 14,3  | 1         | 2,9  | 6     | 17,1  | 0,777           |
|  | 5 a 9 anos   | 7        | 20,0  | 2         | 5,7  | 9     | 25,7  |                 |
|  | 10 a 14 anos | 13       | 37,1  | 1         | 2,9  | 14    | 40,0  |                 |
|  | 15 a 18 anos | 5        | 14,3  | 1         | 2,9  | 6     | 17,1  |                 |
|  | Total        | 30       | 85,7  | 5         | 14,3 | 35    | 100,0 |                 |
| <b>Não ocorreu<br/>meios de agressão</b>   | 1 a 4 anos   | 11       | 14,9  | 4         | 5,4  | 15    | 20,3  | 0,098           |
|  | 5 a 9 anos   | 14       | 18,9  | 4         | 5,4  | 18    | 24,3  |                 |
|  | 10 a 14 anos | 31       | 41,9  | 1         | 1,4  | 32    | 43,2  |                 |
|  | 15 a 18 anos | 7        | 9,5   | 2         | 2,7  | 9     | 12,2  |                 |
|  | Total        | 63       | 85,1  | 11        | 14,9 | 74    | 100,0 |                 |
| <b>Total</b>   | 1 a 4 anos   | 26       | 9,0   | 5         | 1,7  | 31    | 10,7  | 0,003           |
|  | 5 a 9 anos   | 69       | 23,9  | 18        | 6,2  | 87    | 30,1  |                 |
|  | 10 a 14 anos | 126      | 43,6  | 6         | 2,1  | 132   | 45,7  |                 |
|  | 15 a 18 anos | 35       | 12,1  | 4         | 1,4  | 39    | 13,5  |                 |
|  | Total        | 256      | 88,6  | 33        | 11,4 | 289   | 100,0 |                 |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Quando averiguado sobre os procedimentos realizados no serviço, observamos na Tabela 14 que 228 crianças e adolescentes não realizaram medidas preventivas após a exposição da agressão sofrida, sendo 88,6% representando o sexo feminino e 11,4% o sexo masculino. Observamos que 44,7% da ocorrência dos casos do sexo feminino eram predominantemente na faixa etária de 10 a 14 anos, fase está considerada de intensa vulnerabilidade a contração de DST, gravidez e HIV em situações de agressão sexual sem proteção.

Conforme constatamos no referido estudo que crianças e adolescentes vítimas de violência sexual realizaram cuidados profiláticos e tratamentos pós-exposição, sendo 11 coleta de secreção vaginal, 02 coleta de sêmen, secreção vaginal e contracepção de emergência, 04 profilaxia de DST/HIV, 02 profilaxia de DST/Hepatite B, 02 profilaxia de DST/Hepatite B e coleta de sangue, 02 abortos previsto em lei, 01 coleta de sêmen e secreção vaginal, 01 profilaxia de DST/HIV/Hepatite B e coleta de sêmen.

Tabela 14 – Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por procedimentos realizados segundo a faixa etária e o sexo, atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| Procedimentos Realizados                                   | Faixa Etária | SEXO     |       |           |       | Total |       | P valor* |
|--|--------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|----------|
|  |              | Feminino |       | Masculino |       | n     | %     |          |
|  |              | n        | %     | n         | %     |       |       |          |
| <b>Coleta de sêmen + secreção vaginal</b>                  | 15 a 18 anos | 1        | 100,0 | 0         | 0,0   | 1     | 100,0 | 0,392    |
|  | Total        | 1        | 100,0 | 0         | 0,0   | 1     | 100,0 |          |
| <b>Profilaxia de DST/Hepatite B + coleta de sangue</b>     | 5 a 9 anos   | 1        | 50,0  | 0         | 0,0   | 1     | 50,0  |          |
|  | 10 a 14 anos | 1        | 50,0  | 0         | 0,0   | 1     | 50,0  |          |
|  | Total        | 2        | 100,0 | 0         | 0,0   | 2     | 100,0 |          |
| <b>Profilaxia de DST + HIV</b>                             | 5 a 9 anos   | 2        | 40,0  | 0         | 0,0   | 2     | 40,0  |          |
|  | 10 a 14 anos | 1        | 20,0  | 0         | 0,0   | 1     | 20,0  |          |
|  | 15 a 18 anos | 1        | 20,0  | 1         | 20,0  | 2     | 40,0  |          |
|  | Total        | 4        | 80,0  | 1         | 20,0  | 5     | 100,0 |          |
| <b>Profilaxia de DST/HIV/ Hepatite B + coleta de sêmen</b> | 5 a 9 anos   | 0        | 0,0   | 1         | 100,0 | 1     | 100,0 |          |
|  | Total        | 0        | 0,0   | 1         | 100,0 | 1     | 100,0 |          |
| <b>Profilaxia de DST, HIV e Contracepção de emergência</b> | 10 a 14 anos | 1        | 50,0  | 0         | 0,0   | 1     | 50,0  |          |
|  | 15 a 18 anos | 1        | 50,0  | 0         | 0,0   | 1     | 50,0  |          |
|  | Total        | 2        | 100,0 | 0         | 0,0   | 2     | 100,0 |          |
| <b>Coleta de secreção</b>                                  | 1 a 4 anos   | 1        | 9,1   | 0         | 0,0   | 1     | 9,1   |          |

|  |              |            |              |           |             |            |              |       |
|--|--------------|------------|--------------|-----------|-------------|------------|--------------|-------|
| <b>vaginal</b>   | 5 a 9 anos   | 3          | 27,3         | 0         | 0,0         | 3          | 27,3         |       |
|  | 10 a 14 anos | 6          | 54,5         | 0         | 0,0         | 6          | 54,5         |       |
|  | 15 a 18 anos | 1          | 9,1          | 0         | 0,0         | 1          | 9,1          |       |
|  | <b>Total</b> | <b>11</b>  | <b>100,0</b> | <b>0</b>  | <b>0,0</b>  | <b>11</b>  | <b>100,0</b> |       |
| <b>Coleta de sêmen + secreção vaginal + Contracepção de emergência</b> | 10 a 14 anos | 1          | 50,0         | 0         | 0,0         | 1          | 50,0         |       |
|  | 15 a 18 anos | 1          | 50,0         | 0         | 0,0         | 1          | 50,0         |       |
|  | <b>Total</b> | <b>2</b>   | <b>100,0</b> | <b>0</b>  | <b>0,0</b>  | <b>2</b>   | <b>100,0</b> |       |
| <b>Aborto previsto em lei</b>  | 10 a 14 anos | 1          | 50,0         | 0         | 0,0         | 1          | 50,0         |       |
|  | 15 a 18 anos | 1          | 50,0         | 0         | 0,0         | 1          | 50,0         |       |
|  | <b>Total</b> | <b>2</b>   | <b>100,0</b> | <b>0</b>  | <b>0,0</b>  | <b>2</b>   | <b>100,0</b> |       |
| <b>Sem ficha de notificação</b>  | 1 a 4 anos   | 5          | 14,3         | 1         | 2,9         | 6          | 17,1         |       |
|  | 5 a 9 anos   | 7          | 20,0         | 2         | 5,7         | 9          | 25,7         |       |
|  | 10 a 14 anos | 13         | 37,1         | 1         | 2,9         | 14         | 40,0         | 0,777 |
|  | 15 a 18 anos | 5          | 14,3         | 1         | 2,9         | 6          | 17,1         |       |
|  | <b>Total</b> | <b>30</b>  | <b>85,7</b>  | <b>5</b>  | <b>14,3</b> | <b>35</b>  | <b>100,0</b> |       |
| <b>Não realizou</b>  | 1 a 4 anos   | 20         | 8,8          | 4         | 1,8         | 24         | 10,5         |       |
|  | 5 a 9 anos   | 56         | 24,6         | 15        | 6,6         | 71         | 31,1         |       |
|  | 10 a 14 anos | 102        | 44,7         | 5         | 2,2         | 107        | 46,9         | 0,006 |
|  | 15 a 18 anos | 24         | 10,5         | 2         | 0,9         | 26         | 11,4         |       |
|  | <b>Total</b> | <b>202</b> | <b>88,6</b>  | <b>26</b> | <b>11,4</b> | <b>228</b> | <b>100,0</b> |       |
| <b>Total</b>   | 1 a 4 anos   | 26         | 9,0          | 5         | 1,7         | 31         | 10,7         |       |
|  | 5 a 9 anos   | 69         | 23,9         | 18        | 6,2         | 87         | 30,1         |       |
|  | 10 a 14 anos | 126        | 43,6         | 6         | 2,1         | 132        | 45,7         | 0,003 |
|  | 15 a 18 anos | 35         | 12,1         | 4         | 1,4         | 39         | 13,5         |       |
|  | <b>Total</b> | <b>256</b> | <b>88,6</b>  | <b>33</b> | <b>11,4</b> | <b>289</b> | <b>100,0</b> |       |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Ao realizarmos a associação entre os números de agressores em relação a faixa etária e sexo, constatamos na Tabela 15 que 88,6% dos casos notificados de violência sexual envolveram um agressor que agrediram preferencialmente o sexo feminino e 11,4% o sexo masculino, 43,4% do sexo feminino estavam na faixa etária entre 10 a 14 anos e 7,0% do sexo masculino estavam na faixa etária de 5 a 9 anos de idade.

Tabela 15 – Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por número de agressores envolvidos segundo a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| Número de Agressores Envolvidos | Faixa Etária | SEXO     |      |           |      | Total |       | P valor* |
|---------------------------------|--------------|----------|------|-----------|------|-------|-------|----------|
|                                 |              | Feminino |      | Masculino |      | n     | %     |          |
|                                 |              | n        | %    | n         | %    |       |       |          |
| <b>Um Agressor</b>              | 1 a 4 anos   | 19       | 8,3  | 4         | 1,8  | 23    | 10,1  | 0,002    |
|                                 | 5 a 9 anos   | 59       | 25,9 | 16        | 7,0  | 75    | 32,9  |          |
|                                 | 10 a 14 anos | 99       | 43,4 | 4         | 1,8  | 103   | 45,2  |          |
|                                 | 15 a 18 anos | 25       | 11,0 | 2         | 0,9  | 27    | 11,8  |          |
|                                 | Total        | 202      | 88,6 | 26        | 11,4 | 228   | 100,0 |          |
| <b>Dois ou Mais Agressores</b>  | 1 a 4 anos   | 1        | 4,0  | 0         | 0,0  | 1     | 4,0   | 0,802    |
|                                 | 5 a 9 anos   | 3        | 12,0 | 0         | 0,0  | 3     | 12,0  |          |
|                                 | 10 a 14 anos | 14       | 56,0 | 1         | 4,0  | 15    | 60,0  |          |
|                                 | 15 a 18 anos | 5        | 20,0 | 1         | 4,0  | 6     | 24,0  |          |
|                                 | Total        | 23       | 92,0 | 2         | 8,0  | 25    | 100,0 |          |
| <b>Sem ficha de notificação</b> | 1 a 4 anos   | 6        | 16,7 | 1         | 2,8  | 7     | 19,4  | 0,778    |
|                                 | 5 a 9 anos   | 7        | 19,4 | 2         | 5,6  | 9     | 25,0  |          |
|                                 | 10 a 14 anos | 13       | 36,1 | 1         | 2,8  | 14    | 38,9  |          |
|                                 | 15 a 18 anos | 5        | 13,9 | 1         | 2,8  | 6     | 16,7  |          |
|                                 | Total        | 31       | 86,1 | 5         | 13,9 | 36    | 100,0 |          |
| <b>Total</b>                    | 1 a 4 anos   | 26       | 9,0  | 5         | 1,7  | 31    | 10,7  | 0,003    |
|                                 | 5 a 9 anos   | 69       | 23,9 | 18        | 6,2  | 87    | 30,1  |          |
|                                 | 10 a 14 anos | 126      | 43,6 | 6         | 2,1  | 132   | 45,7  |          |
|                                 | 15 a 18 anos | 35       | 12,1 | 4         | 1,4  | 39    | 13,5  |          |
|                                 | Total        | 256      | 88,6 | 33        | 11,4 | 289   | 100,0 |          |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Os dados acerca dos encaminhamentos das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual foram demonstrados na Tabela 16. Constatamos que 68,9% dos casos notificados foram encaminhados para mais de uma rede de atendimento, 3,8% Rede de Saúde, 3,8% Delegacias Especializadas de Proteção à Crianças e Adolescentes, 1,4% Rede de Assistência Social e 0,3% Conselho Tutelar. Salientamos que 13,5% não apresentavam a ficha de notificação de casos de violência sexual interpessoais/autoprovocadas.

Tabela 16 – Distribuições dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo os encaminhamentos realizados, atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| Encaminhamentos realizados        | n  | %    | P valor* |
|-----------------------------------|----|------|----------|
| <b>Rede de saúde</b>              | 11 | 3,8  | <0,001   |
| <b>Rede de assistência social</b> | 4  | 1,4  |          |
| <b>Conselho tutelar</b>           | 1  | 0,3  |          |
| <b>DEACA</b>                      | 11 | 3,8  |          |
| <b>Outros</b>                     | 24 | 8,3  |          |
| <b>Sem ficha de notificação</b>   | 39 | 13,5 |          |

|                                     |     |       |
|-------------------------------------|-----|-------|
| <b>Dois ou mais encaminhamentos</b> | 199 | 68,9  |
| <b>Total</b>                        | 289 | 100,0 |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de homogeneidade.

Na Tabela 17 apresentamos o perfil das famílias das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Em relação ao pai, 37% eram pardos, 81% católicos, 79% cursaram o Ensino Fundamental e 71% eram empregados. Em se tratando da mãe, 45% pardas, 33,9% católicas, 39,1% tinham o Ensino Fundamental e 60% eram empregadas.

Tabela 17 – Perfil da família das crianças e adolescentes vítima de violência sexual atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>VARIÁVEIS</b>                   | <b>n</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------|----------|----------|
| <b>ETNIA DO PAI</b>                |          |          |
| Branco                             | 34       | 11,8     |
| Pardo                              | 107      | 37,0     |
| Preto                              | 37       | 12,8     |
| Não Informou                       | 111      | 38,4     |
| <b>Total</b>                       | 289      | 100,0    |
| <b>RELIGIÃO DO PAI</b>             |          |          |
| Sem Religião                       | 21       | 7,3      |
| Católico                           | 81       | 28,0     |
| Evangélico                         | 57       | 19,7     |
| Espírita                           | 2        | 0,7      |
| Adventista                         | 1        | 0,3      |
| Não informado                      | 121      | 41,9     |
| Outros                             | 6        | 2,1      |
| <b>Total</b>                       | 289      | 100,0    |
| <b>ESCOLARIDADE DO PAI</b>         |          |          |
| Não alfabetizado                   | 4        | 1,4      |
| Sem escolarização                  | 5        | 1,7      |
| Ensino infantil                    | 4        | 1,4      |
| Ensino fundamental                 | 79       | 27,3     |
| Ensino Médio                       | 62       | 21,5     |
| Ensino Superior                    | 14       | 4,8      |
| Não informado                      | 121      | 41,9     |
| <b>Total</b>                       | 289      | 100,0    |
| <b>SITUAÇÃO OCUPACIONAL DO PAI</b> |          |          |
| Empregado                          | 71       | 24,6     |
| Desempregado                       | 11       | 4,0      |
| Autônomo                           | 58       | 20,1     |
| Aposentado                         | 4        | 1,4      |
| Faz bicos                          | 6        | 2,1      |
| Outros                             | 12       | 4,2      |
| Não informado                      | 127      | 43,6     |

|                                    |     |       |
|------------------------------------|-----|-------|
| <b>Total</b>                       | 289 | 100   |
| <b>ETNIA DA MÃE</b>                |     |       |
| Branco                             | 42  | 14,5  |
| Pardo                              | 130 | 45,0  |
| Preto                              | 39  | 13,5  |
| Indígena                           | 1   | 0,3   |
| Não Informou                       | 77  | 26,6  |
| <b>Total</b>                       | 289 | 100,0 |
| <b>RELIGIÃO DA MÃE</b>             |     |       |
| Sem Religião                       | 21  | 7,3   |
| Católico                           | 98  | 33,9  |
| Evangélico                         | 96  | 33,2  |
| Adventista                         | 2   | 0,7   |
| Não informado                      | 68  | 23,5  |
| Outros                             | 4   | 1,4   |
| <b>Total</b>                       | 289 | 100,0 |
| <b>ESCOLARIDADE DA MÃE</b>         |     |       |
| Analfabeto                         | 8   | 2,8   |
| Sem escolarização                  | 1   | 0,3   |
| Ensino infantil                    | 6   | 2,1   |
| Ensino fundamental                 | 113 | 39,1  |
| Ensino Médio                       | 83  | 28,7  |
| Ensino Superior                    | 25  | 8,7   |
| Não informado                      | 53  | 18,3  |
| <b>Total</b>                       | 289 | 100,0 |
| <b>SITUAÇÃO OCUPACIONAL DA MÃE</b> |     |       |
| Empregado                          | 60  | 20,8  |
| Desempregado                       | 48  | 16,6  |
| Autônomo                           | 38  | 13,1  |
| Aposentado                         | 3   | 1,0   |
| Faz bicos                          | 3   | 1,0   |
| Outros                             | 40  | 13,8  |
| Não informado                      | 97  | 39,9  |
| <b>Total</b>                       | 289 | 100,0 |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

Mostramos na Tabela 18 a situação socioeconômica das famílias das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Constatamos que 42,2% residiam com 3 a 4 pessoas, 27,7% com 1 a 2 pessoas, 22,1% com 5 a 6 pessoas e 5,9% acima de 7 pessoas; 26% coabitavam com pai e mãe, 18% padrasto e mãe, 13,1% mãe e outros familiares, 12,5% mãe, 9,7% outros familiares; 68,5% moravam em casa própria; 55,7% das casas eram de alvenaria; 42,6% das casas tinham até 4 cômodos; 34,3% tinham um renda familiar de um salário mínimo, 31,5% de 2 a 3 salários mínimos, 21,5% sem renda fixa, 8,7% mais de 3 salários mínimos; 61,9% não tinham auxílio social, 38,1% eram contemplados com programas sociais.



Tabela 18 - Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por situação socioeconômica da família atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>VARIÁVEIS</b>             | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>P valor*</b> |
|------------------------------|----------|----------|-----------------|
| <b>Número de Moradores</b>   |          |          |                 |
| 1 - 2 pessoas                | 80       | 27,7     |                 |
| 3 - 4 pessoas                | 122      | 42,2     |                 |
| 5 - 6 pessoas                | 64       | 22,1     | <0,001          |
| > = 7 pessoas                | 17       | 5,9      |                 |
| Não informado                | 6        | 2,1      |                 |
| <b>Coabitação</b>            |          |          |                 |
| Pai                          | 6        | 2,1      |                 |
| Mãe                          | 36       | 12,5     |                 |
| Pai e Mãe                    | 75       | 26,0     |                 |
| Padrasto e Mãe               | 52       | 18,0     |                 |
| Pai, mãe e outros familiares | 19       | 6,6      | <0,001          |
| Outros familiares            | 28       | 9,7      |                 |
| Mãe e outros familiares      | 38       | 13,1     |                 |
| Pai e outros familiares      | 15       | 5,2      |                 |
| Pai e madrasta               | 6        | 2,1      |                 |
| Outros                       | 8        | 2,8      |                 |
| Não informado                | 6        | 2,1      |                 |
| <b>Moradia</b>               |          |          |                 |
| Própria                      | 198      | 68,5     |                 |
| Alugada                      | 57       | 19,7     | <0,001          |
| Cedida                       | 19       | 6,6      |                 |
| Não informado                | 15       | 5,2      |                 |
| <b>Tipo de Moradia</b>       |          |          |                 |
| Alvenaria                    | 161      | 55,7     |                 |
| Madeira                      | 74       | 25,6     |                 |
| Mista                        | 16       | 5,5      | <0,001          |
| Não informado                | 37       | 12,8     |                 |
| Total                        | 288      | 99,7     |                 |
| Sistema                      | 1        | 0,3      |                 |
| <b>Número de Cômodos</b>     |          |          |                 |
| < = 4 cômodos                | 123      | 42,6     |                 |
| 5 ou mais cômodos            | 103      | 35,6     | <0,001          |
| Não informado                | 63       | 21,8     |                 |
| <b>Renda Familiar</b>        |          |          |                 |
| Sem renda fixa               | 61       | 21,1     |                 |
| < = 1 salário mínimo         | 99       | 34,3     |                 |
| 2 - 3 salários mínimos       | 91       | 31,5     | <0,001          |
| > 3 salários mínimos         | 25       | 8,7      |                 |
| Não informado                | 13       | 4,5      |                 |
| <b>Benefício Social</b>      |          |          |                 |
| Sim                          | 110      | 38,1     | <0,001          |
| Não                          | 179      | 61,9     |                 |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de homogeneidade.

Na Tabela 19 mostramos o perfil dos autores da violência sexual de crianças e adolescentes. Observamos que 86,9% foi perpetrado por agressores do sexo masculino e 1,7% pertenciam ao sexo feminino; 22,1% dos agressores tinham entre 16 a 25 anos, 17,6% 25 a 35 anos, 12,1% 36 a 45 anos; 9% 6 a 15 anos, 5,9% 46 a 55 anos, 4,8% 56 a 65 anos, 1,4% 66 a 75 anos, 0,7% acima de 75 anos; 26,3% eram pardos, 14,5% preto, 13,5% católicos, 10,4% evangélicos, 7,3% sem religião, 0,6% outras religiões (Testemunha de Jeová, Adventista, Espiritismo); 10% cursavam o Ensino Fundamental, 10% Ensino Médio; 2,1% Nível superior, 1% analfabetos; 20,8% eram desempregados, 14,2% autônomos, 12,1% empregados, 3,5% aposentados, 3,1% faz bicos; 1,4% consumiam álcool, 1,4% usavam drogas; 36,7% dos agressores eram provenientes da área metropolitana de Belém, 28,7% interior do Estado do Pará, 8% Arquipélago do Marajó.

Tabela 19 – Perfil do agressor de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no Propaz-PA no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Perfil do Agressor</b> |                  |          |          |                 |
|---------------------------|------------------|----------|----------|-----------------|
|                           | <b>VARIÁVEIS</b> | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>P valor*</b> |
| <b>Sexo</b>               | Feminino         | 5        | 1,7      | <0,001          |
|                           | Masculino        | 251      | 86,9     |                 |
|                           | Não informado    | 33       | 11,4     |                 |
|                           | Total            | 289      | 100      |                 |
| <b>Faixa Etária</b>       | <= 5             | 2        | 0,7      | <0,001          |
|                           | 6 - 15           | 26       | 9,0      |                 |
|                           | 16 - 25          | 64       | 22,1     |                 |
|                           | 26 - 35          | 51       | 17,6     |                 |
|                           | 36 - 45          | 35       | 12,1     |                 |
|                           | 46 - 55          | 17       | 5,9      |                 |
|                           | 56 - 65          | 14       | 4,8      |                 |
|                           | 66 - 75          | 4        | 1,4      |                 |
|                           | 76+              | 2        | 0,7      |                 |
|                           | Não Informado    | 74       | 25,6     |                 |
|                           | Total            | 289      | 100      |                 |
| <b>Etnia</b>              | Branco           | 31       | 10,7     | <0,001          |
|                           | Pardo            | 76       | 26,3     |                 |
|                           | Preto            | 42       | 14,5     |                 |
|                           | Não Informou     | 140      | 48,4     |                 |
|                           | Total            | 289      | 100      |                 |
| <b>Religião</b>           | Sem Religião     | 21       | 7,3      | <0,001          |
|                           | Católico         | 39       | 13,5     |                 |
|                           | Evangélico       | 30       | 10,4     |                 |

|                             |                             |     |      |        |
|-----------------------------|-----------------------------|-----|------|--------|
|                             | Outras religiões            | 14  | 4,8  |        |
|                             | Não informado               | 185 | 64,0 |        |
|                             | Total                       | 289 | 100  |        |
| <b>Escolaridade</b>         |                             |     |      |        |
|                             | Analfabeto                  | 3   | 1,0  |        |
|                             | Sem escolarização           | 1   | 0,3  |        |
|                             | Ensino infantil             | 4   | 1,4  |        |
|                             | Ensino fundamental          | 29  | 10,0 | <0,001 |
|                             | Ensino Médio                | 29  | 10,0 |        |
|                             | Ensino Superior             | 6   | 2,1  |        |
|                             | Não informado               | 217 | 75,1 |        |
|                             | Total                       | 289 | 100  |        |
| <b>Procedência</b>          |                             |     |      |        |
|                             | Área Metropolitana de Belém | 106 | 36,7 |        |
|                             | Arquipélago do Marajó       | 23  | 8,0  |        |
|                             | Interior do Estado          | 83  | 28,7 | <0,001 |
|                             | Outro estado                | 1   | 0,3  |        |
|                             | Não informado               | 76  | 26,3 |        |
|                             | Total                       | 289 | 100  |        |
| <b>Situação Ocupacional</b> |                             |     |      |        |
|                             | Empregado                   | 35  | 12,1 |        |
|                             | Desempregado                | 60  | 20,8 |        |
|                             | Autônomo                    | 41  | 14,2 |        |
|                             | Aposentado                  | 10  | 3,5  | <0,001 |
|                             | Faz bicos                   | 9   | 3,1  |        |
|                             | Outros                      | 2   | 0,7  |        |
|                             | Não informado               | 132 | 45,7 |        |
|                             | Total                       | 289 | 100  |        |
| <b>Fatores de Risco</b>     |                             |     |      |        |
|                             | Alcoolismo                  | 4   | 1,4  |        |
|                             | Uso de drogas ilícitas      | 4   | 1,4  |        |
|                             | Não informado               | 274 | 94,8 | <0,001 |
|                             | Não possui                  | 1   | 0,3  |        |
|                             | Outros                      | 6   | 2,0  |        |
|                             | Total                       | 289 | 100  |        |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Julho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de homogeneidade.

A Tabela 20 retrata sobre a relação de vínculo que a criança e o adolescentes possuía com o agressor e a classificação da violência relacionada com o vínculo. Notamos que 28% foram os parentes os primeiros agressores sexuais, seguidos de 17% conhecidos, 12,5% eram os padrastos, 10,4% os vizinhos, 8,3% desconhecido, 6,6% pai biológico, 6,6% namorado, 2,8% amigo da família, 0,7% babá e 0,7% professor ( $p < 0,001$ ). Observamos que 86,9% das ocorrências da violência sexual ocorreram predominantemente no ambiente intrafamiliar e 8,3% ocorreram em ambiente extrafamiliar.

Tabela 20 – Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, segundo a relação entre agressor e vítima e a classificação da violência quanto ao vínculo atendidos no Propaz-PA, no período 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>VÍNCULO ENTRE AGRESSOR E VÍTIMA</b>              |          |          |                 |
|---|----------|----------|-----------------|
| <b>VARIÁVEIS</b>                                    | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>P valor*</b> |
| <b>Relação com a Vítima</b>                         |          |          |                 |
| Pai biológico                                       | 19       | 6,6      | <0,001          |
| Padrasto  | 36       | 12,5     |                 |
| Parente   | 81       | 28,0     |                 |
| Vizinho   | 30       | 10,4     |                 |
| Amigo da família                                    | 8        | 2,8      |                 |
| Babá  | 2        | 0,7      |                 |
| Professor   | 2        | 0,7      |                 |
| Namorado  | 19       | 6,6      |                 |
| Conhecido   | 49       | 17,0     |                 |
| Desconhecido  | 24       | 8,3      |                 |
| Colega da escola                                    | 5        | 1,7      |                 |
| Não informado                                       | 14       | 4,8      |                 |
| <b>Classificação da Violência Quanto ao Vínculo</b> |          |          |                 |
| Violência Intrafamiliar                             | 251      | 86,9     | <0,001          |
| Violência Extrafamiliar                             | 24       | 8,3      |                 |
| Não informado                                       | 14       | 4,8      |                 |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de homogeneidade.

Ao associarmos a relação do agressor com a vítima de acordo com a faixa etária e sexo, notamos na Tabela 21, que 87,7% do sexo feminino foram as principais vítimas de abusadores parentes, 47,4% estavam na faixa etária 10 a 14 anos. Contudo observamos que 95,8% dos agressores desconhecidos acometem o sexo feminino com 41,7% com predomínio na faixa etária de 15 a 18 anos.

Tabela 21 – Distribuição dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por relação do agressor com a vítima segundo a faixa etária e o sexo atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Relação do Agressor com a Vítima</b> | <b>Faixa Etária</b> | <b>SEXO</b>     |          |                  |          | <b>Total</b> |          | <b>P valor*</b> |
|---|---------------------|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|-----------------|
|   |                     | <b>Feminino</b> |          | <b>Masculino</b> |          | <b>n</b>     | <b>%</b> |                 |
|   |                     | <b>n</b>        | <b>%</b> | <b>n</b>         | <b>%</b> |              |          |                 |
| <b>Pai biológico</b>                    | 1 a 4 anos          | 4               | 21,1     | 1                | 5,3      | 5            | 26,3     | 0,813           |
|   | 5 a 9 anos          | 3               | 15,8     | 0                | 0,0      | 3            | 15,8     |                 |
|   | 10 a 14 anos        | 9               | 47,4     | 1                | 5,3      | 10           | 52,6     |                 |
|   | 15 a 18 anos        | 1               | 5,3      | 0                | 0,0      | 1            | 5,3      |                 |
|   | Total               | 17              | 89,5     | 2                | 10,5     | 19           | 100,0    |                 |
| <b>Padrasto</b>                         | 1 a 4 anos          | 2               | 5,6      | 0                | 0,0      | 2            | 5,6      | 0,121           |

|                         |              |    |       |    |      |    |       |       |
|-------------------------|--------------|----|-------|----|------|----|-------|-------|
|                         | 5 a 9 anos   | 11 | 30,6  | 1  | 2,8  | 12 | 33,3  |       |
|                         | 10 a 14 anos | 19 | 52,8  | 0  | 0,0  | 19 | 52,8  |       |
|                         | 15 a 18 anos | 2  | 5,6   | 1  | 2,8  | 3  | 8,3   |       |
|                         | Total        | 34 | 94,4  | 2  | 5,6  | 36 | 100,0 |       |
| <b>Parente</b>          | 1 a 4 anos   | 9  | 11,1  | 2  | 2,5  | 11 | 13,6  |       |
|                         | 5 a 9 anos   | 26 | 32,1  | 6  | 7,4  | 32 | 39,5  |       |
|                         | 10 a 14 anos | 26 | 32,1  | 2  | 2,5  | 28 | 34,6  | 0,3   |
|                         | 15 a 18 anos | 10 | 12,3  | 0  | 0,0  | 10 | 12,3  |       |
|                         | Total        | 71 | 87,7  | 10 | 12,3 | 81 | 100,0 |       |
| <b>Vizinho</b>          | 1 a 4 anos   | 1  | 3,3   | 0  | 0,0  | 1  | 3,3   |       |
|                         | 5 a 9 anos   | 10 | 33,3  | 5  | 16,7 | 15 | 50,0  |       |
|                         | 10 a 14 anos | 13 | 43,3  | 1  | 3,3  | 14 | 46,7  | 0,186 |
|                         | Total        | 24 | 80,0  | 6  | 20,0 | 30 | 100,0 |       |
| <b>Amigo da família</b> | 5 a 9 anos   | 0  | 0,0   | 1  | 12,5 | 1  | 12,5  |       |
|                         | 10 a 14 anos | 5  | 62,5  | 0  | 0,0  | 5  | 62,5  |       |
|                         | 15 a 18 anos | 1  | 12,5  | 1  | 12,5 | 2  | 25,0  | 0,069 |
|                         | Total        | 6  | 75,0  | 2  | 25,0 | 8  | 100,0 |       |
| <b>Babá</b>             | 1 a 4 anos   | 0  | 0,0   | 1  | 50,0 | 1  | 50,0  |       |
|                         | 5 a 9 anos   | 1  | 50,0  | 0  | 0,0  | 1  | 50,0  | 0,157 |
|                         | Total        | 1  | 50,0  | 1  | 50,0 | 2  | 100,0 |       |
| <b>Professor</b>        | 5 a 9 anos   | 1  | 50,0  | 0  | 0,0  | 1  | 50,0  |       |
|                         | 10 a 14 anos | 1  | 50,0  | 0  | 0,0  | 1  | 50,0  |       |
|                         | Total        | 2  | 100,0 | 0  | 0,0  | 2  | 100,0 |       |
| <b>Namorado</b>         | 10 a 14 anos | 18 | 94,7  | 0  | 0,0  | 18 | 94,7  |       |
|                         | 15 a 18 anos | 1  | 5,3   | 0  | 0,0  | 1  | 5,3   |       |
|                         | Total        | 19 | 100,0 | 0  | 0,0  | 19 | 100,0 |       |
| <b>Conhecido</b>        | 1 a 4 anos   | 2  | 4,1   | 0  | 0,0  | 2  | 4,1   |       |
|                         | 5 a 9 anos   | 9  | 18,4  | 4  | 8,2  | 13 | 26,5  |       |
|                         | 10 a 14 anos | 24 | 49,0  | 1  | 2,0  | 25 | 51,0  | 0,111 |
|                         | 15 a 18 anos | 8  | 16,3  | 1  | 2,0  | 9  | 18,4  |       |
|                         | Total        | 43 | 87,8  | 6  | 12,2 | 49 | 100,0 |       |
| <b>Desconhecido</b>     | 1 a 4 anos   | 1  | 4,2   | 0  | 0,0  | 1  | 4,2   |       |
|                         | 5 a 9 anos   | 5  | 20,8  | 0  | 0,0  | 5  | 20,8  |       |
|                         | 10 a 14 anos | 7  | 29,2  | 0  | 0,0  | 7  | 29,2  | 0,745 |
|                         | 15 a 18 anos | 10 | 41,7  | 1  | 4,2  | 11 | 45,8  |       |
|                         | Total        | 23 | 95,8  | 1  | 4,2  | 24 | 100,0 |       |

|                         |              |     |      |    |      |     |       |       |
|-------------------------|--------------|-----|------|----|------|-----|-------|-------|
| <b>Colega da escola</b> | 1 a 4 anos   | 1   | 20,0 | 0  | 0,0  | 1   | 20,0  | 0,599 |
|                         | 5 a 9 anos   | 1   | 20,0 | 1  | 20,0 | 2   | 40,0  |       |
|                         | 10 a 14 anos | 1   | 20,0 | 0  | 0,0  | 1   | 20,0  |       |
|                         | 15 a 18 anos | 1   | 20,0 | 0  | 0,0  | 1   | 20,0  |       |
|                         | Total        | 4   | 80,0 | 1  | 20,0 | 5   | 100,0 |       |
| <b>Não informado</b>    | 1 a 4 anos   | 6   | 42,9 | 1  | 7,1  | 7   | 50,0  | 0,831 |
|                         | 5 a 9 anos   | 2   | 14,3 | 0  | 0,0  | 2   | 14,3  |       |
|                         | 10 a 14 anos | 3   | 21,4 | 1  | 7,1  | 4   | 28,6  |       |
|                         | 15 a 18 anos | 1   | 7,1  | 0  | 0,0  | 1   | 7,1   |       |
|                         | Total        | 12  | 85,7 | 2  | 14,3 | 14  | 100,0 |       |
| <b>Total</b>            | 1 a 4 anos   | 26  | 9,0  | 5  | 1,7  | 31  | 10,7  | 0,003 |
|                         | 5 a 9 anos   | 69  | 23,9 | 18 | 6,2  | 87  | 30,1  |       |
|                         | 10 a 14 anos | 126 | 43,6 | 6  | 2,1  | 132 | 45,7  |       |
|                         | 15 a 18 anos | 35  | 12,1 | 4  | 1,4  | 39  | 13,5  |       |
|                         | Total        | 256 | 88,6 | 33 | 11,4 | 289 | 100,0 |       |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

\*Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Demonstramos na Tabela 22 a associação entre o agressor e as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual de acordo com a coabitação. Os dados mostraram que o padrasto foi o principal abusador das vítimas com quem residiam, perfazendo um total de 18 vítimas. Em sequência o pai foi apontado como o agressor sexual de suas filhas com os quais residiam, totalizando 9 casos.

Tabela 22– Distribuições dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo a relação do agressor com a vítima e a coabitação das crianças e adolescentes atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

|                              | COABITAÇÃO    |          | RELAÇÃO COM A VÍTIMA |         |                  |      |           |          |           |              |                  |               | Total |
|------------------------------|---------------|----------|----------------------|---------|------------------|------|-----------|----------|-----------|--------------|------------------|---------------|-------|
|                              | Pai biológico | Padrasto | Parente              | Vizinho | Amigo da família | Babá | Professor | Namorado | Conhecido | Desconhecido | Colega da escola | Não informado |       |
| Pai                          | 2             | 0        | 2                    | 0       | 0                | 0    | 0         | 0        | 1         | 0            | 0                | 1             | 6     |
| Mãe                          | 3             | 5        | 3                    | 3       | 3                | 0    | 1         | 5        | 9         | 2            | 0                | 2             | 36    |
| Pai e Mãe                    | 1             | 1        | 24                   | 9       | 2                | 2    | 1         | 2        | 15        | 13           | 2                | 3             | 75    |
| Padrasto e Mãe               | 1             | 18       | 12                   | 3       | 0                | 0    | 0         | 2        | 9         | 4            | 1                | 2             | 52    |
| Pai, mãe e outros familiares | 2             | 0        | 6                    | 3       | 1                | 0    | 0         | 0        | 3         | 1            | 0                | 3             | 19    |
| Outros familiares            | 2             | 3        | 12                   | 2       | 2                | 0    | 0         | 3        | 2         | 2            | 0                | 0             | 28    |
| Mãe e outros familiares      | 4             | 6        | 10                   | 4       | 0                | 0    | 0         | 2        | 7         | 2            | 2                | 1             | 38    |
| Pai e outros familiares      | 4             | 1        | 1                    | 6       | 0                | 0    | 0         | 1        | 2         | 0            | 0                | 0             | 15    |
| Pai e madrasta               | 0             | 1        | 3                    | 0       | 0                | 0    | 0         | 0        | 0         | 0            | 0                | 2             | 6     |
| Outros                       | 0             | 0        | 3                    | 0       | 0                | 0    | 0         | 4        | 1         | 0            | 0                | 0             | 8     |
| Não informado                | 0             | 1        | 5                    | 0       | 0                | 0    | 0         | 0        | 0         | 0            | 0                | 0             | 6     |
| Total                        | 19            | 36       | 81                   | 30      | 8                | 2    | 2         | 19       | 49        | 24           | 5                | 14            | 289   |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

## 6.2 Necessidades Humanas Básicas comprometidas das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual à luz de Wanda Horta

Na Tabela 23 identificamos 389 Necessidades Humanas Básicas comprometidas de crianças e adolescentes após agressões sexuais. Dentre estas, 254 NHB foram categorizadas em psicossocial com 56 % afetando a segurança emocional da crianças e adolescente vítima de violência sexual, 38% a autoestima e 6,2% a gregária; 82 NHB englobaram a categoria psicobiológicas atingindo 44,7% a integridade da pele e mucosa das vítimas, 30,5% a

sexualidade, 11,8% o ambiente, 13,0% o conforto; 50 NHB pertenciam a categoria psicoespiritual comprometendo 50% a espiritualidade.

Tabela 23– Distribuições dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo as NHBs comprometidas atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>                  | <b>n</b>   | <b>%</b>   |
|--|------------|------------|
| <b>Necessidades Humanas Básicas Psicossociais</b>    |            |            |
| Segurança emocional                                  | 145        | 56,0       |
| Autoestima   | 98         | 38,0       |
| Gregária   | 16         | 6,2        |
| Total  | 254        | 100,0      |
| <b>Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas</b>  |            |            |
| Integridade da Pele e mucosas                        | 38         | 44,7       |
| Sexualidade  | 26         | 30,5       |
| Conforto   | 10         | 11,8       |
| Ambiente   | 11         | 13,0       |
| Total  | 85         | 100,0      |
| <b>Necessidades Humanas Básicas Psicoespirituais</b> |            |            |
| Angústia espiritual                                  | 50         | 100        |
| Total  | 50         | 100        |
| <b>Necessidades humanas básicas comprometidas</b>    |            |            |
| <b>Total</b>   | <b>389</b> | <b>100</b> |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

Verificamos na Tabela 24 as principais manifestações psicossociais referidas nos relatos das crianças e adolescentes diante da violência sexual sofrida. Observamos que 27% refere-se as reações emocionais (agressividade, irritabilidade, ansiedade, raiva, constrangimento, humilhação), 26% medo (do agressor, das ameaças, das punições e da revelação), 10,6% alterações do estado de humor (tristeza intensa, depressão), 6% isolamento (ausência de interação social), 6% reações fóbicas (medo de ficar só, andar sozinha, sair de casa, medo do escuro), 5% negação (nenhuma menção do estupro), 5% sentimento de impotência (dificuldades de superação do trauma), 5% distúrbios do sono (pesadelos, sono agitado, insônia), 5% prejuízos na aprendizagem (falta de atenção, rendimento escolar diminuído, abandono e atraso escolar), 4% sentimento de autoacusação (vergonha e culpa), 0,4% reações psicossomáticas (queixas de dormência e dores no corpo).



Tabela 24- Distribuição das manifestações psicossociais referidas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES PSICOSSOCIAIS</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|---|------------|--------------|
| Distúrbios do sono                            | 13         | 5,0          |
| Isolamento                                    | 16         | 6,0          |
| Reações psicossomáticas                       | 01         | 0,4          |
| Sentimento de autoacusação                    | 11         | 4,0          |
| Sentimento de impotência                      | 12         | 5,0          |
| Medo  | 62         | 26           |
| Alterações do estado do humor                 | 25         | 10,6         |
| Reações fóbicas                               | 16         | 6,0          |
| Negação                                       | 12         | 5,0          |
| Reações emocionais                            | 64         | 27,0         |
| Prejuízos no aprendizado                      | 12         | 5,0          |
| <b>Total</b>                                  | <b>234</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

Na tabela 25 mostramos os principais diagnósticos de enfermagem baseado nas necessidades humanas básicas psicossociais comprometidas. Observamos que 48% enquadravam-se na síndrome do trauma de estupro, 25,6% medo, 18,5% isolamento social, 2,6% síndrome pós-trauma, 2,6% enfrentamento ineficaz, 1,8% resiliência individual prejudicada e 0,9% sobrecarga de estresse.

Tabela 25 – Distribuições dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo a necessidades humana básica psicossocial comprometida e os diagnósticos de enfermagem possíveis atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Necessidades Humanas Básicas Psicossocial-<br/>Diagnóstico de Enfermagem possíveis</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|---|------------|--------------|
| Síndrome do trauma de estupro   | 54         | 48           |
| Síndrome Pós-trauma   | 03         | 2,6          |
| Medo  | 29         | 25,6         |
| Enfrentamento ineficaz  | 03         | 2,6          |
| Isolamento Social   | 21         | 18,5         |
| Sobrecarga de estresse  | 01         | 0,9          |
| Resiliência individual prejudicada  | 02         | 1,8          |
| <b>Total</b>  | <b>113</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

No quadro 6 mostramos as intervenções de enfermagem relacionadas com diagnósticos de enfermagem das necessidades humanas básicas psicossocial comprometida para as crianças e adolescentes que sofreram violência sexual.

Quadro 6- Descrição das principais intervenções de enfermagem baseado nas NHBs psicossociais encontradas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Necessidades Humanas Básicas Psicossociais</b><br><b>Principais Intervenções de Enfermagem</b>  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observar e levantar informações sobre as lesões físicas e avaliar os sintomas relacionados com o estresse, inclusive dormência, cefaléia, sensação de aperto no peito, náuseas e palpitações.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Detectar sinais de ansiedade crescente (por exemplo: silêncio, gagueira, incapacidade de ficar quieto).</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar a gravidade do enfretamento disfuncional (p.ex., ingestão de álcool ou outras drogas, ideação suicida/homicida, mudança marcante no comportamento sexual).</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permanecer com o cliente e, caso seja criança, não deixá-la sozinha. Isso tranquiliza e transmite a sensação de segurança.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envolver a equipe de intervenção no estupro, quando estiver disponível. Se possível designar um examinador do mesmo sexo do cliente.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar o lactante, criança ou adolescente conforme sua idade, seu sexo e seu estágio de desenvolvimento;</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colaborar no registro de incidente para a polícia ou os serviços de proteção à infância, preservar o sequenciamento e a coleta de provas (cadeia de evidências) rotular todas as amostras e armazená-las e embalá-las adequadamente.</li> </ul>                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oferecer apoio psicológico ouvindo e permanecendo com o cliente. Se ele não quiser conversar, aceitar seu silêncio. Isso pode indicar uma reação silenciosa;</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ouvir as expressões de medo de aglomerações, de homens, de ficar sozinho em casa etc. Isso pode indicar o desenvolvimento de fobias</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajudar o cliente a lidar com as preocupações atuais e os efeitos do incidente, inclusive comparecimento aos tribunais, gravidez, doença sexualmente transmissíveis e relacionamento com familiares ou pessoas significativas.</li> </ul>                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar e monitorar o padrão de sono de crianças. Distúrbios do sono e/ou pesadelos podem ocorrer e postergar a resolução do trauma, além de comprometer a capacidade de enfrentamento.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajudar a criança a expressar seus sentimentos acerca do evento utilizando técnicas apropriadas ao seu estágio de desenvolvimento (p. ex., brincadeiras com as crianças pequenas, histórias ou bonecos para pré-escolares, grupos para adolescentes).</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evitar a oferecer o que a criança deseja (troca), para amenizar a ansiedade e mostrar-se disponível para contato físico (acalantar ou acariciar).</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estabelecer limites a comportamentos inadequados e ajudar o cliente a escolher formas aceitáveis para lidar com a ansiedade.</li> </ul>   |

Fonte: Intervenções de Enfermagem de acordo com DOENGES, MOORHOUSE E MURR, 2015.

No Quadro 7 apontamos as necessidades humanas básicas psicobiológicas comprometidas. Observamos que 09 dos casos apresentaram comportamento erotizado (manipulação dos órgãos), 25 lesões em órgãos genitais, 17 iniciaram a atividade sexual precoce, 13 lesões na mucosa anal, 11 conflitos familiares e 10 manifestaram dor.

Quadro 7- Distribuição das manifestações psicobiológicas referidas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Principais Manifestações Psicobiológicas</b> | <b>Total</b> |
|---|--------------|
| Comportamento erotizado                         | 09           |
| Lesões nos órgãos genitais                      | 25           |
| Lesões na mucosa anal                           | 13           |
| Início da atividade sexual precoce              | 17           |
| Dor   | 10           |
| Conflitos familiares                            | 11           |
| <b>Total</b>                                    | <b>85</b>    |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

Na tabela 26 apontamos os principais diagnósticos de enfermagem baseado nas necessidades humanas básicas psicobiológicas comprometidas. Constatamos que 75% estavam relacionadas a integridade da pele prejudicada e 25% dor aguda.

Tabela 26 – Distribuições dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual segundo a NHBs psicobiológica comprometida e os diagnósticos de enfermagem possíveis atendidos no Propaz-PA nos meses de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>NHB Psicobiológica-Diagnóstico de Enfermagem possíveis</b> | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
|---|-----------|--------------|
| Integridade da pele e mucosa prejudicada                      | 30        | 75           |
| Dor aguda   | 10        | 25           |
| <b>Total</b>  | <b>40</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

Descrevemos no Quadro 8 as intervenções de enfermagem relacionadas com as necessidades humanas básicas psicobiológicas comprometida para as crianças e adolescentes que sofreram violência sexual.

Quadro 8- Descrição das principais intervenções de enfermagem baseado nas NHBs psicobiológicas referidas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas<br/>Principais Intervenções de Enfermagem</b>  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar a condição ou a patologia subjacente envolvida na lesão dos tecidos (traumatismos, doenças transmissíveis).</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obter a história do problema, como início, data do primeiro episódio, localização ou características iniciais, duração do problema e alterações ocorridas ao longo do tempo.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manter a área limpa e seca, cobrir cuidadosamente as feridas com curativos, apoiar a incisão, evitar infecção.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rever medidas para evitar a disseminação das doenças transmissíveis ou reinfeção.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajudar o cliente, a família, ou o cuidador a entender e a seguir o regime terapêutico e desenvolver um programa de cuidados profiláticos e manutenção diária.</li> </ul>                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Investigar e anotar os relatos dos problemas urinários.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientar quanto a adoção de rituais eficazes e apropriados à idade antes de deitar (contar histórias, aconchegar, colocar um cobertor ou um brinquedo predileto).</li> </ul>            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporcionar medidas de conforto (toque terapêutico), ambiente tranquilo e atividades calma.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar analgésicos conforme a prescrição até a dose máxima, se necessário, para manter um nível aceitável de dor.</li> </ul>   |

Fonte: Intervenções de Enfermagem de acordo com DOENGES, MOORHOUSE E MURR, 2015.

No Quadro 9 apontamos as manifestações psicoespirituais de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Identificamos que 46 apresentaram sofrimento intenso; 06 sentimentos de desesperança. Salientamos que 47 enquadraram-se no diagnóstico de enfermagem classificado como Angústia espiritual.

Quadro 9- Distribuição das manifestações psicoespirituais referidas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e o diagnóstico de enfermagem possíveis atendidas no Propaz-A, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Principais Manifestações Psicoespirituais</b> | <b>Total</b> |
|--|--------------|
| Sufrimento intenso                               | 46           |
| Sentimento de desesperança                       | 06           |
|  | 52           |
| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>                 | <b>Total</b> |
| Angústia espiritual                              | 47           |
|  | 47           |

Fonte: Protocolo de pesquisa, Janeiro a Junho de 2015.

No Quadro 10 destacamos as principais intervenções de enfermagem que poderão contribuir para minimizar os efeitos dos traumas sexuais sofridos das crianças e adolescentes como um suporte para a prática profissional do enfermeiro.

Quadro 10- Descrição das principais intervenções de enfermagem baseado nas NHBs psicoespirituais referidas nos relatos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Propaz-PA, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2015. Santa Casa. Belém-PA, 2015.

| <b>Necessidades Humanas Básicas Psicoespirituais<br/>Principais Intervenções de Enfermagem</b>  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar se há expressões de incapacidade de encontrar significado na vida ou razão para viver. Avaliar se há a idéia de suicídio.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar os sentimentos de autoconceito e valor pessoal e a capacidade de estabelecer relacionamentos afetivos.</li> </ul>                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perceber a influência do sistema de crenças do cuidador.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estabelecer uma relação terapêutica entre enfermeiro e cliente. Expressar aceitação das crenças espirituais e das preocupações.</li> </ul>     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar os comportamentos de enfrentamento utilizados atualmente e as consequências associadas.</li> </ul>                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conversar sobre a diferença entre mágoa e culpa e ajudar o cliente a identificar e a lidar com cada um destes sentimentos.</li> </ul>          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dizer que sentir raiva de Deus é uma reação normal no processo de pesar.</li> </ul>  |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oferecer tempo e privacidade para participar das atividades religiosas e de crescimento espiritual (orações, meditação, ouvir músicas).</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporcionar á criança atividades lúdicas que incorporem valores espirituais.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respeitar a vontade dos pais ao conversar e dar apoio espiritual á criança.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estimular a família a proporcionar um ambiente calmo e tranquilo.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fazer os encaminhamentos apropriados (psicoterapias)</li> </ul>  |

Fonte: Intervenções de Enfermagem de acordo com DOENGENS, MOORHOUSE E MURR, 2015.

### **6.3 Proposta da Sistematização da Assistência de Enfermagem às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: modelo do instrumento de coleta de dados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta**

O processo de enfermagem é uma metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico sendo uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Uma dessas etapas é descrita por Horta como a primeira fase do processo de enfermagem chamado de Histórico de Enfermagem, sendo conceituado como o “roteiro sistemático para o levantamento de dados do indivíduo, família ou comunidade que sejam significativos para o enfermeiro, a fim de tornar possível a identificação dos seus problemas e chegar ao diagnóstico de enfermagem” (HORTA, 1979).

#### **6.3.1 1ª Etapa- Histórico de Enfermagem**

Mediante a análise do estudo foi possível desenvolver um modelo de coleta de dados sistematizado e hierarquizado fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, englobando as três categorias de necessidades, ou seja, a psicobiológica, psicoespiritual e a psicossocial como uma diretriz para aplicabilidade do processo de enfermagem no atendimento a criança e adolescente vítima de violência sexual.

O modelo caracteriza o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual com informações inerentes a idade, sexo, raça, naturalidade, escolaridade, procedência, portador de necessidade especial e a pessoa responsável pelas informações. Esses dados preenchidos de forma correta podem dar uma compreensão melhor desse fenômeno nesta faixa etária.

**Sistematização da Assistência de Enfermagem Fundamentada na Teoria de  
Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta  
1ª Etapa: Histórico de Enfermagem**

**Identificação da Criança ou Adolescente**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>1-Nome:</b> _____</p> <p><b>2-Data de nascimento:</b> ____ / ____ / ____</p> <p><b>3-Idade:</b> _____</p> <p><b>4- Sexo:</b> ( ) M ( ) F</p> <p><b>5-Raça:</b> _____</p> <p><b>6-Naturalidade:</b> _____</p> <p><b>7-Escolaridade:</b> ( ) Sem escolarização ( )<br/>Ensino infantil ( ) Ensino fundamental ( )<br/>Ensino Médio ( ) Ensino Superior<br/>( ) Analfabeto</p> | <p><b>8-Portador de necessidade especial</b><br/>( ) sim ( ) não<br/>Especificar: _____</p> <p><b>9-Procedência:</b> ( ) Hospital ( ) Casa<br/>( ) Unidade básica de Saúde ( ) Pronto<br/>Socorro ( ) Delegacia ( ) Conselho Tutelar</p> <p><b>10-Informante:</b> ( ) Criança ( ) Adolescente<br/>( ) Membro da Família ( ) Amigo<br/>( ) Conselho Tutelar<br/>( ) Outro _____</p> |
|---|--|

Torna-se importante conhecer as dinâmicas das famílias, como vivem e se relacionam. Nesse sentido as principais informações são voltadas as condições sociais, econômicas e de saúde.

**Identificação da família e suas condições sócio-econômicas e de Saúde**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>11-Nome:</b> _____</p> <p><b>12-Relação de parentesco:</b> _____</p> <p><b>13-Renda familiar</b> _____</p> <p><b>14-Situação conjugal dos pais:</b> _____</p> <p><b>15-Situação empregatícia do pai:</b> _____</p> <p><b>16-Situação empregatícia da mãe:</b> _____</p> <p><b>17-Profissão do pai:</b> _____</p> <p><b>18-Profissão da mãe:</b> _____</p> <p><b>19-Idade do pai:</b> _____</p> <p><b>20- Idade da mãe</b> _____</p> <p><b>21-Religião do pai:</b> _____</p> <p><b>22-Religião da mãe:</b> _____</p> <p><b>23-Escolaridade do pai:</b> _____</p> <p><b>24-Escolaridade da mãe:</b> _____</p> <p><b>25-Tipo de Moradia</b> _____</p> <p><b>26-Número de cômodos</b> _____</p> | <p><b>27-Número de pessoas que coabitam na casa:</b> _____</p> <p><b>28-Membros da família:</b> _____</p> <p><b>29-Saneamento básico:</b> ( ) água tratada<br/>( ) água não-tratada ( ) rede de esgoto<br/>( ) céu aberto ( ) coleta de lixo ( ) lixo<br/>queimado</p> <p><b>30-Hábitos familiares</b> ( ) alcoolismo ( ) uso<br/>de drogas psicoativas ( ) uso de cigarros<br/>( ) agressividades</p> <p><b>31-Histórico de violência ou doenças na família:</b><br/>_____<br/>_____<br/>_____</p> |
|---|---|

Nos casos de violência a crianças e adolescente, abusados sexualmente, o enfermeiro pode estabelecer vínculos de confiança a fim de colaborar no atendimento às vítimas e a suas famílias. As informações específicas nesta parte estão relacionadas ao principal objetivo da família ao serviço, situação da violência sexual e os dados sobre o autor da violência sexual.

| <b>Necessidades de Saúde: Percepções e Expectativas</b>  |  |
|--|--|
| <b><u>Entrevista com a família ou responsável</u></b><br>32-Motivos da procura pelo serviço/<br>Histórico da violência sexual atual<br>33-Histórico anteriores de algum tipo de maus tratos? Quais? _____  | <b><u>Entrevista com a criança ou o adolescente</u></b><br>34-Pode falar sobre o que ocorreu com você (respeitar a vontade da criança ou do adolescente em relatar o ocorrido)<br>_____  |
| <b>Situação da Violência Sexual</b>  | <b>Informações sobre o autor da violência sexual</b>   |
| 35- Data do ocorrido: ____/____/____<br>36-Tipo de violência sexual: _____<br>37-Outras formas de violência:<br>( ) violência física ( ) violência psicológica<br>( ) negligência ( ) abandono<br>38-Frequência da ocorrência: ( ) 1 vez<br>( ) 2 a 3 vezes ( ) 4 ou mais vezes<br>39-Local do acontecimento: _____<br>40-Cidade do acontecimento: _____<br>41- Grau de vínculo com o agressor: _____<br>42- Número de envolvidos: ( ) 1 ( ) 2 ou mais | 42-Idade _____<br>43-Etnia _____<br>44-Situação conjugal: _____<br>45- Religião _____<br>46-Escolaridade: _____<br>47-Ocupação: _____<br>48-Residência: _____<br>49-Fatores de risco que potencializa a violência:<br>( ) alcoolismo ( ) uso de drogas psicoativas<br>( ) histórico de violência na infância |

As necessidades psicoespirituais estão relacionadas ao envolvimento e a interação das vítimas com grupos sociais, afetivos e religiosos.

| <b>Necessidades Psicoespirituais</b>   |  |
|--|--|
| 50-Participa de grupo de religioso: ( ) sim<br>( ) não<br>Especificar: _____<br>51-Prática de rezar e meditar: _____ | 52-Preocupações religiosas/espirituais<br>_____<br>53-Expressão do sentimento de ligação /<br>harmonia consigo próprio e com as outras<br>pessoas: _____ |

Nesse item abordamos principalmente as necessidades psicossociais que mais comprometem a saúde das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, tais como a segurança emocional, comunicação, aprendizagem, padrão de sono, reações psicossomáticas, reações de fobias, gregária, amor e autoestima.



| Necessidades Psicossociais   |  |
|------------------------------|--|
| 54-Expressão de sentimentos  | <b>Relatado</b><br>( ) raiva ( ) ansiedade ( ) medo ( ) mágoa ( ) desesperança<br>( ) impotência<br><b>Detectado</b><br>( ) calmo ( ) agitado ( ) triste ( ) ansioso ( ) agressivo<br>( ) choroso ( ) tímido ( ) retraído ( ) irritado ( ) amedrontado<br>( ) eufórico ( ) inquieto<br><b>Outros</b> |
| 55-Comunicação               | ( ) dificuldade de comunicação ( ) consegue expressar-se verbalmente ( ) utiliza a expressão não verbal ( ) não relata verbalmente a violência   |
| 56-Aprendizagem              | ( ) rendimento escolar diminuído ( ) abandono escolar<br>( ) falta de concentração   |
| 57-Padrão do sono            | ( ) Pesadelos ( ) insônia ( ) agitação ( ) dificuldades de dormir  |
| 58-Reações psicossomáticas   | ( ) queixas de dormência no corpo ( ) dores no corpo   |
| 60-Reações de fobias         | ( ) medo de sair sozinho ( ) medo de ficar só ( ) medo do escuro ( ) medo de pessoas   |
| 61-Interação social/gregária | Possui amigos: ( ) sim ( ) não<br>( ) brinca só ( ) brinca com amigos<br>Fica isolado ( ) mudanças na relação social ( )   |
| 62-Amor /aceitação           | ( ) Conflitos familiares intensos ( ) ideias suicidas ( ) atitudes depreciativas de si mesmo ( ) tristeza profunda   |
| 63-Autoestima, autoconfiança | Sentimentos: ( ) culpa ( ) vergonha ( ) olhar distante e para baixo ( ) impotência   |

Informações acerca das necessidades humanas básicas psicobiológicas da criança e adolescente são importantes para avaliação do estado de equilíbrio ou desequilíbrio do corpo. De acordo com Horta (1979) os desequilíbrios geram necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes e inconscientes, e levam o ser humano a buscar a satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio. Assim, as necessidades básicas precisam ser atendidas, porém, quando o conhecimento do ser humano a respeito de suas necessidades é limitado pelo seu próprio saber, faz-se necessário o auxílio de pessoas habilitadas para atendê-las.

| Necessidades Psicobiológicas |  |
|------------------------------|--|
| 64-Percepção sensorial       | <b>Alterações:</b> ( ) sim ( ) não<br>( ) visão ( ) audição ( ) paladar ( ) audição<br>( ) tato<br><b>Especificar:</b> |
| 65- Conforto                 | <b>Dor:</b> ( ) aguda ( ) crônica<br><b>Localização:</b>   |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 66-Cuidado corporal                 | <b>Higiene corporal:</b> ( ) adequada ( ) inadequada<br><b>Higiene oral:</b> ( ) adequada ( ) inadequada<br>Especificar: _____   |
| 67-Nutrição                         | <b>Peso:</b> ( ) normal ( ) baixo ( ) sobrepeso<br><b>Hábitos alimentares:</b> preservado ( ) diminuído ( )<br>motivo _____  |
| 68-Mecânica corporal/motilidade     | <b>Locomoção</b> ( ) deambula ( ) deambula com ajuda ( ) cadeirante<br><b>Musculatura:</b> ( ) músculo eutróficos ( ) músculos hipotróficos  |
| 69-Exercícios/atividade física      | <b>Pratica esportes:</b> ( ) sim ( ) não<br>Especificar: _____   |
| 70-Integridade física/cutâneamucosa | <b>Marcas no corpo:</b> ( ) hematomas ( ) fraturas ( ) arranhões ( ) laceração ( ) fissuras<br><b>Localização:</b> ( ) lesões extragenitais ( ) lesões mamárias ( ) lesão em genitália ( ) lesão anal ( ) lesão oral<br><b>Motivo das lesões:</b> _____  |
| 71-Eliminação urinária              | <b>Alterações:</b> ( ) sim ( ) não ( ) poliúria ( ) polaciúria ( ) nictúria ( ) tenesmo ( ) incontinência urinária ( ) disúria ( ) hematúria ( ) colúria ( ) outro _____   |
| 72-Eliminação intestinal            | <b>Hábito</b> ( ) regular ( ) irregular ( ) incontinência fecal ( ) fecaloma ( ) melena ( ) hemorroidas ( ) constipação intestinal   |
| 73-Sexualidade                      | <b>Idade da menarca:</b> _____<br><b>Início da atividade sexual:</b> _____<br><b>Alterações da expressão da sexualidade:</b> ( ) sim ( ) não ( ) erotismo ( ) demonstra curiosidade excessiva pelos órgão sexuais ( ) manipulação dos órgãos genitais ( ) comportamentos sexuais de adulto<br><b>Genitália:</b> ( ) estruturas anatômica preservadas ( ) rompimento himenal ( ) lacerações vaginais ( ) hemorragias vaginais ativas ( ) edema genital ( ) hiperemia ( ) prurido vaginal ( ) hiperemia genital ( ) DSTs ( ) corrimento genital<br><b>Ânus:</b> ( ) anatomia preservada não comprometido ( ) fissuras anais ( ) cicatrizes anais ( ) dilatação ou flacidez de esfíncter anal ( ) DSTs ( ) presença de corpo estranho |
| 74-Sono e repouso                   | ( ) Preservado ( ) Prejudicado   |
| 75-Ambiente                         | ( ) Conflitos familiares   |

As condutas profiláticas e tratamento pós-exposição diante de violência sexual de criança e adolescente, é fundamental a orientação da família sobre os procedimentos médico-legais que as vítimas passarão para a comprovação da violência sexual, dentre eles o registro de B.O. em delegacias especializadas ou outras delegacias, a partir disso será encaminhado para a realização do exame de corpo de delito e a coleta de material no Instituto Médico Legal (IML) que pode estar disponível no próprio serviço (BRASIL, 2010). No entanto, esses procedimentos médico-legais só poderão ser realizados até 72 horas após o abuso sexual. Destacamos que esse prazo coincide com o máximo preconizado pelo Ministério da Saúde para o efeito desejável do uso da contracepção de emergência em caso de estupro de adolescentes e mulheres para evitar a gravidez indesejada e tratamento profilático de doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Hepatite B.

| Cuidados profilático e tratamento   | Encaminhamentos  |
|---|--|
| <b>76-Profilaxia de DST não viral ( )</b><br><b>77-Profilaxia HIV/Aids até 72 horas ( )</b><br><b>78-Profilaxia da Hepatite B ( )</b><br><b>79-Coleta de sangue ( )</b><br><b>80-Coleta do material de prova criminal ( )</b><br><b>81-Anticoncepção de emergência até 72 hs ( ) ou até 5 dias após a violência ( )</b><br><b>Outros: _____</b> | <b>82-Acompanhamento psicológico ( )</b><br><b>83-Acompanhamento social ( )</b><br><b>84-Delegacia especializada ( )</b><br><b>85-Conselho tutelar ( )</b><br><b>86-Internação ( )</b><br><b>87-Acompanhamento com a enfermagem ( )</b><br><b>88-Procedimento da interrupção da gravidez de acordo com a Portaria nº 1.508 de 2005 ( )</b> |

### 6.3.2 2ª etapa- Diagnóstico de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem “é a identificação das necessidades humanas básicas do indivíduo, família ou comunidade que precisam de atendimento e a determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão” e é a segunda fase do processo de enfermagem (HORTA, 1979).

Concernente a este estudo, na construção do instrumento da sistematização da assistência de enfermagem, utilizou-se a nomenclatura de diagnósticos de enfermagem propostos pela North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) entre 2009-2011. As seleções dos diagnósticos de enfermagem foram baseadas na leitura dos relatos das vítimas de violência sexual registrados em seus prontuários, os quais foram identificadas as necessidades humanas básicas afetadas.

| <b>2ª Etapa: Diagnósticos de Enfermagem relacionado a violência sexual</b>  |  |                            |
|---|--|----------------------------|
| <b>NHB Psicossocial</b>   | <b>NHB Psicobiológica</b>                    | <b>NHB Psicoespiritual</b> |
| Síndrome Pós-trauma<br>Síndrome do trauma de estupro<br>Medo<br>Sobrecarga de estresse<br>Isolamento Social<br>Resiliência individual prejudicada | Integridade da pele prejudicada<br>Dor aguda | Angústia espiritual        |

### 6.3.3 3ª etapa- Plano assistencial

A terceira fase do processo de enfermagem é o Plano Assistencial de Enfermagem definido como “a determinação global da assistência de enfermagem que o indivíduo, família ou comunidade precisam receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido (HORTA, 1979).

O plano assistencial está contido na fase seguinte do processo de enfermagem denominado de plano de cuidados ou prescrição de enfermagem. Desse modo, todo o planejamento dos cuidados será efetivado nessa fase.

### 6.3.4 4ª etapa- Plano de cuidados ou Prescrição de enfermagem

A quarta fase do processo de enfermagem segundo a metodologia do processo de enfermagem de Horta é o Plano de Cuidado ou Prescrição de Enfermagem que é definido pela autora como o “roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados decorrentes da implantação do plano assistencial de enfermagem e adequados às necessidades básicas e específicas de cada paciente” (HORTA, 1979).

As prescrições de enfermagem foram fundamentadas pelas autoras Doenges, Moorhouse e Murr (2015). De acordo com as autoras o plano de cuidados “é o produto final do processo de enfermagem e registra a assistência prestada ao cliente nas áreas de responsabilidade do enfermeiro, garantia da qualidade e responsabilidade cível”. Desse modo, o plano de cuidados é um componente permanente do prontuário de saúde do cliente. O formato de registro do plano de cuidados é determinado pelas normas da instituição e pode ser escrito à mão, consignado em formulários padronizados ou informatizados.

| <b>Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem</b>   |   |
|--|---|
| <b>Necessidade Psicossocial</b>  |   |
| <b>Diagnósticos de enfermagem</b>  | <b>Intervenções de enfermagem</b>   |
| <p><b>* Síndrome pós trauma relacionados a eventos traumáticos evidenciado por:</b></p> <p>( ) desesperança; vergonha; culpa<br/> ( ) queixas de dormência<br/> ( ) ansiedade; medo; depressão<br/> ( ) estado de humor alterado<br/> ( ) enurese</p>            | <p>( ) Observar e obter informações sobre lesões físicas ou danos psicológicos<br/> ( ) Atentar para sinais de ansiedade crescente<br/> ( ) Detectar o desenvolvimento de reações fóbicas a objetos ou situações<br/> ( ) Avaliar queixas somáticas frequentes<br/> ( ) Ajudar a criança a expressar seus sentimentos acerca do evento utilizando técnicas apropriadas ao seu estágio de desenvolvimento</p>                                    |
| <p><b>*Síndrome do trauma de estupro relacionado ao estupro:</b></p> <p>( ) constrangimento; humilhação; vergonha; culpa<br/> ( ) pesadelos; distúrbios do sono<br/> ( ) negação; fobias; tentativas de suicídio<br/> ( ) oscilações de humor; agressividade</p> | <p>( ) Avaliar a gravidade do enfrentamento disfuncional<br/> ( ) Envolver a equipe de intervenção no estupro<br/> ( ) Colaborar no registro do incidente para a polícia ou os serviços de proteção à infância, preservar o sequenciamento e a coleta de provas, rotular todas as amostras e armazená-las adequadamente.<br/> ( ) Ajudar o cliente a lidar com as preocupações atuais e os efeitos do incidente</p>                             |
| <p><b>*Medo relacionado a estímulo fóbico evidenciado por:</b></p> <p>( ) tensão extrema, pânico; assustado<br/> ( ) alteração da frequência respiratória, pulso; pressão arterial sistólica<br/> ( ) redução da capacidade de aprendizagem</p>                  | <p>( ) Determinar a percepção do cliente ou pessoa significativa quanto ao que está acontecendo e como isto afeta sua vida.<br/> ( ) Avaliar o grau de incapacitação<br/> ( ) Avaliar o grau de concentração e o foco de atenção<br/> ( ) Aferir os sinais vitais e as respostas fisiológicas à situação<br/> ( ) Assegurar presença e contato físico, antes da realização de procedimentos dolorosos.<br/> ( ) Controlar ruídos ambientais</p> |
| <p><b>*Sobrecarga de estresse relacionado a coexistência de vários fatores de estresse evidenciado por:</b></p> <p>( ) sentimentos crescente de impaciência ou raiva.<br/> ( ) Refere consequências negativas do estresse</p>                                    | <p>( ) Participar de técnicas de auto-ajuda ( envolver-se em atividades recreativas , estimular o bom humor)<br/> ( ) Determinar como o cliente ou a família percebem os acontecimentos<br/> ( ) Identificar recursos disponíveis na comunidade</p>   |
| <p><b>*Isolamento social relacionado a incidentes ou eventos traumáticos que causam sofrimento físico e/ou emocional</b></p> <p>( ) tristeza ou embotamento</p>  | <p>( ) Identificar os sistemas de apoio disponíveis<br/> ( ) Promover a participação em atividades recreativas<br/> ( ) Envolver as crianças e os adolescentes em programas e atividades apropriadas à idade.<br/> ( ) Fornecer estímulos ambientais<br/> ( ) Programar visitas de acompanhamento do cliente</p>  |

|   |   |
|---|---|
| afetivo<br>( ) pouco comunicativo; retraído<br>( ) busca ficar sozinho  |   |
| <b>*Resiliência individual prejudicada relacionado a fatores de vulnerabilidades e violência.</b><br><br>( ) depressão; culpa; isolamento social; baixa autoestima; vergonha<br>( ) utilização de estratégias de enfrentamento ineficazes   | ( ) Observar os padrões de comunicação entre os membros da família<br>( ) Identificar as estratégias de enfrentamento ineficazes utilizadas pelo indivíduo e pela família.<br>( ) Estimular a livre expressão de sentimentos e estabelecer limites ao comportamento inaceitável<br>( ) Estimular a participação dos pais no desenvolvimento de um suporte positivo para fortalecer a resiliência dos seus filhos<br>( ) Encaminhar para recursos comunitários apropriados |
| <b>*Enfrentamento ineficaz relacionado a dificuldades de liberação das tensões, apoio social inadequado</b><br><br>( ) uso de substâncias químicas<br>( ) relatos de tensão muscular ou emocional<br>( ) dificuldade de concentração<br>( ) alterações comportamentais (impaciência, frustração, irritabilidade e abatimento) | ( ) Determinar o nível funcional de desenvolvimento<br>( ) Atentar para os padrões de fala e comunicação.<br>( ) Averiguar se há ingestão de álcool, uso de drogas e tabagismo e determinar padrões de sono e ingestão alimentar.<br>( ) Estimular a verbalização dos medos e das ansiedades e a expressão de sentimentos como negação, depressão e raiva<br>( ) Determinar a necessidade ou desejo de entrar em contato com um representante religioso.                  |

| Necessidade Psicossocial  |  |
|---|--|
| Diagnósticos de enfermagem  | Intervenções de enfermagem   |
| <b>* Síndrome pós trauma relacionados a eventos traumáticos evidenciado por:</b><br><br>( ) desesperança; vergonha; culpa<br>( ) queixas de dormência<br>( ) ansiedade; medo; depressão<br>( ) estado de humor alterado<br>( ) enurese              | ( ) Observar e obter informações sobre lesões físicas ou danos psicológicos<br>( ) Atentar para sinais de ansiedade crescente<br>( ) Detectar o desenvolvimento de reações fóbicas a objetos ou situações<br>( ) Avaliar queixas somáticas frequentes<br>( ) Ajudar a criança a expressar seus sentimentos acerca do evento utilizando técnicas apropriadas ao seu estágio de desenvolvimento          |
| <b>*Síndrome do trauma de estupro relacionado ao estupro:</b><br><br>( ) constrangimento; humilhação; vergonha; culpa<br>( ) pesadelos; distúrbios do sono<br>( ) negação; fobias; tentativas de suicídio<br>( ) oscilações de humor; agressividade | ( ) Avaliar a gravidade do enfrentamento disfuncional<br>( ) Envolver a equipe de intervenção no estupro<br>( ) Colaborar no registro do incidente para a polícia ou os serviços de proteção à infância, preservar o sequenciamento e a coleta de provas, rotular todas as amostras e armazená-las adequadamente.<br>( ) Ajudar o cliente a lidar com as preocupações atuais e os efeitos do incidente |
| <b>*Medo relacionado a estímulo</b>   | ( ) Determinar a percepção do cliente ou pessoa  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>fóbico evidenciado por:</b></p> <p>( ) tensão extrema, pânico; assustado</p> <p>( ) alteração da frequência respiratória, pulso; pressão arterial sistólica</p> <p>( ) redução da capacidade de aprendizagem</p>  | <p>significativa quanto ao que está acontecendo e como isto afeta sua vida.</p> <p>( ) Avaliar o grau de incapacitação</p> <p>( ) Avaliar o grau de concentração e o foco de atenção</p> <p>( ) Aferir os sinais vitais e as respostas fisiológicas à situação</p> <p>( ) Assegurar presença e contato físico, antes da realização de procedimentos dolorosos.</p> <p>( ) Controlar ruídos ambientais</p>  |
| <p><b>*Sobrecarga de estresse relacionado a coexistência de vários fatores de estresse evidenciado por:</b></p> <p>( ) sentimentos crescente de impaciência ou raiva.</p> <p>( ) Refere consequências negativas do estresse</p>   | <p>( ) Participar de técnicas de auto-ajuda ( envolver-se em atividades recreativas , estimular o bom humor)</p> <p>( ) Determinar como o cliente ou a família percebem os acontecimentos</p> <p>( ) Identificar recursos disponíveis na comunidade</p>  |
| <p><b>*Isolamento social relacionado a incidentes ou eventos traumáticos que causam sofrimento físico e/ou emocional</b></p> <p>( ) tristeza ou embotamento afetivo</p> <p>( ) pouco comunicativo; retraído</p> <p>( ) busca ficar sozinho</p>  | <p>( ) Identificar os sistemas de apoio disponíveis</p> <p>( ) Promover a participação em atividades recreativas</p> <p>( ) Envolver as crianças e os adolescentes em programas e atividades apropriadas à idade.</p> <p>( ) Fornecer estímulos ambientais</p> <p>( ) Programar visitas de acompanhamento do cliente</p>   |
| <p><b>*Resiliência individual prejudicada relacionado a fatores de vulnerabilidades e violência.</b></p> <p>( ) depressão; culpa; isolamento social; baixa autoestima; vergonha</p> <p>( ) utilização de estratégias de enfrentamento ineficazes</p>  | <p>( ) Observar os padrões de comunicação entre os membros da família</p> <p>( ) Identificar as estratégias de enfrentamento ineficazes utilizadas pelo indivíduo e pela família.</p> <p>( ) Estimular a livre expressão de sentimentos e estabelecer limites ao comportamento inaceitável</p> <p>( ) Estimular a participação dos pais no desenvolvimento de um suporte positivo para fortalecer a resiliência dos seus filhos</p> <p>( ) Encaminhar para recursos comunitários apropriados</p> |
| <p><b>*Enfrentamento ineficaz relacionado a dificuldades de liberação das tensões, apoio social inadequado</b></p> <p>( ) uso de substâncias químicas</p> <p>( ) relatos de tensão muscular ou emocional</p> <p>( ) dificuldade de concentração</p> <p>( ) alterações comportamentais ( impaciência, frustração, irritabilidade e abatimento)</p> | <p>( ) Determinar o nível funcional de desenvolvimento</p> <p>( ) Atentar para os padrões de fala e comunicação.</p> <p>( ) Averiguar se há ingestão de álcool, uso de drogas e tabagismo e determinar padrões de sono e ingestão alimentar.</p> <p>( ) Estimular a verbalização dos medos e das ansiedades e a expressão de sentimentos como negação, depressão e raiva</p> <p>( ) Determinar a necessidade ou desejo de entrar em contato com um representante religioso.</p>                  |

| Necessidade Psicobiológica   |   |
|--|---|
| Diagnósticos de enfermagem   | Intervenções de enfermagem  |
| <p><b>* Integridade da pele e mucosa relacionado a fatores mecânicos</b></p> <p>( ) dor<br/>( ) perda de continuidade da superfície da pele</p>  | <p>( ) Obter a história do problema, como início e duração do problema<br/>( ) Determinar o grau e a profundidade da lesão do sistema tegumentar<br/>( ) Manter a área limpa e seca, cobrir a ferida; aplicar curativos apropriados<br/>( ) Orientar a família a seguir o regime terapêutico adotado</p>  |
| <p><b>* Dor aguda relacionado a agentes lesivos (físicos ou psicológicos)</b></p> <p>( ) comportamento expressivo (gemido, choro, insônia, irritabilidade, suspiros)<br/>( ) Relato verbal de dor<br/>( ) Posicionamento para evitar dor</p>   | <p>( ) Determinar e documentar a existência de possíveis causas fisiopatológicas e psicológicas de dor<br/>( ) Detectar sinais não verbais e comportamentos que expressam dor<br/>( ) Monitorar sinais vitais<br/>( ) Proporcionar medidas de conforto<br/>( ) Ensinar e estimular a utilização das técnicas de relaxamento</p>   |
| Necessidades psicoespirituais  |   |
| <p><b>* Angústia espiritual relacionado a solidão, isolamento social, ansiedade e dor</b></p> <p>( ) Expressa falta de esperança, amor, aceitação<br/>( ) Expressa raiva ou culpa<br/>( ) Recusa de interações com pessoas significativas<br/>( ) Expressa sofrimento ou raiva de Deus</p> | <p>( ) Determinar a crença religiosa ou espiritual da família, sua participação e a existência de conflitos<br/>( ) Verificar se há expressões de incapacidade de encontrar significado na vida ou razão para viver. Avaliar se há idéia de suicídio<br/>( ) Estimular e facilitar passeios ao ar livre<br/>( ) Proporcionar à criança atividades lúdicas que incorporem valores espirituais<br/>( ) Estimular a família a proporcionar um ambiente calmo e tranquilo</p> |

### 6.3.5 5ª etapa- Evolução de enfermagem

Segundo Horta (1979), a quinta fase chamada de evolução de Enfermagem é “o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no indivíduo, família ou comunidade enquanto estiver sob assistência de enfermagem”.

Torna-se importante o registro das alterações observadas durante a assistência de enfermagem que envolvam os aspectos psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais.

Dessa forma, torna-se necessário a discussão da importância da implementação do Processo de Enfermagem nas instituições de saúde para o direcionamento dos cuidados de enfermagem de forma individualizada e sistematizada às crianças e adolescentes vítimas de



violência sexual para uma assistência de qualidade e direcionada em suas necessidades, por meio de um modelo teórico das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, além de atender as exigências legais de nossa profissão conforme a resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 358/2009 que normatiza a obrigatoriedade da implantação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

## 7 DISCUSSÃO

Ao analisarmos os dados apresentados de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no PROPAZ-PA, verificamos um total de 289 ocorrências desse agravo a saúde nesse grupo etário. Na Tabela 1 mostramos as características sociais e demográficas das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Constatamos que 88,6% das agressões sexuais ocorreram predominantemente no sexo feminino e 11,4% no sexo masculino. Em relação a faixa etária, 45,7% estavam entre 10 a 14 anos, 30,1% entre 5 a 9 anos e 13,5% entre 15 a 18 anos e 10,4% entre 1 a 4 anos. Esse resultado é consonante com os levantamentos realizados pelo Ministério da Saúde acerca das quais as incidências de abuso sexual infanto-juvenil incidem no sexo feminino.

Conforme apontam o Mapa da Violência de 2012, no ano de 2011 foram notificados 10.425 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, 83,2% correspondeu ao sexo feminino com poucas oscilações entre as faixas etárias, contudo houve uma maior incidência na faixa etária de 10 a 14 anos de idade, com uma taxa de 23,8 notificações para cada 100 mil adolescentes (WAISELFISZ, 2012).

Nos anos de 2009 a 2010, foram registradas 21.199 notificações de violência contra criança de 0 a 9 anos e 29.502 notificações contra adolescentes de 10 a 19 anos, constatam que a violência sexual foi mais incidente no sexo feminino com 41,9% entre as adolescentes e 45,5% entre as crianças (BRASIL, 2013b).

Os dados oriundos do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) registraram no ano de 2006 a 2007 um total de 44% de violência sexual em crianças e 56% entre adolescentes. Esses dados revelam uma incidência de abuso sexual na população infanto-juvenil (BRASIL, 2009).

No ano de 2008, o VIVA registrou 8.766 casos de violência, dos quais 2.075 referiam-se a crianças e 2.389 a adolescentes. Indivíduos do sexo feminino continuam sendo as maiores vítimas nessas faixas etárias, 63% em crianças e 75% nos adolescentes (BRASIL, 2010b).

Esses números revelam que a violência sexual está presente no cotidiano infanto-juvenil e seus desdobramentos podem implicar em eventos traumáticos físicos, psíquicos e emocionais tão severos que poderão repercutir ao longo de suas vidas.

Torna-se relevante destacar que para garantir a proteção das crianças e adolescentes e coibir atos violentos, a Constituição Brasileira de 1988 reconheceu esse grupo etário como sujeito de direitos em seu Artigo 227. Tais direitos ganharam força por meio da regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei nº 8069, de

13 de julho de 1990, o qual estabelece mecanismo de proteção contra maus tratos infanto-juvenis e, deste modo a sociedade, o estado e a família têm responsabilidade de protegê-los de forma integral perante a fase de desenvolvimento físico, psíquico, emocional e social que estão vivenciando, assegurando as condições favoráveis para que crianças e adolescentes nasçam e vivam de forma saudável e respeitosa (AZAMBUJA; FERREIRA et al., 2011).

Diante desse contexto, a violência sexual, é uma transgressão a esses direitos, pois de acordo com Martins e Jorge (2010) a prática da violência sexual é considerada como uma das formas graves de violação de direitos humanos que ameaçam a vida de crianças e adolescentes assumindo um caráter endêmico e transformando-se em um complexo problema de saúde pública, visto que são inúmeros os eventos mórbidos que vitimizam crianças e adolescentes.

Em virtude disso, a violência sexual deixou de ser vista como um a questão de intimidade e passa a configurar-se como um problema social e de saúde pública por comprometer a saúde da população, independentemente de cor, raça ou classe social (FERRIANI; GARBIN; RIBEIRO, 2004).

Esse quadro também traduz que a violência sexual se vincula à questão de gênero, acometendo principalmente crianças e adolescentes do sexo feminino. Este fato ocorre devido aos aspectos históricos e culturais que influenciam diretamente no papel desempenhado de forma desigual entre homens e mulheres em nossa sociedade, caracterizando a mulher como objeto de desejo sexual, transformando desta forma crianças e adolescentes do sexo feminino como alvos preferenciais dos agressores (MARTINS; JORGE, 2010).

De acordo com o estudo de Santos e Costa (2011), o sexo feminino foi considerado mais fragilizado. Os autores analisaram 47 pastas especiais de histórias de violência sexual autuadas na 1ª Vara da Infância e Juventude do Distrito federal e verificaram que 87,2% dos casos de abuso sexual em crianças e adolescentes eram predominantemente do sexo feminino e 12,8% do sexo masculino.

Pinto Júnior e colaboradores (2012) ao realizarem uma análise de 77 prontuários de um serviço social, no Município de Dourados (MS), notaram que crianças e adolescentes vítimas de violência sexual doméstica eram 89,6% do sexo feminino e 1,3% do sexo masculino.

Na Tabela 1 mostramos as demais variáveis do estudo em questão. Em relação a cor da pele ou raça, 72% corresponderam a cor parda, 18,7% a cor branca, 6,9% a cor preta e 0,3% indígena. A religião das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual eram 37%

católicas, 4,6% evangélicas, 8,3% não tinham religião e 0,6% seguiam outras religiosidades (umbanda, testemunha de jeová e espiritismo).

A participação da criança e do adolescente em tradições religiosas podem ajudá-los durante situações adversas e difíceis, tais como doença, hospitalização, e outros eventos traumáticos (BRUNNER; SUDDART, 2009). Dessa forma torna-se importante que o profissional de saúde conheça a crença religiosa das famílias das vítimas de violência sexual para um acolhimento que respeite suas convicções religiosas e ofereça orientações aos familiares para a busca de apoio espiritual nesse momento de intensa aflições.

Quanto a escolaridade das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual da presente pesquisa, mostrou que 70,6% estavam no Ensino Fundamental, 8,3% no Ensino Infantil e 6,6% no Ensino Médio. Destacamos que 5,9% das crianças são caracterizadas como “sem escolarização” devido pouca idade e 1% foram agrupados na categoria “não alfabetizados” correspondendo a crianças e adolescentes fora da escola. Observamos que 46,7% estudavam em escolas públicas e 9,7% em escolas privadas.

Esse resultado assemelha-se com a pesquisa de Baptista et al. (2008) que evidenciaram em seus estudos que crianças e adolescentes estavam no ensino fundamental incompleto com um total de 61,6% e 20% não eram alfabetizadas por estarem na idade menor de 5 anos.

Pinto Júnior (2012) encontraram em sua pesquisa um percentual de 27,3% de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica fora da escola. Podemos analisar que o fato de não frequentar a escola pode sinalizar algum tipo de negligência que as crianças e adolescentes estão passando.

Vale destacar que haviam nos relatos os reflexos negativos da violência sexual na aprendizagem da criança e adolescente, tais como a evasão, repetência escolar e falta de concentração. Essas circunstâncias presentes no cotidiano da infância e adolescência, pode nos levar a pensar que, a escolaridade e o rendimento escolar, são componentes importantes para avaliação de situações de maus tratos infantis.

As crianças diante do abuso sexual podem manifestar mudanças no comportamento e, costumam em idade escolar apresentar alterações na auto estima e no rendimento escolar (DREZETT et al.,2012). Desta forma, torna-se importante que os profissionais de saúde e educação observem quaisquer alterações psicossociais na infância que podem sugerir abuso sexual.

Ao lidar com esse grupo específico é essencial para o profissional durante o atendimento buscar informações acerca do nível de escolaridade e o rendimento escolar da

criança e adolescente em situações de violência para avaliar mudanças de comportamento que esteja repercutindo no desempenho escolar.

Notamos que 57,8% das vítimas foram procedentes da Região Metropolitana de Belém, 32,5% da região do interior do estado do Pará e 9,7 % do Arquipélago do Marajó. Esse resultado deve-se principalmente à localização do serviço especializado de violência sexual ser situado na cidade de Belém-PA, além disso constitui como um centro de referência para os demais municípios do Estado do Pará.

Na Tabela 2 constatamos que a violência sexual foi mais frequente na idade de 10 a 14 anos para as meninas correspondendo a 43,6% das ocorrências e 6,2% na idade de 5 a 9 anos para os meninos. Dessa forma percebemos que os autores da violência sexual contra crianças e adolescentes tiveram preferência pelas meninas em idade fértil e pelos meninos em idade de pouca resistência física.

Em um mapeamento das características de 186 casos de abuso sexual de crianças e adolescentes no Município de Londrina-RS, realizado por Martins e Jorge (2010), evidenciaram que 72,4% dos abusos ocorreram no sexo feminino numa proporção de 2,9 meninas para cada menino, 58% dos casos predominou na faixa etária de 10 a 14 anos, 31,8% na faixa etária de 5 a 9 anos e 8,4% de 0 a 4 anos. Observaram uma incidência maior na idade de 10 anos para as meninas (5/1000) e de 9 anos para meninos (2,3/1000). Notaram que o risco aumentou entre as meninas após 8 anos de idade e os coeficientes declinaram para os meninos a partir desta idade.

Pinto Júnior e colaboradores (2012) ao realizarem uma análise de 77 prontuários de um serviço social, no Município de Dourados (RS), evidenciaram que as vítimas de violência sexual eram 89,6% do sexo feminino, 32,4% nas faixas etárias entre 3 a 6 anos, 28,6% 11 a 13 anos e 18,2% de 14 a 18 anos, 50,6% das vítimas eram de etnia branca, e cursavam o Ensino Fundamental (1º ao 9ºano) e 27,3% não estudavam.

Considerando outro estudo sobre o perfil de abuso sexual na região nordeste do Brasil, Baptista et al. (2008) analisaram 60 casos de abuso sexual notificados pelo Programa Sentinela. Os achados dessa pesquisa revelaram 85% dos casos de violência sexual em crianças e adolescentes era do sexo feminino e 55% encontravam-se na faixa etária entre 7 a 14 anos, 39% 0 a 6 anos e 6% 15 a 18 anos.

O predomínio dos agressores sexuais pelas meninas na fase da adolescência deve-se principalmente as mudanças ocorridas no período da puberdade quando ocorrem o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, o que não ocorre nos meninos, cujo

agressor escolhe mais as vítimas em idades menores provavelmente pela impossibilidade de defesa, o que seria mais difícil em idades maiores (MARTINS; JORGE, 2010).

Pelo fato das vítimas serem em sua maioria meninas no início da adolescência, são vistas como as principais culpadas pelas agressões sofridas, uma vez que já não são mais crianças e estão em uma fase de despertar para a feminilidade. Isso atrelado em nossa sociedade machista pode confundir-se com incitação ao abuso do agressor (JUSTINO et al., 2011).

Nota-se que os meninos estão sendo alvos dos agressores em menores proporções. No entanto, o estudo de Solto et al. (2012) divergem das literaturas existentes e dos achados da pesquisa atual, os quais constata 62% de violência sexual no sexo masculino, evidenciando que meninos são também vítimas dessa prática abusiva sexual.

A ocorrência em menor proporção de violência sexual em meninos deve-se principalmente pelas dificuldades maiores deste gênero na revelação do abuso sexual sofrido devido aos conflitos gerados em relação à sua sexualidade e identidade masculina que podem ser questionadas mediante a denúncia (PINTO JÚNIOR et al., 2012).

A violência sexual nos meninos pode desencadear sofrimentos tão intensos e duradouros que tenderão a manter-se em silêncio devido ao medo da revelação e a vergonha do fato ocorrido, e, portanto, essas circunstâncias poderão dificultar nos valores exatos desse fenômeno.

Verificamos na Tabela 3 que 55% das notificações da situação de violência sexual são realizados pelas mães e 14,5% pelos parentes. Com relação as notificações institucionais 22,5% são oriundas por demanda espontânea, 19,9% por delegacias e 15,9% por Conselhos Tutelares, 15,6% serviços de saúde, 6,2% delegacias especializadas de atendimento a crianças e adolescente, 2,4% denúncia anônima, 1,4% abrigos e 1,4% escolas.

As mães são as primeiras a denunciarem a violência sexual de seus filhos. Essa situação pode ser justificada pelo fato das mães dispensarem os cuidados em tempo maior aos filhos em comparação com os demais membros das famílias, desse modo são as principais observadoras de qualquer tipo de mudança no comportamento da criança e adolescente diante da suspeita de violência sexual (SOLTO et al., 2012).

Todavia, a denúncia feita por familiares de caso de violência sexual ainda é uma realidade bastante difícil de ocorrer, principalmente quando o agressor é alguém conhecido e com fortes laços de consanguinidade, podendo levar as famílias e a própria vítima a manter-se em silêncio por medo das consequências advindas da revelação (BAPTISTA et al., 2008).

A violência sexual contra crianças e adolescentes é permeada de tabus para sua revelação. As vítimas têm medo de contar para alguém seu segredo pelas ameaças advindas do agressor, além dos sentimento de culpa e vergonha pelas agressões sofridas, a falta de confiança nos mecanismos de proteção legal e jurídica e o silêncio da família que protege o agressor. Dessa forma, torna-se difícil romper o ciclo de violência sexual devido à complexidade desse fenômeno neste grupo etário.

As literaturas estudadas apontaram que vários são os motivos que contribuem para que as vítimas não realizem as denúncias, dentre elas, as dificuldades na revelação por medo, vergonha, sentimento de culpa e impotência, descrédito com o sistema jurídico e o silêncio do cúmplice (SOLTO et al., 2012; BAPTISTA et al., 2008; MARTINS; JORGE, 2010), constituem-se entre os principais entraves dos registros de violência sexual neste grupo específico.

O Conselho Tutelar é o principal órgão de proteção dos direitos da criança e do adolescente em casos de maus tratos. Desse modo constitui a primeira porta de entrada para a garantia desses direitos. No entanto, toda instituição deve estar preparada para prestar o atendimento a essas vítimas com a finalidade de interromper com o ciclo de violência sexual e minimizar os efeitos advindos das agressões sexuais sofridas (BAPTISTA et al., 2008).

Em relação a tipificação de violência sexual mais incidente, observamos na Tabela 4 que 57,1% das ocorrências estavam relacionadas ao estupro de vulnerável, 26,3% suspeita de abuso sexual, 5,9% atos libidinosos, 3,8% estupro, 1% exibicionismo e tráfico respectivamente e 0,3% demais tipos de violência (exploração sexual, violência verbal e voyeurismo). Vale destacar que 3,8% dos abusos sexuais ocorreram com crianças e adolescentes portadoras de necessidades especiais.

Os dados encontrados na pesquisa, corrobora com a pesquisa de Alves, Silva e Silva (2012) que evidenciaram o estupro de vulnerável dentre as tipificações de violência sexual mais incidente entre as crianças e adolescentes.

Este fato está de acordo com o que preconiza a nova lei vigente (Lei nº12.015/2009) que caracteriza como crime sexual atos que envolvam a conjunção carnal ou outros atos libidinosos em pessoas menores de 14 anos ou outras pessoas portadoras de necessidades especiais (LANDINI,2011).

Notamos que algumas investigações analisaram a violência sexual como a lei antiga preconizava de forma separada onde registraram uma incidência maior de vítimas que sofreram estupro com conjunção carnal e atentado violento ao pudor (PINTO JR et al., 2012;

SOLTO et al., 2012), no entanto, esses dois crimes sexuais foram categorizados como estupro nos estudos.

Crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais são mais suscetíveis a violência sexual com mais frequência em razão das dificuldades de compreensão do ato abusivo sexual os quais são vítimas, da falta de confiança das pessoas na revelação do abuso sexual sofrido e diante da limitação cognitiva e física para defender-se (SOLTO et al., 2012).

Observamos literaturas escassas que registrassem a quantidade de pessoas portadora de necessidades especiais. Nesse sentido, há que se pensar em estudos que enfatizem essa população de forma específica para o delineamento de seu perfil com a identificação de suas limitações cognitivas, auditivas ou físicas, e, desta forma implantar ações de prevenção voltadas para esse público alvo.

Em se tratando de maus tratos, o abuso sexual desponta como uma das principais formas de violência contra crianças e adolescentes, envolvendo um comportamento sexual vinculado ao desrespeito do indivíduo e dos seus limites.

De acordo com Baptista et al. (2008) o abuso infantil corresponde a toda situação em que um adulto utiliza-se de uma criança ou adolescente para satisfazer seu prazer sexual, através de carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração.

As situações sob suspeitas requerem preocupação por parte dos profissionais quanto a segurança da criança e do adolescente, adotando algumas medidas protetivas como o acompanhamento psicológico para elucidação dos fatos e, quando revelado deverá ser acionado os mecanismos de defesa e proteção. Ou outras medidas mais urgentes poderão ser solicitadas como o abrigo em situações que coloquem em risco a vida da criança e do adolescente, além da notificação obrigatória dos casos suspeitas de violência sexual que deverão ser realizadas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Observamos na Tabela 6 que 11,8% das agressões sexuais resultaram em gravidez, 4,5% lacerações, 1,7% doenças sexualmente transmissíveis, 0,7% hemorragias e 0,3% aborto. Destacamos que 34,6% das crianças e adolescentes parecem não ter sofrido agressões sexuais. Além de 39,1% das fichas de atendimento não informaram sobre essa variável, valores estes que poderiam alterar a análise, aumentando qualquer uma das categorias descritas.

Esse resultado assemelha-se com os estudos da literatura pesquisada, que constataram casos de gravidez entre as vítimas (ALVES, SILVA e SILVA, 2012; PINTO JR et al., 2012; MARTINS; JORGE, 2010).



Abuso sexual principalmente nesta fase de construção da personalidade, provocam traumas psicológicos que podem ter vários desdobramentos, entre eles a prática sexual desprotegida e a maior vulnerabilidade à exploração sexual, além da possibilidade de gravidez, depressão ou mesmo suicídio e estão mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (TEIXEIRA; TAQUETE, 2010).

A adolescência é uma fase de intensas modificações tanto físicas como emocionais e sua imaturidade biopsicossocial e sexual contribuem para o aumento dos riscos de serem as principais vítimas de violência sexual. Além disso, são mais suscetíveis a uma gravidez precoce provocada pelo abuso sexual, fato este ocasionado pela idade fértil e pela falta de medidas de proteção de contato sexual durante o ato violento.

Um outro fator que pode está associado aos casos de gravidez após o estupro é o desconhecimento do direito que crianças e adolescentes possuem de receber um tratamento profilático após a exposição de uma prática sexual violenta ou pelo silêncio das vítimas em confidenciar o fato ocorrido para alguém. Isso pode gerar nessa criança e adolescente efeitos negativos tão severos que poderão comprometer seu estado de saúde física, mental e social por curto, médio e longo prazo.

Desse modo surge a necessidade de informações quanto aos direitos reprodutivos e sexuais de adolescentes mulheres, dentre os quais o direito de interromper a gravidez em casos de estupro de acordo com o artigo 128 do Código Penal e da Portaria nº1.508/05 que estabelece as condições para a realização do procedimento (BRASIL, 2010).

Conforme um caso registrado no estudo de uma adolescente entre 15 a 18 anos de idade foi amparada legalmente para a prática do aborto provocado por estupro. No entanto, todo o caso de gravidez resultante de estupro deve-se realizar um acompanhamento da adolescente por uma equipe qualificada em situações de violência sexual para minimizar as consequências emocionais oriundas deste ato abusivo.

Verificamos na Tabela 8 que 3,1% dos traumas ocorreram na genitália, 1,4% nos braços e 0,3% nas demais áreas do corpo (pescoço, seios e pernas). Notamos um percentual elevado, 91,5% de casos que não informaram os dados sobre as marcas no corpo de crianças e adolescentes após as agressões sexuais sofridas. Observamos que 94,5% das crianças e adolescentes não precisaram de internação e 5,2% das ocorrências de violência sexual a crianças e adolescentes necessitaram do atendimento hospitalar.

Diante desse quadro, notamos que poucos foram os traumas físicos decorrentes dos abusos sexuais a crianças e adolescentes, todavia observamos que a região da genitália feminina e a região anal masculina foram os locais mais atingidos pelos agressores.

Ressaltamos que a escassez de informações a respeito das consequências orgânicas e físicas da violência sexual nos registros da ficha de atendimento dificultaram analisar a real amplitude dos efeitos provocados pela prática violenta na vida das crianças e adolescentes.

Dada a esta restrição, esse resultado nos leva a pensar que as crianças e adolescentes não sofreram traumas sexuais. De outro modo, podemos refletir que a violência sexual neste grupo etário não deixa vestígios no corpo, provavelmente pelo emprego de outras formas de intimidação que o agressor utiliza com esse grupo específico. Essas circunstâncias nos mostram sobre a importância do registro adequado para melhor caracterizar essas variáveis.

No entanto, encontramos estudos que melhor caracterizaram os traumas físicos relacionados com as agressões sexuais de crianças e adolescentes. Conforme os estudos de Martins e Jorge (2010) que identificaram 93,1% a região da pelve como o segmento corpóreo mais afetado, provavelmente relacionado com as lesões genitais produzidas pelas agressões sexuais. Isso demonstra que os dados registrados de forma completa contribuem para mostrar com mais fidelidade as informações.

Esse quadro acima exposto pode nos alertar que a violência sexual neste grupo etário pode não deixar marcas visíveis ao corpo representando um dos entraves para a identificação e o diagnóstico precoce. Todavia, esse resultado mostra a importância do profissional de saúde em realizar o exame físico de crianças e adolescentes de forma detalhada e completa das regiões genital e anal, em ambos os sexos, para a busca de sinais de violência antigas ou recentes e as informações devidamente registradas em prontuários.

Tendo em vista as poucas lesões apontadas no estudo, em decorrência da violência sexual, os casos de internação foram mínimos entre as vítimas. Entretanto, constatamos que o sexo feminino na idade entre 1 a 18 anos precisaram de hospitalização, o que pode significar que as crianças e adolescentes do sexo feminino sofreram maiores consequências provenientes dos abusos sexuais.

Outro motivo para a ínfima internação das vítimas consiste no fato de o atendimento no Propaz não corresponder a casos de emergência de violência sexual, o que talvez reduziu os encaminhamentos para um nível de maior complexidade.

De certa maneira, a violência sexual tem se mostrado como um grande problema de saúde pública, mediante o impacto negativo que produz na sociedade, família e no indivíduo, diante de tal circunstância os serviços de saúde precisam estar preparados para receberem essa demanda emergente, de maneira a oferecer uma assistência adequada e individualizada das vítimas, assim como garantir um atendimento em situações de gravidez indesejada e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis/HIV/Hepatite B.

Na Tabela 11 nos mostra que 25,3% das agressões sexuais de crianças e adolescentes ocorreram na casa do abusador, 2,5% na casa da vítima-abusador e 11,8% na casa da vítima. Muito embora 14,9% aconteceram em outros lugares e 9,0% em áreas públicas. Destacamos que 16,6% não informaram os locais de acontecimentos das agressões sexuais.

A residência dos abusadores e das vítimas são os principais locais de ocorrência da violência sexual contra crianças e adolescentes. De acordo com os estudos de Martins e Jorge (2010) a residência da vítima foi o primeiro local de ocorrência das agressões sexuais em crianças e adolescentes com 52,7% das ocorrências, logo em seguida destacou-se a residência do agressor com 30,1% e 5,4% residência de parentes. Além de outros lugares como as vias públicas, escola e terrenos baldios.

Os estudos de Guimarães e Vilela (2011) corroboram com esse achado, a casa da vítima foi o local preponderante tanto entre os casos de violência física quanto a sexual entre crianças e adolescentes.

Diante desses fatos elucidados pelas pesquisas, o agressor são pessoas conhecidas e próxima da criança e adolescente, provavelmente pertencentes ao núcleo familiar ou que possuem pleno acesso ao interior da casa. Nesse sentido, o indivíduo que comete agressão sexual neste grupo etário possui condições propícias para concretizar o ato abusivo tanto pelo grau de confiança como pelo forte vínculo afetivo existente entre si.

A violência sexual contra crianças e adolescentes, e mais especificamente aquela que ocorre no âmbito familiar ou doméstico, vem sendo considerada pela OMS como um dos graves problemas de saúde pública na atualidade, em função principalmente, das sequelas a curto e longo prazo que essa vivência acarreta (PINTO JR et al., 2012).

Vale ressaltar que a violência sexual intrafamiliar não é um fenômeno novo em nossa sociedade, vem acompanhando a história da civilização humana e que parece perpetuar-se nas gerações futuras. O patriarcalismo, a violência de gênero e a relação de poder e autoridade entre os membros da família constituem uma estreita relação para a prática da violência entre crianças e adolescentes.

Diante desta realidade, torna-se imprescindível desconstruir essa cultura que vem sendo imposta ao longo do tempo nas famílias e que parece estar enraizado em nossa sociedade contemporânea, e, desta forma acreditar que a violência intergeracionais não afetem a população como um todo.

Observamos que 39,4% das crianças e adolescentes foram vítimas de violência sexual na região metropolitana de Belém, 26,6% nos municípios do interior do estado do Pará, 6,2% regiões de ilhas pertencentes ao Arquipélago de Marajó e 0,3% outro estado.

A violência sexual aconteceu na população infanto-juvenil localizados na região amazônica com maior número ocorridos em grandes centros urbanos como Belém e demais municípios do interior do estado do Pará, o que representa uma situação grave de saúde pública devido ao impacto na saúde deste grupo etário e na sociedade e, portanto necessitando de mecanismos de prevenção, controle, tratamento e combate.

Vale ressaltar que esse serviço de atendimento a violência sexual a crianças e adolescentes atuam como centro de referência do Estado do Pará para a escuta, acolhimento, tratamento e intervenções junto às vítimas e às famílias. Além de ações de prevenção desenvolvidas pela equipe nas escolas e capacitações de profissionais nos municípios paraenses.

Os dados da Tabela 12 demonstram que 88,9% dos casos de violência sexual estavam associadas com a violência física e psicológica contra crianças e adolescentes com predomínio no sexo feminino, 47,2% destes casos encontravam-se na faixa etária de 10 a 14 anos, 23,9% na faixa etária de 5 a 9 anos, 11,9% na faixa etária entre 15 a 18 anos e 6,8% na faixa etária de 1 a 4 anos. Se somarmos as faixas etárias entre 10 a 18 anos percebemos uma maior vulnerabilidade do sexo feminino em idades mais adultas de serem acometidas por mais de uma forma de violência.

Adolescentes do sexo feminino são as principais vítimas de agressões físicas e psicológicas associada com a violência sexual. De acordo com pesquisa realizada por Reis, Martin e Ferriani (2004) a violência física foi o meio de coerção mais empregado em vítimas de violência sexual, atingindo 44,1% as mulheres adultas, 25% as adolescentes, seguidas de graves ameaças em 36,1% e 17% dos casos nestas vítimas. Contudo, perceberam que esses meios não foram empregados em crianças.

Esse resultado nos leva a pensar que os maus tratos sexuais contra crianças e adolescentes se agrega a outros atos violentos abusivos como agressões físicas que geram marcas no corpo, ou agressões mais sutis sob formas de ameaças que afetam o psicológico das vítimas. Como constatamos que os agressores empregaram o uso de força física em vítimas adolescentes provavelmente ocasionado pela reação de defesa ser maior nesta idade na tentativa de escapar das intenções do agressor.

Contudo, podem acontecer agressões sexuais que não envolvem resistência das vítimas por amedrontamento do agressor que leva a vítima a acreditar que algum mal grave pode vir a ocorrer caso tenha a atitude diferente exigida pelo agressor. Outra situação apresentada pelo estudo deve-se ao fato que as crianças foram menos expostas a violência física, o que nos leva a refletir que os agressores sexuais empregam outros meios coercitivos

nesta faixa etária como ameaças, observados com maior frequência nos casos de violência sexual que podem ocorrer com mais frequência no meio familiar, portanto podem durar anos para serem desvendados.

Na Tabela 13 mostramos que 89,1% das crianças e adolescentes do sexo feminino foram coagidas pelo agressor por meio de ameaças, com 43,1% de casos notificados na faixa etária de 10 a 14 anos, 29,9% na faixa etária de 5 a 9 anos, 10,9% na faixa etária de 15 a 18 anos, 5,1% na faixa etária de 1 a 4 anos. A força corporal e o uso de armas ou objetos perfuro-cortantes foram os meios coercitivos menos empregado pelos agressores para intimidar as vítimas.

Estudos de Solto e colaboradores (2012) demonstraram que o uso de força física constitui o meio mais utilizado pelo agressor para intimidar suas vítimas para a execução da violência sexual, uma vez que a desproporcionalidade física entre a vítima e o agressor é um fator preponderante suficiente para garantir a dominação e a exploração das vítimas.

Desse modo analisamos que os crimes sexuais foram cometidos sem a utilização de armas ou objetos, o que pode expressar que os meios mais violentos ocorram em vítimas adolescentes e mulheres mais adultas, por possuírem maior porte físico, e, portanto, são mais predispostas a apresentarem reações de defesa.

Do contrário, em crianças a dinâmica da violência sexual torna-se diferenciada em relação aos adolescentes, principalmente por manifestar-se em maior proporção em ambientes familiares cujos agressores são pessoas conhecidas das vítimas, e, portanto, empregarem ameaças severas para manter em silêncio as agressões sofridas.

Quando averiguado sobre os procedimentos realizados no serviço, observamos na Tabela 14 que 228 crianças e adolescentes não realizaram medidas preventivas após a exposição da agressão sofrida, preferencialmente as meninas na faixa etária de 10 a 14 anos. Convém destacar que esta fase é considerada de intensa vulnerabilidade a contração de DST, gravidez e HIV em situações de agressão sexual sem proteção.

O estudo de Alves, Silva e Silva (2012) evidenciaram que 75% das vítimas de estupro não receberam a profilaxia necessária, o que resultou em gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

Diante desse contexto, o profissional de saúde deve prestar o atendimento de forma integral a criança e ao adolescente em situação de violência sexual promovendo os cuidados profiláticos e o tratamento adequado para violência sexual seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, estabelecidos na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes com intuito de

garantir seus direitos reprodutivos e amenizar o impacto dos problemas gerados pelo ato abusivo (BRASIL, 2007).

De certa maneira, refletimos que se não forem adotadas as medidas necessária para evitar as consequências orgânicas do abuso sexual, as adolescentes preferencialmente estarão correndo maiores riscos de gerar uma criança fruto de um ato violento e cruel, além de uma série de problemas gênito-urinários frequentes que poderão trazer complicações futuras.

Em consonância com essa afirmativa, Martins e Jorge (2010) apontam que devido as gravidades provocadas pelo abuso sexual, torna-se fundamental uma atenção especializada e contínua a saúde física e emocional destas vítimas, além de acompanhamento àquelas que engravidaram em consequência do abuso.

Ao realizarmos a associação entre os números de agressores em relação a faixa etária e sexo, constatamos na Tabela 15 que 88,6% dos casos notificados de violência sexual envolveram um agressor que agrediram preferencialmente o sexo feminino e 11,4% o sexo masculino, 43,4% do sexo feminino estavam na faixa etária entre 10 a 14 anos e 7,0% do sexo masculino estavam na faixa etária de 5 a 9 anos de idade.

Solto et al. (2012), justifica esse fato pela proximidade do agressor com a vítima, dessa maneira prefere praticar o ato sozinho, de forma a manter em segredo o fato e evitar testemunhas futuras e por representar a pessoa de referência e confiança da vítima, em muitos casos.

A pesquisa de Alves, Silva e Silva (2012) observaram que as vítimas foram simultaneamente abusadas por mais de um abusador, havendo inclusive participação de familiares.

Interessante destacar que a violência sexual contra criança e adolescente pode levar meses ou anos para ser desvendado, principalmente se o agressor for alguém da família, causando sofrimentos psíquicos intensos nas vítimas pela dificuldade de revelação do abuso sexual devido os meios de coerção severos usados pelo agressor. Essa realidade fora observada pelos relatos das vítimas, cujo abuso sexual era mantido em sigilo por medo das ameaças constantes, e desse modo, sofriam com mais frequência a prática do ato abusivo.

A pesquisa de Martins e Jorge (2010) mostraram que as vítimas de violência sexual foram agredidas pela primeira vez e por menos de 6 meses, no entanto houveram casos que ocorreram com mais frequência e por um período de um a dois anos, caracterizando o aspecto insidioso da violência sexual contra crianças e adolescentes, em que estes não conseguem verbalizar o abuso para terceiros, em decorrência das ameaças constantes para manter em silêncio a violência sofrida.

Os profissionais que atenderam as crianças e adolescentes no Propaz-PA vítimas de violência sexual as encaminharam para uma rede de serviços para a continuidade dos atendimentos necessários que deram suporte ao tratamento, restabelecimento de sua integridade física e emocional e a garantia de sua proteção.

Na Tabela 16 podemos identificar que 68,9% dos casos notificados de violência sexual foram encaminhados para mais de uma rede de atendimento, 3,8% Rede de Saúde, 3,8% Delegacias Especializadas de Proteção à Crianças e Adolescentes, 1,4% Rede de Assistência Social e 0,3% Conselho Tutelar. Salientamos que 13,5% não apresentavam a ficha de notificação.

Em decorrência do aumento de casos de violência sexual no mundo e as consequências danosas para o desenvolvimento psicossocial da criança e adolescentes, surge a necessidade de envolvimento de diversos setores da sociedade para oferecer todo o suporte as famílias e principalmente as vítimas, além do desenvolvimento de estratégias de identificação precoce, tratamento e combate eficazes para impedir a reprodução e minimizar os sofrimentos advindos de tal experiência (PINTO JR et al., 2012).

A violência sexual contra crianças e adolescentes está mais visível em nosso meio e, portanto, os profissionais de uma maneira geral precisam estar preparados e capacitados para o atendimento as vítimas, de modo que possam garantir uma assistência à saúde que garantam a proteção e o tratamento necessário para a redução de danos.

De acordo com Martins e Jorge (2010) a violência sexual constitui-se um grande desafio aos diversos setores e profissionais que se deparam com ela, exigindo uma demanda de investimentos na capacitação dos profissionais que lidam com esse público alvo, pois a dificuldade na identificação da violência sexual, muitas vezes está relacionada ao desconhecimento deste profissional.

Assim destacamos a importância dos profissionais de saúde e educação estejam atentos para os sinais e sintomas de abuso sexual entre crianças e adolescentes, visando a detecção e o tratamento adequados, além do conhecimento da legislação e dos meios de proteção legal torna-se necessário na assistência às vítimas.

Na Tabela 17 mostramos o perfil das famílias das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Os pais das vítimas eram pessoas com baixa escolaridade (27,3% dos pais e 39,1% das mães) estavam no Ensino Fundamental, contudo as mães possuíam maiores níveis de escolaridade. Notamos que em relação a situação ocupacional, ambos estavam empregados, 25,6% dos pais e 20,8% das mães trabalhavam. Muito embora, os pais tinham baixo poder aquisitivo, com uma renda familiar em média de um salário mínimo (34,6%) e

aqueles que não tinham renda fixa (21,1%), além de participação em programas sociais, apontando assim, para a insuficiência de recursos financeiros para a manutenção das condições de vida das famílias, tornando crianças e adolescentes mais expostas as mazelas da sociedade. Salientamos que haviam informações incompletas em relação a cor, religião, escolaridade e situação ocupacional.

Estudo de Pinto Jr et al. (2012) apontaram que as famílias das vítimas viviam em condições precárias de vida, com uma renda familiar de até um salário mínimo, contudo enfatizam que este fato não acontece exclusivamente em classe social mais popular, ponderam que isso deve-se ao fato de que em classe social mais privilegiada a revelação é menos comum devido a existência de um pacto de silêncio mais poderoso e uma impermeabilidade ao externo que impedem a denúncia.

As famílias com condições socioeconômicas precária e com baixa escolaridade são fatores que associados podem expor as famílias as diversas situações de vulnerabilidades, tais como as dificuldades de manter necessidades básicas e geração de conflitos familiares que podem favorecer o uso de meios violentos entre os membros da família.

Mostramos na Tabela 18 que 42,2% crianças e adolescentes vítimas de violência sexual residiam com 3 a 4 pessoas, 27,7% com 1 a 2 pessoas, 22,1% com 5 a 6 pessoas e 5,9% acima de 7 pessoas; 26% coabitavam com pai e mãe, 18% padrasto e mãe, 13,1% mãe e outros familiares, 12,5% mãe, 9,7% outros familiares; 68,5% moravam em casa própria; 55,7% das casas eram de alvenaria; 42,6% das casas tinham até 4 cômodos; 34,3% tinham um renda familiar de um salário mínimo, 31,5% de 2 a 3 salários mínimos, 21,5% sem renda fixa, 8,7% mais de 3 salários mínimos; 61,9% não tinham auxílio social, 38,1% eram contemplados com programas sociais.

Todavia, o estudo de Baptista et al. (2008) apontaram que os maiores índices de abuso sexual ocorreram com as vítimas que residiam com maior número de pessoas em uma mesma habitação. Esse resultado divergiu da investigação realizada, onde as vítimas residiam em média com 3 a 4 pessoas. Torna-se necessários estudos que associe essas variáveis para uma melhor análise dos fatores de risco que podem desencadear a violência sexual.

Observamos na Tabela 19 que 86,9% da violência sexual foi perpetrado por agressores do sexo masculino e 1,7% pertenciam ao sexo feminino.

A predominância do sexo masculino como agressores sexuais fortalece o debate sobre as questões de gênero no que tange ao poder que o homem exerce sobre o sexo feminino especialmente sobre as crianças e adolescentes, e que pode desencadear maus tratos, inclusive o sexual, como produto de uma cultura patriarcalista que influenciam as gerações futuras.



Em sociedades patriarcais as diferenças entre os sexos se convertem em desigualdades que possibilitam o processo de dominação e exploração do homem sobre a mulher, e principalmente do homem sobre a mulher criança e adolescente (MARTINS; JORGE, 2010; PINTO JR et al., 2012).

Em relação a idade do agressor observou-se que 22,1% dos agressores tinham entre 16 a 25 anos, 17,6% 25 a 35 anos, 12,1% 36 a 45 anos; 9% 6 a 15 anos, 5,9% 46 a 55 anos, 4,8% 56 a 65 anos, 1,4% 66 a 75 anos, 0,7% acima de 75 anos. Podemos notar que os agressores eram predominantemente pessoas jovens, entretanto, o estudo em questão nos alerta sobre a participação de crianças e adolescentes, na faixa etária de 6 a 15 anos, como agressores.

De acordo com o estudo de Pinto Jr et al. (2012), a falta de diferença importante entre as idades do agressor pode vir a comprovar que a violência sexual é uma prática masculina, independente de idade.

Por outro lado, a pesquisa de Martins e Jorge (2010) constatou que os agressores eram mais adultos, na faixa etária de 30 a 40 anos, provavelmente relacionado, entre os muitos fatores, com o fato de que nestas idades muitos homens podem já ter constituído uma segunda família, na qual a convivência com enteados pode facilitar o abuso, tendo em vista que grande parte dos agressores foram os padrastos.

Verificou-se a predominância dos agressores de etnia parda, com 26,3%, seguido de 14,5% preto. Dados que divergem do estudo de Pinto Jr et al. (2012) que caracterizam o agressor de etnia branca. Os autores relatam que a violência sexual é própria da cultura branca.

Deste modo, entendemos que provavelmente o homem branco foi responsável pela disseminação da violência sexual em nosso meio, dando origem a mistura de raças diferentes. Daí podemos explicar que a prática da violência sexual entre os agressores de etnia parda tiveram fortes influências da dominação da raça branca.

Acerca da religião dos agressores, apontamos o predomínio da religião católica com 13,5%, 10,4% evangélicos, 7,3% sem religião, 0,6% outras religiosidades (Testemunha de Jeová, Adventista e Espiritismo).

A inexistência de literaturas que abordasse o perfil religioso dos agressores dificultou a discussão dessa categoria. Entretanto, é interessante destacar que os abusos sexuais foram praticados por pessoas pertencentes em diversas doutrinas cristãs, o que pode significar que a prática da violência sexual pode ser produzida por pessoas independente de credo e dogma religioso.

De acordo com a escolaridade, 10% dos agressores tinham o ensino fundamental, 10% o ensino médio; 2,1% o nível superior e 1% não alfabetizados. Diante disso podemos inferir que os agressores tinham baixo nível de escolarização. Muito embora essa variável manteve-se limitada pelo não fornecimento dessa informação na maioria dos registros.

O baixo nível educacional aos quais estão sujeitos a maioria dos agressores, assemelhou-se aos estudos de Pinto Jr et al. (2012). No entanto, os autores interpretam com certo cuidado este resultado, pois o fato dos agressores apresentarem nível de escolaridade baixa, não significa que indivíduos com nível de instrução mais alto não pratique a violência sexual. Em contrapartida, em famílias com melhor nível de escolaridade, a violência sexual geralmente é mais velada e pacto do silêncio deve ser mais forte entre seus membros do que em famílias menos privilegiada educacionalmente e culturalmente.

Diante desse contexto, podemos analisar que a violência sexual em classes sociais mais privilegiadas está sendo mais ocultada, e, portanto, as estatísticas em relação a essa camada social são menos notificadas gerando um aumento de casos em famílias com poucas condições de vida. No entanto, torna-se necessário o entendimento que a violência sexual ocorre em distintas classes sociais e que políticas públicas precisam ser adotadas para o enfrentamento desse fenômeno ainda silencioso nas famílias e permeado de medo e tabus para sua revelação.

Quando investigado a situação ocupacional dos agressores constatamos que 20,8% eram pessoas desempregadas, 14,2% autônomas, 12,1% empregadas, 3,5% aposentadas, 3,1% faziam pequenos serviços.

Diante desse resultado, podemos refletir que a falta de ocupação se torna uma condição favorável para o agressor praticar os abusos sexuais com mais frequência a criança e adolescentes, principalmente se o perpetrador sexual for alguém da família, o que facilita o acesso livre e fácil na execução de seu crime a essa população específica.

Vale ressaltar que a situação ocupacional dos agressores não foram pontos discutidos nas literaturas pesquisadas, o que ressalta a importância de estudos sobre o perfil dos agressores com mais detalhes para uma melhor compreensão das causas e dos fatores de risco.

Destacamos que 36,7% dos agressores eram provenientes da área metropolitana de Belém, 28,7% interior do Estado do Pará, 8% Arquipélago do Marajó. Isso mostra que a violência sexual vem configurando uma realidade em muitas regiões brasileiras e ganhando proporções alarmantes devido ao impacto às vítimas, família e sociedade.

Outro aspecto analisado se refere aos fatores de risco que podem potencializar a violência gerada pelos agressores. Verificamos que 94,8 % de informações não registradas

nas fichas de atendimento, o que restringiu a análise. Entretanto, os dados da referida pesquisa sugerem uma estreita relação do agressor sexual com consumo de álcool e drogas (1,4% respectivamente) como possíveis fatores que desencadeiam maus tratos contra crianças e adolescentes.

Mediante a essa realidade, torna-se urgente o sistema de saúde adotar ações eficazes que visem a prevenção na população acerca dos efeitos prejudiciais do uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, assim como garantir a terapêutica adequada e o acompanhamento das pessoas que tornaram-se dependentes de substâncias psicoativas.

Vale destacar a inexistência de serviços que realizem acompanhamento psicossocial com os autores de agressões sexuais, devido os atendimentos priorizarem a proteção e a segurança exclusiva das vítimas. No entanto, há que se refletir sobre a importância de intervenções com este agressor para a compreensão das principais causas que desencadearam a violência sexual, além de oferecer um acompanhamento terapêutico adequado que tendem buscar meios para que estes não continuem com as agressões sexuais. Ao mesmo tempo que deve ser responsabilizado pelo crime sexual cometido.

Na Tabela 20 notamos que 28% foram os parentes os primeiros agressores sexuais, seguidos de 17% conhecidos, 12,5% eram os padrastos, 10,4% os vizinhos, 8,3% desconhecido, 6,6% pai biológico, 6,6% namorado, 2,8% amigo da família, 0,7% babá e 0,7% professor. Observamos que 86,9% das ocorrências da violência sexual ocorreram predominantemente no ambiente intrafamiliar e 8,3% ocorreram em ambiente extrafamiliar.

Este fato pode expressar que os agressores sexuais são na maioria das vezes pessoas muito próximas da criança e do adolescente. De acordo com Martins e Jorge (2010), o agressor aproveita-se da proximidade e aborda as vítimas com mais facilidade, além de se beneficiar da relação de confiança que tem com as vítimas, vai se aproximando cada vez mais, num processo insidioso, sem que a criança perceba o ato abusivo do adulto.

Essa situação torna os abusos sexuais intrafamiliares como um dos maus tratos infantis mais difíceis de serem interrompidos, dada os sentimentos de culpa e medo das vítimas para romper com o pacto do silêncio. A esse respeito Batista et al. (2008) afirmam que o abusador se aproveita da imaturidade da criança ou adolescente, pratica a violência de forma repetitiva, gradual, fazendo a vítima acreditar que é culpada de ser abusada.

Estudo de Solto et al. (2012) enfatizam que o conhecimento do agressor pela vítima depende da faixa etária da criança e do adolescente, enfatizando que crianças tem como algozes, geralmente pessoas conhecidas, enquanto vítimas mais adultas, geralmente têm como perpetradores os desconhecidos.

Desse modo, o ambiente familiar pode oferecer maiores riscos a violência sexual a criança e adolescente. Nesse sentido, Martins e Jorge (2010) analisam que a maior proporção de agressão sexual ocorrida dentro de casa, suscita a reflexão de que o lar, muitas vezes, não constitui um local seguro para as crianças, uma vez que a agressão pode ser praticada sem que a sociedade tenha conhecimento.

Isso pode acarretar danos emocionais imensuráveis nas vítimas que terão impacto em sua saúde. Pinto Jr et al. (2012) mostram que a vivência da violência sexual doméstica aumenta o risco do indivíduo apresentar problemas afetivos e sociais na adolescência, afirmam ainda que crianças expostas a violência sexual no ambiente familiar possuem maior risco de desenvolver desordens emocionais e de comportamento do que crianças que sofreram violência extrafamiliar.

Diante dessa realidade impactante da violência sexual na saúde física e emocional de crianças e adolescentes, surge a necessidade de acompanhamento das vítimas e de seus familiares por profissionais de saúde para o atendimento holístico de suas necessidades e expectativas. Neste caso específico, a atuação do profissional enfermeiro pode oferecer o apoio junto as vítimas e aos familiares por meio de um cuidado que vai além do biológico e que atendam os aspectos emocionais e espirituais das vítimas.

Ao cuidar de uma criança violentada sexualmente requer do profissional enfermeiro uma habilidade além da competência técnica, fundamental, um cuidado subjetivo que envolve a singularidade e a individualidade de cada criança e a forma como está expressa seus sentimentos e emoções (WOISKI; ROCHA, 2010).

A teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta contribui para uma assistência de enfermagem que valorize os aspectos psicobiológico, psicossociais e espirituais das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e seus familiares, ou seja a teoria fundamenta o processo de cuidado de enfermagem.

De acordo com Amante, Rosseto e Scheider (2009) o processo de enfermagem é a maneira sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem de forma humanizada, com resultados estabelecidos e que melhore a assistência prestada. A sistematização da assistência de enfermagem é essencial para que o enfermeiro possa gerenciar e desenvolver um plano de cuidados organizado, seguro, dinâmico e competente.

A visão ampla do indivíduo torna a assistência à saúde integral conduzindo o cuidado não apenas a pessoa doente, mas valorizando o ser humano em sua totalidade, que possui crenças, culturas, sentimentos, angústias e emoções. A enfermagem, na atualidade, vem usando em sua prática profissional o cuidado abrangente e global denominado de holístico.

O holismo surge como uma nova forma de prestar o cuidado à saúde aos indivíduos, e assim evitando que o processo de adoecimento seja visto de forma isolada. Desse modo, o enfermeiro assiste o indivíduo como um todo, interligado com o seu meio ambiente e ao equilíbrio dinâmico do organismo (LEMOS et al., 2010).

Diante disso, torna-se fundamental assistir as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual de forma completa e inserida no seu contexto social, cultural e religioso para minimizar as consequências oriundas da prática violenta.

Desta forma, identificamos no estudo as Necessidades Humanas Básicas mais afetadas após as agressões sexuais de crianças e adolescentes sofridas, assim como os diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados a cada NHB comprometidas. Salientamos a inexistência de estudos que analisam o processo de enfermagem de acordo com a Teoria das NHB de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Na Tabela 23 identificamos 389 Necessidades Humanas Básicas comprometidas de crianças e adolescentes após agressões sexuais. Dentre estas, 254 NHB foram categorizadas em psicossocial com 56 % afetando a segurança emocional, 38% a autoestima e 6,2% a gregária; 82 NHB englobaram a categoria psicobiológicas atingindo 44,7% a integridade da pele e mucosa das vítimas, 30,5% a sexualidade, 11,8% o ambiente, 13,0% o conforto; 50 NHB pertenciam a categoria psicoespiritual comprometendo 50% a espiritualidade.

Esse resultado nos mostra que várias são as consequências da violência sexual contra crianças e adolescentes que podem apresentar-se de diversas formas de gravidade. Podemos citar que os principais danos físicos como a lesão em genitália e lesão anal, com presença de lacerações, fissuras, sangramentos, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Por outro lado, os danos psicossociais são distintos e diversos, como distúrbio do sono e alimentação, baixo rendimento escolar, fugas de casa, depressão, uso abusivo de substâncias psicoativas, delinquência, prostituição e risco de revitimização ao longo da vida (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011).

Os dados da pesquisa atual apontaram que as repercussões da violência sexual comprometeram a autoestima e o convívio social de crianças e adolescentes, isso pode estar relacionado com a dificuldade das vítimas em lidar com o estímulo sexual inapropriado para a idade, associado a pouca habilidade emocional e ao tipo de vínculo que a vítima tem com o agressor. As vítimas de violência sexual podem desenvolver problemas emocionais mais severos quando o autor da agressão é alguém próximo e com vínculos de afeto e carinho.

O impacto da agressão sexual por pessoas significativas pode desencadear na criança e no adolescente a perda da auto-estima, tornarem-se retraídos, perderem a confiança no

adulto, e pode até chegar a considerar o suicídio como solução para os problemas (MONTEIRO et al., 2008). Dessa forma, o agressor quando é uma pessoa conhecida pode trazer uma série de consequências mais duradouras para a saúde das vítimas.

A pesquisa pode constatar um caso grave de incesto pai e filha, desencadeando uma série de mudanças de comportamento de proporções variadas após o evento violento, tais como a agressividade exacerbada, pesadelos frequentes, sono agitado, rendimento escolar prejudicado, pouca interação, labilidade emocional, fobias, dores intensas em regiões do corpo e dormência caracterizando-a como um caso clássico de trauma de estupro.

Para Algeri et al. (2011) o silêncio, nesta situação de violência, no qual a criança e o adolescente são obrigados a participar é mantido por meio de ameaças de abandono, morte, além do intenso receio de que sua revelação caia no descrédito. Diante disso sofrem tanto pelo ato sexual sofrido e pela violência psicológica que é imposto a aceitar e a calar-se. Portanto, torna-se importante que os profissionais de saúde ao prestar assistência às vítimas observem as atitudes do seu cuidador nas possíveis orientações da negação do abuso.

Dessa forma, fica evidente que existem alguns fatores que potencializam os efeitos negativos das agressões sexuais como o agressor conhecido e muito próximo da criança e adolescente, a pouca idade das vítimas e a duração do evento traumático. Em decorrência disso as consequências psicológicas e emocionais estão mais presentes no estudo por envolver alguém da família como os principais perpetradores sexuais das crianças e adolescentes.

O abuso sexual causa danos no psique, no “eu” e na vida do ser violentado e que deve-se conhecer as implicações da dinâmica da dor produzido pela violência e prestar uma assistência direcionada às vítimas com foco em seus aspectos biopsicossociais, além disso a agressão sexual pode produzir efeitos psicossomáticos intensos na criança e no adolescente, o que requer um cuidado holístico e integrado com a equipe multiprofissional e a família minimizando os danos produzidos pela prática violenta (CARVALHO; GALVÃO; CARDOSO, 2009).

Verificamos no Tabela 24 as principais manifestações psicossociais referidas nos relatos das crianças e adolescentes diante da violência sexual sofrida. Observamos que 27% referem-se as reações emocionais (agressividade, irritabilidade, ansiedade, raiva, constrangimento, humilhação), 26% medo (do agressor, das ameaças, das punições e da revelação), 10,6% alterações do estado de humor (tristeza intensa, depressão), 6% isolamento (ausência de interação social), 6% reações fóbicas (medo de ficar só, andar sozinha, sair de casa, medo do escuro), 5% negação (nenhuma menção do estupro), 5% sentimento de impotência (dificuldades de superação do trauma), 5% distúrbios do sono (pesadelos, sono

agitado, insônia), 5% prejuízos na aprendizagem (falta de atenção, rendimento escolar diminuído, abandono e atraso escolar), 4% sentimento de autoacusação (vergonha e culpa), 0,4% reações psicossomáticas (queixas de dormência e dores no corpo).

Esse resultado vem ao encontro com os estudos de Apostólico e Egry (2013) ao apontarem que essa forma de violência gera impactos negativos na vida das crianças e adolescentes podendo levar a prejuízos físicos e emocionais importantes como isolamento social, distúrbios de comportamento, baixa autoestima, erotização precoce, atraso no desenvolvimento e aprendizagem entre outros.

Torna-se fundamental que as crianças e os adolescentes sejam vistas em sua totalidade, não apenas o aspecto biológico que o evento violento produz em seu corpo, mas principalmente oferecer suporte emocional, social e espiritual que causam maiores traumas em suas vidas. Além disso o atendimento deve envolver uma equipe multiprofissional capacitada que compreenda as consequências oriundas desse fenômeno que produz danos que poderão ser irreversíveis as vítimas, assim deverão oferecer um cuidado atento e uma escuta sensível para atender suas necessidades mais comprometidas.

Na tabela 25 mostramos os principais diagnósticos de enfermagem baseado nas necessidades humanas básicas psicossociais comprometidas. Observamos que 48% foram classificados como a síndrome do trauma de estupro, 25,6% medo, 18,5% isolamento social, 2,6% síndrome pós-trauma, 2,6% enfrentamento ineficaz, 1,8% resiliência individual prejudicada e 0,9% sobrecarga de estresse. A partir desses diagnósticos estabelecidos, foram descritas intervenções de enfermagem conforme ilustra o Quadro 6 para atender a essa categoria de necessidades humanas básicas afetadas.

Convém destacar que ocorreram implicações físicas e biológicas diante das agressões sexuais de crianças e adolescentes. Como apontamos no Quadro 7 as Necessidades Humanas Básicas psicobiológicas comprometidas, dentre as quais 09 dos casos apresentaram comportamento erotizado (erotismo, manipulação dos órgãos), 25 lesões em órgãos genitais (sangramento vaginais, hiperemias), 17 início da atividade sexual precoce, 13 lesões na mucosa anal (sangramentos, fissuras), 11 conflitos familiares (uso de drogas, desagregação familiar após revelação) e 10 manifestaram dor aguda.

Na tabela 26 constatamos que os diagnósticos de enfermagem baseados nas NHB psicobiológica estavam relacionadas a 75% a integridade da pele prejudicada e 25% a dor aguda. Diante disso, observamos no Quadro 8 as principais intervenções de enfermagem relacionadas com as necessidades humanas básicas psicobiológica comprometida para as crianças e adolescentes que sofreram violência sexual.

Outro aspecto a ser considerado na abordagem holística das vítimas de violência sexual é a espiritualidade que possui significado importante no enfrentamento desse agravo à saúde que pode favorecer na valorização da vida e o aumento da autoestima.

Diante desse fato, apontamos no Quadro 9 as manifestações psicoespirituais de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, 46 apresentaram sofrimento espiritual intenso; 06 sentimentos de desesperança. Salientamos que 47 dos casos enquadraram-se no diagnóstico de enfermagem classificado como Angústia espiritual. Dessa forma elaborou-se intervenções de enfermagem que podem contribuir para minimizar os efeitos dos traumas sofridos como um suporte para a prática profissional do enfermeiro

Conforme apontam Lins e colaboradores (2013) a espiritualidade é entendida como uma necessidade de conexão com algo maior que si próprio e que transcende o atingível. Desta forma podemos acreditar que a espiritualidade parece apresentar um importante papel em diversos momentos da vida independente de religião.

A violência sexual pode provocar comportamentos autodestrutivos nas vítimas devido as dificuldades de lidar com o sofrimento psicológico e sentimento de culpa. Nesse sentido acreditar em Deus, frequentar grupos religiosos podem ajudar a enfrentar a violência sofrida. Os profissionais de saúde precisam compreender que as necessidades espirituais fazem parte do plano terapêutico às vítimas de violência sexual como uma forma de colaborar no tratamento.

Contudo, abordar esses aspectos religiosos é um verdadeiro desafio para o profissional de saúde que possui dificuldades de aceitação de práticas religiosas de outras pessoas, destituindo-se de qualquer influência pessoal (LINS et al., 2013). Desse modo, o profissional de saúde deverá despir-se de sua doutrina religiosa e entender a importância de um suporte espiritual escolhido pela família das vítimas valorizando e respeitando suas crenças e culturas.

Acreditamos que precisamos trabalhar mais acerca dessas questões espirituais em nossa prática de Enfermagem em qualquer tipo de situação que o indivíduo esteja enfrentando no seu processo de saúde-doença.



## 8 CONCLUSÃO

O estudo veio ratificar que a violência sexual é um grave problema de saúde pública, pelas repercussões físicas, emocionais e psíquicas que produz na vida de crianças e adolescentes, além do impacto nas famílias, devido às exigências de um maior preparo, tanto dos profissionais, quanto das instituições de saúde para atuarem com a população infanto-juvenil.

Desta forma, conhecer a realidade desse problema pode contribuir para mudanças desse cenário, tanto no impacto das consequências, como na interrupção do ciclo violento, por meio do desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas e com profissionais mais preparados para o atendimento e acolhimento de forma integrada, com enfoque às necessidades comprometidas das crianças e adolescentes vitimadas e minimizar os conflitos familiares.

Compreender as diversas faces do fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes é um dos primeiros passos para transformação dessa realidade. Não há uma única causa, tampouco uma única solução. Pensando nisto, o estudo das características desse grupo etário vitimado, assim como a dinâmica das famílias e o perfil dos autores da violência permitiram conhecer esse cenário impactante às vítimas, às estruturas das famílias, aos trabalhadores da saúde e à sociedade.

O levantamento realizado das 315 fichas de atendimento da criança e adolescente, vítimas de violência sexual permitiu conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas, na rede de atendimento especializado do Estado do Pará, identificando as necessidades humanas básicas mais comprometidas.

Com relação ao perfil das crianças e adolescentes, o estudo apontou que o fenômeno da violência sexual atingiu preferencialmente o público feminino, em todas as faixas etárias. Desta forma, a infância e a adolescência foram afetadas por esse evento violento, sendo a adolescência como a fase mais vulnerável aos atos abusivos, principalmente, na faixa etária de 10 a 14 anos. Os meninos foram os menos expostos, quando comparado com as meninas, com maior número de casos na idade de 5 a 9 anos.

Assim como nos resultados de outros estudos, a violência sexual tem fortes influências históricas e culturais presentes desde os primórdios de nossa civilização humana, que impôs a posição subalterna e de submissão da mulher, da criança e do adolescente, diante do homem. Isso gerou, nas relações interpessoais, uma desigualdade de gênero que possui reflexos

negativos para a mulher em nossa sociedade que tem possibilidade de sofrer violência na infância e na adolescência, por serem mais indefesas e perpetuar na idade adulta.

Diante disso, surge a necessidade de (des) construir esta concepção histórica que está arraigada no ser humano, desde a tenra idade, na educação entre pais e filhos, nas escolas e em nossa sociedade. Somos todos iguais, possuidores de direitos e deveres, que deverão ser respeitados em sua dignidade humana e preservado sua cidadania.

Em relação à escolaridade, a maioria eram estudantes provenientes de escolas públicas e cursavam o ensino fundamental. É importante ressaltar que a escolaridade na infância e adolescência são fatores que podem conferir proteção frente à violência, haja vista a possibilidade de conhecer seus direitos como pessoas em desenvolvimento e, portanto, livres de qualquer prejuízo de sua integridade física e mental.

No entanto, ao vivenciar a violência sexual, crianças e adolescentes podem ter comprometimento no rendimento escolar, como repetências, atraso no nível de escolaridade e, até mesmo, evasão escolar. Como foi constatado no estudo, as agressões sexuais trazem repercussões no aprendizado de crianças e adolescentes. Assim, a escola e as famílias devem estar atentas a qualquer mudança no interesse pelos estudos e nas dificuldades de aprendizado, o que pode estar relacionado às consequências de práticas sexuais abusivas. Isso pode ser uma manifestação grave da vivência do abuso sexual, necessitando de intervenção imediata, para evitar maiores danos.

A maioria das vítimas residia na área metropolitana de Belém, mas também nos demais municípios do estado do Pará e no arquipélago do Marajó. A violência sexual está ganhando maior visibilidade, principalmente, depois da implantação do serviço especializado nesses casos, na capital do Estado. Daí os números serem mais expressivos, nas proximidades do serviço.

Contudo, ainda sabemos que esses dados podem ser muito maiores, devido às dificuldades encontradas para notificação dos casos suspeitos ou confirmados, por vários motivos, como o medo da revelação das vítimas em relação ao abusador, o silêncio das famílias que não conseguem falar do assunto e os profissionais que desconhecem os mecanismos de proteção e, às vezes por medo do envolvimento, nesse assunto.

Apesar disso, os dados da pesquisa e de outros estudos revelaram que a violência sexual precisa ser enfrentada como um problema de saúde pública, dado os números de casos que aumentam gradativamente no território brasileiro, além das repercussões negativas na saúde dos indivíduos afetados. Nesse sentido, profissionais de todas as áreas precisam estar

preparados e capacitados para atender esse público, assim como elaborar estratégias para a prevenção e o combate à violência sexual de crianças e adolescentes.

As crianças e adolescentes seguiam a religião cristã, nas suas vertentes evangélica e católica. Estar inserido dentro de grupos religiosos favorece o convívio social e as práticas mais conscientes sobre o respeito e o amor entre as pessoas. Contudo, experiências de abuso sexual, nesse círculo de afeto e confiança pode comprometer o emocional das vítimas. Dessa forma, torna-se necessário que a família comece a dialogar mais com seus filhos acerca das questões de sexualidade, rompendo barreiras e tabus sobre o assunto, para que as crianças e adolescentes passem a ter uma maior clareza sobre seu corpo e seus sentimentos.

No que diz respeito ao perfil das famílias e suas condições socioeconômicas, a maioria das crianças e adolescentes coabitavam com pessoas muito próximas a elas, como pai, mãe, padrasto e outros familiares (avós, tios, primos e irmãos). O estudo mostrou que as famílias eram nucleares e extensas. A concepção de família vem modificando no decorrer dos tempos, mas ainda houve no estudo, o predomínio do modelo de família tradicional, com a figura do pai ou padrasto, mãe e filhos.

Outro fator, importante, constatado pelo estudo foi a proximidade dos autores da violência com suas vítimas, ou seja, eram pessoas do seu convívio familiar, o que as deixou mais vulneráveis em relação a violência sexual, por terem um contato mais próximo e afetivo, caracterizando esse evento como uma violência, essencialmente, intrafamiliar.

Cabe ressaltar, que a família é considerada como a primeira instituição a oferecer proteção de seus membros e aos ensinamentos de valores e crenças que são repassados de geração a geração. No entanto, quando não conseguem exercer esse papel de família protetora e passam a ser a principal violadora desses direitos, os danos são, potencialmente, mais nocivos no desenvolvimento dessas crianças e adolescentes. Às vezes, a violência sexual pode perpetuar gerações, quando ocorridas no âmbito familiar, trazendo prejuízos psíquicos às vítimas que poderão num futuro próximo ser adultos agressores, caracterizando o caráter cíclico e intergeracional da violência.

A respeito das condições econômicas das famílias foi constatado que possuíam baixo poder aquisitivo e, uma parcela das famílias tinham auxílio financeiro dos Programas sociais do governo federal. As famílias menos favorecidas possuem mais dificuldades em suprir as necessidades básicas de seus membros e isso pode gerar conflitos familiares intensos como comportamentos mais agressivos e demais formas de violências, como a sexual. Isso não significa que a violência sexual não ocorra em classes sociais mais favorecidas, o que acontece é a pouca procura pelos serviços públicos, para a denúncia dos casos, mantendo-os

sob o sigilo familiar. Isso nos mostra que a violência sexual não faz distinção de classe social acomete a todos, independentemente de ser homem ou mulher, posição social, credo e etnias.

As mães revelaram-se, como as principais protetoras de seus filhos, pois não houve casos de violência sexual cometidas por elas. Não obstante, os pais foram citados como autores da violência sexual de suas filhas, em alguns casos, numa relação denominada de incestuosa, que ocorre entre pai-filha.

Nessas circunstâncias, pode ocorrer a frequência sucessiva do abuso sexual, que pode resultar em uma gravidez indesejada e não aceita. O impacto desse tipo de abuso sexual é dos mais perversos e com complicações psíquicas e emocionais tão severas que necessitarão de acompanhamento psicossocial por longo período, para minimizar as consequências da prática abusiva. Tendo em vista as questões éticas e legais que esse tipo de caso requer, o trabalho em equipe e os serviços integrados e disponíveis são essenciais para a tomada de decisão, frente a um possível aborto legal que deve ser assegurado às vítimas.

Em relação à escolaridade, as mães apresentaram maiores níveis de escolaridade em relação aos pais. Na sua grande maioria, tanto os pais quanto as mães possuíam o ensino fundamental, seguido do ensino médio e o nível superior em menor proporção. Houve um número maior de pais não alfabetizados, em comparação com as mães.

Os pais eram empregados e aposentados em maior proporção, enquanto as mães ocupavam os serviços domésticos, ou seja, do lar e eram empregadas. Apesar de as mães terem maior escolaridade, estas exerciam atividades do lar. Dessa forma as mães desse estudo são mulheres dependentes, financeiramente, de seus companheiros, o que nas situações de violência pode favorecer a continuidade da violência contra ela mesma e contra os demais membros, como as crianças e adolescentes. Por outro lado, a permanência do pai como o principal cuidador dessa criança pode favorecer a prática do abuso sexual.

Mais da metade dos casos atendidos, o abuso estava relacionado ao estupro de vulnerável, ou seja, as vítimas eram menores de 14 anos de idade. A maioria das vítimas não apresentavam sinais que evidenciavam violência sexual em seu corpo, apenas uma pequena parcela teve marcas visíveis no corpo, como a genitália, braços, face e demais áreas, como pescoço, seios, pernas e nádegas. Os principais agravantes encontrados foram a gravidez e as lacerações. Houve, em menor número, casos de doenças sexualmente transmissíveis, hemorragias e aborto.

A sexualidade infanto-juvenil é estimulada de forma a atender aos desejos sexuais do adulto, que as impõe a uma excitação gradativa, excessiva e precoce para sua maturidade psicosexual. Nesse sentido podem ser vítimas de abusos sexuais com penetração, até atos

libidinosos como carícias, beijos, toque em seus órgãos sexuais, voyeurismo, exibicionismo, jogos sexuais. Esses atos praticados contra a dignidade sexual de crianças e adolescentes, tanto ao sexo masculino, como ao sexo feminino são considerados estupro, de acordo com a nova vigência da lei 12.015/2009. Com destaque especial, para os casos considerados estupro de vulneráveis definidos, tanto para menores de 14 anos de idade, quanto para as vítimas que não possuem o discernimento de tal prática violenta. Nesse sentido, a violência sexual, contra crianças e adolescentes é considerada crime pela legislação brasileira, portanto os autores da violência serão responsabilizados pela violação dos direitos sexuais acometidos neste grupo etário.

Torna-se importante destacar que essa modalidade de violência sexual contra crianças e adolescentes não deixam marcas visíveis, contrapondo-se com a violência sexual contra mulher, que são geralmente acompanhadas de violência física marcantes, principalmente, no rosto e braços, como uma forma de mostrar quem possui mais força, poder e autoridade, nessa relação.

No entanto, as marcas mais profundas das agressões sexuais vividas pelas crianças e adolescentes ficam registradas no psiquismo, no “eu” das vítimas, num verdadeiro conflito existencial, permeado de muita dor emocional e sentimentos de vergonha, medo e culpa. O que torna esse evento violento mais difícil de ser percebido e comprovado, quando permanece o silêncio das vítimas e, principalmente, quando ninguém consegue desvelar esse segredo e o sofrimento psíquico pelos quais passam as vítimas. Desse modo, urge a necessidade de compreender o ciclo da violência sexual que ameaça a vida social e a saúde da criança e do adolescente para interrompê-lo o mais precocemente possível, com intuito de diminuir suas repercussões emocionais.

Crianças e adolescentes que passam por experiências traumáticas, como a violência sexual, podem conseguir superar o trauma sofrido, num mecanismo de tentar buscar outras vivências que permitirão reelaborar o significado da vida e prosseguir seu caminho por meio de uma rede de apoio que ofereça suporte necessário para seu enfrentamento. Isto é denominado de resiliência, ou seja, a capacidade que surge nos indivíduos da superação de grandes obstáculos em suas vidas. Não sabemos quem poderá ou não tê-la, pois depende da capacidade individual de cada um, suas experiências vividas e apoio das famílias.

A maioria dos autores da violência eram, predominantemente, do sexo masculino e de cor parda. O predomínio de homens como agressores sexuais reforça a discussão de gênero, acerca da exploração e dominação do sexo masculino sobre o sexo feminino, especialmente sobre as crianças, perpetuando o padrão cultural da sociedade patriarcal.

Observou-se que a maioria tinha idade entre 15 a 24 anos e 25 a 34 anos, ou seja, eram pessoas jovens. A idade precoce dos agressores chama-nos atenção, pois crianças e adolescentes estão sendo vítimas de pessoas com a mesma faixa etária, o que pode estar relacionado com histórias de violência sexual sofridas pelos agressores e, assim reproduzindo o ato abusivo, com outros de sua idade. Cabe nesses casos um acompanhamento desses agressores infantojuvenis, para evitar que se tornem adultos violentos, com sua geração.

Verificou-se que a maioria dos agressores não seguiam u dogma religioso, outros eram adeptos a religião católica e evangélicos e uma pequena parcela seguiam outras religiosidades, como testemunha de Jeová, Adventista, Espiritismo e Umbanda.

A maioria dos agressores eram analfabetos, outros tinham o ensino fundamental e médio. Observou-se que a maioria dos agressores não possuíam ocupação, ou seja, estavam desempregados. Uns eram autônomos, outros empregados, aposentados e alguns faziam pequenos serviços. A baixa escolaridade e o desemprego do agressor pode ser um fator de risco para as ocorrências da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Os fatores de risco do agressor ficaram limitados no estudo, pois havia poucos registros sobre o assunto. Nesse sentido, torna-se necessário o preenchimento completo das informações do agressor, para caracterizar com maior exatidão seu perfil. Mesmo assim tivemos a ocorrência de alcoolismo e drogadição como os fatores de risco mais presentes, em casos de violência sexual. O alcoolismo pode está associado com maus tratos às crianças e adolescentes, portanto são fatores que podem determinar a ocorrência de violências. Nesse sentido, há que se pensar em estratégias de prevenção e tratamento aos dependentes de álcool e também de drogas para a comunidade em geral, com acesso fácil e disponíveis pelos serviços públicos de saúde.

A pesquisa mostrou que os autores das agressões sexuais eram na maioria procedentes de Belém-PA e sua área metropolitana, além de outros municípios do interior do estado do Pará. Isso nos mostra que a violência sexual vem ganhando uma maior visibilidade na região norte devido a notificação dos casos, capacitação dos profissionais e uma maior sensibilidade da sociedade nas denúncias dos casos. No entanto, apesar dos avanços das políticas públicas, essa realidade ainda é subnotificada. Há a necessidade de pensar em estratégias de prevenção e combate a esse fenômeno.

Os principais autores das agressões sexuais foram os parentes, seguido de pessoas conhecidas, padrasto, vizinho, desconhecido, namorado, amigo da escola, babá e professor. Crianças e adolescentes são mais vulneráveis à situações de violência sexual intrafamiliar,

quando comparados com a violência fora do espaço doméstico, que ocorrem com pessoas desconhecidas.

Esse resultado evidencia que os agressores são pessoas conhecidas das vítimas, com algum tipo de vínculo familiar, afetivo e de confiança. Diante disso podemos inferir que o grau de parentesco, a relação de confiança e o poder do responsável são fatores que facilitam uma maior aproximação entre o agressor e a vítima e, conseqüentemente, a prática do ato violento.

O estudo mostrou que o principal meio de agressão utilizado pelo autor da violência foi a ameaça. Nesse tipo de agressão contra crianças e adolescentes o agressor usa de sua estrutura física e de sua maturidade psicossocial superior ao da criança e do adolescente, para sua satisfação sexual.

As ameaças fazem parte da dinâmica da violência sexual contra crianças e adolescentes sem uso de armas, para atingir seu intuito, no entanto usam meios de intimidá-las com ameaças de morte de alguém muito importante para ela ou por seduções enganosas. Diferentemente da violência sexual contra a mulher, em que o agressor utiliza instrumentos, como armas de fogo e armas brancas para persuadi-las e violentá-las, sem o seu consentimento ou desejo.

Essas ameaças produzem no imaginário, das crianças e adolescentes, um sofrimento psíquico devastador que as impede de romper com a síndrome do silêncio por diversos motivos, como o medo do agressor e os sentimentos de culpa por achar que foi a causadora do ocorrido. Assim sofre duplamente pela violência sexual sofrida e pelo segredo que corrói a alma.

Crianças e adolescentes que foram abusadas sexualmente manifestaram sinais e sintomas do trauma sofrido, assim os profissionais que atuam com crianças e adolescentes necessitam conhecer essas manifestações que sugerem violência sexual.

Foram encontradas 389 Necessidades Humanas Básicas de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, após leitura e seleção das principais necessidades comprometidas a partir dos relatos referidos no atendimento às vítimas. Dessas 254 NHB foram categorizadas em necessidades psicossociais, 82 NHB na categoria psicobiológicas e 50 NHB ligadas às necessidades psicoespirituais. Desse modo, as NHB mais comprometidas foram predominantemente as psicossociais, com destaque para a segurança emocional, autoestima e gregária as mais afetadas.

Nas leituras dos registros dos atendimentos constatou-se que as crianças e adolescentes mudam de comportamento após as agressões sofridas, como agressividade,

isolamento social, medo das pessoas, sono agitado, pesadelos, dificuldades na aprendizagem e ansiedade. Ao revelar o abuso sexual, sentem-se culpadas, envergonhadas pelo seu envolvimento nessa relação. Diante disso, os profissionais devem estar atentos aos sinais, não só físicos, como emocionais que podem estar presentes nas situações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

Ressalta-se, também, que dentre as necessidades psicobiológicas destacaram-se a sexualidade comprometida, o ambiente desfavorável e integridade da pele e mucosas prejudicadas e o conforto prejudicado. Tais necessidades foram percebidas por registros de comportamentos sexualizados inadequados para a idade da criança e adolescente, como erotismo, manipulações em órgãos genitais, além das repercussões físicas e biológicas, como lesões na genitália, sangramentos vaginais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e aborto.

O ambiente desfavorável como separação dos pais, dificuldades financeiras, conflitos familiares, negligência, famílias que usam drogas e o alcoolismo pode ser prejudiciais ao crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, além da maior exposição a diversos tipos de violência, inclusive a sexual.

Por meio deste estudo, constatamos que a violência sexual é um problema sério de saúde pública por provocar forte impacto biopsicossocial e espiritual de crianças e adolescentes em um período de vida considerado de intensas vulnerabilidades. Desse modo, há que se pensar em estratégias que visem a prevenção primária, secundária e terciária.

Na prevenção primária, podemos destacar informações de educação em saúde que abordem assuntos como sexualidade, direitos e deveres da criança e do adolescente para a comunidade, escolas e creches de forma clara, acessível e de acordo com desenvolvimento deste grupo específico.

Na prevenção secundária, a detecção precoce dos casos e o tratamento para minimizar os efeitos da agressão sexual sofrida por meio de uma equipe multidisciplinar e uma rede de apoio integrado para a preservação da integridade física, psicológica, biológica e social das vítimas. Além disso, uma avaliação cuidadosa da enfermagem em suas necessidades humanas básicas mais afetadas sistematizando a assistência por meio do processo de enfermagem implantado nos serviços de saúde para subsidiar o profissional enfermeiro nos cuidados a serem prestados de forma holística e integral.

Na prevenção terciária, buscar garantir o tratamento em um nível mais complexo de saúde em situações mais graves como hospitalizações e aborto legal para a recuperação e reabilitação das vítimas.



## REFERÊNCIAS

- ALGERI, S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 26, n.8, p.308-315, 2005.
- ALGERI, et al. O papel do enfermeiro diante da família da criança abusada. In: \_\_\_\_\_ AZAMBUJA, M. R. F; FERREIRA, M.H M. F. et al. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ALGERI, S et al. Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, v.27, n.2, p.57-60, 2007.
- ALVES, M.F.A; SILVA, B.O; SILVA, E.G. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil social e médico-assistencial no centro de referência de Belém. **Revista para Médicos**, v.26, n.2, abril-junh, 2012.
- AMANTE, L. N.; ROSSETO, A. P; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, P.54-64, 2009.
- ANTÔNIO, E.M.R; FONTES, T.M.P. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital maternidade. **Revista Bioética**, v.20, n.2, p.280-287, 2012.
- APOSTÓLICO, M. R.; HINO, P.; EGRY, E. Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.47, n.2, p.320-327, 2013.
- ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 3-11, jul./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 20/12/2015.
- ARENDDT, H. **Da violência**. Título Original: ON Violence. Tradução: Maria Claudia Drummond. Data da Publicação Original: 1969/1970. Data da Digitalização: 2004.
- ARPINI, D. M; SIQUEIRA, A. C; SAVEGNAGO, S. D. O. Trauma psíquico e abuso sexual: o olhar de meninas em situação de vulnerabilidade. **Psicologia: teoria e prática**, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 2, p. 88-101, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n2/v14n2a08.pdf>>. Acesso em: 10/12/2015.
- AZAMBUJA, M. R. F; et al. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BANNWART, T. H.; BRINO, R. F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a ótica de médicos pediatras. **Revista Paulista Pediátrica**, São Paulo, n. 2, v. 29, p.138-45, Jun. 2011.

BAPTISTA, R.S; et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.4, p.602-608, 2008.

BARROS, N. V. **Violência intrafamiliar contra criança e adolescente: trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social**. 2005. 248 f. Tese (Doutorado Psicologia Clínica) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <[http://www.uff.br/maishumana/acervo/publicacoes/teses/viol\\_intrafl.pdf](http://www.uff.br/maishumana/acervo/publicacoes/teses/viol_intrafl.pdf)>. Acesso em: 17/12/2015.

BASSOLS, A. M. S. et al. A visão do psiquiatra de crianças e adolescentes na avaliação e no atendimento de crianças abusadas sexualmente. In: AZAMBUJA, M. R. F.; FERREIRA, M. H. M. F. et al. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BORDINHÃO, R. C; ALMEIDA, M. A. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentados no modelo das necessidades humanas básicas de horta. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 33, n. 2, p. 125-131, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: junho-2014.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do adolescente**. São Paulo: Imprensa Oficial, 1999.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art.5º da Constituição Federal e revoga a lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de ago. 2009, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm)>. Acesso em: 10/12/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. Secretaria de Formação e Desenvolvimento Profissional. **Educação profissional: um projeto para o desenvolvimento sustentado**. Brasília: SEFOR, 1995. p. 24.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.968 de 25/10/2001. **Notificação, às autoridades competentes, de casos suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, 26 out. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 2ª edição. Atual. e Amp. Série A. Normas e manuais técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno n.6. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: MS, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Viva: vigilância de violência e acidentes**, 2006 e 2007. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Temático prevenção de violência e cultura da paz**. III. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos Jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos\\_juridicos\\_atendimento\\_vitimas\\_violencia\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf)>. Acesso em: 10/12/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Atenção Integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. 1ª edição. 2ª reimp. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de direitos humanos. **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2009,2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRUNI, A. L. **Estatística aplicada à gestão Empresarial**. 2ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CADERNO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Coordenação de desenvolvimento de programas e políticas de saúde (CODEPPS)**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

CAMARGO, C. L. Violência contra crianças e adolescentes - uma questão de saúde. In: **PROENF-Programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente**. Ciclo1. Módulo 1. Porto Alegre: Artmed-Panamericana Editora Ltda, 2006.

CARVALHO, J. P. L. **Adaptações de agroecossistemas familiares às mudanças no contexto socioeconômico e ambiental no Município de Curalinho, Marajó, Pará**. 2013. 147 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Ciências Agrárias e

Desenvolvimento Rural, Programa de Pós-Graduação em Agriculturas Amazônicas, Belém, 2013.

CARVALHO, Q. C. M. et al. Imaginário de crianças vítimas de abuso sexual: um ideal de superação. **Revista Rene**, v.11, n.3, p.57-67, 2010.

CARVALHO, Q.C.M.; GALVÃO, M.T.G.; CARDOSO, M.V.LM.L.C. Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso sexual de suas filhas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, Julho-Agosto, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S010411692009000400011&pid=S0104-11692009000400011&pdf\\_path=rlae/v17n4/v17n4/pt\\_11.pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S010411692009000400011&pid=S0104-11692009000400011&pdf_path=rlae/v17n4/v17n4/pt_11.pdf&lang=pt)>. Acesso em: 25/12/2015.

CAVALCANTI, S.V.S.F. **Violência doméstica contra a mulher no Brasil**. 2. ed. Salvador: Podivm, 2008.

CORDEIRO, L. A. M. et al. Violência contra a mulher: Revisão Integrativa. **Revista de enfermagem UFPE [on line]**, Recife, v.7, p.862-869, mar. 2013. Disponível em: <[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../11289](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../11289)>. Acesso em: 17/12/2015.

COSTA, M. C. O. et al. Perfil da vitimização sexual de crianças e adolescentes, segundo descrição de casos por alunos e professores de escolas públicas. **Revista Baiana de Saúde Pública Miolo**, Salvador, BA, v. 34, n. 3, p. 482-502, jul./set. 2010.

\_\_\_\_\_. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1129-41, set./out. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 23/03/16.

COUTO, M. T. et al. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Disponível em: <<http://www.agende.org.br/OMS/Folheto%20Viol%C3AAnncia%20-%202111021.doc2004>>. Acesso em: 17/12/2015.

CUNHA, J.M.C; ASSIS, S.G.; PACHECO, S.T.A. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n.4, p.462-465, jul-agos, 2005.

DREZETT, J. et al. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria**, v.77, n.5, p.413-419, 2001.

\_\_\_\_\_. A clínica em situações de abuso sexual: aspectos conceituais e atuação interdisciplinar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: Centro Universitário de São Camilo, v. 36, n. 2, p. 346-350, abr./jun. 2012. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/93/art11.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/93/art11.pdf)>. Acesso em: 10/12/2015.

DOENGES, M.E; MOORHOUSE, M.F.; MURR, A.C. **Diagnósticos de Enfermagem: intervenções/ prioridades/ fundamentos**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

**EXPLORAÇÃO SEXUAL EM DEBATE NO CANAL FUTURA**. [S.l.]: Rede ANDI Brasil. 2009. Disponível em: <<http://www.redeandibrasil.org.br/>>. Acesso em: 19 jun 2014.

ELLERY, C. M. (Coord.). Pesquisa sobre abuso sexual de crianças e adolescentes no Estado do Ceará. UECE/POMMAR/USAID. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 2004. Disponível em: <<http://diarionordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/50-8-dos-abusadores-estao-no-seio-familiar-1.538586>>. Acesso em: 23/12/2015.

FALEIROS, V. P. O fetiche da mercadoria na exploração sexual. In: LIBÓRIO, R. M. C. et al. **A exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil: reflexões teóricas, relatos de pesquisa e intervenções psicossociais**. São Paulo: Casa do Psicólogo; Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 2004.

FERRAZ, M.I.R. et al. O cuidado de enfermagem a vítima de violência doméstica. **Congitare enfermagem**, Paraná, v.14, n.4, p. 755-759, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16395/10874>>. Acesso em: 03/06/2014.

FERREIRA, B. S. **Resgatando heranças: a transmissão geracional do cuidado e da proteção no abuso sexual infanto-juvenil**. 2011. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.

FERRIANI, M.G.C.; GARBIN, L.M; RIBEIRO, M.A. Caracterização de casos em que crianças e adolescentes foram vítimas de abuso sexual na região sudoeste da cidade de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2000. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.17, n.1, jan-mar, 2004.

FONTES, E. J. O. **Pró-Paz Integrado da Santa Casa alerta para abusos sexuais contra crianças**. Disponível em: <[http://www.pa.gov.br/noticia\\_interna.asp?id\\_ver=74213](http://www.pa.gov.br/noticia_interna.asp?id_ver=74213)>. Acesso em: 02/06/2014.

FONTELLES, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2009.

GABEL, M. (1997). “Algumas Observações Preliminares”. In: \_\_\_\_\_. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997. p. 9-1.

GABEL, M. **Les enfants victims d'abus sexuels**. Paris: Presses Universitaires de France, 2007.

GUERRA, V. N. de A. **Violência de pais contra filhos: uma tragédia revisitada**. 7ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

GUIMARAES, J.A.T.L; VILLELA, W.V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.8, p.1647-1653, ago,2011.

HABIGZANG, Luísa F. et al. Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 341-348, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a11v21n3.pdf>>. Acesso em: 23/12/2015.

\_\_\_\_\_. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: Reflexiva e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 379-86, 2006.

HOHENDORFF, Jean Von. et al. Produção e utilização de um documentário sobre violência sexual contra meninos. **Psicologia**, Porto Alegre, v. 43, n. 2, p. 228-236, abr./jun. 2012.

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/Edusp, 1979.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Instituto Antônio Houaiss, 2001.

INTERNATIONAL CENTER FOR ASSAULT PREVENTION. **The following statistics are furnished by ICAP in an effort to assist our projects in addressing some of the pertinent issues regarding child abuse & neglect**. Disponível em: <[http://www.internationalcap.org/abuse\\_statistics.html](http://www.internationalcap.org/abuse_statistics.html)>. Acesso em: 15/07/2014.

JEKEL, F.J.; KATZ, D.L.; ELMORE, J.G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JUSTINO, L.C.L et al. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 781-787, 2011.

LAMOUR, M. “Les bus sexuels á l’égard des jeunes enfants: seduction, culpabilité, secret”. In: GABEL, M. **Les enfants victims d’abus sexuels**. Paris: Presses Universitaires de France, 2007.

LANDINI, T. S. **O professor diante da violência sexual**. São Paulo: Cortez, 2011.

LEMOS, R.C.A et al. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.2, p.354-359, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v.12/n.2/v12n2a20.htm>>. Acesso em: 26/12/2015.

LIMA, C. A. **Violência faz mal á saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

LIMA, V.L.A. **Violência contra mulheres paróaras: contribuições para a enfermagem**. 2009. 233 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

LINS, S.M.S.B et al. Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE para portadores de doença renal crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.2,p.180-189, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARCÍLIO, M. L. **História social da criança abandonada**. São Paulo: HUCITC, 1998.

MARQUES, D. K. A.; MOREIRA, G. A. C, NÓBREGA, M. M. L. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. **Revista de Enfermagem UFPE [on line]**, Olinda, v.2, n.4, p.410-416, 2008. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem>>. Acesso em: 18/11/2015.

MARTINS, C. B. G; MELLO J, PRADO, M. H. Desfecho dos casos de violência contra criança e adolescente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n.6, p. 800-7, 2009.

\_\_\_\_\_. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 246-55, Abr./Jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/05.pdf>>. Acesso em: 20/12/2015.

\_\_\_\_\_. Maus tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.3, p.423-8, 2010.

MATOS, Jéssica Carvalho. et al. Ensino de teorias de enfermagem em cursos de graduação em enfermagem do estado do Paraná-Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 23-28, 2011.

MCEWEN, M. Visão geral da teoria de enfermagem. In: MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para a Enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MENDES, D. D;. et al. Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria [online]**, São Paulo, v. 31, n. 2 (supl), p. 77-85, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a06.pdf>>. Acesso em: 23/12/2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

\_\_\_\_\_. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Revista brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.135-40, jan./jun. 2009.

MONTEIRO, E. M. L. et al. Violência contra criança e adolescente: rompendo o silêncio. **Revista Rene**, Fortaleza, v.10, n.3, p.107-116, jul./set. 2009.

MOTT, L. Pedofilia e pederastia no Brasil antigo. In: DEL PRIORE, M. **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a violência e a saúde**. Genebra: PMS, 2002.

ONU. Declaração universal dos direitos da criança, 1959. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>>. Acesso em: jun-2014

\_\_\_\_\_. Convenção sobre os direitos da criança, 1989. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>>. Acesso em: jun-2014

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Abuso sexual infantojuvenil: ações municipais da saúde para garantia de atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.10, p.4189-4198, 2011.

PASSARELA, C. de M.; MENDES, D. D.; MARI, J. de J. Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de stress pós-traumático. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 2, p. 60-65, 2010.

PASTORELLI, I. M. **Manual de imprensa e de mídia do estatuto da criança e do adolescente**. São Paulo: Ripasa S/A, 2001.

PFEIFFER, Luci; SALVAGNI, Edila Pizzato. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 8, n. 5 (Supl), p. 197-204, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>>. Acesso em: 23/12/2015.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PINTO JR, A. A. **Violência sexual doméstica contra meninos: um estudo fenomenológico**. São Paulo: Vetor, 2005.

PINTO JR., A.A. et al. Perfil da violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes no município de Dourados/ MS. **Revista Psicologia e Saúde**, v.4, n.1, jan-jun, p.59-68, 2012.

POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. São Paulo: Artmed, 2001.

POLLI, Gabbi Rodrigo; SAVEGNAGO, Sabrina Dal Ongaro; ARPINI, Dorian Mônica. Psicoterapia e psicoterapeuta: representações de uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 21, n. 2, p. 20-29, jul./dez. 2013.

PORTAL DE NOTÍCIAS DA GLOBO NO PARÁ. **Cresce índice de abuso sexual contra criança no Pará**. Belém, Pará, 26/07/12. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2012/07/cresce-indice-de-abuso-sexual-contra-criancas-no-para.html>>. Acesso em: 17/07/2013.

RAMOS, F. P. A. História trágico-marítma das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: DEL PRIORE, MLM (Org.). **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999.

RAPPLEY, M.; SPEARE, K. H. Initial evaluation and interview techniques for child sexual abuse. **Primary Care** 20, 1993.



RIBEIRO, M. A; FERRIANI, M. G. C; REIS J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Caderno de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-64, mar./abr, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200013)>. Acesso em: 20/12/2015.

ROCHA, P. C. X.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do programa saúde da família: a experiência do PMF/ Niterói (RJ, Brasil). **Ciências & Saúde**, Niterói, v. 16, n. 7, p. 3285-3296, 2011.

SADOCK, V. A. **Kaplan & Sadock: Compêndio de psiquiatria**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTANA, J. S. S. **Saúde e doença no cotidiano de meninos e meninas de rua**. 283f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SANTOS, V.A; COSTA, L.F. A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.28, n.4, p.529-537, out-dez, 2011.

SAURET, Gerard Viader. et al. Representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. [online], Recife, v. 11, n. 3, p. 265-273, jul./set. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292011000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292011000300007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20/12/2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA. **Plano Estadual de Saúde do Pará PES-PA 2012-2015**. Belém-PA, 2012. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/P%20E%20S%20-%202012-2015.pdf>. Acesso em: 15/06/2016.

SILVA, L. M. P. da S; FERRIANI, M. das G. de C.; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente a violência sexual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.5, p. 919-924, 2011.

SOLTO, R.Q; ARAÚJO, F.K.C.D; CAVALCANTI, A.L. Violência sexual: análise de dados relacionados ao atentado violento ao pudor. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, v.25, n.2, p.235-242, 2012.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 3ª ed. São Paulo: Ícone, 2001. p. 29-39.

SWERDLIN, A.; BERKOWITZ, C.; GRAFT, N. Cutaneous signs of child abuse. **Journal of the American Academy Dermatology**, v.57, n.3, p. 371-392, 2007.

TEIXEIRA, S.A.M.; TAQUETE, S.R. Violência e atividade sexual desprotegida em

adolescentes menores de 15 anos. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v.56, n.4, p.440-446,2010.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TEIXEIRA, S. A. M; TAQUETE, S. R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Revista de Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 440-6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/17.pdf>>. Acesso em: 23/12/2015.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

THOMAZINE, A. M.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C. S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Cascavel- PR, v.11, n. 4, p.830- 840, 2009. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a08.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a08.pdf)>. Acesso em: 18/12/2015.

UNICEF. **Violência sexual: um fenômeno complexo**. 2009. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brasil/pt/cap.03.pdf>>. Acesso em: junho-2014.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de atenção integral a crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem interdisciplinar de saúde**, 2012. Disponível em: <<http://www.cedecacasarenascer.org/livro-8-PROTOCOLO-DE-ATEN%C3%87%C3%83O-INTEGRAL-%C3%80-CRIAN%C3%87AS-E-ADOLESCENTES-V%C3%8DTIMAS-DE-VIOL%C3%8ANCIA-%E2%80%93-UMA-ABORDAGEM-INTERDI>>. Acesso em: julho de 2015.

VALL, J.; LEMOS, K. I. L.; JANEIRO, A. S. I. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorithéa Orem e Callista Roy: um estudo teórico. **Cogitare Enfermagem**, v.10, n.3, p 63-70, 2005.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, v.18, n. 5, p.1263-1272, 2013.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de Enfermagem a criança vítima de violência sexual atendida em uma unidade de emergência hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.1, p.143-150, 2010.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2012.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A- Modelo do instrumento de coleta de dados para implementação do Processo de Enfermagem à crianças e adolescentes vítimas de violência sexual**

| <b>Sistematização da Assistência de Enfermagem Fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta</b>  |  |
|--|--|
| <b>1ª Etapa: Histórico de Enfermagem</b>   |  |
| <b>Identificação da Criança ou Adolescente</b>   |  |
| <b>1-Nome:</b> _____<br><b>2-Data de nascimento:</b> ____/____/____<br><b>3-Idade:</b> _____ <b>4- Sexo:</b> ( ) M ( ) F<br><b>5-Raça:</b> _____<br><b>6-Naturalidade:</b> _____<br><b>7-Escolaridade:</b><br><input type="checkbox"/> Sem escolarização <input type="checkbox"/> Ensino infantil<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio<br><input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Analfabeto   | <b>8-Portador de necessidade especial;</b><br><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br><b>Especificar:</b> _____<br><b>9-Procedência:</b> ( ) Hospital ( ) Casa<br><input type="checkbox"/> Unidade básica de Saúde ( ) Pronto Socorro ( ) Delegacia ( ) Conselho Tutelar<br><b>10- Informante:</b> ( ) Criança ( ) Adolescente<br><input type="checkbox"/> Membro da Família ( ) Amigo<br><input type="checkbox"/> Conselho Tutelar ( ) Outro   |
| <b>Identificação da família e suas condições sócio-econômicas e de Saúde</b>   |  |
| <b>11 Nome:</b> _____<br><b>12-Relação de parentesco:</b> _____<br><b>13-Renda familiar</b> _____<br><b>14-Situação conjugal dos pais:</b> _____<br><b>15-Situação empregatícia do pai:</b> _____<br><b>16-Situação empregatícia da mãe:</b> _____<br><b>17-Profissão do pai:</b> _____<br><b>18-Profissão da mãe:</b> _____<br><b>19-Idade do pai:</b> _____<br><b>20- Idade da mãe</b> _____<br><b>21-Religião do pai:</b> _____<br><b>22-Religião da mãe:</b> _____<br><b>23-Escolaridade do pai:</b> _____<br><b>24-Escolaridade da mãe:</b> _____               | <b>25-Tipo de Moradia</b> _____<br><b>26-Número de cômodos</b> _____<br><b>27-Número de pessoas que coabitam na casa:</b> _____<br><b>28-Membros da família:</b> _____<br><b>29-Saneamento básico:</b> ( ) água tratada ( ) água não-tratada ( ) rede de esgoto ( ) céu aberto ( ) coleta de lixo ( ) lixo queimado<br><b>30-Hábitos familiares</b> ( ) alcoolismo<br><input type="checkbox"/> uso de drogas psicoativas ( ) uso de cigarros ( ) agressividades<br><b>31-Histórico de violência ou doenças na família:</b> _____ |
| <b>Necessidades de Saúde: Percepções e Expectativas</b>  |  |
| <b><u>Entrevista com a família ou responsável</u></b><br><b>32-Motivos da procura pelo serviço/ Histórico da violência sexual atual</b><br><b>33-Histórico anteriores de algum tipo de maus tratos? Quais?</b>   | <b><u>Entrevista com a criança ou o adolescente</u></b><br><b>34-Pode falar sobre o que ocorreu com você (respeitar a vontade da criança ou do adolescente em relatar o ocorrido)</b>  |
| <b>Situação da Violência Sexual</b>  | <b>Informações sobre o autor da Violência Sexual</b>   |
| <b>35- Data do ocorrido:</b> _____<br><b>36-Tipo de violência sexual:</b> _____<br><b>37-Outras formas de violência:</b><br><input type="checkbox"/> violência física ( ) violência psicológica<br><input type="checkbox"/> negligência ( ) abandono<br><b>38-Frequência da ocorrência:</b> ( ) 1 vez<br><input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes ( ) 4 ou mais vezes<br><b>39-Local do acontecimento:</b> _____<br><b>40-Cidade do acontecimento:</b> _____<br><b>41- Grau de vínculo com o agressor:</b> _____<br><b>42- Número de envolvidos:</b> ( ) 1 ( ) 2 ou mais | <b>42-Idade</b> _____<br><b>43-Etnia</b> _____<br><b>44-Situação conjugal:</b> _____<br><b>45- Religião</b> _____<br><b>46-Escolaridade:</b> _____<br><b>47- Ocupação:</b> _____<br><b>48-Residência:</b> _____<br><b>49- Fatores de risco que potencializa a violência</b><br><input type="checkbox"/> alcoolismo ( ) uso de drogas psicoativas ( ) histórico de violência na infância  |
| <b>Necessidades Psicoespirituais</b>   |  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 50-Participa de grupo de religioso: ( ) sim ( ) não Especificar: _____ |  | 52-Preocupações religiosas/espirituais _____  |  |
| 51-Prática de rezar e meditar: _____                                   |  | 53-Expressão do sentimento de ligação / harmonia consigo próprio e com as outras pessoas: _____ |  |
| <b>Necessidades Psicossociais</b>                                      |  |   |  |
| 54-Expressão de sentimentos  | <u>Relatado (Subjetivos)</u><br><input type="checkbox"/> raiva <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> mágoa <input type="checkbox"/> desesperança<br><input type="checkbox"/> impotência<br><u>Detectado (Objetivos)</u><br><input type="checkbox"/> calmo <input type="checkbox"/> agitado <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> agressivo<br><input type="checkbox"/> choroso <input type="checkbox"/> tímido <input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/> irritado <input type="checkbox"/> amedrontado<br><input type="checkbox"/> eufórico <input type="checkbox"/> inquieto<br>outros _____ |   |  |
| 55-Comunicação   | <input type="checkbox"/> dificuldade de comunicação <input type="checkbox"/> consegue expressar-se verbalmente <input type="checkbox"/> utiliza a expressão não verbal <input type="checkbox"/> não relata verbalmente a violência   |   |  |
| 56-Aprendizagem  | <input type="checkbox"/> rendimento escolar diminuído <input type="checkbox"/> abandono escolar <input type="checkbox"/> falta de concentração   |   |  |
| 57-Padrão do sono  | <input type="checkbox"/> Pesadelos <input type="checkbox"/> insônia <input type="checkbox"/> agitação <input type="checkbox"/> dificuldades de dormir  |   |  |
| 58-Reações psicossomáticas   | <input type="checkbox"/> queixas de dormência no corpo <input type="checkbox"/> dores no corpo   |   |  |
| 60-Reações de fobias   | <input type="checkbox"/> medo de sair sozinho <input type="checkbox"/> medo de ficar só <input type="checkbox"/> medo do escuro <input type="checkbox"/> medo de pessoas   |   |  |
| 61-Interação social/gregária   | Possui amigos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> brinca só <input type="checkbox"/> brinca com amigos<br>Fica isolado <input type="checkbox"/> mudanças na relação social ( )   |   |  |
| 62-Amor /aceitação   | <input type="checkbox"/> Conflitos familiares intensos <input type="checkbox"/> idéias suicidas <input type="checkbox"/> atitudes depreciativas de si mesmo <input type="checkbox"/> tristeza profunda   |   |  |
| 63-Autoestima, autoconfiança   | Sentimentos: <input type="checkbox"/> culpa <input type="checkbox"/> vergonha <input type="checkbox"/> olhar distante e para baixo <input type="checkbox"/> impotência   |   |  |
| <b>Necessidades Psicobiológicas</b>                                    |  |   |  |
| 64-Percepção sensorial   | <u>Alterações:</u> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br><input type="checkbox"/> visão <input type="checkbox"/> audição <input type="checkbox"/> paladar <input type="checkbox"/> audição <input type="checkbox"/> tato<br>Especificar: _____  |   |  |
| 65- Conforto   | <u>Dor:</u> <input type="checkbox"/> aguda <input type="checkbox"/> crônica<br>Localização: _____  |   |  |
| 66-Cuidado corporal  | <u>Higiene corporal:</u> <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada<br><u>Higiene oral:</u> <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada<br>Especificar: _____   |   |  |
| 67-Nutrição  | <u>Peso:</u> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> baixo <input type="checkbox"/> sobrepeso<br><u>Hábitos alimentares:</u> preservado <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> motivo _____  |   |  |
| 68-Mecânica corporal/motilidade  | <u>Locomoção</u> <input type="checkbox"/> deambula <input type="checkbox"/> deambula com ajuda ( ) cadeirante<br><u>Musculatura:</u> <input type="checkbox"/> músculo eutróficos <input type="checkbox"/> músculos hipotróficos  |   |  |
| 69-Exercícios/atividade física   | <u>Pratica esportes:</u> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br>Especificar: _____   |   |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>70-Integridade física/cutâneamucosa</b>   | <b>Marcas no corpo:</b> ( ) hematomas ( ) fraturas ( ) arranhões ( ) laceração ( ) fissuras<br><b>Localização:</b> ( ) lesões extragenitais ( ) lesões mamárias ( ) lesão em genitália ( ) lesão anal ( ) lesão oral<br><b>Motivo das lesões:</b> _____   |
| <b>71-Eliminação urinária</b>  | <b>Alterações:</b> ( ) sim ( ) não<br>( ) poliúria ( ) polaciúria ( ) nictúria ( ) tenesmo ( ) incontinência urinária ( ) disúria ( ) hematúria ( ) colúria ( ) outro _____   |
| <b>72-Eliminação intestinal</b>  | <b>Hábito:</b> ( ) regular ( ) irregular<br>( ) incontinência fecal ( ) fecaloma ( ) melena ( ) hemorroidas ( ) constipação intestinal  |
| <b>73-Sexualidade</b>  | <b>Idade da menarca:</b> _____ <b>Início da atividade sexual:</b> _____<br><b>Alterações da expressão da sexualidade:</b> ( ) sim ( ) não<br>( ) erotismo ( ) demonstra curiosidade excessiva pelos órgãos sexuais ( ) manipulação dos órgãos genitais ( ) comportamentos sexuais de adulto<br><b>Genitália:</b> ( ) estruturas anatômica preservadas ( ) rompimento himenal ( ) lacerações vaginais ( ) hemorragias vaginais ativas ( ) edema genital ( ) hiperemia ( ) prurido vaginal ( ) hiperemia genital ( ) DSTs ( ) corrimento genital<br><b>Anus:</b> ( ) anatomia preservada não comprometido ( ) fissuras anais ( ) cicatrizes anais ( ) dilatação ou flacidez de esfíncter anal ( ) DSTs ( ) presença de corpo estranho |
| <b>74-Sono e repouso</b>   | ( ) Preservado ( ) Prejudicado  |
| <b>75-Ambiente</b>   | ( ) Conflitos familiares  |
| <b>Cuidados profilático e tratamento</b>   | <b>Encaminhamentos</b>  |
| 76-Profilaxia de DST não viral ( )<br>77-Profilaxia HIV/Aids até 72 horas ( )<br>78-Profilaxia da Hepatite B ( )<br>79-Coleta de sangue ( )<br>80-Coleta do material de prova criminal ( )<br>81-Anticoncepção de emergência até 72 hs ou até 5 dias após a violência ( )<br>Outros: _____ | 82-Acompanhamento psicológico ( )<br>83-Acompanhamento social ( )<br>84-Delegacia especializada ( )<br>85-Conselho tutelar ( )<br>86-Internação ( )<br>87-Acompanhamento com a enfermagem ( )<br>88-Procedimento da interrupção da gravidez de acordo com a Portaria nº 1.508 de 2005 ( )   |

| Necessidade Psicossocial  |   |
|---|---|
| Diagnósticos de enfermagem  | Intervenções de enfermagem  |
| * <b>Síndrome pós trauma relacionados a eventos traumáticos evidenciado por:</b><br>( ) desesperança; vergonha; | ( ) Observar e obter informações sobre lesões físicas ou danos psicológicos<br>( ) Atentar para sinais de ansiedade crescente<br>( ) Detectar o desenvolvimento de reações fóbicas a objetos ou situações |

|  |   |
|--|---|
| <p>culpa<br/> <input type="checkbox"/> queixas de dormência<br/> <input type="checkbox"/> ansiedade; medo; depressão<br/> <input type="checkbox"/> estado de humor alterado<br/> <input type="checkbox"/> enurese</p>  | <p><input type="checkbox"/> Avaliar queixas somáticas frequentes<br/> <input type="checkbox"/> Ajudar a criança a expressar seus sentimentos acerca do evento utilizando técnicas apropriadas ao seu estágio de desenvolvimento</p>   |
| <p><b>*Síndrome do trauma de estupro relacionado ao estupro:</b></p> <p><input type="checkbox"/> constrangimento; humilhação; vergonha; culpa<br/> <input type="checkbox"/> pesadelos; distúrbios do sono<br/> <input type="checkbox"/> negação; fobias; tentativas de suicídio<br/> <input type="checkbox"/> oscilações de humor; agressividade</p> | <p><input type="checkbox"/> Avaliar a gravidade do enfrentamento disfuncional<br/> <input type="checkbox"/> Envolver a equipe de intervenção no estupro<br/> <input type="checkbox"/> Colaborar no registro do incidente para a polícia ou os serviços de proteção à infância, preservar o sequenciamento e a coleta de provas, rotular todas as amostras e armazená-las adequadamente.<br/> <input type="checkbox"/> Ajudar o cliente a lidar com as preocupações atuais e os efeitos do incidente</p>   |
| <p><b>*Medo relacionado a estímulo fóbico evidenciado por:</b></p> <p><input type="checkbox"/> tensão extrema, pânico; assustado<br/> <input type="checkbox"/> alteração da frequência respiratória, pulso; pressão arterial sistólica<br/> <input type="checkbox"/> redução da capacidade de aprendizagem</p>                                       | <p><input type="checkbox"/> Determinar a percepção do cliente ou pessoa significativa quanto ao que está acontecendo e como isto afeta sua vida.<br/> <input type="checkbox"/> Avaliar o grau de incapacitação<br/> <input type="checkbox"/> Avaliar o grau de concentração e o foco de atenção<br/> <input type="checkbox"/> Aferir os sinais vitais e as respostas fisiológicas à situação<br/> <input type="checkbox"/> Assegurar presença e contato físico, antes da realização de procedimentos dolorosos.<br/> <input type="checkbox"/> Controlar ruídos ambientais</p> |
| <p><b>*Sobrecarga de estresse relacionado a coexistência de vários fatores de estresse evidenciado por:</b></p> <p><input type="checkbox"/> sentimentos crescente de impaciência ou raiva.<br/> <input type="checkbox"/> Refere consequências negativas do estresse</p>  | <p><input type="checkbox"/> Participar de técnicas de auto-ajuda (envolver-se em atividades recreativas, estimular o bom humor)<br/> <input type="checkbox"/> Determinar como o cliente ou a família percebem os acontecimentos<br/> <input type="checkbox"/> Identificar recursos disponíveis na comunidade</p>  |
| <p><b>*Isolamento social relacionado a incidentes ou eventos traumáticos que causam sofrimento físico e/ou emocional</b></p> <p><input type="checkbox"/> tristeza ou embotamento afetivo<br/> <input type="checkbox"/> pouco comunicativo; retraído<br/> <input type="checkbox"/> busca ficar sozinho</p>  | <p><input type="checkbox"/> Identificar os sistemas de apoio disponíveis<br/> <input type="checkbox"/> Promover a participação em atividades recreativas<br/> <input type="checkbox"/> Envolver as crianças e os adolescentes em programas e atividades apropriadas à idade.<br/> <input type="checkbox"/> Fornecer estímulos ambientais<br/> <input type="checkbox"/> Programar visitas de acompanhamento do cliente</p>   |
| <p><b>*Resiliência individual prejudicada relacionado a fatores de vulnerabilidades e violência.</b></p> <p><input type="checkbox"/> depressão; culpa; isolamento social; baixa autoestima; vergonha</p>   | <p><input type="checkbox"/> Observar os padrões de comunicação entre os membros da família<br/> <input type="checkbox"/> Identificar as estratégias de enfrentamento ineficazes utilizadas pelo indivíduo e pela família.<br/> <input type="checkbox"/> Estimular a livre expressão de sentimentos e estabelecer limites ao comportamento inaceitável<br/> <input type="checkbox"/> Estimular a participação dos pais no desenvolvimento de um suporte positivo para</p>  |

|   |  |
|---|--|
| ( ) utilização de estratégias de enfrentamento ineficazes   | fortalecer a resiliência dos seus filhos<br>( ) Encaminhar para recursos comunitários apropriados  |
| <b>*Enfrentamento ineficaz relacionado a dificuldades de liberação das tensões, apoio social inadequado</b><br><br>( ) uso de substâncias químicas<br>( ) relatos de tensão muscular ou emocional<br>( ) dificuldade de concentração<br>( ) alterações comportamentais (impaciência, frustração, irritabilidade e abatimento) | ( ) Determinar o nível funcional de desenvolvimento<br>( ) Atentar para os padrões de fala e comunicação.<br>( ) Averiguar se há ingestão de álcool, uso de drogas e tabagismo e determinar padrões de sono e ingestão alimentar.<br>( ) Estimular a verbalização dos medos e das ansiedades e a expressão de sentimentos como negação, depressão e raiva<br>( ) Determinar a necessidade ou desejo de entrar em contato com um representante religioso. |

| Necessidade Psicobiológica   |  |
|--|--|
| Diagnósticos de enfermagem   | Intervenções de enfermagem   |
| <b>* Integridade da pele e mucosa relacionado a fatores mecânicos</b><br><br>( ) dor<br>( ) perda de continuidade da superfície da pele  | ( ) Obter a história do problema, como início e duração do problema<br>( ) Determinar o grau e a profundidade da lesão do sistema tegumentar<br>( ) Manter a área limpa e seca, cobrir a ferida; aplicar curativos apropriados<br>( ) Orientar a família a seguir o regime terapêutico adotado   |
| <b>* Dor aguda relacionado a agentes lesivos (físicos ou psicológicos)</b><br><br>( ) comportamento expressivo (gemido, choro, insônia, irritabilidade, suspiros)<br>( ) Relato verbal de dor<br>( ) Posicionamento para evitar dor  | ( ) Determinar e documentar a existência de possíveis causas fisiopatológicas e psicológicas de dor<br>( ) Detectar sinais não verbais e comportamentos que expressam dor<br>( ) Monitorar sinais vitais<br>( ) Proporcionar medidas de conforto<br>( ) Ensinar e estimular a utilização das técnicas de relaxamento   |
| Necessidades psicoespirituais  |  |
| <b>* Angústia espiritual relacionado a solidão, isolamento social, ansiedade e dor</b><br><br>( ) Expressa falta de esperança, amor, aceitação<br>( ) Expressa raiva ou culpa<br>( ) Recusa de interações com pessoas significativas<br>( ) Expressa sofrimento ou raiva de Deus | ( ) Determinar a crença religiosa ou espiritual da família, sua participação e a existência de conflitos<br>( ) Verificar se há expressões de incapacidade de encontrar significado na vida ou razão para viver. Avaliar se há idéia de suicídio<br>( ) Estimular e facilitar passeios ao ar livre<br>( ) Proporcionar à criança atividades lúdicas que incorporem valores espirituais<br>( ) Estimular a família a proporcionar um ambiente calmo e tranquilo |



## **ANEXOS**

**ANEXO A- Ficha de atendimento do PROPAZ-PA**

| <b>FICHA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b>   |   |
|--|---|
| <b><u>1- IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE</u></b>  |   |
| NOME: _____<br>SEXO: ( ) FEM. ( ) MASC.<br>DATA DE NASCIMENTO: _____<br>IDADE: _____ ETNIA: _____<br>RELIGIÃO: _____<br>ESCOLARIDADE: _____<br>ENDEREÇO: _____   | BAIRRO: _____<br>MUNICÍPIO: _____<br>FONE _____ NOME DA ESCOLA: _____<br>( ) TRABALHA ( ) PRÁTICA ESPORTES ( ) FAZ<br>CURSOS ( )<br>OUTROS _____  |
| <b><u>2- FILIAÇÃO</u></b>  |   |
| <b><u>PAI:</u></b><br>NOME: _____<br>IDADE: _____ ESTADOCIVIL: _____<br>ETNIA: _____ RELIGIÃO: _____<br>ESCOLARIDADE: _____<br>ENDEREÇO: _____<br>BAIRRO: _____<br>MUNICÍPIO: _____<br>FONE: _____<br>SITUAÇÃO OCUPACIONAL:<br>( ) EMPREGADO ( ) DESEMPREGADO ( )<br>AUTÔNOMO ( ) APOSENTADO ( ) FAZ BICOS ( )<br>OUTROS _____<br>OCUPAÇÃO: _____<br>PROFISSÃO: _____  | <b><u>MÃE:</u></b><br>NOME: _____<br>IDADE: _____ ESTADOCIVIL: _____<br>ETNIA: _____ RELIGIÃO: _____<br>ESCOLARIDADE: _____<br>ENDEREÇO: _____<br>BAIRRO: _____<br>MUNICÍPIO: _____<br>FONE: _____<br>SITUAÇÃO OCUPACIONAL:<br>( ) EMPREGADA ( ) DESEMPREGADA ( )<br>AUTÔNOMO ( ) APOSENTADO ( ) FAZ BICOS ( )<br>OUTROS _____<br>OCUPAÇÃO: _____<br>PROFISSÃO: _____ |
| <b><u>DO RESPONSÁVEL</u></b><br>NOME: _____<br>IDADE: _____ ESTADOCIVIL: _____<br>ETNIA: _____ RELIGIÃO: _____<br>ESCOLARIDADE: _____<br>ENDEREÇO: _____<br>BAIRRO: _____<br>MUNICÍPIO: _____<br>FONE: _____<br>GRAU DE PARENTESCO: _____<br>SITUAÇÃO OCUPACIONAL:<br>( ) EMPREGADO ( ) DESEMPREGADO ( )<br>AUTÔNOMO ( ) APOSENTADO ( ) FAZ BICOS ( )<br>OUTROS _____<br>OCUPAÇÃO: _____<br>PROFISSÃO: _____ | <b><u>2. NÚCLEO FAMILIAR</u></b><br><b><u>FAZ PARTE DE GRUPO FAMILIAR:</u></b><br>( ) PAI ( ) AVÔ ( ) IRMÃOS<br>QUANTOS? _____<br>( ) MÃE ( ) AVÓ ( )<br>TIOS/TIAS<br>( ) PADRASTO ( ) MADRASTA<br>( ) PRIMOS<br>( ) OUTROS _____   |
| <b><u>3. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA</u></b><br><b><u>MORADIA</u></b><br>( ) PRÓPRIA ( ) ALUGADA  | <b><u>RENDA FAMILIAR</u></b><br>( ) ATÉ UM SALÁRIO ( ) DE 2 A 3 SALÁRIOS<br>MÍNIMOS   |

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CEDIDA<br>N. DE CÔMODOS _____<br><input type="checkbox"/> ALVENARIA <input type="checkbox"/> MADEIRA <input type="checkbox"/> MISTA<br>OUTROS _____   | <input type="checkbox"/> ACIMA DE 3 SALÁRIO <input type="checkbox"/> SEM RENDA FIXA<br><input type="checkbox"/> BENEFÍCIOS SOCIAIS,QUAIS: _____ |
| <b><u>4.INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL</u></b>  |   |
| <b><u>QUEM FEZ A NOTIFICAÇÃO</u></b>   |   |
| <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> MÃE <input type="checkbox"/> PARENTE QUAL? _____ <input type="checkbox"/> VIZINHO <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/><br>PROFESSOR<br><input type="checkbox"/> COSELHO TUTELAR <input type="checkbox"/> OUTRO _____  |   |
| <b>DATA DO OCORRIDO:</b> ____/____/____ <b>HORA:</b> _____<br><b>DATA DO REGISTRO:</b> ____/____/____ <b>No.B.O:</b> _____   |   |
| <b><u>QUE ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO ENCAMINHOU</u></b>   |   |
| <b><u>TIPO DE VIOLÊNCIA</u></b>  |   |
| <input type="checkbox"/> ABUSO SEXUAL VIRTUAL <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL<br><input type="checkbox"/> ASSÉDIO SEXUAL <input type="checkbox"/> TRÁFICO<br><input type="checkbox"/> ESTUPRO DE VULNERÁVEL <input type="checkbox"/> VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA<br><input type="checkbox"/> EXIBICIONISMO <input type="checkbox"/> VIOLÊNCIA VERBAL<br><input type="checkbox"/> EXPLORAÇÃO SEXUAL <input type="checkbox"/> VOYEURISMO<br><input type="checkbox"/> NÃO CONFIGURA |   |
| <b><u>TIPO DE LESÃO</u></b>  |   |
| <input type="checkbox"/> ARRANHÕES <input type="checkbox"/> HEMATOMAS <input type="checkbox"/> LESÕES POR ARMAS OU OBJETOS<br><input type="checkbox"/> MORDIDAS <input type="checkbox"/> QUEIMADURAS <input type="checkbox"/> OUTROS: QUAIS? _____   |   |
| <b><u>MARCAS PELO CORPO(SE FOR O CASO)</u></b>   |   |
| <input type="checkbox"/> FACE <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> BRAÇOS <input type="checkbox"/> COSTA<br><input type="checkbox"/> BOCA <input type="checkbox"/> SEIOS <input type="checkbox"/> PERNAS <input type="checkbox"/> NÁDEGAS<br><input type="checkbox"/> OLHOS <input type="checkbox"/> ABDOMEM <input type="checkbox"/> GENITÁLIA   |   |
| <b><u>A CRIANÇA/ADOLESCENTE FICOU INTERNADA:</u></b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>DURANTE QUANTO TEMPO: _____<br><b><u>AGRAVANTES(SE FOR O CASO):</u></b> _____<br><b><u>POSSUI TRANSTORNO OU DEFICIÊNCIA:</u></b> _____   |   |
| <b><u>LOCAL DO ACONTECIMENTO</u></b>   |   |
| <input type="checkbox"/> CASA DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> CASA DO ABUSADOR <input type="checkbox"/> CASA DA VÍTIMA/ABUSADOR<br><input type="checkbox"/> ÁREAS PÚBLICAS. QUAL? _____ <input type="checkbox"/> OUTROS _____<br>ENDEREÇO: _____<br>BAIRRO: _____                    MUNICÍPIO: _____   |   |



## ANEXO B- Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

|                          |  |  |   |  |
|--------------------------|--|--|---|--|
| Dados Gerais             | 1 Tipo de Notificação                            |  | 2 - Individual  |  |
|                          | 2 Agravado/doença                                |  | VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA  |  |
|                          | 4 UF   |  | 5 Município de notificação  |  |
|                          | 6 Unidade Notificadora                           |  | <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros |  |
|                          | 7 Nome da Unidade Notificadora                   |  | Código Unidade  |  |
|                          | 8 Unidade de Saúde                               |  | Código (CNES)   |  |
| Notificação Individual   | 10 Nome do paciente                              |  | 9 Data da ocorrência da violência   |  |
|                          | 12 (ou) Idade                                    |  | 13 Sexo   |  |
|                          | 16 Escolaridade                                  |  | 14 Gestante   |  |
|                          | 17 Número do Cartão SUS                          |  | 18 Nome da mãe  |  |
|                          | 19 UF  |  | 20 Município de Residência  |  |
|                          | 22 Bairro  |  | 23 Logradouro (rua, avenida,...)  |  |
| Dados de Residência      | 24 Número  |  | 25 Complemento (apto., casa, ...)   |  |
|                          | 27 Geo campo 2                                   |  | 28 Ponto de Referência  |  |
|                          | 30 (DDD) Telefone                                |  | 31 Zona   |  |
|                          | 33 Nome Social                                   |  | 34 Ocupação   |  |
|                          | 35 Situação conjugal / Estado civil              |  | 36 Orientação Sexual  |  |
|                          | 38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? |  | 39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?  |  |
| Dados da Pessoa Atendida | 40 UF  |  | 41 Município de ocorrência  |  |
|                          | 43 Bairro  |  | 44 Logradouro (rua, avenida,...)  |  |
|                          | 45 Número  |  | 46 Complemento (apto., casa, ...)   |  |
|                          | 49 Ponto de Referência                           |  | 50 Zona   |  |
|                          | 52 Local de ocorrência                           |  | 53 Ocorreu outras vezes?  |  |
|                          | 54 A lesão foi autoprovocada?                    |  | 55 Ocorreu outras vezes?  |  |

|   |   |  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
|---|---|--|--|--|---|---|---|--|---|---|--|---|---|--|---|---|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|
| <b>Violência</b>  | <b>55</b> Essa violência foi motivada por: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia<br/>06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado</p>   |  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
|   | <b>56</b> Tipo de violência <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Física</td> <td><input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos</td> <td rowspan="2"><b>57</b> Meio de agressão <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psicológica/Moral</td> <td><input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tortura</td> <td><input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____</td> <td><input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sexual</td> <td><input type="checkbox"/> Trabalho infantil</td> <td><input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____</td> </tr> </table>                         |  |  | <input type="checkbox"/> Física  | <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos | <b>57</b> Meio de agressão <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral                                | <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal | <input type="checkbox"/> Tortura                    | <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ | <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo | <input type="checkbox"/> Sexual                             | <input type="checkbox"/> Trabalho infantil  | <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça |   |   | <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____ |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Física   | <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos   | <b>57</b> Meio de agressão <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral  | <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal  |  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Tortura  | <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____   | <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sexual   | <input type="checkbox"/> Trabalho infantil  | <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <b>Violência Sexual</b>   | <b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assédio sexual</td> <td><input type="checkbox"/> Estupro</td> <td><input type="checkbox"/> Pornografia infantil</td> <td><input type="checkbox"/> Exploração sexual</td> <td><input type="checkbox"/> Outros _____</td> </tr> </table>  |  |  | <input type="checkbox"/> Assédio sexual  | <input type="checkbox"/> Estupro                  | <input type="checkbox"/> Pornografia infantil                                 | <input type="checkbox"/> Exploração sexual                                | <input type="checkbox"/> Outros _____  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Assédio sexual   | <input type="checkbox"/> Estupro   | <input type="checkbox"/> Pornografia infantil  | <input type="checkbox"/> Exploração sexual   | <input type="checkbox"/> Outros _____             |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <b>59</b> Procedimento realizado <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Profilaxia DST</td> <td><input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B</td> <td><input type="checkbox"/> Coleta de sêmen</td> <td><input type="checkbox"/> Contracepção de emergência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Profilaxia HIV</td> <td><input type="checkbox"/> Coleta de sangue</td> <td><input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal</td> <td><input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei</td> </tr> </table> |   |  | <input type="checkbox"/> Profilaxia DST  | <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B                                     | <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen          | <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência                           | <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV                                   | <input type="checkbox"/> Coleta de sangue  | <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal | <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei                                     |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Profilaxia DST   | <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B  | <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen   | <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV   | <input type="checkbox"/> Coleta de sangue   | <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal  | <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <b>Dados do provável autor da agressão</b>  | <b>60</b> Número de envolvidos <input type="checkbox"/> <p>1 - Um <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/></p> <p>9 - Ignorado <input type="checkbox"/></p>  | <b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pai</td> <td><input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge</td> <td><input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos</td> <td><input type="checkbox"/> Policial/agente da lei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mãe</td> <td><input type="checkbox"/> Namorado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Desconhecido(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Própria pessoa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrasto</td> <td><input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Cuidador(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Outros _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Madrasta</td> <td><input type="checkbox"/> Filho(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Patrão/chefe</td> <td><input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cônjuge</td> <td><input type="checkbox"/> Irmão(ã)</td> <td><input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional</td> <td></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Pai   | <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge  | <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos        | <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei                               | <input type="checkbox"/> Mãe  | <input type="checkbox"/> Namorado(a)   | <input type="checkbox"/> Desconhecido(a)            | <input type="checkbox"/> Própria pessoa   | <input type="checkbox"/> Padrasto  | <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)                     | <input type="checkbox"/> Cuidador(a)  | <input type="checkbox"/> Outros _____  | <input type="checkbox"/> Madrasta           | <input type="checkbox"/> Filho(a)         | <input type="checkbox"/> Patrão/chefe  | <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional | <input type="checkbox"/> Cônjuge | <input type="checkbox"/> Irmão(ã) | <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional |  | <b>62</b> Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> <p>1 - Masculino <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Feminino <input type="checkbox"/></p> <p>3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/></p> <p>9 - Ignorado <input type="checkbox"/></p> |
|   | <input type="checkbox"/> Pai  | <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge  | <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos   | <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei                                    |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Mãe  | <input type="checkbox"/> Namorado(a)  | <input type="checkbox"/> Desconhecido(a)   | <input type="checkbox"/> Própria pessoa  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Padrasto   | <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)   | <input type="checkbox"/> Cuidador(a)   | <input type="checkbox"/> Outros _____  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Madrasta   | <input type="checkbox"/> Filho(a)   | <input type="checkbox"/> Patrão/chefe  | <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cônjuge  | <input type="checkbox"/> Irmão(ã)   | <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <b>63</b> Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> <p>1- Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2- Não <input type="checkbox"/></p> <p>9- Ignorado <input type="checkbox"/></p>  |   |  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> <p>1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/></p> <p>2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/></p>   |   |  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <b>Encaminhamento</b>   | <b>65</b> Encaminhamento: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)</td> <td><input type="checkbox"/> Conselho do Idoso</td> <td><input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)</td> <td><input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso</td> <td><input type="checkbox"/> Outras delegacias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras)</td> <td><input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos</td> <td><input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)</td> <td><input type="checkbox"/> Ministério Público</td> <td><input type="checkbox"/> Defensoria Pública</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conselho Tutelar</td> <td><input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente</td> <td></td> </tr> </table> |  |  | <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) | <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso        | <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher                    | <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) | <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso                               | <input type="checkbox"/> Outras delegacias          | <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras)                  | <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos   | <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude | <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) | <input type="checkbox"/> Ministério Público  | <input type="checkbox"/> Defensoria Pública | <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar | <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente   |   |                                  |                                   |   |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)  | <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso   | <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher   |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)   | <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso  | <input type="checkbox"/> Outras delegacias   |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras)  | <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos  | <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)   | <input type="checkbox"/> Ministério Público   | <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar   | <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente  |  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> <p>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p>  |   |  | <b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> <p>1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado</p> |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <b>68</b> Circunstância da lesão <input type="checkbox"/> <p>CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/></p>   |   |  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
| <b>69</b> Data de encerramento <input type="checkbox"/> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:10%; border: none;"> </td> <td style="width:10%; border: none;"> </td> <td style="width:10%; border: none;"> </td> <td style="width:10%; border: none;"> </td> <td style="width:10%; border: none;"> </td> <td style="width:10%; border: none;"> </td> <td style="width:10%; border: none;"> </td> <td style="width:10%; border: none;"> </td> <td style="width:10%; border: none;"> </td> <td style="width:10%; border: none;"> </td> </tr> </table>   |   |  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |
|   |   |  |  |  |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |                                  |                                   |   |  |  |

**Informações complementares e observações**

Nome do acompanhante  Vínculo/grau de parentesco  (DDD) Telefone

**Observações Adicionais:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <b>Disque-Saúde</b><br>0800 61 1997 | <b>TELEFONES ÚTEIS</b><br>Central de Atendimento à Mulher<br>180 | <b>Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes</b><br>100 |
|-------------------------------------|--|---|

|  |  |
|--|--|
| <b>Notificador</b> Município/Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> | Cód. da Unid. de Saúde/CNES <input type="checkbox"/> |
| Nome <input type="checkbox"/>  | Assinatura <input type="checkbox"/>                  |
| Função <input type="checkbox"/>  |  |