



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ARIANE AZEVEDO DE MEDEIROS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

ARIQUEMES - RO
2011

Ariane Azevedo de Medeiros

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Educação e Meio Ambiente
- FAEMA como requisito parcial à
obtenção do grau de bacharel em:
Enfermagem

Profª. Orientadora: Sônia Regina Batini

Ariquemes - RO
2011

Ariane Azevedo de Medeiros

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES VÍTIMAS

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Orientadora: Sônia Regina Batini
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profª. Esp. Denise Fernandes De Angelis Chocair
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profª. Drª. Helena Meika Uessugui
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, _____ de _____ de 2011

Dedico especialmente aos meus pais pelo dom da vida, ao meu amigo irmão Tarciso Castro Jr. cúmplice e verdadeiro companheiro, por muitas vezes teve a paciência necessária para ouvir as minhas lamentações me incentivando sempre, aos meus sobrinhos, pessoinhas lindas da titia, nem sei o que seria de mim sem vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, senhor supremo que me deu capacidade necessária para superar os obstáculos da vida.

Ao diretor da FAEMA, Airton Leite Costa e sua esposa Helena Meika Uessugui professora Dr^a. e coordenadora do curso de Enfermagem, pessoas especiais que incentivaram todo o tempo para que eu chegasse ao final desta etapa tão importante em minha vida.

A minha professora orientadora, que sempre acreditou em meu potencial e nas horas em que houve necessidade soube agir com rigor, é um orgulho tê-la como professora e porque não, agora, “amiga”.

A todos os meus verdadeiros amigos, sobretudo a minha eterna amiga Keila Carvalho de Sousa, pelo tempo que estive ausente por estes longos anos de faculdade, sem dúvida que essa conquista também é de vocês.

Enfim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização e conclusão deste trabalho.

De tudo ficaram três coisas:

“A certeza de que estamos começando; A certeza que é preciso continuar; A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...”

“Fazer da queda um passo de dança, Do medo uma escola; Do sonho uma ponte; Da procura um encontro; e assim terá valido a pena existir!!”

(Fernando Sabino

“Uma interação efetiva com as mulheres que sofrem violência sexual e suas famílias, é de fundamental importância não só no acolhimento, mas também na recuperação de uma situação que está cheio de revolta, angústia e insegurança”.

[REIS et al, 2010]

RESUMO

As jovens e mulheres vítimas de violência sexual, sobretudo as compreendidas na faixa etária de 16 a 26 anos suscitam intensa discussão nos meios acadêmicos, políticos e jurídicos. Contraditoriamente, esse é um assunto sobre o qual a sociedade silencia e ao qual o Estado tem dispensado um tratamento negligente. Com base nesse problema, a presente monografia levanta o questionamento: por que um assunto tão importante e complexo tem sido tratado dessa forma? Neste contexto, o profissional de enfermagem, através de um trabalho de assistência a essas mulheres, exerce um papel fundamental, não somente assistencial, mas humanizador, por isso essa pesquisa se justifica. O principal objetivo é enfatizar a importância do profissional de enfermagem na assistência a mulheres vítimas de violência sexual, englobando o atendimento, o acompanhamento e as ações relacionadas ao tema focado. Para fundamentação deste estudo, recorreu-se à pesquisa bibliográfica e documental, tendo como base a revisão de literatura em renomados autores que discorrem sobre o tema, tais como: Cohen, Ferriani, Gabel, Zwahlen dentre outros, além dos documentos oficiais acerca do tema. Através da literatura consultada, chegou-se a conclusão que a violência praticada contra as mulheres ainda é tratada como tabu, sendo em muitas ocasiões acobertadas pela própria vítima, quer por vergonha ou medo, dentre outros motivos de ordem pessoal. É inegável, portanto, que as vítimas não estão sendo encaminhadas ao tratamento necessário, e na maior parte dos casos, essas mulheres sequer chegam a denunciar o ocorrido. A questão exige uma séria reflexão da sociedade e do Estado, para que juntos possam articular mecanismos repressores e preventivos dessa prática que deixa marcas às vezes intransponíveis em milhares de adolescentes e mulheres em todo o Brasil.

Palavras-chave: Violência sexual, Assistência de enfermagem, Mulheres vítimas de abuso.

ABSTRACT

The youths and women victims of sexual violence, above all understood them in the age group from 16 to 26 years raise intense discussion in the means academic, political and juridical. Contraditoriamente, that is a subject on which the society silences and to which the State has been releasing a negligent treatment. With base in that problem, to present monograph he/she lifts the question: why such an important subject and has compound been treated in that way? In this context, the nursing professional, through a work of attendance the those women, it exercises a fundamental paper, not only assistencial, but humanizador, for that that research is justified. The main objective is to emphasize the nursing professional's importance in the attendance to women victims of sexual violence, including the service, the attendance and the actions related to the focused theme. For fundamentation of this study, it was fallen back upon the bibliographical and documental research, tends as base the literature revision in renowned authors that talk about the theme, such as: Cohen, Ferriani, Gabel, Zwahlen among other, besides the official documents concerning the theme. Through the consulted literature, the conclusion was arrived that the violence practiced against the women is treated still as taboo, being in many occasions covered by the own victim, he/she wants for shame or fear, among other reasons of personal order. It is undeniable, therefore, that the victims are not being directed to the necessary treatment, and in most of the cases, those women at least get to denounce him/it happened. The subject demands a serious reflection of the society and of the State, so that together they can articulate repressing and preventive mechanisms of that practice that leaves marks sometimes insurmountable in thousands of adolescents and women throughout Brazil.

Keywords: *Sexual violence, nursing Attendance, Women abuse victims.*

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres	33
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	12
3.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	13
4.1 HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES	13
4.2 DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA E ABUSO SEXUAL	17
4.3 CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL	19
4.4 VIOLÊNCIA SEXUAL PRATICADAS NO SEIO DA FAMÍLIA	20
5 MARCAS DO ABUSO SEXUAL NAS VÍTIMAS	23
5.1 DANOS DO ABUSO SEXUAL	24
5.2 CONSEQUÊNCIAS DO ABUSO SEXUAL	25
5.3 ASPECTOS LEGAIS DA VIOLÊNCIA SEXUAL PRATICADA CONTRA A MULHER	29
5.4 A LEI MARIA DA PENHA	33
6 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A MULHERES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL	35
6.1 VIOLÊNCIA SEXUAL E SAÚDE	36
6.2 AÇÕES DA SAÚDE E DA ENFERMAGEM FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL ...	38
6.3 O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	50

INTRODUÇÃO

É fato que a violência contra a mulher não deve ser analisada, somente, através dos fatos individuais isolados, sobretudo, é mister compreender que pode ser o reflexo da desigualdade social, econômica e política, vinculadas às questões sociais que reforçam ideologias discriminatórias, racistas ou as classes elitizadas. Embora todas as mulheres estejam suscetíveis ao risco de sofrer violência, a magnitude desta possivelmente, encontra-se relacionada ao *status* social, grupo étnico-social e condição física.

Assim, o conhecimento técnico-científico incorporado à sensibilidade dos profissionais de saúde, mais precisamente os que atuam na área de enfermagem devem agir por meio de práticas humanizadoras, que são elementos fundamentais na atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual. Os profissionais agindo desta forma certamente ter-se-ão resultados que contemplem a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população que sofre esse tipo de agravo.

Desse modo, esta pesquisa encontra-se sistematizada da seguinte forma: primeiramente traz a baila o histórico da violência sexual contra mulheres em suas diversas vertentes, bem como suas definições e características abordando também a violência sexual praticada no seio familiar.

Num segundo momento, destaca as marcas, os danos e as consequências à vítima de abuso sexual, depois discorre-se sobre os aspectos legais que dão proteção a essas vítimas, enfatizando a parte a Lei Maria da Penha que foi um marco na conquista dos direitos das mulheres.

Por fim, nem por isso menos importante, destaca o papel do profissional da enfermagem neste contexto e as suas contribuições para orientar e minimizar os piores efeitos que a violência sexual possa causar as mulheres que sofreram este agravo.

Este estudo se justifica diante da necessidade de estabelecermos profissionais da área de saúde e outros afins sobre a problemática acerca da violência sexual de mulheres, mais especificamente sobre a abordagem e o tratamento adequados a essas vítimas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Enfatizar a importância do profissional de enfermagem na assistência a mulheres vítimas de violência sexual, englobando o atendimento, o acompanhamento e ações relacionadas ao tema focado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever a história, as características e o abuso sexual praticado contra mulheres;
- ✓ Apontar as consequências e os danos causados às mulheres que sofrem violência sexual;
- ✓ Destacar a importância do profissional de enfermagem e seu papel mediador junto às mulheres vítimas de violência sexual.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a concepção metodológica, utilizar-se-á um quadro conceitual analítico e o referencial teórico que serviu de base para a constituição de concepções teóricas pertinentes ao objetivo aqui proposto. Portanto, para atingir esse intento ela será constituída da seguinte forma:

3.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica consistiu em ampla abordagem em livros, artigos, periódicos e legislação pertinentes, além de pesquisas no meio eletrônico. Posteriormente de posse das teorias foram feitas as seguintes observações:

- a) Seleção bibliográfica com observações sistemáticas dentro do processo pesquisado, coincidindo com as propostas coerentes dos autores consultados;
- b) Análise textual e leitura analítica crítica conceitual das diversas referências consultadas e que enriqueceram o conhecimento acerca do tema;
- c) Coleta de dados através de fontes primárias e secundárias.

Trata-se, pois de um estudo englobando a revisão de literatura que segundo Marconi e Lakatos (2009) as principais conclusões a que outros autores chegaram, possibilita salientar a contribuição da pesquisa realizada, as demonstrações das contradições e reafirmação de comportamento e atitudes fundamentarão a pesquisa. Por conseguinte, esta pesquisa está fundamentada em diversos autores que discorrem sobre o tema, tais como: Allender (1999), Azambuja (2004), Faiman (2004), Ferriani e Silva (2009), Gabel (1997), Gauderer (1996), Zwahlen (1998) dentre outros, além dos Decretos e Leis afins.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES

Pode-se dizer que a questão da violência sexual existe desde a antiguidade e para entender o percurso e os significados deste assunto, faz-se necessário resgatar as relações de poder que envolveram historicamente a mulher e a criança. Comentar-se-á leitura sobre as diversas condições sociais que envolveram a mulher, questões que podem estar direta ou indiretamente ligadas à construção do modo como se encara a violência sexual e, também, a própria concepção adotada pelos responsáveis ao direcionamento dos fatos.

Sobre esse assunto Ferriani e Silva (2009, p. 412) enfatizam que:

A violência não é um problema novo na história da humanidade. Relatos mostram a ocorrência de atos violentos desde os primórdios das civilizações. O abandono, a negligência, o sacrifício, a exploração no trabalho, a exploração sexual, a violência intrafamiliar e interpessoal, a violência urbana e os homicídio sempre estiveram presentes na história.

A temática da violência sexual é um assunto polêmico, por se tratar de um tema forte e traumático para quem vive e também para quem comete o crime, tendo em vista que o abuso sexual era pouco divulgado nas sociedades de modo geral (VITIELLO apud SADIHURSKY, 1999).

Segundo, a interpretação de Sadigursky (1999), em relação às famílias conservadoras, a violência sexual era tratada com receio, pois poderia expor o nome da família ou tal condição a levarias ao abalo emocional, diante de um acontecimento como tal, por ser capaz de ferir os valores morais e acabar com a estrutura da personalidade de uma pessoa. Na concepção de Keer (2009), antigamente, tanto as mulheres como as crianças não tinham seus direitos adquiridos em sociedade, fato este que acabava por destacar um lugar inferior dentro da perspectiva da hierarquização quando comparado ao homem (sexo masculino).

Ainda, comentando sobre o processo de evolução ao longo da história dos diferentes ciclos de vida e gênero o mesmo autor reconhece que

A concepção de infância que conhecemos hoje vem evoluindo e se desenvolvendo desde o século XV; foi no fim desse século que começaram a acontecer as mudanças. Até então, o que denominamos de primeira infância (três ou quatro anos), a criança era acompanhada pelos pais e tinha seus momentos de criança, isoladamente ou brincando e jogando com outras crianças. Logo depois, passam a jogar e brincar com os adultos e com jogos de adultos; até mesmo das festividades esses pequenos participavam até acabar. As famílias não desenvolviam afetividade pelas crianças e não havia a preocupação em cuidar deles com sentimentos fraternos (KERR, 2009, on-line).

Sobre a análise das desproporções entre homens, mulheres e crianças na Idade Antiga, conjugava-se então o abuso sexual de crianças e mulheres, que forma segundo Bass e Thornton (1985) a trajetória do abuso físico e psicológico. Analisando esses dois paradigmas, chegamos à relação de abusos que são heranças históricas e não fatos recentes. Estudar como essa história se construiu pode contribuir para uma análise dos reais sentidos que originaram os mitos sobre o abuso sexual, uma vez que o abuso sexual está presente em toda história.

Kerr (2009) acredita na evolução da atenção que as mulheres e crianças têm conquistado na sociedade. Afirma ainda que antigamente os adultos não davam o carinho e afeto devido, não por ser errado, mas sim por não fazer parte dos costumes a prática de tal ato. Para tanto, observa-se a ausência das crianças nas pinturas medievais. Daí decorre a ausência de afeto, citada por Kerr.

Juntamente com as mulheres, as crianças se englobam na escala de ser sensíveis física e psicologicamente. Segundo estudos de Azambuja (2004), espelhando-se no ser adulto e masculino, os pequenos eram considerados rejeitados. Reitera que, quanto mais se retroage na história, maiores são as chances de se observar a falta de proteção jurídica à criança, com registros de abandono, espancamento, morte, violência física, psíquica e sexual.

Para Áries (2004) apud (KERR, 2009) em suas publicações, relata que a história da vida das crianças no século XX, era sinuosa por acharem que as crianças naquela época poderiam ser impuras. Unificando o sentido de inocência com impureza, taxando também a independência do sexo da criança entre meninos e meninas.

É importante compreender que o fenômeno da violência contra mulheres e crianças e a tolerância destas agressões não são, simplesmente, uma perversão contemporânea, dizem Bass e Thornton (1985), mas sim uma velha tradição difusa em todo o mundo.

Nos tempos bíblicos, era permitido o sexo entre homens e meninas. Na lei talmúdica, o uso sexual de meninas, a partir do três anos, era possível, desde que seu pai consentisse e recebesse o dinheiro adequado. A relação sexual era um meio aceito de estabelecer um noivado e o uso tanto de mulheres como de meninas era regulamentado por um conjunto detalhado de leis que refletiam o *status* de propriedade das mulheres. As mulheres pertenciam á alguém e eram alugadas, compradas, vendidas como mercadorias sexuais (BASS E THORNTON, 1985, p. 24).

Pela citação acima nota-se, que desde os tempos bíblicos já havia a comercialização de mulheres e crianças, porém com o respaldo e a aceitação por parte da sociedade daquela época.

Assim, não havia punição para os adultos que abusavam das meninas com menos de três anos de idade e também não havia punição para os adultos que mantinham relação sexual com os meninos menores de nove anos. Mas, apesar de aparentar um consentimento muito grande sobre as relações sexuais com o sexo feminino e crianças, a lei talmúdica condenava severamente o sexo entre homens adultos (BASS E THORNTON, 1985).

Dentro do cristianismo, as mulheres eram vistas como a causa do pecado da humanidade, assim estas eram submetidas ao poder dos homens e da Igreja. Nesse quesito ressalta-se que as mesmas eram retratadas como algo maléfico que deveria estar sempre submissas. Até mesmo nas pinturas religiosas as mulheres eram vítimas de agressões, onde estas eram apresentadas com seus órgãos genitais sendo mutilados com ferro em brasa (NOGUEIRA, 1990 apud STREY, 1998).

Strey (1998) assevera que a participação do homem na Idade Antiga foi marcada pelo autoritarismo que o sexo masculino detinha sobre as mulheres. Os homens eram considerados como sendo os mais fortes por ser quem mantinha a casa, trabalhando e buscando alimentos para a sobrevivência da família. Sendo assim as mulheres recebiam o papel de terem filhos e, serem subordinadas aos seus maridos, se tornando naturalmente o lado sensível e, portanto mais fraco. Igualmente, a opinião das mulheres não era tida como participativa, a voz feminina não era ativa na sociedade, principalmente se tratando das questões políticas.

“A mulher não deveria demonstrar sensação de prazer. Deveria manter-se passiva durante todo ato. A posição em que praticava o sexo, sob o marido, indicava a situação de submissão que dela se esperava” (MACEDO, 1990, p. 20).

Durante a Idade Média ainda em alguns feudos existia a lei da primeira noite. A dita lei era aplicada quando um servo se casava. A primeira noite com a noiva era de direito do senhor feudal, sob a alegação de confirmação do poder do senhor sob seus servos (PINSK, apud MACEDO, 1990).

Nos estudos de Strey (1998), a subordinação sexual da mulher existe desde os primórdios da humanidade e seria motivada, entre outras coisas, pela preocupação com o crescimento populacional. Uma vez que, na época, existia grande escassez de recursos e era preciso ter o controle populacional, até guerras entre os diferentes povos eram incitadas para que houvesse eliminação de pessoas. Nessa organização, os homens eram levados a desenvolverem toda a sua agressividade destrutiva e em troca obtinham gratificações sexuais por meio do direito de estuprar as mulheres do povo perdedor. Por esses costumes, as mulheres eram estimuladas a serem passivas e submeter-se às atrocidades sexuais da guerra, caso o seu povo perdesse. Talvez esse seja um dos comportamentos mais antigos criados socialmente para subordinação da mulher ao abuso sexual.

Por toda essa trajetória, evidencia-se que em determinados tempos da história, o abuso sexual de mulheres era um ato que todos tinham conhecimento, porém, o agressor não tinha punição alguma.

De acordo com Macedo (1990), além da questão afetiva, as mulheres eram excluídas das atividades públicas, políticas e administrativas. Suas relações limitavam-se à *domus*¹, sendo medida, sua autoridade dependia do grupo familiar a que pertencia, e mesmo conquistando juridicamente a liberdade, sua autonomia era limitada pelos interesses da família.

Quanto aos religiosos, direcionaram o casamento somente aos homens, sendo a mulher tida como inferior ao sexo oposto. Diz Macedo (1990), Deus criou primeiro o homem de acordo com a sua imagem e semelhança. A mulher era meramente um reflexo da imagem masculina, uma imagem secundária. Entretanto, os dois, mesmo depois de casados, não se tornavam seres iguais. Por questões religiosas, a mulher era dona do pecado, considerada fraca em uma visão carnal. Os homens fazendo o papel de sempre refrear o outro sexo, já que por ter pecado, ela sofre as dores de parto, estando o sexo masculino longe de qualquer sofrimento físico natural, que o autor aponta em suas pesquisas.

¹ Domus-significa casa. Poder hierárquico sobre a casa, como sendo liderada pelo marido, pai ou esposo.

Strey (1998) discorre que nos dias de hoje também existem comparações e diferenças entre os homens e as mulheres, sendo, o lado feminino o que reflete comportamentos de carinho, gestos e palavras. E o lado masculino que luta pela posição social, satisfação profissional tendo atitudes e sentimentos definidos como: coração que não se quebra, não se deixa comover facilmente.

Na atualidade, as pessoas estão cada vez mais alarmadas, com a extensão do abuso de crianças, em geral, e com o uso delas para fins sexuais. Todavia, o tabu de falar-se sobre esta agressão está caindo, diz (BASS E THORNTON, 1985).

Diante do exposto, pode-se dizer que todas essas noções sobre os abusos sexuais sofridos por mulheres e crianças e, sobretudo a impunidade aos homens possuem um elo com a posição social que cada gênero ocupou na história. Nessa linha de raciocínio a mulher mantinha-se inferior, se restringindo apenas às obrigações afetivas e assumindo um papel de frágil, tornando os homens seus responsáveis, e conseqüentemente responsáveis pelas crianças.

4.2 DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA E ABUSO SEXUAL

De acordo com Cavalcanti, Gomes e Minayo (2006, p. 2) a violência sexual pode ser assim compreendida: “como toda a ação ou conduta em que ocorre o controle e a subordinação da sexualidade da mulher e é incorporada como constitutiva das regras que normatizam a prática sexual”.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (PNEVM) também traz em seu bojo a seguinte definição:

A violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2008, p. 9).

O Fundo de Investimentos das Nações Unidas Para Mulheres (UNIFEM) destaca ainda que a violência sexual é compreendida como.

Ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação,

coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal. Considera-se como violência sexual também o fato de o agressor obrigar a vítima a realizar alguns desses atos com terceiros (UNIFEM, 2011, p. 3).

Assim, a violência sexual, praticada sob forma de abuso, estupro, ou do atentado violento ao pudor, ocorre em todos os tipos de sociedade, e afeta pessoas de qualquer idade, classe social e etnia. Os autores da violência sexual podem ser conhecidos, desconhecidos e mesmo familiares. No caso da violência contra mulheres, com muita frequência os autores são os parceiros, maridos ou namorados (VILLELA E LAGO, 2007).

É difícil estimar a magnitude da violência sexual, pois as vítimas tendem a silenciar sobre o assunto, sejam por vergonha, sentimentos de humilhação, culpa e medo de represália, uma vez que persiste no imaginário social a idéia de que a mulher é culpada pela violência sofrida e que o abuso sexual praticado pelo parceiro não é considerado estupro (CAVALCANTI et al., 2006).

Na verdade a vítima de violência sexual pode ser qualquer mulher independente da sua condição em algum momento de sua vida, no entanto, há evidências de que as mulheres mais jovens e as adolescentes têm mais risco de sofrer este tipo de violência, sobretudo se elas viverem em ambiente familiar propício. Entre as adolescentes, é frequente que sua primeira relação sexual tenha ocorrido sob o uso de força ou coerção, especialmente naquelas que iniciam sua vida sexual precocemente (SCHRAIBER et al., 2007).

Ao contrário do que pode parecer, tentar concluir se determinada situação de relacionamento interpessoal se constitui ou não em abuso sexual pode gerar controvérsias, elucidar no que consiste e quais são os efeitos de um abuso é bastante difícil diz Faiman, (2004).

Mediante o pensamento de Faiman (2004) mesmo com tantos casos repercutindo sobre abuso sexual, ainda assim é difícil definir quais parâmetros de relacionamentos são considerados abusivos, que podem ser confundidos ou idealizados por motivos relevantes como vingança, ou se existe uma medida para o fato se tornar um crime, o autor acredita que existem outros sentimentos que possam ser encarados de formas distorcidas e confundidas com esse crime.

No ano de 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), de posse do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, definiu que a violência sexual contra a

mulher constitui-se um dos mais graves problemas da saúde seja por sua prevalência e sua incidência, a OMS ainda alerta que faltam estudos, dados e informações que possibilitem estimar a real dimensão e extensão do problema.

4.3 CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência pode ser dividida em: violência física, que ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano, por meio de força física; violência psicológica que por sua vez prejudica a autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa e a violência sexual que consiste quando uma pessoa, em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais contra a vontade, por meio da força física ou influência psicológica (BRASIL, 2005).

Algumas características das crianças abusadas sexualmente podem ser identificadas nos grupos escolares. Gauderer (1996) informa que a vítima não tem a concentração necessária na aula, visto que, a sua angústia é de forma intensa que não tem energia suficientes para realização de qualquer atividade, seja ela qual for, portanto, ocorre uma mudança radical na vida escolar da criança. Zwahlen (1998) conta o caso de uma garota de cinco anos que foi abusada sexualmente por um vizinho e, a partir da ocorrência desse fato, teve sua vida escolar prejudicada. Em suas palavras, ele relata que:

[...] quando as aulas iniciaram outra vez, o desempenho de Sara não foi o mesmo. De uma criança alegre, inteligente, aberta, tornou-se fechada, insegura. Chorava por qualquer coisa, e recusava-se a ficar sozinha, sem a companhia da mãe e do irmãozinho. Chorava quando chegava na escola; seus desenhos já não tinham as cores alegres e claras de antes (ZWAHLEN, 1998, p. 47).

Este caso pode servir como um importante norteador aos educadores. Possivelmente o educando que apresenta repentinas transformações em seu comportamento na sala de aula e que, muitas vezes, é ignorado no meio do grande número de alunos da escola, pode ter sofrido algum abuso sexual infantil.

O Guia Educativo para Monitores (CAMPAÑA, 1991), destaca que as crianças podem apresentar resistência em ir a determinados lugares ou relacionar-se com certas pessoas, sobretudo, àquelas da sua idade; medo e descontentamento

em relacionar com pessoas desconhecidas. Existem também características físicas que podem ser observadas em crianças que sofreram abusos sexuais recentes ou já há algum tempo.

Segundo o Guia para Monitores (CAMPAÑA, 1991), são elas: a) dificuldade para caminhar ou sentar; b) sangue, manchas ou rasgos nas roupas íntimas; c) infecção, corrimento vaginal, doenças venéreas, lesão, dor ou coceiras nos órgãos genitais e anus; d) manifestação nervosa: roer unhas, arrancar cabelos e morder-se; e) presença de sêmen; f) gravidez precoce.

O que pode ser observado, nas várias consequências sobre abuso sexual infantil, é o fato de causarem uma desestruturação tão devastadora no mundo da criança que ela perde a confiança nas pessoas que a cercam, assim como nelas próprias. Esse sentimento se torna um misto de dor e ódio, fazendo com que passe a pensar que ela teve culpa e/ou que deve ter merecido o que aconteceu. Passando a vida submergida numa consciência de culpa.

As vítimas que sofreram abuso sexual pelo pai por um período prolongado podem ser caracterizadas, de acordo com Furniss (1993), como crianças que se sentem incompreendidas emocionalmente e mal cuidadas. Esse tipo de abuso é caracterizado dentro de um contexto em que a criança carrega o medo das ameaças do pai ou tem dependência emocional deste.

Zwahlen (1998) afirma que o abuso sexual infantil, além de consequências internas, tem consequências externas e podem ser observadas em adultos que se dedicam: à prostituição, delinqüência, ao uso de drogas e suicídio. E até mesmo casos de constituição de uma personalidade psicopata.

4.4 VIOLÊNCIA SEXUAL PRATICADAS NO SEIO DA FAMÍLIA

No sentido de prestar atendimento às mulheres que são abusadas sexualmente foi criado o Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual (CEARAS) é um centro de estudos e atendimento especializado nas questões referentes ao abuso sexual intrafamiliar (COHEN, 2000).

O mesmo autor ainda destaca que o CEARAS faz atendimentos psicológicos às vítimas para que as mesmas encarem o transtorno e tratem de sua saúde mental, e também faz atendimentos a família, usando método que conduza o processo de enfrentamento sem maiores danos.

Este Instituto atende também o abusador, como forma geral de tratamento de casos, que se define num parâmetro estabelecido pela instituição que o fato de um abuso ser cometido, é tido como doença e precisa ser tratado como forma de fazê-lo enxergar o mal causado e afim de não voltar a cometer novos crimes.

De acordo com a Lei n.º 12.015/2009, tratou de exasperar as penas dos crimes sexuais, alterando algumas condutas tipificadas anteriormente no Código Penal, além de revogar os crimes de atentado violento ao pudor, posse sexual mediante fraude, atentado ao pudor mediante fraude e tráfico de mulheres.

Destaca-se que dos crimes supra elencados e em pleno vigor no ordenamento jurídico brasileiro, o sujeito passivo poderá ser qualquer pessoa, ou seja, homem ou mulher.

E ainda, é imperativo destacar que boa parte dos delitos sexuais quando praticados na infância e/ou adolescência, possuem como autores pessoas que coabitam com a vítima, ou mantêm com a mesma algum tipo de vínculo parental. Merece destaque também que a violência sexual contra a mulher é bem mais incidente do que os altos números estatísticos revelam, e provocam sequelas irreversíveis na psique da vítima.

Gabel (1997) realça que a idade e a maturidade fisiológica da vítima constituem um fator peremptório nas consequências. Quanto mais cedo ocorre o abuso, mais difíceis são os tratamentos, especialmente no que se refere à identidade se o abuso sexual for incestuoso. Alerta que, “em matéria de abuso sexual, sabe-se que o traumatismo sofrido pela criança não se pode resumir no ato sexual propriamente dito” (GABEL, 1997, p. 9).

Portanto, o impacto causado pós-revelação é bastante doloroso, incluindo as medidas judiciais adotadas, que podem ou não provocar o rompimento familiar, o qual a criança pode se considerar responsável, e os tipos de reações entre familiares, conhecidos, médicos e todos os envolvidos no caso. Vale dizer que estes fatores podem trazer sérias consequências negativas à vítima do abuso sexual.

Dentre as mulheres adultas, vítimas de violência sexual não são raros que esta seja decorrente de violência física perpetrada no seio familiar, e aqui cabe reportar mais especificamente à relação afetiva homem x mulher, sejam unidos ou não por laços matrimoniais.

Sob este prisma, existem, ainda, paradoxos acerca da possibilidade de se reconhecer o crime de estupro quando o autor se tratar do próprio marido da vítima.

A esse respeito, vale enfatizar segundo Delmanto (2002, p. 350) que:

Quanto à possibilidade de o marido ser agente de crime de estupro praticado contra a esposa, a grande maioria dos doutrinadores entende que não pode sê-lo, portanto seria penalmente lícito constranger a mulher à conjunção carnal mediante violência física ou grave ameaça.

No entanto, esse mesmo autor em posição contrária traz o seguinte entendimento:

O marido pode ser autor de estupro contra a própria esposa. O crime de estupro nada mais é do que o delito de constrangimento ilegal (CP, Art. 146), mas visando à conjunção carnal, sendo que esta, por si mesma, não é crime autônomo. Assim, embora a relação sexual voluntária seja lícita ao cônjuge, o constrangimento ilegal empregado para realizar a conjunção carnal à força não constitui exercício regular de direito (CP, Art. 23, III, 2ª parte), mas, sim, abuso de direito, portanto a lei civil não autoriza o uso de violência física ou coação moral nas relações sexuais entre os cônjuges (DELMANTO, 2002, p. 350).

No que se refere ao revogado crime de atentado violento ao pudor, existia concordância total na doutrina e jurisprudência no sentido de que a esposa podia ser sujeito passivo do superado ilícito penal. A inovação, com a nova redação do art. 213 do Código Penal, dispõe que a mulher, na qualidade de esposa, também pode ser sujeito ativo de estupro, e o seu marido figurar no pólo passivo, como vítima (OLIVEIRA E FONSECA, 2011).

Deste modo, o que antes era considerado mero constrangimento ilegal, agora se encontra tipificado como crime de estupro. Cabe então a seguinte consideração: por meio da evolução da legislação em si, bem como a igualdade de direitos entre o homem e a mulher, e, sobretudo a maximização do princípio da dignidade humana, há de se reconhecer ao homem e à mulher, legitimidade para promoverem ação penal contra o cônjuge por crime de estupro, quando praticada tal infração penal, desde que ofereçam representação de acordo os prazos previstos na legislação penal em vigor.

5 MARCAS DO ABUSO SEXUAL NAS VÍTIMAS

O crime por Abuso Sexual traz às vítimas alguns danos; esses traumas são definidos como sendo físicos e psicológicos. O uso de “força física de forma intencional, não-acidental, por um agente agressor adulto (ou mais velho que a criança ou adolescente)” (SANTOS E GONÇALVES, 2004, p. 36).

As crianças e adolescentes são vítimas frequentes dessa violência física e psicológica. Dessa forma, a opressão não se restringe a traumas sofridos apenas por danos morais, por estar se infringindo as Leis e costumes da sociedade. As consequências de crimes por abuso sexual agredem dependendo da gravidade dos casos, a saúde mental da vítima.

De acordo com Oliveira² (2011, p. 6) os crimes sexuais acontecem mais frequentemente na América Latina, como destacado no texto abaixo:

As mulheres latinas, particularmente as brasileiras e argentinas, são as mais expostas a crimes sexuais no mundo. A América Latina registra os mais altos índices de crimes sexuais. Cerca de 70% dos casos de violência sexual são estupros, tentativas de estupro e outras agressões sexuais. A Organização Mundial da Saúde constatou que, no Brasil, 10% das mulheres na área urbana e 14% na área rural já foram forçadas fisicamente a ter relações sexuais quando não queriam ou forçadas a práticas sexuais degradantes ou humilhantes por medo do que o parceiro pudesse fazer.

A agressão verbal é uma forma de ofender a vítima através de palavras, Zwahlen (1998), deixa claro que, xingar, chamar por nomes agressivos são formas de ferir os sentimentos do indivíduo, e sendo ele menor poderá carregar consigo fortes traumas de palavras grosseiras podendo influenciar em seu futuro como cidadão.

As consequências após a revelação dos fatos são denominadas por Furniss (1993) de danos secundários. Porém, enfatiza o autor, se a equipe multiprofissional não for bem coordenada, os danos causados à vítima e sua família podem ser maiores do que o abuso sexual original, isso pode causar sérios problemas emocionais. O autor afirma que:

A revelação do abuso sexual frequentemente leva a uma crise na rede profissional, que pode ser maior e, às vezes, mais complexa e perturbadora

² Delegada de Polícia Civil do Estado do Maranhão. Especializada em Ciências Criminais. Docente em Processo Penal (Faculdade São Luís).

do que a crise na família. Abordagens não-coordenadas freqüentemente não conseguem resolver problemas e resultam em conflitos-por-procuração e respostas de ação não-terapêuticas. Intervenções não-coordenadas podem conduzir a um dano e traumatismo maior nos relacionamentos familiares e nas crianças individualmente do que o abuso original (FURNISS, 1993, p. 23).

Verifica-se que os danos oriundos do abuso sexual podem ter consequências dolorosas quando praticado com crianças e adolescentes e ao atingir a idade adulta essas consequências podem trazer sérios transtornos emocionais àquelas que sofreram tal abuso.

5.1 DANOS DO ABUSO SEXUAL

Zwahlen (1998) destaca que os traumas causados pelo abuso sexual na fase infantil não se limitam à infância, mas no período adulto também podem se concentrar vários problemas. O estudo dos danos pode sensibilizar e oferecer subsídios para um trabalho junto à comunidade de prevenção do abuso sexual infantil.

Gauderer (1996) traz a baila que as crianças abusadas sexualmente podem apresentar diversos sintomas, dentre eles pode-se citar: interesse precoce em brincadeiras sexuais ou total aversão a brincadeiras que tenham conotação sexual; medo da solidão; comportamentos que denotam regressão emocional como chupar dedo; fuga para o mundo da fábula; criação de amigos imaginários; depressão e até desejos suicidas. Esse autor também destaca outras possibilidades, na fase da adolescência que podem ser:

[...] dificuldade em confiar em outras pessoas, principalmente em casos de incesto; queda no rendimento acadêmico, relacionada à ansiedade; resposta inadequada frente a pessoas do sexo oposto, como, por exemplo, medo do sexo oposto ou sedução demasiada; comportamento agressivo, hostil, destrutivo, hiperativo; comportamento pseudomaduro, ou seja, a pessoa é forçada a adotar uma postura de responsabilidade e maturidade maior do que realmente tem; relação inadequada com colegas com tendência a se isolar ou incapacidade de estabelecer uma relação de amizade construtiva e de confiança; mudanças no padrão de funcionamento escolar acadêmico, onde qualquer alteração pode ser um sinal sugestivo (GAUDERER, 1996, p. 170).

Podem existir também casos extremos de dissociação de distúrbios do tipo, personalidade múltipla. Assim, nas famílias em que há convivência com o abuso, pela

falta de proteção, a criança pode ter muita raiva e falta de confiança tanto no abusador quanto no progenitor não abusivo, porém permissivo.

Segundo Zwahlen (1998), as crianças que sofrem abuso sexual, na maioria das vezes, acabam utilizando um vocábulo e um comportamento bastante sexuado para a sua idade. Bem como, nos casos em que foram enganadas pelo adulto que sentiam admiração, possivelmente podem apresentar comportamentos de regressão, como: urinar e defecar na roupa, chorar muito por qualquer coisa e sentirem-se totalmente inseguras.

5.2 CONSEQUÊNCIAS DO ABUSO SEXUAL

Segundo Zwahlen (1998), os adultos que nunca foram tratados do abuso sexual que sofreram na infância, geralmente, são pessoas inseguras, com baixa auto-estima, incapazes de confiar nos outros, revoltadas e amarguradas. Possuem uma necessidade extremada de receber carinho e afeto com muita dificuldade em expressar esses sentimentos de maneira não sexual. São pessoas que, desde cedo, foram levadas a não acreditarem na bondade e no amor desinteressado, tiveram seus sonhos destruídos.

Furniss (1993) e Allender (1999) destacam que as mulheres que foram abusadas sexualmente quando crianças tornam-se mais predispostas a se relacionarem com homens abusivos e são menos capazes de proteger suas próprias filhas contra possíveis abusos. Portanto, pode-se dizer que muitos homens que hoje abusam de crianças já foram abusados no passado.

Vanstone (1995) também concorda que as mulheres se tornam propensa a relacionamentos abusivos ou até mesmo tornam-se prostitutas por assumirem definitivamente o papel de vítimas eternas. Elas acreditam que a sua condição não pode ser melhorada e por isso estão condenadas à humilhação permanente. No caso das vítimas de abuso, especialmente os homens, acabam procurando pessoas “**fracas**” (grifo meu) que possam maltratar e oprimir.

Para Zwahlen (1998), foi destruída a figura de autoridade quando o ato abusivo foi praticado por pessoas que representavam autoridade. O indivíduo abusado perde a confiança e deixa de acreditar na dignidade do ser humano, permanece confuso quanto ao certo e errado. Quanto ao seu papel dentro da família, sente-se envergonhado e possui auto-estima baixa, sexualidade acentuada,

às vezes distorcida. A questão da autoestima baixa é um ponto citado por vários autores como se observou até esse momento. Pode-se perceber que é uma das consequências mais pontuadas nas vítimas de abuso.

Quando essa violência se processa na intimidade do casal, por exemplo, Gran; Schei e Eskild (2007, p. 5) enfatizam:

Violência por parceiro íntimo tem consequências a longo prazo negativos na saúde, persistindo para além do período de abuso. Essas consequências podem se manifestar como precárias condições de saúde, má qualidade de vida e alto uso de serviços de saúde.

Uma situação que provoca muito a perda da autoestima é o envolvimento, mesmo que passivo, da família no abuso. O depoimento, a seguir, provavelmente, esclareça melhor o que a criança sente no seio de sua família: “minha mãe gastava mais tempo com o cachorro que comigo, meu pai gastava mais tempo lavando o carro do que cuidando de mim [...]” (ALLENDER, 1999, p. 93).

A vítima de abuso sexual destaca Allender (1999), vai tentar encontrar a resposta para o abuso em si mesma. A idéia é mais ou menos essa: “se eu realmente fosse valiosa e importante, minha mãe teria se preocupado comigo e não gastaria mais tempo cuidando das plantas do que de mim”. Se a minha mãe não se importa comigo e se meu pai tem me usado é porque tem algo errado comigo. Vanstone (1995, p. 16) esclarece que a pessoa que sofre abuso sente-se suja, envergonhada e indigna do amor humano. “Sempre havia pensado em mim mesma como mercadoria danificada. E não apenas danificada, mas rejeitada. Odiada”.

Allender (1999) faz uma análise muito profunda sobre as consequências do abuso sexual infantil na vida de um adulto que não teve um atendimento adequado. Assevera este autor que a pessoa que sofreu abuso sexual infantil odeia seus desejos por intimidade. Por outro lado, todo ser humano possui um desejo muito grande de ser amado, querido, apreciado e acariciado. Dessa forma, a vítima entra em conflito, pois estes sentimentos fazem parte de si e, quando os rejeitam, estão rejeitando uma parte de si mesma.

De acordo com Allender (1999), todo ser humano possui o desejo de ser conhecido e conhecer intimamente as pessoas, de fazer com que a sua vida seja importante para outros, entretanto a pessoa que sofre abuso evita um conhecimento mais íntimo por medo de ser traída novamente. O desejo de ser querida e apreciada

é destruído pelo abuso, pois a vítima passa a acreditar que não é possível alguém amá-la e molestá-la, passa a ter raiva de si mesma e vergonha por desejar o afeto de alguém.

As pessoas abusadas elaboram a mensagem de que não são dignas de terem sua própria vontade, de exercerem a sua autonomia e individualidade. Pensam que são apenas objetos sem valor, que podem ser manipuladas a todo o momento. Dessa forma, inúmeras mulheres que sofreram abuso sexual optam por relacionamentos destrutivos, visto que, inconscientemente, repetem os relacionamentos destrutivos ao escolher parceiros violentos. A dor emocional faz com que a vítima tenha dificuldades para fazer julgamentos adequados. Assim, é comum envolverem-se com pessoas abusivas e vazias por não conseguirem julgar a situação.

Allender (1999) sustenta que, também, existe o sentimento de impotência interna. Na tentativa de livrar-se da dor profunda de sua alma bloqueiam-se os sentimentos. Dessa forma, a vítima não sente mais dor, mas por outro lado, não sente mais prazer; sua vida torna-se sem graça e o seu eu torna-se apático frente à vida. Furniss (1993) afirma que o abuso sexual causa um grande sentimento de impotência na vítima, já que esta não teve a liberdade de escolher e nem a força de parar o abuso. A situação foi imposta à vítima sentindo-se impotente e indigna.

Por sentir-se impotente para colocar um fim ao abuso, a vítima bloqueia totalmente os sentimentos e torna-se vazia. A busca incessante em não sentir mais dor ou fragilidade pode permitir que ela venha a ser excelente profissional, porém incapaz de lidar com seus próprios sentimentos. Ou seja, permanecem as dificuldades nas relações interpessoais e afetivas. Pode tornar-se fria, vazia emocionalmente, pois a impotência do passado fez com que aniquilasse seus sentimentos para um futuro. A vítima do abuso infantil tenta desconectar do seu eu adulto toda a situação abusiva. As consequências são que, perdendo o passado, ela perde a habilidade de julgar o presente e de sonhar o futuro.

Allender (1999) assegura que a vítima de abuso tem em sua alma a eterna convicção de que os relacionamentos não merecem confiança e que mais cedo ou mais tarde irá se romper. Ela perde a esperança de obter intimidade, força e justiça. Pensa que a intimidade é tanto enganosa quanto perigosa. A vítima não consegue se unir a alguém e, para compensar essa falta de unidade, aproxima-se de pessoas, mas continua solitária apesar de muitas pessoas à sua volta. Tanto a mulher como o

homem vítima de abuso não consegue compartilhar com seus cônjuges de uma verdadeira intimidade. Eles trabalham, dividem os afazeres domésticos, dividem as contas e até mesmo o cuidado dos filhos, porém tudo de maneira superficial, sem existir uma entrega pessoal total.

Allender (1999) coloca que o adulto que sofreu abuso na infância e, acredita que foi abusado por causa de seus aspectos físicos, apresenta duas características. A primeira: pensa que era feio ou elege uma parte do seu corpo que considera feia e, por isso, torna-se escravo de regimes e de exercícios físicos para mudar aquela característica que acha que foi a causadora do abuso. A outra característica é agir inversamente, há um descaso exagerado pelo corpo. Parte do seguinte princípio: **“no passado o meu corpo atraiu homens para abusarem de mim, então se eu engordar e ficar feia ninguém vai querer se aproveitar de mim”**. Ou, a crítica pode ser dirigida a características do próprio Eu. **“Ah, se eu fosse menos bagunceira provavelmente meu pai não teria feito isso comigo”** (grifos meu). Não importa o tipo de pensamento, todos podem representar prejuízos nos padrões de comportamento porque esses pensamentos infantis tornam-se obsessões comportamentais inconscientes na vida adulta.

Allender (1999) destaca a ambivalência³ como um dos sentimentos mais vivenciados na vítima de abuso. Primeiro, a confusão de emoções é intensa, ao mesmo tempo em que sente nojo, raiva e vergonha, existe também o prazer físico, pois mesmo não tendo a idade correta de ser estimulada, a criança possui todas as inervações prazerosas em seus órgãos sexuais. Segundo, a confusão em relação ao afeto recebido, uma vez que, na maioria dos casos, é a única fonte de carinho que a criança recebe. A mesma fonte que jorra uma dor profunda em sua alma, também gera certo refrigério.

Outra situação provocadora de ambivalência é o fato de usar cenas do abuso sexual como estímulo sexual, isto é, a pessoa usa a cena degradante do abuso para conseguir chegar ao orgasmo e isso a perturba. O quarto fator envolvido na origem da ambivalência é a percepção de que o futuro parece destinado a repetir o passado.

³ Estado da pessoa em que se sente atraída por dois impulsos de sentido oposto, ficando na indecisão de seguir este ou aquele. Ambos lhe apetezem e, como são opostos em sua dinâmica e naquilo que oferecem o sujeito não consegue satisfazê-los concomitantemente. Entretanto, deixa-o num constante estado de tensão e indecisão, dividido em si mesmo, prejudicando-se visivelmente no que faz e no que se propõe assumir e realizar.

A pessoa que sofre o abuso cria determinados padrões de comportamento que a remetem a tornar-se vítima outra vez. Às vezes, a pessoa não se torna vítima novamente de abuso sexual, mas de padrões abusivos vividos no passado. Essa situação pode gerar confusão, já que ela não consegue entender o porquê dos padrões se repetirem, mesmo que ela faça de tudo para ir contra isso.

A ambivalência tem como consequência principal a distorção da sua definição sexual. Para a vítima, a sua masculinidade ou feminilidade está ligada às experiências desagradáveis, perversas e que trazem muita dor, assim, não sente prazer em ser mulher ou homem. Evitando assim intimidade e que algumas fantasias fujam do controle, a vítima de abuso tenta se proteger através da crítica dirigida a outros ou da autocrítica.

Por vezes, os indícios do abuso não estão presentes, mas o dano sempre é evidente porque está presente na maneira como as pessoas se relacionam com os outros. Muitas vítimas de abuso criam o seu próprio estilo de relacionamento ao utilizar a autoproteção como ponto principal. Parte do princípio que ninguém a protegeu, por isso essa missão é exclusiva dela. Tem compromisso consigo mesma de nunca permitir que a machuquem novamente, de não ser impotente, traída ou ambivalente como foi no passado.

5.3 ASPECTOS LEGAIS DA VIOLÊNCIA SEXUAL PRATICADA CONTRA A MULHER

De acordo com Oliveira (2011) por ser complexa a questão da violência contra mulher existem diversas formas de violência contra a mesma, tais como: a violência física, psíquica, moral, institucional e a violência sexual, considerada a mais covarde de todas.

Segundo estatísticas acerca da violência sexual e os dados fornecidos durante a Campanha 16 Dias de Ativismo pelo fim da Violência contra as Mulheres, da universidade de Nova Jersey, é interessante destacar os dados a seguir:

1 bilhão de mulheres, ou uma em cada três do planeta já foi espancada, forçada a ter relações sexuais ou submetidas a algum outro tipo de abuso. 20% das mulheres são alvo de estupro, de acordo com a Anistia Internacional, 2004. As mulheres latinas, particularmente as brasileiras e argentinas, são as mais expostas a crimes sexuais no mundo. A América Latina registra os mais altos índices de crimes sexuais. Cerca de 70% dos

casos de violência sexual são estupros, tentativas de estupro e outras agressões sexuais (OLIVEIRA, 2011, p. 6).

Verifica-se que, especialmente na América Latina, as mulheres são mais expostas e abusadas sexualmente o que se faz necessário a criação de normas e políticas públicas que possam coibir e minimizar os piores efeitos criados por essa violência tão proeminente na sociedade atual.

O Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1944 Código Penal (CP) dispõe sobre os crimes praticados contra a dignidade sexual estes encontram-se positivados nos arts 213⁴ a 218-B e também nos arts. 227 a 231-A em que estão englobadas todas as formas de violência sexual.

Com a promulgação da Carta Magna de 1988, que trouxe em seu arcabouço inúmeros artigos relacionados à dignidade humana e todas as formas de violência, inclusive a sexual, houve um ganho considerável dos direitos das pessoas humanas. Essa Carta denominada como Constituição Cidadã, rejeita todo o regime anterior a sua existência, e institui um estado Democrático de Direito com todas as suas garantias e peculiaridades.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei. 8069/90) também trouxe em vários artigos determinações para combater a violência praticada contra criança e adolescentes.

A Lei Nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003 que, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. No seu art. 1º e 2º e respectivos parágrafos traz em seu bojo o seguinte:

Art. 1º. Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º. Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte,

⁴ Lembrando que pela nova redação da Lei 12.015 de 7 de agosto de 2009 revogando alguns artigos e trazendo nova redação a outros, em que não há mais crime de atentado violento ao pudor, em tese agora todos são considerados estupro, inclusive aumentando a pena para quem comete tais crimes, a nova redação deste artigo ficou assim constituído:

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

§ 1º. Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos: Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.

§ 2º. Se da conduta resulta morte: Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos. (NR)

dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 1º. Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado. (Redação dada pela Lei nº 12.288, de 2010)

§ 2º. Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Nota-se pelos artigos elencados acima que a legislação pátria, ganhou mais aliados para combater todos os tipos de violência praticado contra as mulheres, cabendo ao Estado criar mecanismos que atendam eficazmente essa proteção tão essencial às mulheres, que nos primórdios sempre tiveram que aceitar passivamente o que lhes era imposto.

Importante também dizer que o advento dessa nova Lei 10.778/03 foi instituído um avanço incomensurável em que estão envolvidos, a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres estendidos seu atendimentos nos serviços de saúde, públicos ou privados.

O Estado visando combater as violências praticadas contra a mulher criou inúmeros mecanismos a este fim, dos quais destacam-se alguns, o que se entende ser suficiente para entender o fenômeno pesquisado.

Um dos mecanismos criados foram as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) em julho de 1986, tendo como principal objetivo prestar atendimento, suporte e orientação à mulher vítima de violência. Vale dizer que, qualquer mulher tem o direito de ser recebida em qualquer delegacia de seu bairro ou de sua cidade. Entretanto, se preferir, pode procurar uma DEAM. Estas delegacias estão plenamente capacitadas a prestar todos os atendimentos necessários às mulheres e plena competência para receber qualquer queixa contra as mulheres. “A criação destas delegacias se tornou necessária pela dificuldade das

mulheres denunciarem violências sofridas diante de policiais pouco sensíveis aos crimes contra elas praticados” (CEDIM, 2000, p. 9).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres (PNEVM) contra mulheres no corpo do seu texto traz o seguinte:

De 1985 a 2002, a criação de DEAMs e de Casas-Abrigo foi o principal eixo da política de combate à violência contra as mulheres, com ênfase na segurança pública e na assistência social. Esse foco constituiu também a base do Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher sob a gerência da Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM), criada em 2002 e vinculada ao Ministério da Justiça. Uma pequena ampliação da política se dá em 1998, com elaboração da Norma Técnica do Ministério da Saúde para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. Com a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) em 2003, as ações para o enfrentamento à violência contra as mulheres passam a ter um maior investimento e a política é ampliada no sentido de promover a criação de novos serviços (como o Centro de Referência, as Defensorias da Mulher) e de propor a construção de Redes de Atendimento para a assistência às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2008, p. 6).

Todavia, é somente em 2004, por meio da realização da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (I CNPM) e a concepção coletiva do Plano Nacional de Políticas para Mulheres, que se solidifica do eixo de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, prevendo ações na área para o período 2004-2007. Deste modo, a partir do PNPM as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres não ficam mais a mercê e restringidas no campo de segurança e assistência social, agora o que se busca é o envolvimento dos diferentes setores do Estado. A fim de que sejam garantidos os direitos das mulheres e a uma vida sem violência (BRASIL, 2008).

Houve um avanço muito grande quando da positivação a Lei Maria da Penha (Lei nº. 11.340 de 7 de agosto de 2006), que tem como intuito coibir qualquer tipo de violência contra a mulher, seja no âmbito da família como fora dela. No tópico seguinte abordar-se-á mais a respeito dessa lei.

O quadro a seguir explicita melhor como deve ser a estrutura da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Figura 1 - Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres



Fonte: Brasil (2008, p. 13)

Se as políticas públicas seguirem esses cinco pilares com competência é possível que o enfrentamento da violência contra mulheres, cumpra seu papel que nada mais é, fazer cumprir os preceitos legais punindo com o rigor da lei todos àqueles que cometam algum tipo de delito contra as mulheres.

5.4 A LEI MARIA DA PENHA

Considerando que esta lei foi sancionada, tendo como respaldo o artigo 226, parágrafo 8º da Constituição Federal de 1988, que dispõe que “o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”. Logo, a sua posituação não somente aconteceu visando cumprir a determinação da carta Magna, como também, para atender os anseios da população (principalmente as mulheres) que necessitavam ter seus direitos e garantias plenamente respeitados.

A Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) plenamente em vigor desde o dia 22 de setembro de 2006 oferece cumprimento às determinações da Convenção para Prevenir/Punir, e Erradicar a Violência contra a Mulher, da Organização dos Estados Americanos (OEA) devidamente ratificada pelo ordenamento jurídico brasileiro, que trouxe valores colossais aos direitos das mulheres abusadas por algum tipo de violência.

Dentre outras conquistas importantes, a lei tipifica os tipos de violência doméstica, que pode ser física, sexual, patrimonial, psicológica e moral; passa a ser proibida a aplicação de penas pecuniárias aos agressores e a pena a eles imputada que era de até 1 ano passa a ser de até 3 anos; e determina-se o encaminhamento das mulheres em situação de violência, assim como de seus dependentes, a programas e serviços de proteção e de assistência.

Verifica-se que, esta Lei veio garantir um direito fundamental às mulheres, mesmo porque com a sua promulgação esta clientela tem um acesso mais fácil a justiça sem nenhum prejuízo à sua integridade física, pois o rigor da lei garante que isso seja cumprido plenamente.

Por determinação desta lei foram criadas o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e no Estado de São Paulo criou-se também a Casa Abrigo para dar suporte àquelas mulheres que correm perigo de morte. Essas três conquistas primordiais da luta feminista brasileira compreendem os principais marcos das ações do Estado, destinadas à promoção dos direitos das mulheres no combate à violência (SILVEIRA, 2006).

Importante ressaltar que a prática das violências cometidas contra as mulheres precisa ser considerada um problema de saúde pública, pois ela não ocorre de forma isolada, porque depois de cometida, os agressores, no afã de coagir a vítima, cometem também vários tipos de violência, dos quais as mulheres aceitam pelo fato da sua submissão ou por vergonha e a valores culturais enraizados.

6 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A MULHERES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Utilizando o Código de Ética da Enfermagem, como parâmetro constitui uma infração ética o que reza o art. 52, “provocar, cooperar ou ser conivente com maus tratos”, as sanções impostas àqueles que não cumprirem essa determinação consiste de uma simples advertência à cassação de direito de exercer a profissão.

Embora, esse Código não explicitar a expressão violência sexual, mas sim acentuar maus tratos, pode-se dizer que a sua compreensão necessita ser interpretada de forma abrangente em que todas as formas de abuso estão positivadas.

Assim, as mulheres que sofreram abuso sexual necessitam de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, como bem enfatizam Higa et al., (2008, p. 378), “a mulher violentada sexualmente necessita de acolhimento, fator fundamental para a humanização da assistência à saúde e essencial para que se estabeleça um relacionamento de forma adequada entre o profissional e a cliente”.

A questão humanitária é muito importante neste momento, pois a mulher já se encontra sensível e vulnerável. O Ministério da Saúde a esse respeito adverte:

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e a humanização da atenção. Por acolher entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à mulher em situação de violência sexual. O acolhimento pressupõe receber e escutar essas mulheres, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas (BRASIL, 2005, p. 13).

É justamente dentro desse contexto do acolhimento em que os profissionais de enfermagem são importantes a prestar essa assistência, pois atuam praticamente 24 horas dentro da unidade ou instituição responsável, foram consideradas as profissionais apropriadas para realizar o acolhimento. Porém, necessita, pois que esses profissionais tenham o conhecimento acerca dos aspectos assistenciais e legais que envolvem a violência sexual, oferecendo conforto e segurança à mulher (HIGA et al, 2008).

Essa questão do conhecimento pleno em prestar uma assistência adequada, esbarra em um fator, conforme Leal e Lopes (2005) Saliba et al., (2007, p. 7) que dizem:

Em trabalho realizado com uma equipe de enfermagem, concluíram que as principais dificuldades desses trabalhadores são o despreparo para lidar com o paciente violentado e a falta de comprometimento institucional em relação ao apoio psicológico e capacitação dos enfermeiros para lidar com vítimas de violência.

Todavia, existem Estados que estão procurando capacitar os profissionais de enfermagem, um exemplo é o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (Caism/Unicamp), hospital de ensino especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido. Esse hospital, desde o ano de 1998, dispõe de equipe devidamente treinada para prestar assistência à mulher vítima de violência sexual através de protocolos multidisciplinares que trazem todas as informações do paciente, no sentido de promover a recuperação física, psicológica e social da mulher (HIGA et al., 2008).

Perante o interesse em acolher estas mulheres, um grupo de enfermeiras do Caism, em conjunto com assistentes sociais e psicólogas, elaborou, em agosto de 1998, o protocolo intitulado Atendimento Multidisciplinar às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, que inclui o Protocolo de Atendimento de Enfermagem. A utilização do protocolo de enfermagem norteou o cuidar, facilitou o processo de enfermagem e garantiu o registro adequado das intervenções. Em decorrência disto, a assistência de enfermagem prestada contribuiu para que as mulheres atendidas continuassem a viver com dignidade na busca dos restabelecimentos físicos e psicológicos afetados pela violência (HIGA et al., 2008, p. 378).

Para tanto, é percebido o quão importante é o profissional de enfermagem neste contexto, mesmo porque como já mencionado, ele tem um maior contato com as vítimas e a sua contribuição assistencial se torna demasiadamente importante para minimizar os piores efeitos, que por ventura venha a permanecer nessas mulheres.

6.1 VIOLÊNCIA SEXUAL E SAÚDE

A violência seja em suas várias formas se constitui em uma agressão, e o estupro, igualmente, abrange, especialmente, crianças, adolescentes e mulheres jovens no Brasil e no mundo. Não obstante, estas agressões são, na sua grande maioria, cometidas por companheiros, parentes, pessoas próximas ou conhecidas, isso torna o crime mais difícil de ser combatido ou denunciado, de modo que menos de 10% dos casos são registrados nas delegacias (MONTEIRO et al, 2006).

“Há, sem dúvida, um muro de silêncio em torno do assunto, no qual sempre se coloca em dúvida a palavra da mulher que sofre violência sexual. Tal situação induz a que apenas 10% dos casos cheguem às Delegacias de Polícia” (OLIVEIRA E FONSECA, 2007, p. 2).

Segundo esses mesmos autores pesquisas foram realizadas os dados são os que seguem:

Pesquisa da Sociedade Mundial de Vitimologia da Holanda sobre violência doméstica contra a mulher (em um universo de 138 mil mulheres de 54 países), entre outros, foram encontrados, para o caso do Brasil, os seguintes dados: 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica; a cada minuto, uma mulher é agredida em seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém relação de afeto; as estatísticas disponíveis e os registros nas delegacias especializadas de crimes contra a mulher demonstram que 70% dos casos acontecem dentro de casa e que o agressor é o próprio marido ou companheiro (OLIVEIRA E FONSECA, 2007, p. 2).

O Ministério da Saúde adverte, é preciso orientar a mulher, vítima da violência, devendo as mesmas procurar a “Delegacia da Mulher, para efetuar a denúncia, o Instituto Médico Legal, em caso de violência física para o exame de corpo de delito, e a Defensoria Pública, para dar prosseguimento processual ao caso e punição ao agressor” (BRASIL, 2005, p. 8).

No bem da verdade, quando essas mulheres são atendidas nos serviços de saúde, o atendimento fica apenas em cuidar das lesões não se importando se por trás disso configura-se violência. Neste sentido, os profissionais de saúde são as pessoas mais apropriadas para descobrir se essas agressões são oriundas de violência.

A esse respeito o Ministério da Saúde assevera:

Os profissionais de saúde estão em posição estratégica para o diagnóstico e a atuação sobre o problema da violência, em especial a violência contra a mulher. Por medo, vergonha ou mesmo por considerar os obstáculos encontrados em sua trajetória para denunciar e obter assistência e proteção, a maior parte das mulheres omite a violência sofrida. Nos últimos anos, múltiplos esforços, na maior parte dos países, têm procurado modificar a resposta dos serviços de saúde aos casos de violência (BRASIL, 2005, p. 8).

Por conseguinte, seria taxativo que a questão deveria ser melhor contemplada, e os profissionais de saúde, isentos de qualquer preconceito e devidamente preparados para uma assistência adequada.

Todavia, os serviços de saúde, em geral, não se encontram plenamente estruturados e equipados, no sentido de tratar, diagnosticar, colaborar para oferecer tratamentos preventivos da violência contra a mulher. Desse modo, enfrentar o problema da violência contra a mulher vai além do contexto dos serviços de saúde e exige uma rede de apoio para efetuar a resolução desta questão (BRASIL, 2005).

No entanto, existem organizações que se preocupam com a questão da violência contra mulheres. Uma dessas organizações é Ipas⁵ Brasil entidade não governamental que atua há mais de três décadas com temas ligados a saúde e aos direitos reprodutivos da mulher objetivando principalmente contribuir para a Redução da Morbi-mortalidade Materna em decorrência do aborto inseguro. No Brasil, essa instituição tem atuado desde 1994 (IPAS BRASIL, on-line, 2011).

O cerne de seu trabalho é oferecer suporte técnico para os profissionais de saúde, no sentido de aumentar a capacidade das mulheres e adolescentes desempenharem com autonomia os seus direitos humanos à autodeterminação sexual e reprodutiva, dentre os quais: direito à saúde, a não discriminação e o direito a viver uma vida sem violência para mulheres e adolescentes.

Para alcançar este objetivo, Ipas Brasil vem atuando em parceria com Secretarias de Saúde e Associações Médicas, realizando atividades de capacitação em tecnologias para a atenção ao abortamento, bem como sobre os critérios éticos e de direitos humanos que devem orientar os profissionais de saúde nessa atenção. Nessas atividades, são debatidas situações recorrentes nos serviços, que representam dilemas éticos, pessoais e profissionais para os profissionais de saúde (IPAS BRASIL, on-line, 2011).

No sentido de contribuir com a redução dos problemas oriundos da violência contra a mulher, essa organização vem desenvolvendo projetos nesta área a fim de prestar atendimento e assistência global na qualidade dos serviços e apoio aos casos envolvendo a violência. Inclusive, desenvolvendo ações em todos os Estados da Região Norte, incluído ai Rondônia, do qual se abordará no tópico seguinte.

6.2 AÇÕES DA SAÚDE E DA ENFERMAGEM FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL

Partindo da premissa que é imprescindível a intervenção nos casos de violência, sendo este multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. Logo, a

⁵ Lembrando que Ipas não é uma sigla, e sim, o nome da instituição.

equipe de saúde necessita buscar identificar organizações e serviços existentes na comunidade que tenham possibilidades de contribuir com a assistência, “a exemplo das Delegacias da Mulher e da Criança, Instituto Médico Legal, Ministério Público, instituições como casas-abrigo, grupos de mulheres, creches, entre outros” (BRASIL, 2005).

Ademais, os problemas advindos da violência precisam ser debatidos e, planejadas ações, continuamente, pois é preciso criar uma cultura que seja capaz de compreender a construção de mecanismos eficazes de avaliação. É primordial, portanto que gestores e gerentes de saúde sejam sensíveis ao problema, a fim de criar esses mecanismos aos profissionais de saúde, para que os mesmos possam dar a atenção integral às vítimas e às suas famílias, e não obstante, aos seus agressores (BRASIL, 2005).

No contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher em situação de violência sexual, em qualquer idade, deve ser organizada mediante conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas sustentáveis e tecnologia apropriada. As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis a toda população, do município ou da região, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, a reabilitação e o tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher (BRASIL, 2005, p. 10)

Seguindo a determinação do Ministério da Saúde (2005) é preciso que todas as informações inerentes aos procedimentos a serem adotados com as mulheres. As mesmas devem ser avisadas, inclusive as etapas que serão tomadas e a importância de cada medida. É preciso respeitar a autonomia, bem como se for o caso, acatar eventual recusa de algum procedimento, amparando e auxiliando a encarar os conflitos e os problemas relacionados à situação vivida.

A questão da violência sexual por ser complexa, é preciso criar maneiras de combatê-la, a esse respeito Souza e Adesse (2005, p. 97) dizem que: “envolve ações de diferentes áreas, tais como justiça, segurança, saúde e movimentos comunitários, muitas vezes sem uma ação integradora entre elas e sem definição dos serviços que devem conduzir estas ações”.

No tocante às ações, esses autores em um trabalho desenvolvido nesta área desenvolvem programas em todo o país, especialmente na Região Norte, em virtude de que as suas peculiaridades socioeconômicas, aparecem entre as regiões mais pobres e carentes do Brasil.

A situação da violência sexual e doméstica em Rondônia é trágica. Segundo dados colhidos em três anos, a média de ocorrências registradas de violência contra mulheres foi de 1.515 ou seja 126 casos ao mês. Os crimes de violência contra a mulher ocorrem em 43,6% na faixa de 18 a 29 anos; 38,4% na faixa de 30-49 anos; 80% dos casos são de lesão corporal; 35% de agressão física; 15% ameaça de morte; 3% de estupro e sedução (DDM-RO/2000). Ainda em Rondônia, 50 mil crianças sofrem violência física em casa; destas, 30% tem menos de 07 anos e em 40% dos casos a agressão é feita pelos pais. Cerca de 80% dos casos são do sexo feminino e 50% dos estupros são incestuosos. A maioria dos casos de abuso intrafamiliar ocorre com crianças: 61,3% entre a idade de 7 a 13 anos (RELATÓRIO ÚMIDAS/2000 apud FOELKEL, 2004, p. 2).

As particularidades da Região Norte, sobretudo Rondônia, conforme Souza e Adesse (2005, p. 113) podem ser assim descritas:

Entre as vulnerabilidades dessa região estão: as regiões de garimpo onde ocorre alta concentração de prostituição infantil; a exploração de mulheres, crianças e adolescentes pelo turismo náutico nas comunidades ribeirinhas. O isolamento geográfico da região e a precária infra-estrutura e fiscalização também permitem o tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para exploração sexual. [...] baixo número de DEAMs (Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher) na região, que denota um problema grave.

Visando contribuir com a redução desse problema, Ipas Brasil vem desenvolvendo projetos nesta área oferecendo apoio aos casos de violência contra a mulher. O Projeto Ações Afirmativas de Atenção, Prevenção e Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e Sexual (AMPARO) em Rondônia e "Caminhos Trilhados" em Rondônia e no Pará são alguns deles (FOELKEL, 2004).

Por meio do Projeto AMPARO, lançado em agosto de 2003 e desenvolvido conjuntamente com o Centro de Educação e Assessoria Popular (CEAP), várias mulheres vítimas de violência estão sendo ajudadas e amparadas em Rondônia.

O projeto AMPARO vêm promovendo a articulação institucional, a interação e o envolvimento da sociedade na defesa dos direitos da mulher e no combate à violência doméstica e sexual. Potencializa, também, um sistema eficiente de DETECÇÃO, PREVENÇÃO e TRATAMENTO das mulheres e adolescentes vítimas da violência, que inclui desde a capacitação e treinamento dos agentes envolvidos neste contexto até a sensibilização para o envolvimento da população no resgate da cidadania feminina (FOELKEL, 2004, p. 4).

Aconteceram também no decorrer do ano de 2003, múltiplos eventos em Rondônia sobre a questão dos Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher, dos quais:

O Seminário Estadual de Violência contra a Mulher em Porto Velho, as Oficinas de Capacitação em Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos (Cacoal, Ariquemes e Porto Velho), o Fórum Estadual de Assistência à Violência Doméstica e Sexual em Ji-Paraná, a Oficina de Educação Popular em Gênero e Violência, e a Campanha dos 16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência de Gênero em Porto Velho (UNIMED 2004 apud SOUZA; ADESSE, 2005, p. 115).

É inegável admitir que, existe uma ampliação de iniciativas para combater a violência sexual contra mulheres, crianças e adolescentes. Todavia, conforme já destacado anteriormente, o número de delegacias especializadas para atender essa clientela vítimas de violência deixa a desejar, bem como o número de funcionários e equipe técnica capacitada para prestar um atendimento adequado.

6.3 O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

De acordo com o Ministério de Saúde (2005), o setor da saúde, por se constituir um dos espaços privilegiados para identificação das mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, exerce papel fundamental na definição e articulação dos serviços e organizações que, direta ou indiretamente, atendem situações de violência sexual. E, o profissional de enfermagem é fundamental neste contexto.

É preciso, pois, dispensar um tratamento diferenciado e não simplesmente aquele atendimento de rotina, como bem assevera Reis et al., (2010).

Mulheres que sofrem violência sexual exigem mais do que a simples aplicação de protocolos, eles esperam receber um atendimento digno, respeitoso e acolhedor, que os protege de re-vitimização, porque eles precisam de apoio emocional, pois sua auto-estima e seu ego pode ter sido ferido mais gravemente do que qualquer ferimento físico que possa ser apresentado. Quando as mulheres mantêm laços com o pessoal da equipe após o término do tratamento o que revela que havia qualidade no acolhimento, indica que eles gostaram do serviço, e se manifesta como uma vontade de retorno, portanto, é necessário que o profissional demonstrar simpatia e compreensão, vontade de ouvir com respeito e interesse, e estar preparado para dar apoio emocional no primeiro atendimento (REIS et al., 2010, p. 6).

Lembrando que o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, segundo Maia et al., (2000) apud (HIGA 2008, p. 379) envolve:

O atendimento às mulheres vítimas de violência sexual compreende toda mulher pós-púbere, menopausada e não púbere maior de 14 anos que relate ter sido vítima de violência sexual das seguintes formas: estupro, atentado violento ao pudor com penetração oral e/ou anal ou sem penetração com ejaculação externa próxima à região genital; é oferecido durante as 24 horas; priorizado no momento em que a cliente chega ao serviço e em local privativo e tranquilo.

Para que o atendimento dispensado a essas mulheres que sofreram violência sexual seja o mais adequado e eficiente possível na coleta das informações segundo o Ministério da Saúde, é preciso que a equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento seja constituída da seguinte forma:

O ideal é que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos. É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico(a) – não inviabiliza o atendimento. Ainda que cada um desses profissionais cumpra papel específico no atendimento à mulher, todos devem estar sensibilizados para as questões de violência contra a mulher e violência de gênero, e capacitados para acolher e oferecer suporte às suas principais demandas. Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem acrescer à equipe interdisciplinar especialistas em pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades (BRASIL, 2005, p.15).

A seguir apresenta-se sucintamente as principais intervenções de enfermagem de acordo com o tipo de atendimento, conforme Higa et al., (2008):

Atendimento na ocorrência imediata (até o 5º dia após a violência sexual):

1. Explicar os riscos de gravidez, infecção por DST e HIV e prevenção disponíveis, como a eficácia da AE e quimioprofilaxia para DST/HIV, ressaltando que quanto mais precoce o início do tratamento, mais eficaz.
2. Preparar para consulta médica exame físico e ginecológico com possível coleta de material forense (coleta de esperma em papel filtro).
3. Informar a equipe médica sobre os dados relevantes coletados durante a consulta de enfermagem.
4. Explicar sobre os medicamentos prescritos, a sua indicação e o tempo de tratamento: AE, quimioprofilaxia para DST, ARV, vacina e gamaglobulina para hepatite B.
5. Orientar sobre a coleta de sangue para sorologias de HIV, sífilis, hepatite B e C.
6. Coletar sorologias, administrar medicamentos profiláticos, vacina e gamaglobulina.
7. Encaminhar ao banho e oferecer troca de roupa, se a cliente desejar.
8. Explicar que, na ocorrência de vômito até duas horas após a ingestão do AE, deverá repetir a dose do medicamento [...].
13. Explicar a importância do uso de preservativo, por seis meses, em razão do risco de transmissão de DST/HIV e como método anticoncepcional (MAC). Orientar como usar e fornecer até o retorno ambulatorial [...].

15. Orientar a observação de sintomas e manifestações clínicas de infecções geniturinárias.
16. Acolher e orientar familiares e/ou acompanhantes com objetivo de que os mesmos proporcionem apoio no convívio diário (HIGA et al., 2008, p. 380).

Seguindo as considerações do autor supracitado as ações da enfermagem no que se refere ao atendimento tardio devem ser:

Atendimento tardio (a partir do 6º dia após a ocorrência da violência sexual):

1. Explicar sobre os riscos de gravidez e de DST/HIV e que, neste momento, não há eficácia comprovada da AE e dos ARV, portanto, eles não serão prescritos. A quimioprofilaxia para DST e coleta de sorologia será prescrita no seguimento ambulatorial.
2. Fazer teste rápido de âHCG na urina se houver suspeita de gravidez. Se positivar, encaminhar ao serviço social para receber orientação sobre o protocolo de interrupção legal da gestação.
3. Solicitar consulta médica ginecológica imediata na presença de sinais importante de infecção.
4. Acolher familiares e realizar demais orientações descritas no atendimento imediato (HIGA et al., 2008, p. 380).

O acolhimento às vítimas deve ser princípio a ser seguido por todos e estar presente nos consecutivos caminhos da rede de instituições que recebe a vítima e a família, no sentido de estes se organizem, sintam-se protegidos, seguros e, assim, deem prosseguimento ao atendimento em toda a sua plenitude. “Nos casos do abuso sexual acometido contra crianças e adolescentes no país, fica evidente a necessidade de estabelecimento de serviços de aconselhamento e prevenção para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual” (FOELKEL, 2004, p. 3).

Para poupar que a vítima tenha de ir várias vezes ao serviço ou repetir o fato para diferentes profissionais, deve-se criar um fluxograma ou uma ficha de registro unificado (ver em anexo), de modo a dar agilidade e resolutividade à sistemática de atendimento (BRASIL, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foram expostos no decorrer deste estudo pode-se dizer que, o abuso sexual sofrido por adolescentes e mulheres jovens emana de fatores sociológicos, culturais, dentre eles se destacam a estruturação da família como instituição excludente e autoritária, psíquicos, relacionados à perda da perspectiva ao "desejo" e ao "poder".

Inegável admitir, que os crimes sexuais são delitos complexos e de difícil averiguação e comprovação, mas, sobretudo é a vergonha da vítima e o medo de sofrer mais represálias que impede o combate a tais infrações. A humilhação e vergonha enraizadas na vítima sobrepõem ao sentimento de justiça e, dessa forma prevalece o silêncio, que no caso em questão não deve ser interpretado como omissão ou falta de agir.

Sob este prisma, foram estruturadas as principais causas para a dissolução dos resultados do abuso, tendo por base a legislação atual, na atuação das políticas públicas, de órgãos executores destas, bem como programas de erradicação propostos pela sociedade civil.

Faz-se imprescindível, então, popularizar o tema, bem como as formas de resolução, mesmo porque desinformação e os tabus colaboram para manter o assunto na esfera privada, de maneira a estigmatizá-lo. Logo, essas providências se tomadas de forma consciente auxilia na revelação das violências sofridas, facilitando desta forma ação do Estado.

Neste sentido, abordar o tema de forma pluridisciplinar, considerando-o não somente uma questão jurídica, também é fundamental para que os direitos dos adolescentes e mulheres jovens, sobretudo à sua proteção e saúde sejam respeitados plenamente. Destarte, a idéia de que a solução do problema se esgota com a prisão do infrator é errônea, visto que somente isto não é suficiente à reconstrução da vida familiar. Esta deve ser conseguida através da atuação de fatores externos, diferentes dos atuantes na cadeia de responsabilidade, tais como dos Conselhos Tutelares.

Desafios como a reestruturação da família, a superação dos traumas causados às vítimas, a prevenção de novos abusos, bem como a não evolução ou a não recorrência dos já consumados, somente terão enfrentamento eficaz com a

atuação conjunta do Estado e da Sociedade. A atuação em tela consiste em fornecer informações, dar aos jovens vítimas de abusos sexuais alternativas de vida que não a convivência e adaptação ao abuso, e as mulheres novas oportunidades de superação da violência em seu ambiente empreendido.

Necessário também rever a atitude estatal referente às Delegacias da Mulher, no sentido de equipá-las, cada vez mais, de uma infra-estrutura melhor elaborada e adequada, buscando a qualificação contínua dos profissionais que operam em tais unidades policiais.

No entanto, a mulher que é vítima, na maioria das vezes, enfrenta dificuldades para receber do poder público o mínimo de assistência, por isso o profissional de enfermagem deve buscar continuamente sua capacitação para estar preparado para oferecer assistência de forma eficiente e eficaz a essas jovens que já estão sofrendo pela violência sofrida que deixa marcas às vezes indissolúveis.

Enfim, é fundamental destacar a extrema necessidade de criação de verdadeiros centros que deem apoio às mulheres vítimas de violência sexual, para que através do auxílio de profissionais especializados seja possível resgatar a autoestima dessas adolescentes e mulheres jovens vítimas de violência sexual. Além de procurar reintegrá-las as mesmas ao convívio social, sem, contudo, que sejam expostas a riscos e serem alvos novamente de tamanha agressão à própria dignidade.

Vale dizer que, infelizmente não se atingiu profundidade a análise do fenômeno pesquisado, por ser um tema complexo e difícil de se mensurar. Contudo, diante dos fatos acredita-se ser suficiente para chegar a conclusão que a eficácia das alternativas de prevenção e proteção às adolescentes e mulheres jovens sujeitas à essa práticas abusivas dependem de uma real mudança de paradigmas e uma revisão dos conceitos e valores enraizados na própria cultura social de algumas classes.

REFERÊNCIAS

ALLENDER, Dan. **Lágrimas secretas**. Traduzido por Emerson Justino da Silva. São Paulo: Mundo Cristão, 1999.

AZAMBUJA, Maria Regina Fay de. **Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança?** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

BASS, Ellen; THORNTON, Louise (orgs.). **Nunca conte a ninguém**. São Paulo: Ed. Harper & Row do Brasil, 1985.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto Constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n^{os} 1/92 a 56/2007 e pelas Emendas Constitucionais de revisão n^{os} 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.

_____. **Decreto Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 Código Penal**.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 28 mai. 2011.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº. 8.069/90)**. Realização Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Ministério da Justiça/Secretaria dos Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.

_____. **Lei Maria da Penha – Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Presidência da República, 2006.

_____. **Lei Nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 28 mai. 2011.

_____. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 02 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2. ed. Atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/NT_prevencao_violencia.pdf Acesso em: 06 abr. 2011.

_____. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2008.

CAMPAÑA Nacional de prevención del abuso físico y sexual. – em comunidade podemos. **Guia Educativa para Monitores**. Asunción: 1991.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES, Rome; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher**: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/04.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2011.

CEDIM. Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro. **Violência contra a mulher**: um guia de defesa, orientação e apoio. 3 ed. atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: CEPIA/CEDIM, 2000.

COHEN, Claudio (coord.). **Abuso sexual**: que violência é essa. São Paulo: CEARAS, Santo André, SP. CRAMI-ABCD, 2000.

DELMANTO, Celso. **Código Penal Comentado**. São Paulo: Editora Renovar, 2002.

FAIMAN, Carla Júlia Segre. **Abuso sexual em família**: a violência do incesto à luz da psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. – (Coleção Psicologia Jurídica)

FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; SILVA, Marta Angélica Iossi. Violência. In: BORGES; Ana Luiza Vilela; FUJIMORI, Elizabeth (orgs.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri, SP: Manole, 2009.

FOELKEL, Alessandra. Violência sexual e doméstica contra mulheres no Brasil: reflexões sobre o quadro atual e a atuação do Ipas Brasil. 30 março de 2004. <www.ipas.org.br/arquivos/Foelkel2004_violencia2.doc>. Acesso em: 31 mai. 2011.

FURNISS, Tilman. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GABEL, Marceline (org.). **Crianças vítimas de abuso sexual**. [Tradução Sonia Goldfeder] São Paulo: Summus, 1997.

GAUDERER, Ernest Christian. **Sexo e sexualidade da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos tempos, 1996.

GRAN, Malin Eberhard; SCHEI, Berit; ESKILD, Anne. **Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence**. Society of General Internal Medicine, October, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219828/>>. Acesso em: 06 jun. 2011.

HIGA, Rosângela. **Atendimento à mulher vítima de violência sexual**: Protocolo de Assistência de Enfermagem. Rev. Esc. Enfermagem USP, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a22.pdf>>. Acesso em 28 mai. 2011.

IPAS BRASIL. **Melhoria da atenção às vítimas da violência sexual**. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>>. Acesso em: 30 mai. 2011.

KERR, Elisa. **A Infância após a Idade Média**. História Social da Infância e da Família segundo Philippe Ariès. Disponível em: <http://elisakerr.wordpress.com/crianca-rupestre/a-infancia-apos-a-idade-media/>. Acesso em: 25 jul. 2009.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Júlia Marques. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Apr. 2005. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jun. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232005000200020.

MACEDO, José Rivair. **A mulher na idade média**. 4 ed São Paulo: Contexto, 1999 – (Repensando a História Geral).

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Aug. 2006. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jun. 2011. doi: 10.1590/S1414-81452006000200015.

OLIVEIRA, Celin Camilo de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, Dec. 2007. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jun. 2011. doi: 10.1590/S0080-62342007000400010.

OLIVEIRA, Tamara da Cruz. **A violência sexual contra a mulher na atualidade**. Disponível em: <http://revistapraedicatio.inf.br/download/artigo06.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra; 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2011.

REIS, Maria José dos et al. *Nursing Care of Women Who Suffered Sexual Violence*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, Aug. 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400012&lng=en&nrm=iso. Access on 06 June 2011. doi: 10.1590/S0104-11692010000400012.

SADIHURSKY, Clésia Andrade. **Vitimização sexual em crianças e adolescentes: os profissionais da saúde e dos aspectos legais**. Salvador: EDUFBA, 1999.

SALIBA, Orlando [et al.,]. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2011.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos; GONÇALVES, Itamar Batista. **Depoimentos sem medo (?)**. Cultura e Prática Não-Revictimizantes, uma cartografia das experiências de tomada de depoimento especial de crianças e adolescentes. Brasília – DF: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. São Paulo – SP: Childood Brasil (Instituto WCF – Brasil), 2008.

SCHRAIBER, Lilia B. et al., A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saúde soc.** São Paulo, v. 9, n. 12, Dec. 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jun. 2011. doi: 10.1590/S0104-12902000000100002.

SILVEIRA, Lenira Politano da. Serviços de Atendimento a mulheres vítimas de violência in DINIZ, Simone, SILVEIRA, Lenira e MIRIM, Liz (org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005) – alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

SOUZA, Cecília de Mello e; ADESSE, Leila (orgs.). **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 188p.

STREY, Marlene Neves. Gênero. In: STREY, Marlene Neves (Org.). **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

UNIFEM – Fundo de Investimento das Nações Unidas para Mulheres. **O que é violência contra mulheres?** Disponível em: <http://www.unifem.org.br>. Acesso em: 06 abr. 2011.

VANSTONE, Doris; LUTZER, Erwin W. **Não tive onde chorar**. Deerfield, Flórida: Vida, 1995.

VILLELA, Wilza V.; LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jun. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200025.

ZWAHLEN, Isabel. **Abuso sexual: prevenção e cura**. São Paulo: Editora Bom Pastor, 1998.

ANEXOS

ANEXO A: FICHA DE NOTIFICAÇÃO - SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência 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 (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3		
	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Y09		Data da notificação		
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7		
	Data da ocorrência da violência						
Notificação Individual	8	Nome do paciente			9	Data de nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12	Gestante	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		13		
	14		Escolaridade				
	15		Número do Cartão SUS				
16		Nome da mãe					
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	
	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	20	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)	24	
	Geo campo 1		25		Geo campo 2	26	
	Ponto de Referência		27		CEP		
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	
	Pais (se residente fora do Brasil)						
	Dados Complementares						
	Dados da Pessoa Atendida	31	Ocupação				
		32	Situação conjugal / Estado civil			33	
1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
34	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		35				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/>		Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/>					
Dados da Ocorrência	36	UF	37	Município de ocorrência	Código (IBGE)	38	
	Bairro		40		Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	41	Número		42	Complemento (apto., casa, ...)	43	
	Geo campo 3		44		Geo campo 4		
	45	Ponto de Referência		46	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47	
	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)						
	48	Local de ocorrência		07 - Comércio/serviços		49	
01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		Ocorreu outras vezes?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
50		A lesão foi autoprovocada?					
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <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"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____		
	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Violência Sexual	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <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					
	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____					
Consequências da violência	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
Lesão	59 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) da lei <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		
	61 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Dados do provável autor da agressão	63 Encaminhamento no setor saúde 1- Encaminhamento ambulatorial 2- Internação hospitalar 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>					
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____					
Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____	
	68 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Provável <input type="checkbox"/> 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por Violência <input type="checkbox"/> 2 - Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data _____ 71 Data de encerramento _____	
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
	Nome		Função		Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008		

