



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**MICHEL DE AMORIM BOLLIS**

**VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: Impactos no  
desenvolvimento psicossocial**

**ARIQUEMES / RO**

**2020**

**MICHEL DE AMORIM BOLLIS**

**VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: Impactos no  
desenvolvimento psicossocial**

Trabalho de conclusão de curso para a obtenção do grau em bacharel em enfermagem apresentada à Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Orientador (a): prof<sup>a</sup>. esp. Fabíola de Souza Ronconi

**ARIQUEMES/ RO**

**2020**

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA**

---

B692v	BOLLIS , Michel de Amorim .
	Violência sexual na infância e adolescência: impactos no desenvolvimento psicossocial . / por Michel de Amorim Bollis . Ariquemes: FAEMA, 2020.
	43 p.
	TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.
	Orientador (a): Profa. Esp. Fabíola de Souza Ronconi .
	1. Violência sexual. 2. Infância . 3. Adolescência . 4. Impacto psicossocial. 5. Enfermagem . I Ronconi , Fabíola de Souza . II. Título. III. FAEMA.
	CDD:610.73

---

**Bibliotecária Responsável**  
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro  
CRB 1114/11

**MICHEL DE AMORIM BOLLIS**

**VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: IMPACTOS NO  
DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso para a  
obtenção do grau em bacharel em  
enfermagem apresentada à faculdade de  
educação – FAEMA.

Orientador (a): prof<sup>a</sup>. esp. Fabíola de Souza  
Ronconi

**Banca examinadora**

---

Orientadora prof<sup>a</sup>. Esp. Fabiola de Souza Ronconi  
Faculdade de educação e meio ambiente – FAEMA  
<http://lattes.cnpq.br/6092511123795801>

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Katia Regina Gomes Bruno  
Faculdade de educação e meio ambiente – FAEMA  
<http://lattes.cnpq.br/8136021782733603>

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos  
Faculdade de educação e meio ambiente – FAEMA  
<http://lattes.cnpq.br/8411996232888777>

**ARIQUEMES/ RO**

**2020**

Dedico a minha Vó, Luiza Caldeira Bollis, que infelizmente já faleceu mais foi minha segunda mãe e sempre me ajudou como podia, comprou 20 reais de rifas para contribuir à minha formatura, amor eterno.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais que me deram a oportunidade de egressa em uma faculdade e sempre me apoiaram.

Aos docentes de FAEMA que contribuíram na minha graduação e para meu crescimento profissional.

Aos meus amigos pela parceria e momentos memoráveis.

*"Cabecinha boa de menino ausente, que de sofrer tanto se fez pensativo, e não sabe mais o que sente... Cabecinha boa de menino mudo que não teve nada, que não pediu nada, pelo medo de perder tudo"*

**Cecília Meireles**

## RESUMO

Violência sexual se tornou um problema de saúde pública em todo mundo, inclusive no Brasil, violando os direitos de um desenvolvimento adequado quanto a seres humanos. Analisar os impactos causados nas crianças e adolescentes vítimas de violência sexual se torna necessário para desenvolver estratégias para a diminuição desse fenômeno. O termo violência sexual, se refere ao processo de relação do uso de poder, exercida no abuso. O abuso sexual consisti em posição de uso excessivo; de ultrapassagem de limites; uma deturpação dos papéis e regras familiares e sociais; abuso do poder; o adulto ou o adolescente aproveita o nível de desenvolvimento da vítima, que ainda é incapaz de compreender a ocasião e de dar seu assentimento. Ambas correlacionadas podem conter práticas de caricias, manipulação de genitália, mama ou ânus, pornografia, exploração sexual, exibicionismo, voyeurismo, inclusive o ato sexual. O índice de violência sexual infanto-juvenil é auto e grande parte não são denunciados, o agressor usa diversas estratégias para manipular o menor para que o mesmo se mantenha em silêncio, deixando graves sequelas no seu desenvolvimento biopsicossocial. A presente pesquisa foi fundamentada através de artigos científicos no formato de revisão de literatura exploratória, com o objetivo de descrever sobre as consequências das agressões sofridas pelas vítimas e expor de maneira ampla sobre o acolhimento que as mesmas necessitam. O enfermeiro é considerado um dos principais profissionais que atuam no acompanhamento do menor, juntamente com a equipe multiprofissional da unidade e de outros setores que trabalham no cuidado de crianças e adolescente.

**Palavras chaves:** Violência sexual. Criança. Adolescente. Enfermagem.



## ABSTRACT

Sexual violence has become a public health problem worldwide, including in Brazil, violating the rights of an adequate development regarding human beings. Analyzing the impacts on children and adolescents who are victims of sexual violence is necessary to develop strategies to reduce this phenomenon. The term sexual violence, refers to the process of relating the use of power, exercised in abuse. Sexual abuse was a position of overuse; exceeding limits; a misrepresentation of family and social roles and rules; abuse of power; the adult or adolescent takes advantage of the victim's level of development, who is still unable to understand the occasion and give his consent. Both correlated can contain practices of caresses, manipulation of genitalia, breast or anus, pornography, sexual exploitation, exhibitionism, voyeurism, including the sexual act. The rate of sexual violence against children and adolescents is self-reported and most of them are not reported, the aggressor uses several strategies to manipulate the child so that the child remains silent, leaving serious consequences in his biopsychosocial development. This research was based on scientific articles in the format of an exploratory literature review, with the objective of describing the consequences of the aggressions suffered by the victims and exposing in a broad way the reception they need. The nurse is considered one of the main professionals who work in monitoring the minor, together with the multidisciplinary team of the unit and other sectors that work in the care of children and adolescents.

**Keywords:** sexual violence, child, adolescent, nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Exames possivelmente solicitados.....	27
Quadro 2 – Esquema para profilaxia pós violência sexual.....	28

## LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

Ad hoc:	“para isso”, profissional nomeado para ajudar na perícia
AIDES:	Síndrome de Imunodeficiência adquirida
Art.	Artigo
BVS:	Biblioteca virtual em saúde
DF:	Distrito Federal
DNA:	Nomenclatura de ácido desoxirribonucleico
EAS:	Elementos e sedimentos anormais
ESCCA:	Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes
et. al.	e outros
FAEMA:	Faculdade de educação e meio ambiente
G:	Gramas
HCG:	Gonadotrofina Coriônica Humana
HIV:	Vírus da Imunodeficiência Humana
IM:	Intramuscular
IST:	Infeções Sexualmente Transmissíveis
Kg:	Quilograma
Mg:	Miligrama
MS:	Ministério da Saúde
N.	Numero
OMS:	Organização Mundial da Saúde
p.	Página
PAS:	Antígeno Prostático Específico
REPINS:	Repositório institucional
SAE:	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO:	Scientific Electronic Library Online
SINAN:	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UI:	Unidades Internacionais
UNESP:	Universidade estadual paulista
USP:	Universidade de São Paulo
VO:	Via oral

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	15
2.1 OBJETIVO GERAL .....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	16
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
4.1 DESTRUIÇÃO DA INTEGRIDADE E DIREITOS DE SERES AINDA DESENVOLVIMENTO .....	17
4.1.1 Violência sexual em crianças e adolescentes .....	17
4.1.2 Conceito e características.....	17
4.1.3 O agressor.....	19
4.2 A VIDA DE UMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ...	21
4.2.1 Impactos e conseqüências .....	21
4.2.2. Denúncia .....	23
4.3 ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO À CRIANÇA E ADOLESCENTE VITIMADAS SEXUALMENTE.....	24
<b>4.3.1 O profissional</b> .....	24
<b>4.3.2 Atribuições do enfermeiro</b> .....	25
4.3.3 Notificação.....	26
4.3.4 Intervenções clínicas laboratoriais .....	27
4.3.5 Prevenção e Promoção a saúde .....	29
4.4 COMPREENSÃO DE FUNDAMENTOS JURÍDICOS PARA UMA MELHOR INTEGRALIDADE .....	31
4.4.1 Constituição da república federativa do Brasil .....	31
<b>4.4.2 Estatuto da Criança e do Adolescente</b> .....	31
4.4.3 Código Penal Brasileiro.....	33
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	36
ANEXO A - Ficha de notificação.....	40
ANEXO B - Ficha de solicitação de medicamentos-Profilaxia .....	42

## INTRODUÇÃO

A infância é o período de desenvolvimento de grande relevância quanto a construção da personalidade do ser, contudo esse fato foi ignorado até aproximadamente o início do século XX, onde começou a ter mais visibilidade e tratada com a devida importância, sendo necessário ter ocorrido transformações sociais, culturais e de sensibilização. A infância, atualmente, está sendo mais cuidada e valorizada e finalmente reconhecemos a individualidade e os direitos próprios da criança e do adolescente, mas infelizmente esse fato não impede que muitas delas continuem a estar em risco e perigo, vítimas de maus tratos de todas as índoles, incluindo a violência sexual (SILVA 2010).

Ministério da Saúde (2018), de acordo com o campo epidemiológico, afirma que as notificações feitas de violência sexual contra crianças, 74,2% são do sexo feminino e 25,8% do sexo masculino. Sendo distribuídos em 51,2% em relação a faixa etária de 1 a 5 anos, e 45,5% eram afros descendentes, e 3,3% das crianças tinha algum transtorno ou deficiência. Tendo maior prevalência na região sudeste do país. Avaliação demonstra que 33,7% tem repetição da agressão, sendo que 69,2% dos casos acontecerão no ambiente doméstico e 4,6% dentro de escolas.

As notificações de violência sexual contra adolescentes, mostra que 92,4% dos casos são do sexo feminino e 7,6% do sexo masculino, sendo constituídos do total 67,8% entre 10 e 14 anos de idade, 55,5% afros descendentes e 7,1% possuíam deficiência ou transtorno, tendo maiores evidências na região sudeste. A avaliação apontou que tanto para crianças e adolescentes a violência dentro do âmbito doméstico se faz maior do que a perpetrada em ambiente extrafamiliar e as notificações apontam maior incidência em meninas (MINISTERIO DA SAÚDE 2018).

Suas taxas de ocorrência são maiores do que as estimativas existentes. Muitos dos casos nunca são revelados, devido a vergonha, sentimento de culpa, ausência de conhecimento e tolerância da vítima, fazendo com que o agressor tenha controle a mesma e por algumas vezes sobre até mesmo os outros membros da família, sendo imposta a dinâmica do silêncio (ZÚQUETE e NORONHA, 2012).

Segundo Martins e Jorge (2010) violência sexual vai desde um atentado ao pudor à um estupro, constituindo atualmente, como evento mórbido que vitimiza crianças e adolescentes. Adquirindo caráter endêmico, resultando em um complexo problema de saúde pública, tornando uma das formas mais graves de violação dos

direitos humanos. Sendo um dos delitos menos denunciado pela sociedade por provocar grandes impactos emocionais e físicos para aqueles que são expostos, e por esse crime ser na maioria das vezes praticado por incestos.

Florentino (2015) analisa os impactos da violência sexual contra crianças e adolescentes e afirma que estão presentes em todos aspectos das dimensões humana, deixando consequências sociais, psíquicas, comportamentais, físicas, entre outras, podendo comprometer gravemente a vida da vítima que sofreu ou testemunhou essa agressão, deixando marcas a longo prazo.

Desta forma, de acordo com a âmbito de ação e conhecimento de cada dimensão de trabalho, é pertinente que seja feita ações articuladas e unidas mesmo sendo de âmbitos distintos, de modo que se completem sem se prejudicar, criando maneiras para melhor atender as vítimas e prevenir que o índice de violência sexual contra crianças e adolescentes aumente (SILVA, 2010).

O assunto em questão se caracteriza de maneira complexa em seu entendimento, embora já seja muito estudado, ainda se encontra nos primórdios da sua real dimensão. Tendo em vista a gravidade de suas consequências, se torna importante que haja um plano nacional de prevenção para esse crime. Cada profissional, na especialidade de seu campo de atuação, seja ele psicológico, medico, educacional, social, jurídico ou legal, que tenha ligação direta com a questão de violência sexual contra menores, acabam responsáveis por determinar pontos fracos e fortes de fatores para a prevenção de agressões sexuais e apontar possíveis praticas para serem implementadas.

O tema foi escolhido visto a necessidade de ser abordado esse assunto tão crucial em saúde, sendo voltado a atenção primaria consegue atingir a população como um todo, visto a complexidade desse fenômeno e suas diversas implicações há necessidade de políticas públicas direcionadas ao fortalecimento do empenho das redes de proteção e as estratégias de incentivo a influência social sobre esse agravo, visando garantir a proteção e integridade das novas gerações.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar os impactos causados nas crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conceituar violência sexual;
- Identificar as consequências no desenvolvimento psíquico e social da criança e do adolescente;
- Apontar a assistência do enfermeiro no acolhimento da vítima de violência sexual;

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de revisão de bibliográfica no formato exploratório, os artigos encontrados em bases de dados, biblioteca virtual da USP (universidade de São Paulo), BVS (biblioteca virtual em saúde) enfermagem, BVS psicologia, periódicos eletrônicos em psicologia, Scielo (Scientific Electronic Library Online), biblioteca virtual UNESP (universidade estadual paulista) e REPINS FAEMA (repositório institucional da faculdade de educação e meio ambiente).

Para um melhor complemento foram utilizados protocolos de atendimento, boletins epidemiológicos e a portaria nº 1.968 de 25 de outubro de 2001. Por fim foram utilizadas três leis e uma emenda constitucional, ambas dão amparo a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Os descritores utilizados foram violência sexual, criança, adolescente, enfermagem. Obteve retorno de 56 artigos. Descritores utilizados: violência sexual, criança, adolescente, enfermagem.

Foram utilizados como método de exclusão artigos científicos que não abordava o tema perante as perspectivas do autor e que tratava os descritos de maneira superficial, como método de inclusão foi utilizado artigos publicados entre os anos de 2010 há 2019 que abordavam o tema de maneira relevante frente aos preceitos estabelecidos, dessa forma foram utilizadas 36 obras e descartadas 20.



## **4. REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 DESTRUIÇÃO DA INTEGRIDADE E DIREITOS DE SERES AINDA DESENVOLVIMENTO**

#### **4.1.1 Violência sexual em crianças e adolescentes**

Com o passar dos anos as crianças e adolescentes vem adquirindo cada vez mais conquistas em relação a seus direitos como seres humanos. Porém ainda há um longo caminho à ser percorrido para melhorias na qualidade de vida dessa população, pois muitos ainda se encontram em situação de risco, expostas a violência sexual, seja ela nas ruas ou dentro de casa; dentre tantos outros tipos de violência na qual o universo infantil é acometido, ficando a mercê e se tornando vulneráveis a todo tipo de abuso que possam sofrer (BEZERRA, 2017).

No âmbito de violências, inclusive na sexual, as crianças e adolescentes são as vítimas mais acometidas, pois são mais vulneráveis, pela fragilidade e dependências próprias de seus estágios de desenvolvimento físico e psicossocial (PEREIRA, 2019).

#### **4.1.2 Definição e características**

Violência sexual é definida como atividade que objetiva gerar satisfação, excitação, prazer e recompensa sexual de um adulto que busca estes propósitos através de uma criança ou adolescente. Considerado uma das formas mais graves de violação da integridade de uma criança ou adolescente, seja no âmbito doméstico ou extrafamiliar (SOUZA, 2017).

Segundo Habigzang et al. (2011) a violência sexual contra a criança e ou adolescente é considerada um problema de saúde pública em diversos países, inclusive no Brasil. É caracterizada pelo envolvimento de aspectos psicológicos,

sociais e legal, assim exige que várias entidades façam intervenções coordenadas entre si, visando dar assistência a vítima e sua família.

Alberto et al, (2012) discorrem que no abuso sexual, o agressor tem um desenvolvimento psíquico e físico maior do que a vítima, assim pressupõe a detenção de poder sobre a mesma, buscando prazer sexual, com isso é comumente usados artifícios que manifeste esse domínio.

Silva (2015) salienta, a violência sexual é uma temática complexa, de difícil notificação, principalmente se tratando de crianças e adolescentes, tornando-se uma questão crítica, com relevância mundial, atingindo muitas vítimas e infringindo seus direitos enquanto seres humanos em desenvolvimento. Florentino (2008 apud CUNHA; SILVA; GIOVANETTI, 2015, p.140) “Pode-se afirmar que o abuso sexual e suas consequências sobre a saúde da vítima são primeiramente uma violação dos direitos humanos, não escolhendo cor, raça, credo, etnia, sexo e idade para acontecer”.

Segundo Souza (2018) violência sexual, para fins da vigilância epidemiológica, se trata de uma ação em que uma pessoa, em uma posição de poder maior que a vítima, exerce força física, intimidação, coerção e influencia psicológica, podendo ocorrer o uso de drogas ou armas, obrigando a pessoa, independente do sexo, a ter, testemunhar ou participar de alguma atividade que tenha interações sexuais, ou utilizar a mesma, com modos de fins lucrativos, vingança, entre outras violações, expondo sua sexualidade e fragilidade.

No Brasil, a violência sexual é definida como todo e qualquer ato ou jogo sexual, homossexual ou heterossexual, no qual o agressor tenha um desenvolvimento psicosexual maior que a criança e ou adolescente. A pratica tem a finalidade de estimular sexualmente as vítimas ou utiliza-las para satisfação sexual. É evidenciada pelas práticas eróticas e sexuais impostas para a criança ou ao adolescente, por meio de ameaças, violência física ou indução a vontade. A violência sexual varia desde atos que não há contato físico até ações que incluem o contato físico, com ou sem penetração. Abrangendo também situações que visam lucros, definida como exploração sexual (HOHENDORFF e PATIAS, 2017).

A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes (ESCCA), segundo Alberto et al (2012), configura-se como práticas e atividades no qual adultos comercializa materiais e ou crianças e adolescentes cujo o pagamento será financeiro. Elencando suas modalidades em, trafico e vendas de pessoas, com finalidades

sexuais; turismo sexual, deslocação de sua região de proveniência com objetivos de implicação sexual; e pornografia infantil, distribuição, representação, exibição ou uso de materiais com crianças e adolescentes engajados em práticas sexuais.

Vega e Paludo (2016) salientam que a exploração sexual é estruturada através de pilares criminosos, e sobre vulnerabilidade econômica, desejos de consumo e drogas. Muitas vezes essa prática é cometida pela própria família da vítima, gerando humilhação, sofrimento, e sentimento de desamparo, situações que não deveriam acontecer em um ambiente em que se deveria proteger e garantir a dignidade e os direitos.

Violência sexual de acordo com Bezerra (2017), deve ser classificada em duas modalidades, intrafamiliar e extrafamiliar; e a exploração sexual, onde a incidência em adolescentes é maior do que em crianças.

O intrafamiliar é praticado por um incesto, sendo responsável pela vítima ou faz parte da família, o menor conhece, confia, e comumente ama, onde se usa a dependência afetiva e ou financeira da criança ou adolescente, como artifício para facilitar o abuso (HABIGZANG et al, 2011).

Rech et al (2019), afirmam que os casos mais frequentes de violência sexual são por agressores que tem ou mantem algum grau de parentesco com o menor, comumente acontece repetidamente, insidiosa, em um ambiente de convivência diária da vítima e do agressor. A criança não tem a consciência da ação abusiva do adulto, que a coloca como provocadora e participadora, induzindo a crer que é responsável por estar sendo abusada. Quanto maior a intimidade e proximidade da vítima com o agressor, maior será a severidade do caso. Fazendo assim com que os traumas psicológicos se tornem ainda mais graves do que se a agressão fosse sofrida por um estranho.

O extrafamiliar ocorre fora do ambiente doméstico, podendo ser, geralmente, vizinhos ou desconhecidos, abarcando os casos de exploração sexual comercial e pornografia infantil (HABIGZANG et al, 2011).

#### **4.1.3 O agressor**

De acordo com Grimaldi et al (2018), os abusadores sexuais são parte de um ciclo, onde podem ter vivido situações de abusos e maus tratos durante sua infância

ou adolescência, desenvolvendo transtornos mentais, baixa autoestima e problemas comportamentais. Pessoas que são expostas a violência sexual tendem a aceitar esse tipo de abuso como uma forma natural de relação interpessoal.

Na maioria das vezes os agressores negam seus atos de abuso sexual contra crianças e adolescentes, geralmente por viverem em uma sociedade que julga esse tipo de crime como um dos mais deploráveis, principalmente no caso de incesto. Dentre esses abusadores há os que fazem o uso de violência física para ter controle sobre a vítima e os que usam outros métodos para atrair o menor (ZÚQUETE e NORONHA, 2012).

Silva (2010), p. 36, discorre sobre estratégias usadas pelo agressor, fazendo com que não ocorra o uso de força, na maioria dos casos, as agressões são cometidas de maneiras sutis e ardilosas:

A sedução, o aliciamento, a pressão, o castigo, o suborno, o engano, a conquista da confiança, a manipulação, a pressão psicológica, a surpresa, o controle, o aproveitamento da curiosidade natural da criança sobre a sexualidade, a chantagem, a mentira, a culpabilização, o tratamento especial, a coerção, as ameaças de violência ou de revelação.

Em sua pesquisa, Santos et al 2015, aponta que agressores sexuais de crianças e adolescente se faz maior do sexo masculino, sendo 98 % e 2% são por mulheres. Em relação a situação conjugal, solteiros 61,3%, casados 31,7%, outros 7%. Faixa etária, adolescentes 18,8%, adulto jovem, 20 a 24 anos, 22%, adulto 43,6%. ≥50 15,6%. Quanto ao uso de substâncias psicoativas 12,9% usaram e 87,1 não faz uso, em sua maioria os agressores de violência sexual não tem histórico de detenção anterior.

O índice de abusos sexuais em crianças e adolescentes perpetrados por adolescente tem aumentado, esse início precoce do jovem como o agressor se justifica pelo fato desse menor já ter sido vitimado em múltiplas formas no período anterior ao seu desenvolvimento biopsicossocial (GRIMALDI et al 2018).

Algumas vítimas só conseguem manifestar-se sobre a violência após se tornarem adultos, devido o sentimento de culpa, medo de serem responsabilizadas por destruir a família, temor de que o agressor cumpra as ameaças feitas para sustentar as agressões em segredo (HABIGZANG et al, 2011).

## 4.2 A VIDA DE UMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Bezerra (2017) afirma que a violência afeta as crianças e adolescentes em várias faces. É fundamental compreender questões relacionadas aos menores, situando toda sua complexidade em dinâmica social, psíquica e física, para seu reconhecimento como uma pessoa em desenvolvimento e que detém direitos assim como adultos. A população infanto-juvenil é protegida por leis, normas, decretos e convenções realizadas com o intuito de garantir seus direitos e que tenham um crescimento saudável.

### 4.2.1 Impactos e consequências

O índice de violência sexual no Brasil é alto, causando consequências na vida da vítima. Podendo vir seguida por violência física e psicológica. O agressor pratica além da violação sexual, castigos físicos como forma de controle, ameaçando e deixando exposto o que poderá ocorrer caso diga para alguém, se caracterizando como constantes ameaças psicológicas, abalando o emocional do menor (BEZERRA, 2017).

Silva (2010), discorre sobre quatro fatores acometidos há vítima de violência sexual, sendo eles: falta de poder, caracterizado por impotência e autoconceito de incapacidade; sexuação traumática, assim a sexualidade do menor será formada de maneira inadequada para o seu desenvolvimento, aprendendo que as ações sexuais podem ser utilizadas como meio de manipulação, podendo mostrar-se com uma sexualidade excessiva ou rejeitar tudo que vem do mesmo contexto; perda de confiança, na pessoa que há agrediu, se o caso for intrafamiliar, e sobre as pessoas que deveriam protegê-la; estigmatização, vergonha e culpa, desencadeando a maldade.

A experiência de um abuso sexual, de acordo com Santos (2015), pode afetar o desenvolvimento da criança e do adolescente de diferentes modos. Alguns desenvolvem efeitos menores ou nenhuma consequência aparente, enquanto outros apresentam graves problemas sociais, emocionais e psiquiátricos. A consequência da

violência sexual está relacionada a fatores internos a criança, quanto vulnerabilidade falta de rede de apoio social e afetiva.

Para analisarmos os impactos de um abuso sexual, segundo Antunes (2010), necessita-se de uma compreensão das influencias de acontecimentos potencialmente desestabilizadores em um desenvolvimento normativo, uma vez que as condições de um desenvolvimento apropriado estão afetadas. Florentino, p. 140 (2015), complementa afirmando, “compreender e avaliar a extensão das consequências do abuso sexual infanto-juvenil não é um trabalho fácil, pois existe uma enorme carência de estudos longitudinais”.

Quanto maior a frequência do abuso, maiores serão os impactos nas dimensões, sexual, física, moral e emocional na vida da criança e do adolescente, fazendo com que os mesmos, tenham dificuldades em sustentar relações afetivas, sexuais e amorosas saudáveis, uso de álcool e ou drogas, se envolvam em prostituição, problemas em se inserir na vida social, sentimento de inferioridade e culpabilidade (MINISTÉRIO PÚBLICO DE DF, 2015).

Ávila et al (2012), afirmam que a situação se torna mais grave se a família escolhe negar a realidade ou é desatenta mediante os sinais demonstrados pela criança ou pelo adolescente e a dificuldade de aceitar esse modo de violência no âmbito doméstico. Quando a família adquire essa postura, o trauma tende a se tornar crônico, fazendo com que se torne ainda mais difícil ajudar de maneira necessária a vítima, podendo fazer com que a mesma manifeste hiperatividade, queixas físicas frequentes, comportamento retraído e sensação de que seu corpo esteja sujo e contaminado.

Abeche (2016), afirma que a violência cometida na infância e adolescência pode neutralizar a possibilidade de aprender, interrompendo o desenvolvimento adequado, causar graves patologias. Inibe o uso da criatividade, tornando-se agressivos e violentos.

Crianças e adolescentes que são abusados sexualmente tem grande risco de adquirirem transtornos biopsicossociais, com repercussões em fatores cognitivos, comportamentais, físicos e emocionais (FONTES et al 2017).

Sobre as alterações na cognição, referem-se em: diminuição do rendimento escolar, baixa concentração e atenção, estado agudo de descompensação mental, refúgio em fantasias e distorção de crenças. As alterações comportamentais incluem: fugas do lar, agressividade, conduta autodestrutiva, hipersexualização, mudanças de

padrões alimentares e do sono, isolamento social, furtos e abuso de substâncias. Os sintomas físicos são os traumas e hematomas nas regiões genitais, oral e retal, ocasionando infecções e inflamações, coceira, desconforto em relação ao corpo, doenças psicossomáticas, gravidez e infecções sexualmente transmissíveis. Por fim as alterações emocionais incluem: sentimentos de raiva, tristeza, medo, irritabilidade, ansiedade, vergonha e culpa (HABIGZANG et al 2011).

Lira et al (2017), afirmam inequivocamente, exposição à violência sexual na infância é relacionado há danos em longo prazo, auxiliando para a manifestações de várias alterações representando fator de risco para o desencadeamento de diversas alterações psicológicas e funcional, dentre elas, depressão, ideias de suicídio e estresse pós-traumático. “O desenvolvimento de sintomas e quadros psicopatológicos dependerão da propensão das vítimas para apresentá-las”. (HOHENDORFF e PATIAS, p. 247, 2017)

#### **4.2.2. Denúncia**

A maioria dos episódios de violência sexual não são denunciados, fazendo com que as vítimas sofram em silêncio perante esse acontecimento tão prejudicial, crescem reprimidas, levadas a praticarem ações contrárias as suas vontades ou consentidas obtidas através de sedução enganosa ou indução, por uma pessoa que tenha uma inteligência, posição social ou econômica e idade superior, contribuindo para um crescimento e desenvolvimento inadequado (WOISKI e ROCHA 2010).

Em seu estudo, Pereira (2019) pressupõe que o motivo de ainda ser tão pouco denunciado esse agravo, é pelas cresças negativas entrelaçadas a esse tema. Esses mitos, como por exemplo, “a criança busca o abuso com um comportamento sedutor”, “ caso não ouve penetração o abuso se torna menos grave”; estão difundidos no discurso social, respondendo assim com sentimento de negação e minimizando a gravidade dessa violência, dificultando a recuperação das vítimas.

Na maioria das vezes, a vítima mediante o dilema de denunciar o abuso e enfrentar as consequências que esse ato irá trazer, prefere se manter em silêncio, por medo, vergonha, tolerância, ou até mesmo retirar a denúncia já feita, devido a pressão psicológica e, em alguns casos, à falta de apoio dos familiares, causando desengano

dos profissionais envolvidos, afirmando uma impotência no atendimento diante a esse problema (ÁVILA et al, 2012).

Roberto et al (2019) afirmam que por essas consequências, se torna difícil o encaminhamento das vítimas a uma assistência qualificada, dificulta as resoluções dos casos e o amparo a vitimada e seus familiares. Esse baixo índice de denúncia traz dificuldades no andamento de pesquisas sobre o tema e a implementação de novas políticas públicas de atendimento.

Oliveira et al (2014) enfatizam que no Brasil isso é enfrentado através do esforço dos diversos setores que atuam interligados nessa área, com projetos e implementações de políticas e programas estratégicos que divulgam e promove a saúde, juntamente com o sistema nacional de denúncia anônima, “disque 100”.

### 4.3 ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO HÁ CRIANÇA E ADOLESCENTE VITIMADAS SEXUALMENTE

#### 4.3.1 O profissional

Cuidar de um menor doente exige, além do cuidado técnico, indispensavelmente, o cuidado subjetivo, que irá envolver a individualidade e singularidade, vendo a criança como um ser único e como demonstra suas emoções e sentimentos. Contudo, colher a história de uma criança vítima de agressão sexual, além do cuidado físico, que será não menos doloroso, haverá também a necessidade do cuidado com o sofrimento emocional, relacionada com situação em que ela se encontra, juntamente com as diversas significações e dúvidas que a idade promove (WOISKI e ROCHA, 2010).

Balog (2019) enfatiza que dentre os profissionais de saúde prioritários no primeiro atendimento, está o enfermeiro, que juntamente com sua equipe, são responsáveis por orientar a vitimada sexualmente, realizar as profilaxias necessárias, acolher psicologicamente e promover meios de prevenção desse agravo.

O enfermeiro é responsável por orientar e apoiar sua equipe, ajudar no enfrentamento de dificuldades emocionais encontradas no momento do atendimento e direcionar as atribuições técnicas necessárias a equipe de enfermagem, neste momento doloroso e delicado para a criança ou adolescente (ROBERTO et al 2019).



Morais et al (2015) afirmam que violência sexual é capaz de induzir há vários sentimentos diferentes, aos que vivenciam o abuso e aos que lidam com crianças e adolescentes vítimas desse fenômeno. A vivencia desses casos podem gerar emoções ambíguas de fascínio, medo, pena, atração, ódio, culpa e repulsa. Sendo necessário que o profissional tenha uma postura humanizada em seu atendimento. Muitos profissionais não gostam de se deparar com esse tipo de violência.

Woiski e Rocha (2010) consideram importante que o profissional deve primeiramente avaliar suas próprias atitudes e disponibilidade emocional frente à casos pertinentes a violência sexual cometida sobre crianças e adolescentes.

#### **4.3.2 Atribuições do enfermeiro**

A enfermagem dentre suas vastas atuações implica em práticas sociais, assim deve-se apropriar de um conhecimento mais abrangente sobre o assunto e estabelecer nos seus processos de trabalho dimensões em que o cuidado tenha uma perspectiva de individualidade e coletividade, colocando em pratica por meio de ações educacionais, clínicas, administrativas e gerenciais, cumprindo com suas demandas e necessidades multifacetárias. Com isso, buscar remover a violência sexual infanto-juvenil da clandestinidade e compreender os processos que envolve esse fenômeno. A atividade de enfermagem é considerada complexa e ampla, compreendendo participação no diagnóstico; no tratamento; na notificação (SILVA et al, 2011).

No atendimento a vítima de violência sexual, deve-se fazer uma abordagem adequada, à vitimada e ao seu responsável, expondo menos possível a vítima e sua família, tendo um olhar criterioso, escutando com cuidado os depoimentos e se atentar se terá controversas nas histórias. Proporcionar uma assistência sem julgamentos e se preocupando com a qualidade das intervenções, tendo sempre em vista os aspectos éticos (ÁVILA et al, 2012).

O acolhimento é o primeiro passo para a assistência da criança ou adolescente vítima de abuso sexual. Instrumento facilitador para esse processo é o SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem, dividido em etapas realizadas de maneira que permite que o cuidado seja concretizado de forma científica e completa, tendo um olhar crítico em todas as dimensões que possam facilitar no atendimento (CARMO 2016).

Deve-se escutar a sua história, sem interromper ou solicitar detalhes desnecessários, sem preconceito, lembrando sempre que está perante à uma criança com vergonha, medo, se sentindo desamparada, humilhada, culpada e extremamente fragilizada. Necessário que o profissional estabeleça uma harmonia e vínculo, visando criar uma afinidade e ganhar a confiança do menor, explicar todos os procedimentos e nunca prometer o que não poderá se cumprir. Estratégias de deixar com que a criança ou adolescente desenhe, para que expresse seus sentimentos, se tornou um meio bastante utilizado, deixando com que a vitimada demonstre seu sofrimento através de símbolos (HUÇULAK et al, 2018).

O diagnóstico para a confirmação de abuso sexual é considerado um dos primeiros passos a serem dados na atenção à saúde da vítima, destaca-se a importância da anamnese e do exame físico, sendo procedimentos primordiais, ressaltando sinais comportamentais e físicos para a identificação da gravidade da violência. Indispensável que seja feita uma história clínica do paciente e, se houver, buscar evidências descobertas pelos demais profissionais, que do mesmo modo atenderam o menor (SILVA et al, 2011).

O enfermeiro por está em constante presença na instituição de saúde e sendo utilizado a abordagem correta em relação a prestação de cuidado da vítima, possibilita formação de um vínculo com o paciente, proporcionando uma relação interpessoal, facilitando a obtenção de detalhes que por muitas vezes, outros profissionais tem mais dificuldade em detectar, por não ficarem tão próximos e não ter um período prolongado de tempo em ambiente de trabalho. Assim, na maioria das vezes, o enfermeiro se torna o primeiro contato da vítima em uma rede de apoio (ÁVILA et al, 2012).

De acordo com Huçulak (2018), após todo atendimento em todas as instituições que envolve um agravo de violência sexual, a criança e ou adolescente deverá dar continuidade de seus cuidados em uma unidade de atenção primária, com características de integralidade e longitudinalidade, se torna importante o atendimento ser realizado individualmente e familiar.

### **4.3.3 Notificação**

A instituição de saúde ou o profissional deve preencher uma ficha de notificação de confirmação ou suspeita de maus-tratos, contra uma criança ou

adolescente, estabelecido pela Portaria nº 1.968 de 25 de outubro de 2001, e encaminhar para o órgão responsável para ser tomadas as devidas providências diante o caso, afirmando assim o comprometimento multiprofissional e organizacional em relação a violência infanto-juvenil (MINISTERIO DA SAÚDE 2001).

A violência contra a criança e adolescente é um agravo de notificação compulsória, devendo ser universalizada em todos os serviços e saúde do Brasil. A ficha é individual e deve ser utilizada para notificar qualquer confirmação ou caso suspeito de violência intrafamiliar/doméstica, autoprovocada, sexual, trabalho infantil, tráfico de pessoas, tortura, trabalho escravo e homofobia com agressão física. A ficha é composta por critérios agrupados em blocos, divididos em: dados gerais, dados residenciais, dados da cliente atendido, dados da ocorrência, violência, podendo ser sexual ou não, dados do suspeito autor da violência, encaminhamento e finalização. Todas as informações colhidas são digitalizadas na plataforma do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) pelas secretarias municipais de saúde, os dados serão transferidos a nível estadual e federal, compondo bancos de dados da cidade onde ocorreu (SOUZA, 2018).

De acordo com Platt et al (2018) é essencial que o preenchimento seja mais instrutivo e facilitado para os profissionais responsáveis por fazer as notificações pelo SINAN. Se torna importante promover capacitações multidisciplinares com mais frequência, sobre os instrumentos de notificação e sobre as atualizações sobre o tema violência sexual.

Após feito o levantamento histórico e colhido os dados pessoais da vítima em suspeita ou confirmação de violência sexual, deve-se entrar em contato com a delegacia de referência para ser feito a solicitação de exames periciais em ato libidinoso, lesão corporal, conjunção carnal, toxicológicos e a designação de um perito ad hoc que irá atender a criança ou adolescente e ajudara na investigação (HUÇULAK et al 2018).

#### **4.3.4 Intervenções clínicas laboratoriais**

A OMS e o MS enfatizam que a vítima necessita receber cuidados com integralidade dos setores e para auxiliar no diagnóstico deve-se colher amostras para

investigação com exames forenses e laboratoriais. Se faz necessário que seja colhido material das cavidades genital, retal e oral (SILVA et al 2018).

Quadro 1- Exames possivelmente solicitados

Swabs	Sangue, espermatozoide e PSA
Coletas de culturas	
Sorologias para ISTs	Hepatites virais, AIDES/HIV, sífilis
Fosfatase	Fluido seminal
Pesquisar DNA	
Verificar tipagem sanguínea	
Beta HCG	Compatível com a período do evento
Exame himenal	Rotura recente
EAS	Análise toxicológica

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Após procedimentos de secagem dos materiais e todos devidamente guardados de maneira adequada, encaminha-los o mais breve possível para o Instituto Médico Legal, para ser feitas todas as investigações necessárias para a confirmação da agressão (SILVA et al, 2011).

As verificações médico legais são de enorme importância em casos de violência sexual, tanto para a confirmação do crime como para a identificação e a responsabilização do autor do abuso (DREZETT et al, 2011).

Em alguns casos no decorrer da violência sexual a vítima sente sua vida ameaçada; e posteriormente sente-se culpa por não ter reagido e angústia sobre as consequências de um ato sexual não consensual. Muitas pessoas são leigas e não dispõem de informações sobre ISTs, gerando ansiedade e medo de contágio. Mediante a tantas infecções sexualmente transmissíveis, a profilaxia pós-violência sexual considera os agravos de repercussão clínica mais relevância, com maior risco de transmissão em caso de exposição, mesmo não tendo lesões aparentes (HUÇULAK et al 2018).

A profilaxia é indicada em casos que a vitimada sexualmente procure ao atendimento até setenta e duas horas posteriormente ao abuso e que houve contato com secreções (PLATT et al, 2018).

É fundamental confirmar se houve penetração e se foi ou não usado preservativo para que possa fazer o uso de alguns medicamentos antes mesmo dos resultados dos exames. É obrigatório que seja preenchimento um formulário para a solicitações dessas medicações (SAÚDE 2017).

Quadro 2 – Esquema para profilaxia pós violência sexual

Contracepção	Anticoncepcional oral com 1,5mg de levonorgestrel em dose única
Sífilis	Penicilina Benzatina. 50.000 UI/kg IM dose única
Gonorreia	Ceftriaxona – 125 mg IM dose única. Doxiciclina – 100 mg VO de 12 em 12 horas durante 7 dias.
Chlamydia trachomatis	Azitromicina 20 mg/kg (máximo 1 g) VO, dose única
Triconomíase ou vaginose bacteriana	Metronidazol 15 mg/kg/dia de 8 em 8 horas VO por 7 dias. Em maiores de 45 kg: 2 g VO, dose única.
HEPATITE B	Checar esquema vacinal. Se completo: conduta encerrada.
HIV / AIDS	Usar por 28 dias a associação: Lamivudina/Tenofovir + Atazanavir + Ritonavir.

Fonte: Setor de Vigilância em Saúde, 2017.

Em caso da profilaxia medicamentosa não for realizada, o profissional estará indo contra ao que é preconizado pelo Protocolo da Rede de Atenção Integral as Pessoas em Situação de Violência Sexual (PLATT, 2018).

#### 4.3.5 Prevenção e Promoção a saúde

Ávila et al (2012), salientam que o enfermeiro é um membro de bastante relevância dentro da equipe multidisciplinar, nos Programas de Saúde da Família, Saúde Escolar, nas Unidades Básicas de Saúde, ou seja, estará presente em diversos

locais nos quais poderá desenvolver a proteção, prevenção, recuperação da saúde da criança e do adolescente. Tornando possível fazer análises dos sinais clínicos e recolher indicadores psicossociais de agressões, sendo feita através de entrevistas, anamneses e exames físicos.

Martins e Jorge (2010) afirmam que é necessário um trabalho de detecção precoce, com o propósito de diminuir as ocorrências, e possibilitar um acompanhamento e tratamento adequado há vítima, afim de reduzir os impactos decorrentes de violência sexual, sendo responsabilidade de diversos órgãos e setores competentes, sendo eles, instituições de saúde, escola, poder jurídico, organizações governamentais e não governamentais, creches, conselhos tutelares e instituições de atendimento a crianças e adolescentes.

Deve haver como objetivo, romper o ciclo das violências sexuais, sendo preciso planejar atendimentos adequados as vítimas, implementando cuidados indispensáveis a este problema, partindo de capacitações constantes da equipe. A assistência dos profissionais deve conter ações que vá desde o micro aos macros sistemas, ou seja, a família, a comunidade, a escola, redes de grupos de apoio e as políticas públicas de saúde voltadas as crianças e adolescestes vítimas de violência sexual. Assim considera que a atenção à saúde tem a necessidade de ser multiprofissional e Inter setorial, com abordagens interdisciplinares e transdisciplinares, visando ações efetivas para a promoção da saúde da vítima (ÁVILA et al, 2012).

Sommer et al (2017) afirmam que violência infanto-juvenil, independente da sua modalidade, além de ser um problema de saúde pública é caracterizado como um agravo social, tornando necessário atenção de serviços de investigação, de intervenções, proteção e do sistema político. Sendo um fenômeno causador de impactos individuais, familiares e sociais, a prevenção é a principal ferramenta para diminuição de caos, promovendo alterações no contexto da vida desse menor, potencializando a proteção, fazendo com que os fatores de risco diminuam.

A violência sexual é um agravo que mobiliza diferentes áreas de conhecimento, assim se torna importante formar parcerias das diversas áreas de atuação, buscando promover estratégias de intervenção e prevenção no enfrentamento desse fenômeno. Assegurando assim os princípios legais estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (PLATT et al 2018).

Pereira (2019) afirma que apesar das leis existentes, dos movimentos sociais e dos vários estudos sobre violência sexual, ainda há muitas lacunas existentes em relação a esse fenômeno, comprometendo assim uma discussão social mais ampla, surgimento de novas ações preventivas e planejamentos mais adequados para lidar com esse agravo.

#### 4.4 COMPREENSÃO DE FUNDAMENTOS JURÍDICOS PARA UMA MELHOR INTEGRALIDADE

De acordo com a lei nº 13.431 de 04 de abril de 2017 em relação aos direitos da criança e do adolescente, vítimas ou testemunhas, violência sexual é definida como “qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não”. (BRASIL, Art. 3º, III, 2017)

É de fundamental importância conhecer as leis que asseguram as crianças e adolescentes quanto seres humanos detentores de direitos, para que seja cumprido os princípios de proteção integral, promoção a saúde e que as medidas necessárias sejam tomadas. Sendo elas à Constituição da República Federativa do Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código Penal Brasileiro (PIRES et al 2016).

##### **4.4.1 Constituição da república federativa do Brasil**

Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 4.º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

##### **4.4.2 Estatuto da Criança e do Adolescente**

Lei 8.069/1990, com alterações da Lei 11.829/2008:

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

Art. 240. Produzir, reproduzir, dirigir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, cena de sexo explícito ou pornográfica, envolvendo criança ou adolescente:

Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 8 (oito) anos, e multa.

§ 2º Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) se o agente comete o crime:

I – No exercício de cargo ou função pública ou a pretexto de exercê-la;

II – Prevalendo-se de relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade; ou

III – prevalecendo-se de relações de parentesco consanguíneo ou afim até o terceiro grau, ou por adoção, de tutor, curador, preceptor, empregador da vítima ou de quem, a qualquer outro título, tenha autoridade sobre ela, ou com seu consentimento. ”

Art. 241. Vender ou expor à venda fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente:

Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 8 (oito) anos, e multa.

Art. 241-A. Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, distribuir, publicar ou divulgar por qualquer meio, inclusive por meio de sistema de informática ou telemático, fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente:

Pena – reclusão, de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa.

Art. 241-B. Adquirir, possuir ou armazenar, por qualquer meio, fotografia, vídeo ou outra forma de registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

§ 1º A pena é diminuída de 1 (um) a 2/3 (dois terços) se de pequena quantidade o material a que se refere o caput deste artigo.

§ 2º Não há crime se a posse ou o armazenamento tem a finalidade de comunicar às autoridades competentes a ocorrência das condutas descritas nos arts. 240, 241, 241-A e 241-C desta Lei, quando a comunicação for feita por:



I – Agente público no exercício de suas funções;

II – Membro de entidade, legalmente constituída, que inclua, entre suas finalidades institucionais, o recebimento, o processamento e o encaminhamento de notícia dos crimes referidos neste parágrafo;

III – Representante legal e funcionários responsáveis de provedor de acesso ou serviço prestado por meio de rede de computadores, até o recebimento do material relativo à notícia feita à autoridade policial, ao Ministério Público ou ao Poder Judiciário.

Art. 241-C. Simular a participação de criança ou adolescente em cena de sexo explícito ou pornográfica por meio de adulteração, montagem ou modificação de fotografia, vídeo ou qualquer outra forma de representação visual:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

Art. 241-D. Aliciar, assediar, instigar ou constranger, por qualquer meio de comunicação, criança, com o fim de com ela praticar ato libidinoso:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

Parágrafo único. Nas mesmas penas incorre quem:

I – Facilita ou induz o acesso à criança de material contendo cena de sexo explícito ou pornográfica com o fim de com ela praticar ato libidinoso;

II – Pratica as condutas descritas no caput deste artigo com o fim de induzir criança a se exhibir de forma pornográfica ou sexualmente explícita.

#### **4.4.3 Código Penal Brasileiro**

Estupro de vulnerável

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:

Pena – reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

§ 3º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos.

§ 4º Se da conduta resulta morte:

Pena – reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

Art. 218-B. Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone:

Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos.

§ 1º Se o crime é praticado com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.

Pornografia

Art. 234:"Fazer, importar, exportar, adquirir ou ter sob sua guarda, para fim de comércio ou distribuição ou de qualquer exposição pública, escrito, desenho, pintura, estampa ou qualquer objeto obsceno."

Pena: detenção, de seis meses a dois anos ou multa.

Abuso, violência e exploração sexual de crianças e adolescentes são enquadrados penalmente como corrupção de menores e atentado violento ao pudor, caracterizado por violência física ou grave ameaça.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado discorre sobre um tema visto ainda como um tabu pela sociedade, mesma sendo considerado um agravo de saúde pública e sendo causador de graves danos no desenvolvimento de uma criança e adolescente. Sendo também um evento mórbido e com altos índices epidemiológicos, tornando ainda mais grave por muitos casos ainda não serem denunciados, por medo e tolerância das vítimas em relação aos agressores.

O enfermeiro é considerado um dos principais profissionais recomendados para fazer o primeiro atendimento ao menor vitimado sexualmente, sendo responsável também pelo preparo de sua equipe frente a ocorrência desse fenômeno.

O atendimento da crianças e adolescentes além de ser prestado por toda equipe multiprofissional da unidade de saúde deverá ser multi setorial, abarcando todos setores que possam prevenir esse agravo. O poder judiciário é de enorme ajuda para a concretização de ações de investigações de casos e punições ao agressor.

O trabalho prestado pelo profissional de enfermagem consiste em atribuições no acolhimento, diagnóstico e notificação. Após o atendimento finalizado em ambos setores vinculados a esse agravo, o menor continuará o atendimento e fará acompanhamento da sua evolução em uma rede de atenção primária, salientando a importância da participação da família da vítima.

A atenção primária com sua proposta de prevenção é responsável pela educação em saúde, função atribuída a equipe de enfermagem que com estratégia saúde da família desenvolve atividades educacionais visando uma melhor qualidade de vida ao indivíduo e da coletividade.

A muito a ser estudado em relação a esse fenômeno, ainda há muitas dificuldades de trabalho nessa área, sendo importante haver capacitações com atualizações e condições estabelecidas pelas leis vigentes. A atuação de diversos setores em planejamento de ações que visam a diminuição do índice de casos se torna o principal meio de promover a saúde e um desenvolvimento adequado para as crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

ABECHE, Camila Vaz. **Personalidade, estilos parentais e cognição em meninos vítimas de abuso sexual**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2016.

ALBERTO, Mari de Fátima Pereira, et al. **Os agentes sociais da rede de proteção e atendimento no enfrentamento da exploração sexual comercial**. Porto Alegre: Psicologia: Reflexão e crítica, 2012.

ANTUNES, Carla Margarida Vieira. **Abuso sexual na infância e adolescência: uma leitura narrativa do impacto e dos processos conducentes à resiliência**. Braga-Portugal: Repositorium, 2010.

ÁVILA, Janaina Amorim de et al. **Conhecimento dos enfermeiros frente ao abuso sexual**. Santos: Av.enferm, 2012.

BALOG, Ana Julieta Parente. **Representações e práticas dos profissionais da saúde sobre a violência sexual**. Araraquara: UNESP, 2019.

BEZERRA, Mayara Simon. **Infância descolorida: a criança vítima de violência sexual e o trabalho interdisciplinar**. Franca: Repositório institucional UNESP, 2017.

BRASIL. **Constituição federal da republica do Brasil, emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016.

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

BRASIL. **Lei nº 2.848 de 7 de setembro de 1940**. O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte Lei: CÓDIGO PENAL. Brasília, 1940.

BRASIL. **Lei nº 13.431 de 4 de abril de 2017**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), Brasília, 2017

BRITTO, Mariana Gonçalves d'Afonseca de, et al. **Evento traumático, fibromialgia e complicações na saúde: um estudo de caso**. São Paulo: Psicologia hospitalar, 2014.

CARMO, Lídia Pereira do. **Violência sexual: atuação do enfermeiro no atendimento à criança e ao adolescente**. Ariquemes: REPINS FAEMA, 2016

DREZETT, Jeffersson et al. **Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes**. São Paulo: Ver. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum; 2011.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérnago. **As possíveis consequências do abuso sexual praticados contra crianças e adolescentes**. São João del-Rei: Fractal, 2015

FONTES, Luiz Felipe Campos, et al. **Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental**. Porto Alegre: Ciência & Saúde Coletiva, 2017.

GRIMALDI, Emanoela et al. **Agressor sexual de crianças e adolescentes: perfil e perpetração em uma década de registros nas delegacias especializadas**. Rio de Janeiro: adolescência & saúde, 2018.

HABIGZANG, Luísa Fernanda, et al. **A Revelação de Abuso Sexual: As Medidas Adotadas pela Rede de Apoio**. Brasília: Psicologia: Teoria e pesquisa, 2011.

HOHENDORFF, Jean Von. PATIAS, Naiana Dapieve. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicação de manejo**. Santa Cruz do Sul: Barbarói, 2017.

HUÇULAK, Marcia, et al. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual**. Curitiba: SESA, 2018.

LIRA, Margaret Olinda de Souza Carvalho e, et al. **Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta**. Petrolina: Enferm, 2017.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. JORGE, Maria Helena Prado de Mello. **Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil**. Florianópolis: Enferm, 2010

MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.968 de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. Brasília-DF, 2001.

MORAIS, Roberta Laíse Gomes Leite, et al. **Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes**. Recife: Rev. Enferm. UFPE online, 2015.

OLIVEIRA, Jacqueline Reiter de, et al. **Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao logo de uma década**. Feira de Santana: Ciência & Saúde Coletiva, 2014.

PEREIRA, Camila de Alencar, et al. **Validação da escala de crenças sobre abuso sexual (ecas) no contexto brasileiro**. Bragança Paulista: Psico-USF, 2019.

PIRES, Antônio Cecílio Moreira, et al. **Estudos sobre a violência contra a criança e o adolescente**. São Paulo: Libro, 2016.

PLATT, Vanessa Borges, et al. **Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências**. Florianópolis: Ciência & Saúde Coletiva, 2018.

RECH, Natalia Bettú, et al. **Relações abusivas: a violência sexual no contexto familiar**. Santa Catarina: Anuário de pesquisa e extensão Unoesc Videira, 2019

ROBERTO, Neyela Taiany Souza et al. **Assistência de enfermagem à crianças vítimas de abuso sexual no serviço de saúde do Brasil**. Alagoas: Cadernos de graduação, ciências biológicas e de saúde, 2019.

SAÚDE, Ministério da. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Boletim epidemiológico, Secretaria de vigilância em saúde, 2018.

SAÚDE, Setor de vigilância. **Atendimento no pronto socorro de criança vítima ou suspeita de abuso sexual**. Uberaba: UFTM, 2017.

SANTOS, Camila de O. et al. **Violência contra crianças e adolescentes: análise sócio-histórica do desenvolvimento da violência no processo de sociabilidade do homem**. Londrina: Universidade estadual de Londrina 2015.

SANTOS, Marconi de Jesus et al. **Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola**. Brasília: Epidemiol. Serv. 2018.

SILVIA, Ana Paula Martins da. **As ações dos enfermeiros que atuam na urgência no atendimento de crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual**. Belém: Plataforma Sucupira Capes, 2015.

SILVA, Daiane dos Santos Ribeiro da. **Proposta de um plano de prevenção de violência sexual exercida contra menores**. Portugal: ICBAS-UP 2010.

SILVA, Lygia Maria Pereira da, et al. **Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília: Reben 2011.

SILVA, Welington dos Santos et al. **Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations**. Salvador: Ciência & Saúde Coletiva, 2018.

SOMMER, Damiana et al. **Caracterização da violência contra crianças e adolescentes: indicativos para a prática do enfermeiro**. Alto Uruguai: revista de enfermagem, 2017.

SOUZA, Ingrid Zeferino. **Abuso sexual infantil: uma abordagem necessária na graduação de enfermagem**. Ariquemes: REPINS FAEMA, 2017.


TERRITORÍOS, Ministério público do Distrito Federal. **Violência sexual contra criança e adolescente: identificação e enfrentamento**. Distrito federal: MPDFT, 2015

VEGA, Luciana Barbosa da Silva. PALUDO, Simone dos Santos. **Exploração sexual e rede de proteção na perspectiva da vítima**. Rio de Janeiro: Arquivos brasileiros de psicologia, 2015.

WOISKI, Ruth Oliveira Santos. ROCHA, Daniele Laís Brandalize. **Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar**. Curitiba: Enferm, 2010.

ZÚQUETE, José Gonçola Estrela. NORONHA, Ceci Vilar. **Pedófilos e agressores sexuais de crianças e adolescentes, narrativas a partir do cárcere**. Salvador: EDUFBA, 2012.

ANEXO A - Ficha de notificação



**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS**

Nº

**Definição de caso:** 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.

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	<b>1</b> Data da Notificação	<b>2</b> UF	<b>3</b> Município de Notificação	<b>Código (IBGE)</b>	
	<b>4</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	<b>Código (CNES)</b>			
	<b>5</b> Data da Ocorrência do Evento	<b>6</b> Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
Dados da Pessoa Atendida	<b>7</b> Nome			<b>8</b> Data de Nascimento	
	<b>9</b> Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	<b>10</b> Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	<b>11</b> Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado		
	<b>12</b> Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	<b>13</b> Escolaridade 01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 10) Não se aplica 99) Ignorado	<b>14</b> Ocupação		
	<b>15</b> Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		<b>16</b> Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	<b>17</b> Possui algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva		<b>18</b> Número do Cartão SUS		
	<b>19</b> Nome da mãe				
	Dados de Residência	<b>20</b> UF	<b>21</b> Município de residência	<b>Código (IBGE)</b>	<b>22</b> Bairro de residência
		<b>23</b> Logradouro (rua, avenida,...)			<b>24</b> Número
		<b>25</b> Complemento (apto., casa, ...)		<b>26</b> Ponto de Referência	<b>27</b> CEP
		<b>28</b> (DDD) Telefone		<b>29</b> Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	<b>30</b> País (se residente fora do Brasil)
<b>31</b> Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado					
<b>32</b> UF		<b>33</b> Município de Ocorrência	<b>34</b> Bairro de ocorrência		
<b>35</b> Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			<b>36</b> Número		
<b>37</b> Complemento (apto., casa, ...)		<b>38</b> Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
<b>39</b> Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<b>40</b> A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Dados da Ocorrência	<b>41</b> Meio de agressão <input type="checkbox"/> Arma branca 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Arma de fogo 4 - Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Objeto contundente 5 - Queimadura <input type="checkbox"/> Força corporal 6 - Outros		<b>42</b> Tipo de violências <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Outros		



<b>Violência Sexual</b>	<b>43</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>44</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
<b>Dados do provável autor da agressão</b>	<b>45</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	<b>46</b> Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>47</b> Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado	<b>48</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não 9- Ignorado
<b>Em caso de violência sexual</b>	<b>49</b> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>Evolution e encaminhamento</b>	<b>50</b> Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
<b>Evolution e encaminhamento</b>	<b>51</b> Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		<b>52</b> Se óbito pela agressão, data _____	
<b>Evolution e encaminhamento</b>	<b>53</b> Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>Evolution e encaminhamento</b>	<b>54</b> Circunstância da lesão (confirmada) CID 10 _____		<b>55</b> Classificação final 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado <input type="checkbox"/>	
<b>Informações complementares e observações</b>				
<b>TELEFONES ÚTEIS</b>				
<b>Disque-Saúde</b> 0800 61 1997	<b>Central de Atendimento à Mulher</b> 180	<b>Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes</b> 100		
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
Nome		Assinatura		
Função				
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais				
SVS 28/06/2006				

**ANEXO B - Ficha de solicitação de medicamentos-Profilaxia**

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia					
1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)					
2 - Nº de Prontuário	3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta	4 - Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	5 - Data da exposição		
6 - Circunstância de exposição <input type="checkbox"/> Acidente Ocupacional <input type="checkbox"/> Exposição Sexual Consentida <input type="checkbox"/> Planejamento Reprodutivo <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		7 - Nº de dias para dispensa	8 - Categoria de usuário (Populações Chave) <input type="radio"/> Gays e outros homens que fazem sexo com homens <input type="radio"/> Profissional do Sexo <input type="radio"/> Pessoas que usam álcool e outras drogas <input type="radio"/> Transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outras populações		
		Transmissão Vertical: <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> RN de mãe infectada pelo HIV			
9 - Esquema preferencial para PEP		<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Atazanavir 300mg (ATV) + ritonavir 100mg (r) (1 comp./dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)			
10 - Esquemas alternativos para PEP		<input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Atazanavir (ATV/r) + ritonavir 100mg (r) (2 comp./dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia) <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Lopinavir/r (LPV/r) 300mg/150mg (1 comp./dia) (4 comp./dia) <input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Tenofovir 300mg (2 comp./dia) (1 comp./dia)			
11 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)					
<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNQ)</b>					
<b>ANTIRETROVIRAL</b>	Tenofovir / Lamivudina	<input type="text"/>	comp. de 300mg / 300mg/dia		
	Zidovudina / Lamivudina	<input type="text"/>	comp. de 300mg / 150mg/dia		
	Abacavir - ABC	<input type="text"/>	comp. de 300mg/dia	<input type="text"/> mL de s.d. oral 20mg/mL/dia	
	Didanosina - ddI	<input type="text"/>	caps. de 250mg/dia	<input type="text"/> caps. de 400mg/dia	
	Estavudina - d4T	<input type="text"/>		<input type="text"/> mL de sol. oral 1mg/mL/dia	
	Lamivudina - 3TC	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Tenofovir - TDF	<input type="text"/>	comp. de 300 mg/dia		
	Zidovudina - AZT	<input type="text"/>	caps. de 300mg/dia	<input type="text"/> Solução injetável 10 mg/mL/dia	
				<input type="text"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)</b>				
	Efavirenz - EFZ	<input type="text"/>	comp. de 600mg/dia	<input type="text"/> caps. de 200 mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 30 mg/mL/dia
	Nevirapina - NVP	<input type="text"/>	comp. de 200mg/dia		<input type="text"/> mL de suspensão oral 10mg/mL/dia
	<b>Inibidores de Protease (IP)</b>				
	Atazanavir - ATV	<input type="text"/>	caps. de 200mg/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/> caps. de 300 mg/dia
	Darunavir - DRV	<input type="text"/>	comp. de 300mg/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/> comp. de 150mg/dia
			<input type="text"/>	<input type="text"/> comp. de 75mg/dia	
			<input type="text"/>	<input type="text"/> comp. de 600mg/dia	
Fosamprenavir - FPV	<input type="text"/>	comp. de 700mg/dia		<input type="text"/> mL de suspensão oral 50mg/mL/dia	
Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="text"/>	comp. de 200mg / 50 mg/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/> Comp. de 100mg / 25mg/dia	
				<input type="text"/> mL de s.d. oral 80mg/mL / 20mg/mL/dia	
Ritonavir - RTV	<input type="text"/>	caps. de 100mg/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/> comp. de 100mg/dia	
				<input type="text"/> mL de sol. oral 80mg/mL/dia	
Saquinavir - SQV	<input type="text"/>	caps. mde de 200mg/dia			
<b>ARV de Terceira Linha</b>					
Darunavir - DRV	<input type="text"/>	comp. de 300mg/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/> comp. de 150mg/dia	
				<input type="text"/> comp. de 75mg/dia	
				<input type="text"/> comp. de 600mg/dia	
Enfuvirtida - T20	<input type="text"/>	frasco-amp. de 90 mg/mL/dia			
Etravirina - ETR	<input type="text"/>	comp. de 100mg/dia			
Maraviroque - MVQ	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia			
Raltegravir - RAL	<input type="text"/>	comp. de 400mg/dia			
Tipranavir - TPV	<input type="text"/>	caps. de 250mg/dia		<input type="text"/> mL de sol. oral 100mg/mL/dia	
12 - Médico Data ____/____/____ CRM: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>		13 - Farmacológico responsável Data ____/____/____ CRF: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>		14 - Recebi em ____/____/____ <small>(assinatura do usuário)</small>	
Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.					

### ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.
2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será a viada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.

**ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".**

Versão Setembro – 2015

### DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01 - Nome do usuário:** Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.
- 02 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do Usuário SUS.
- 03 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/pessoa exposta:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém nascido ou da pessoa exposta
- 04 - Sexo do nascimento:** informar o sexo ao nascimento
- 05 - Data da exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.
- 06 - Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente ocupacional, exposição sexual consentida, planejamento reprodutivo, violência sexual, outros. E caso seja profilaxia da transmissão vertical se é para a parturiente ou para o RN da mãe infectada pelo HIV.
- 07 - Nº de dias para dispensa:** Informar o número de dias de profilaxia dispensado.
- 08 - Categoria de Usuário:** Informar se o usuário pertence a uma das populações chave. Este campo deve ser preenchido conforme a autodeclaração do usuário.
- 09 - Esquema Preferencial para PEP: TENOFOVIR/LAMIVUDINA (TDF/3TC)<sub>300/300mg</sub> + ATAZANAVIR<sub>300mg</sub> + ritonavir<sub>100mg</sub>.** 1 comprimido de cada ao dia. Ao escolher esse esquema, basta assinalar um "x" e o campo 11 não precisa ser preenchido.
- 10 - Esquemas Alternativos de PEP:** Apenas em caso de contraindicação ao esquema preferencial, basta assinalar um "x" e o campo 11 não precisa ser preenchido. Nos quadros abaixo os ARV indicados em caso de necessidade de substituição.

Esquema preferencial para PEP	Contraindicação ao	Esquemas alternativos de PEP
<b>TDF/3TC + ATV/r</b>	TDF	<b>AZT/3TC + ATV/r</b>
	ATV/r	<b>AZT/3TC + LPV/r</b>
	ATV/r e LPV/r	<b>AZT/3TC + TDF</b>

- 11 - Medicamentos ARV:** Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contraindicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multixperimentados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de **ARV de terceira linha** necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde).
- 12 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
- 13 - Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensa.
- 14 - Dispensa:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.



## RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

**DISCENTE:** Michel de Amorim Bollis

**CURSO:** Enfermagem

**DATA DE ANÁLISE:** 29.07.2020

### RESULTADO DA ANÁLISE

#### Estadísticas

Suspeitas na Internet: 1,31%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet 

Suspeitas confirmadas: **1,58%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados 

Texto analisado: **95,55%**

*Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).*

Sucesso da análise: **100%**

*Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.*

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11  
quarta-feira, 29 de julho de 2020 12:36

### PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho do discente **MICHEL DE AMORIM BOLLIS**, n. de matrícula **21869**, do curso de Enfermagem, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 1,31%. Devendo o aluno fazer as correções que se fizerem necessárias.

(assinado eletronicamente)  
**HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO**  
Bibliotecária CRB 1114/11  
Biblioteca Júlio Bordignon  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente