



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LÍDIA PEREIRA DO CARMO

**VIOLÊNCIA SEXUAL:
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À
CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**

ARIQUEMES – RO
2016

Lídia Pereira do Carmo

**VIOLÊNCIA SEXUAL:
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À
CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Rafael Alves Pereira

Ariquemes – RO

2016

Lídia Pereira do Carmo

**VIOLÊNCIA SEXUAL:
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À
CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**

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.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientador: Prof. Esp. Rafael Alves Pereira
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.^a Esp. Thays Dutra Chiaratto Veríssimo
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.^a Esp. Jessica de Sousa Vale
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes - RO, 06 de dezembro de 2016.

AGRADECIMENTOS

Como já dizia Camelo: “É preciso força pra sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê”. Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência e perseverança para chegar até aqui, mesmo sabendo que ainda não cheguei ao fim da estrada, mas há ainda uma longa jornada pela frente. Eu jamais chegaria até aqui sozinha. Minha eterna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, sem Ele nada sou. Mesmo sem merecer, Deus tem me presenteado todos os dias, esta graduação foi um presente incrível! Ele também colocou pessoas maravilhosas na minha vida.

Agradeço aos meus pais, Asterio e Delma, meus maiores exemplos. Obrigada por cada incentivo e orientação, pelas orações em meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho correto. Obrigada por estarem ao meu lado sempre!

Ao meu esposo Adair, companheiro em todos os momentos, meu amigo que sempre me apoio para eu chegar até aqui. Obrigada por acreditar em mim quando eu mesma já não acreditava.

Agradeço aos meus filhos, Vitor Hugo e Thaissa Vitoria, pelo amor, compreensão, torcida e por viverem este sonho juntamente comigo. Pois vocês e a razão do meu esforço.

Agradeço aos meus irmãos (a) e cunhados (a) queridos pelas orações, apoio, amizade, carinho e compreensão durante toda esta jornada.

Agradeço ao pastor Valdir e família e aos demais irmãos da Igreja Assembléia de Deus Ministério de Madureira de Alto Paraíso pela força e pelas orações em meu favor.

Agradeço em especial às amigas Janescleia e Nilce, pela valorosa amizade durante todo este percurso.

Agradeço também a todos os colegas de trabalho, que sempre me apoiaram e me incentivaram a estudar. Obrigada também por compreenderem, muitas vezes, a minha ausência no trabalho.

Meus agradecimentos também ao professor Esp. Rafael Alves Pereira, meu Orientador que, diante das circunstâncias nos últimos meses, fez o possível para me ajudar. De coração, obrigada!

Agradeço a todos os professores da FAEMA por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional. Por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Hoje nos despedimos.

Por vários anos passamos por dificuldades, inseguranças, erros, acertos, vitórias e alegrias.

Chegamos ao final com a certeza do dever cumprido.

Durante todo esse tempo fomos colegas, amigos e até irmão, choramos e sorrimos muitas vezes juntos e isso nos fez pessoas diferentes. Diferentes porque o riso e a lágrima têm a capacidade de unir pessoas e ao nos separarmos levamos um pouco um do outro e deixamos um pouco de nós. Colegas muitas lutas nos esperam! Mas tenhamos sempre em nós essa força que nos trouxe até aqui e que agora nos levará a seguir caminhos diferentes. A saudade de todos e a esperança de um breve reencontro estarão sempre em nossos corações.

A criança é inocente, vulnerável e dependente. Também é curiosa, ativa e cheia de esperança. Seu universo deve ser de alegria e paz, de brincadeiras, de aprendizagem e crescimento. Seu futuro deve ser moldado pela harmonia e pela cooperação. Seu desenvolvimento deve transcorrer à medida que amplia suas perspectivas e adquire novas experiências. Mas para muitas crianças a realidade da infância é muito diferente.

ONU- Encontro Mundial de Cúpula pela Criança, 30 de setembro de 1990.

RESUMO

A violência contra criança e adolescente vem tornando-se um problema de relevância social e científica, constituindo-se um grave problema de saúde pública por provocar forte impacto na morbimortalidade desta população, fazendo-se questionar sobre a figura do enfermeiro diante desta problemática. O presente trabalho procurou refletir sobre a atuação do enfermeiro frente à criança e o adolescentes vitimados sexualmente, buscando destacar sua magnitude, bem como abordar os preceitos legais e a importância do atendimento prestado por este profissional, visto que a violência sexual é um fenômeno complexo e de difícil identificação por se tratar de um fato que na maioria das vezes percorre o ambiente familiar. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, não há delineamento temporal das publicações. A pesquisa foi realizada por meio de base de dados online, documentos legais, acervo da biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Diante da pesquisa pode-se perceber que, para a identificação dos casos da violência contra criança e adolescente, os profissionais da saúde precisam estar atentos e capacitados para saber reconhecer sinais e comportamentos suspeitos que indiquem violência, pois são muitas as maneiras de maus tratos, podendo ser confundido com o diagnóstico de outras patologias.

Palavras-chave: Violência Sexual; Abuso Sexual; Papel do Enfermeiro; Criança.

ABSTRACT

Violence against children and adolescents is becoming a social and scientific relevance problem, becoming a serious public health problem by causing strong impact on morbidity and mortality in this population, and making questioning the nurse's figure on this issue. This study aimed to reflect on the role of the nurse in the child and adolescent sexually victimized, seeking to highlight its magnitude as well as addressing the legal requirements and the importance of the service provided by this professional, as sexual violence is a complex phenomenon and difficult to identify because it is a fact that most often runs the family environment. This is a literature review of research; there is no temporal design of publications. The survey was conducted through online databases, legal documents, Bordignon da Julius library collection of the Faculty of Education and Environment - FAEMA. Before the research can be seen that, for the identification of cases of violence against children and adolescents, health professionals need to be alert and able to know how to recognize signs and suspicious behaviors that indicate violence, because there are many ways of ill-treatment, it may be mistaken for the diagnosis of other diseases.

Keywords: Sexual Violence; Sexual Abuse; Role of the Nurse; Child.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação das 05 fases do desenvolvimento psicosexual de Freud	18
Quadro 2 - Apresentação de alguns sinais, sintomas e indicadores de negligência .	30
Quadro 3 - Apresentação de alguns sinais, de maus tratos físicos.....	31
Quadro 4 - Apresentações de alguns sinais, sintomas e indicadores de maus psicológico/emocional	32
Quadro 5 - Apresentação de alguns questionamentos que deve ser feito pelo profissional de saúde diante da suspeita de violência.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e Adolescência
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CF	Constituição Federal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DPCA	Diretoria de Polícia da Criança e Adolescente
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema de Análise e Recuperação de Literatura Médica Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização

SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SciELO	Scientif Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas Para a Infância
VIVA	Vigilância de Violência e Acidentes

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 METODOLOGIA	15
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
4.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	16
4.2 ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: MARCO NA PROTEÇÃO INTEGRAL	20
4.3 CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA INFANTIL	23
4.4 PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE	28
4.4.1 Negligência	29
4.4.2 Violência física	30
4.4.3 Violência psicológico/emocional	31
4.4.4 Violência sexual	32
4.5 CONSEQUÊNCIAS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DO ABUSO SEXUAL	34
4.6 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE VITIMADOS SEXUALMENTE	36
4.6.1 O acolhimento a vítima e sua família	38
4.6.2 Identificação da violência	40
4.6.3 Notificação	42
4.6.4 Postura ética do profissional de enfermagem	43
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	47

INTRODUÇÃO

Em diversos países do mundo, assim como no Brasil, a violência sexual constitui um sério problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbimortalidade. A violência contra crianças e adolescentes é considerada um grave problema de saúde pública, resultando em altos custos econômicos e sociais para a sociedade. Configura-se como um fenômeno multidimensional que se desenvolve e dissemina-se nas relações sociais e interpessoais, passando a ser assunto de vários congressos, conferências e trabalhos científicos. Sendo reconhecida em 1993, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública. (BRASIL, 2008).

O abuso sexual é definido como sendo contatos e interações entre a criança e o adulto, com ou sem contato físico com o objetivo de usar a criança para estimular sexualmente o agressor ou outra pessoa, podendo incluir contato físico urogenital, físico genital e anal, e os não físicos como voyeurismo, exibicionismo ou para a exploração sexual onde a criança e o adolescente são usados com finalidades econômicas como a prostituição e a pornografia infantil. (SOUSA, 2001).

A violência vem sendo praticada desde a antiguidade em todas as partes do mundo, em todas as classes socioeconômicas, sendo acontecimento complexo, com multiplicidade de causas e consequências. (ADED et al., 2006).

Diariamente somos surpreendidos com novos casos de violência pelos meios de comunicação, mostrando que a violência pode atingir, sem diferença, todas as faixas etárias e grupos sociais em que o indivíduo se apresenta, podendo ser como autor, co autor ou vítima. Tal violência traz profundos efeitos emocionais às vítimas e suas famílias, devido ao impacto que tem na saúde, na qualidade de vida e nos anos potenciais de vida perdidos, atingindo crianças, adolescentes, homens e mulheres.

Para Deslondes (2005), a violência sexual infantil, dentre os vários níveis em que pode estar inserida, acontece principalmente no ambiente doméstico e é praticada por sujeito em condições superiores de idade, posição social ou econômica, inteligência, utilizando da autoridade que tem sobre a criança ou por consentimento obtido a partir de indução força ou sedução enganosa.

Segundo Silva et al. (2011), a violência geralmente vem acompanhada por agressões físicas, ameaças ou indução de sua vontade, podendo ocasionar na criança e adolescentes danos físicos, como lacerações, sangramento vaginais e anais ou ainda Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), gravidez e rompimento do hímen, com isto, tornando a vítima mais vulneráveis a outras formas de violência.

Diante do exposto acima é necessário que o enfermeiro ao prestar assistência à criança observe-a como um todo e não somente a queixa principal. Embora o atendimento seja multidisciplinar, a enfermagem tem um importante papel, pois este profissional, nas suas atribuições, permanece por mais tempo com o paciente. Desta forma é indispensável que estes profissionais estejam capacitados para identificar, diagnosticar, prestar assistência de qualidade às vítimas e notificar os casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes. (PARRAGA, 2010).

Realizar consulta clínica: anamnese, exame físico e planejamento da conduta para cada caso e, se necessário, propiciar um ambiente reservado, respeitando a privacidade e a singularidade de cada paciente. Prestando sempre um atendimento humanizado, demonstrando sempre muita atenção e compreensão, lembrando que a culpa não é da criança ou do adolescente, procurando sempre notificar os casos suspeitos ou confirmados para evitar revitimização. (BRASIL, 2010).

Maia et al. (2010) reforça dizendo que cabe ao enfermeiro, independente de sua área de atuação, procurar identificar vítimas de violência sexual e doméstica nas suas consultas de enfermagem, buscando sempre conscientizar os membros de sua equipe que a omissão pode representar uma opção pela violência.

Baseado nos expostos acima pretendeu-se, com o estudo, refletir sobre o papel do enfermeiro diante da problemática da violência sexual contra criança e adolescentes, e senti grande preocupação relacionada ao tema, logo esta pesquisa propõe como questão norteadora: Qual é o papel do Enfermeiro no atendimento à criança e ao adolescente vitimados sexualmente? Como referida anteriormente, a violência sexual é um problema de saúde pública e como tal resulta em morbimortalidade. O que se mostra de fundamental importância, diante da necessidade do enfermeiro, ter conhecimento sobre os aspectos relacionados ao seu combate e prevenção, ressaltando a figura do enfermeiro como agente capacitado a prestar assistência diferenciada.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre o acolhimento e assistência de enfermagem frente a crianças e o adolescentes vitimados sexualmente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de desenvolvimento da criança e adolescência;
- Discorrer sobre a criação do estatuto da criança e adolescente;
- Apresentar as principais formas de violência contra crianças e adolescentes e suas consequências;
- Ressaltar a importância do enfermeiro na identificação e atendimento da criança e adolescente vitimados sexualmente, destacando a importância da notificação.

3 METODOLOGIA

Estudo de pesquisa bibliográfica atual de artigos indexados e publicados em base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) - que compreende a SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), Biblioteca de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Sistema de Informação da OMS (Organização Mundial de Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) nas legislações do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Constituição Federal (CF) de 1988, e acervo da biblioteca Júlio Bordignon da FAEMA. De acordo com os critérios de inclusão, analisou-se material publicado sem período cronológico específico, disponível em língua portuguesa, espanhola ou inglesa. A revisão é direcionada a estudos da violência sexual contra crianças e adolescentes, destacando o papel do enfermeiro frente a esta problemática. Para conseguir fazer este estudo foi feito um levantamento bibliográfico, realizou-se a leitura exploratória do material encontrado. Com essa leitura pode-se obter uma visão global do material bibliográfico. Em seguida efetuou-se uma leitura seletiva, o que permitiu avaliar qual material era realmente de relevância para esta pesquisa. Finalmente foram delimitados os textos a serem usados no trabalho. Esta busca resultou em 87 publicações, destes foram usados: 27 artigos, 9 livros, 3 teses, e 16 manuais. Para conseguir buscar os dados foram usados os seguintes descritores em base: DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Violência Sexual; Abuso sexual; Papel do Enfermeiro; Criança.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Nas primeiras semanas de vida a criança já é capaz de virar a cabeça de um lado para o outro e sustentar a mesma. Com 16 semanas já abre a boca para receber alimento, reconhece a mamadeira, senta-se com apoio total ao tronco, olha os objetos na mão, brinca com a roupa e ri alto, no entanto ainda não possui a noção de espaço homogêneo e nem de objeto permanente. Com 28 semanas senta-se momentaneamente, é possível rolar-se para os lados, consegue segurar e alcançar objetos grandes, brincar com brinquedos, e escutar seus sons. Com 40 semanas já engatinha, consegue sentar sozinho e sem apoio, fica em posição ereta, atende o seu nome, fala as primeiras palavras e passa a segurar objetos cada vez menores e com movimento em pinça. Aos 12 meses é capaz de caminhar sozinho ou com ajuda, realiza atividades que exigem maior habilidade manual, joga bola e brinca com brinquedos, fala mais de duas palavras. (SOUZA, 2001).

No geral ao nascerem, os meninos são ligeiramente maiores que as meninas em todas as suas estruturas corporais. Nos primeiros anos de vida da criança o ritmo de crescimento é mais evidenciado, sendo que ao completar dois anos ele já tem a metade da altura que terá ao completar seu desenvolvimento físico. Após os três primeiros anos este crescimento é mais lento, continuando assim até aproximadamente os onze anos. (CÓRIA-SABINI, 1997).

A criança nos seus primeiros anos de vida é marcada por desenvolvimento e aprendizado, necessitando assim de um ambiente pleno e harmonioso. Para garantir este crescimento é preciso que a criança tenha um ambiente satisfatório que atenda às necessidades essenciais para o seu crescimento, que além da saúde, precisa de amor e de responsabilidade por parte de seus cuidadores e responsáveis. (SOUZA, 2001).

Conforme a mesma autora citada acima, a criança a partir de então passa a se considerar como um elemento do universo, podendo ser tanto agente como causador das ações, e os cuidados que eles recebem fazem também que desenvolvam o sentimento de confiança básica, onde as primeiras experiências são

muito importantes. Se o contato for agradável, calmo e afetuoso, a criança se sentirá acolhida. Porém, se esta experiência for desagradável e ameaçadora, ela esquivar-se-á.

O desenvolvimento humano é um processo longo e gradual de mudanças onde cada um, à sua maneira e no seu tempo, dá sentido à vida e os valores de uma pessoa só pode ser compreendido se observarmos o contexto histórico de suas experiências. (CORIA-SABINI, 1997).

O *toddler* compreende a criança de 1 a 3 anos de idade e as principais transformações desta fase são: o peso tende a aumentar dois quilos por ano e o crescimento chega a 10 cm ao ano, conhece sua idade, sexo e nome completo, consegue controlar o esfíncter, há um desenvolvimento da fala e coordenação motora dos membros, passa a verbalizar seus desejos através dos gestos e suas frustrações através do choro ou agressão. (SOUSA; FLORIO; KAWAMOTO, 2001).

A infância é um período em que o ser humano está em constante aprendizagem a partir do seu mundo concreto e do abstrato, que envolvem a imaginação, sendo a criança capaz de materializar e ao mesmo tempo, fantasiar sobre o que vivencia. Desse modo, suas formas de expressão, as ações, comportamentos e diálogos nem sempre são bem compreendidos pelo adulto. As crianças, por sua própria natureza, mostram por meio de suas ações, o que pensam e o que sentem. É o papel dos pais orientarem e protegerem, permitindo sempre a demonstração de sentimentos. Nessa trajetória, as condições do meio circulante são fundamentais. O afeto e a proteção do adulto têm papel de destaque para que a criança possa desenvolver-se em sua plenitude. (WOISKI; ROCHA, 2010).

Para reforçar as palavras do autor citado acima, Leloup (1998) diz que o corpo armazena todos os fatores vividos durante sua vida, principalmente os acontecimentos na primeira infância, e esses episódios quando traumáticos podem muitas vezes deixar marcas profundas e irreversíveis. Em cada estágio da vida a criança muda de comportamento e se entrega a novas aventuras, e à medida que suas potencialidades se desenvolvem ela apresentará interesses novos e diferentes, com isto muitas formas iniciais de comportamento serão completamente modificados.

Baseando na teoria de Piaget e Barros (2008), explica que na fase pré-escolar a criança passa a procurar a razão de tudo conhecida como a fase dos por quês, isto ocorre devido a construção da própria identidade, passando a procurar

explicação para os acontecimentos ao seu redor, buscando a compreensão do mundo que a levará a fazer novas descobertas. Barros, (2016) reforça dizendo que é importante que a pessoa que está em contato direto com a criança tenha paciência e compreenda que esta é uma fase passageira, pois à medida que for compreendendo o mundo que a cerca, a criança deixará de questionar sobre as coisas do cotidiano.

De acordo com a teoria de Jean Piaget e Freud, Biaggio (2005), relata que o desenvolvimento evolutivo psicosssexual pode ser dividido em estágios.

Teoria Jean Piaget:

- Estágio sensório motor que vai dos (0 aos 2 anos);
- Estágio pré-operatório que vai dos (2 aos 6 anos);
- Estágio das operações concretas que vai dos (6 aos 12 anos);
- Estágio operacional formal que vai dos (12 anos em diante).

Estágios do desenvolvimento psicosssexual segundo Freud:

Apresentação das 05 fases do desenvolvimento psicosssexual de Freud		
Estágio/ fase/Período	Faixa etária	Zona erógena
Fase oral	Do nascimento a 1 ano	Boca
Fase anal	De 1 aos 3 anos	Entradas e controle da bexiga
Fase fálica	Dos 3 aos 6 anos	Genital
Período de latência	Dos 6 anos a puberdade	Sentimentos sexuais imaturos
Estágio genital	Da puberdade à morte	Amadurecimento dos interesses sexuais

Fonte: Adaptado de BIAGGIO, 2005.

Quadro 1 - Apresentação das 05 fases do desenvolvimento psicosssexual de Freud

Como visto acima a zona erógena do ser humano se localiza em uma determinada região do corpo, tendo como base suas etapas evolutivas.

Coria-Sabini (1997), relata que na fase escolar a criança demonstra maior receptividade a novas amizades e a escola passa a ser vista como um importante meio para o seu desenvolvimento por proporcionar a elas novas descobertas como ler, escrever, fazer contas. A curiosidade possibilita à criança novos campos de

interesse, mas nesta fase a criança não é capaz de resistir às pressões externas e seu auto conceito baseia-se naquilo que os outros dizem a seu respeito. Muitas vezes, para se defender das rejeições e frustrações, podem vir a desenvolverem comportamentos inadequados como agressividade, retraimento e regressão.

No final da fase escolar acontecem as primeiras mudanças relacionadas à puberdade que ocorrem, tanto no corpo das meninas quanto dos meninos. Nas meninas há o aparecimento dos pelos pubianos e tecido mamário em desenvolvimento, nos meninos há um aumento dos testículos e pênis, modificação da cor do escroto, e aumento temporário dos seios. (SOUSA; FLORIO; KAWAMOTO, 2001).

A adolescência é caracterizada como sendo a fase que vem depois da infância e antes da juventude. Esta fase começa por volta dos dozes anos de idade e termina por volta dos dezoitos. É um período em que o individuo sente prazer em manifestar seus gostos e preferências, e uma fase cheias de questionamentos e instabilidade, caracterizadas por uma intensa busca de si mesmo e da própria identidade, onde os padrões estabelecidos são questionados e criticados quanto suas escolhas. (BARROS, 2008).

Já Borges (2009), define a adolescência como o período de transição entre a infância e a idade adulta, sendo esta fase caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento físico, manifestados por intensas transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

Baseado na teoria de Freud e Barros (2008), diz que após a puberdade a pessoa inicia a fase genital, que é a fase adulta do desenvolvimento psicosssexual.

A adolescência é uma transição no desenvolvimento e esta transição em muitas comunidades é marcada por rituais de maturidade, por exemplo, é o que acontece na tribo indígena apache. Para comemorar a primeira menstruação de uma menina é feito um ritual de cântico por quatro dias do nascer ao pôr-do-sol. (PAPALIA et al., 2013).

Não diferente do que acontece nas tribos indígenas, em vários países islamizados do norte africano, o ritual de iniciação na adolescência é marcado por muita dor. Nas meninas é feita a infibulação e nos meninos a circuncisão. A infibulação é feita quando as meninas iniciam a puberdade, onde é extirpado o clitóris com auxílio de uma faca candente, pedaço de vidro ou lamina de barbear.

Em algumas regiões da África este ritual é ainda mais cruel. Na infibulação são retirados os grandes e pequenos lábios e, na sequência, o que sobrou da vulva é costurado deixando apenas um orifício para sair o sangue menstrual e a urina, permanecendo assim até o casamento. No ritual masculino é feita a circuncisão, onde é cortado o prepúcio do pênis com o auxílio de lamina de barbear, faca e outros. (KIMBANDA, 2006).

4.2 ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: MARCO NA PROTEÇÃO INTEGRAL

Para melhor compreensão do tema acima, será feita uma breve trajetória histórica entre o código de menores revogado em 1990, e o ECA, que é tido por muitos como uns dos maiores avanços registrados de proteção ao menor.

O Código Mello Mattos foi o primeiro de proteção ao menor, mas este código tratava apenas da assistência, proteção e vigilância dos menores de dezoito anos. A proteção aplicava-se apenas a menores que encontrasse em situação irregular, como abandono pela parte dos pais ou responsável, infratores, filhos de famílias carentes e por fim os que apresentavam desvio de conduta. (AZEVEDO, 2007).

No início do século XX surge a busca da modernização por meio do processo de expansão do mercado. Com isto, atraindo grandes números de pessoas para os centros urbanos em busca de emprego e melhores condição de vida, trazendo juntamente a idéia de saneamento básico e higienistas, influenciando nas políticas voltadas para a assistência à infância, pois os grandes cientistas acreditavam que os comportamentos moralmente inaceitáveis, eram resultados da influencia do meio social, visto que a criminalidade aumentava entre os adolescentes, sendo necessária a proteção das crianças. (ARAUJO, 2008).

Neste sentido, em outubro de 1927, foi criado o Código de Menores- Código Mello Matos, pelo decreto Nº 17.9423, elaborado pelo juiz José Cândido de Albuquerque Mello Matos, consolidando assim as leis de assistência e proteção ao menor infanto-juvenil no Brasil.(AZEVEDO, 2007).

O Código Mello Matos, foi considerado como o primeiro diploma legal a dar um tratamento mais sistêmico e humanizado à criança e ao adolescente, mas seus legisladores mantiveram a visão de que o menor delinquente era uma ameaça à

sociedade denominada do bem, e defendia a idéia que tanto o menor de idade quanto os jovens devem ser tratados com mais parcimônia e cuidado pela sociedade. Mas se estes cometessem crimes, a sociedade poderia puni-los, mas não com a mesma intensidade e rigor com que se puniam os adultos. (AZEVEDO, 2007).

Conforme a mesma autora citada acima, o Código Mello Matos foi posteriormente substituído pelo Código do Menor, editado pela Lei 6.679 – Código de Menores de 1979. Esta nova lei manteve a concepção básica do Código Mello Matos que em 1990 foi reformulada, passando a ser o atual ECA.

Mas somente com a nova ordem constitucional, na década de 80, a criança foi inserida no ordenamento jurídico como sujeito de direitos. Diante da lista dos direitos estabelecidos na CF, encontramos direitos destinados a todos os seres humanos sob o estado brasileiro, como o direito a vida, a saúde, a educação, a liberdade, a dignidade, a convivência familiar e comunitária e outros. Sendo inserido neste contexto a criança e o adolescente. Esses direitos são observados no Art. 5º, da CF / 88, como se lê:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; III - ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante; [...]. (BRASIL, 2008, p.15).

Ainda em seu capítulo I do ECA, das Disposições Preliminares, que fala sobre o dever da família, em seu Art. 4º diz que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, 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. (BRASIL, 2008, p. 9)

Os direitos de crianças e adolescentes estão certificados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, bem como na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Resolução nº 44/25 da Assembléia Geral da

Organização das Nações Unidas (ONU), em 20 de novembro de 1989, e promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. (BRASIL, 2010). Desde a criação e aprovação ECA, o Brasil passou a ter um novo paradigma para a infância e adolescência, mostrando a criança como um ser digno de respeito e direitos.

O ECA está constituído por 267 artigos, os quais encontram-se divididos em 2 partes, a parte 1ª parte é composta do artigo 1º ao artigo 85º, onde enfatiza os direitos básicos e fundamentais de crianças e adolescentes e a prevenção contra violência. Já a 2ª parte é composta dos artigos 86º ao 267º que regulamentam instrumentos de proteção, atendimento e políticas sociais, responsabiliza a família, o estado e a sociedade pela proteção integral a criança e enfatiza os atos inflacionais praticados pelos adolescentes. Os artigos citados visam também assegurar às crianças e adolescentes o pleno desenvolvimento físico, mental, espiritual e social. (BRASIL, 2008)

O Art.227 da CF de 1988, diz que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, 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. (BRASIL 2008.p.15).

ECA, Lei nº 8.069/90, em seu artigo 5º estabelece que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.” (BRASIL, 2008).

Nos artigos 17º e 18º do ECA assegura-se sobre respeito e dignidade diz que:

Art. 17º - O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais. Art. 18º É dever de todos velarem pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. (BRASIL, 2008 p. 13).

Já o artigo 98, informa que quando qualquer direito da criança e do adolescente forem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade,

estado, abuso dos pais ou responsável ou em razão de sua conduta, as crianças e o adolescente dispõem das medidas de proteção.

Segundo o artigo 130 disposto do ECA (BRASIL, 2008, p.41) “Verificar a hipótese de maus-tratos opressão ou abuso sexual imposto pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum.” Como visto no assunto exposto acima, pode-se perceber a importância da criação do ECA, pois foi a partir dele que crianças e adolescentes começaram a ser considerados cidadãos de direito perante a sociedade, criando assim vários órgãos de proteção, algo que não existia antes da sua criação.

4.3 CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA INFANTIL

Na transição do século XX e XXI têm se abordado muito sobre a temática violência, sendo tema de matérias jornalísticas. Diariamente vemos matérias mostrando a violência que acontece contra crianças e adolescentes. Sabemos que este tipo de violação não é atual, pois quanto mais regressamos na história, maiores as chances de nos depararmos com a falta de proteção jurídica à criança, aumentando as probabilidades de que tivessem sido abandonadas, assassinadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas física e sexualmente. (BASS; THORNTON, 1985).

Exemplos são colhidos ao longo da história, assinalando-se que no Oriente Antigo o Código de Hamurabi (1728/1686 a.C.), em seu art. 192, previa o corte da língua do filho que ousasse dizer aos pais adotivos que eles não eram seus pais, assim como a extração dos olhos do filho adotivo que aspirasse voltar à casa dos pais biológicos, afastando-se dos pais adotantes (art. 193). Punição severa era aplicada ao filho que batesse no pai. Segundo o Código de Hamurabi, a mão do filho, considerada o órgão agressor, era decepada (art. 195). Em contrapartida, se um homem livre tivesse relações sexuais com sua filha, a pena aplicada ao pai limitava-se à sua expulsão da cidade (art. 154). (DAY et al., 2003).

De acordo com Bass e Thornton (1985), na lei talmúdica, o uso sexual de meninas, a partir dos três anos era possível, desde que seu pai consentisse e recebesse o dinheiro que ele achasse adequado. Como visto as mulheres e crianças

pertenciam a alguém e podiam ser alugadas, compradas, vendidas como mercadorias sexuais, desde que o pagamento fosse feito ao homem rabino da família e não havia leis que condenava esta pratica. Tanto que na Ilha de Creta, um velho raptar adolescentes para seu uso e fruto era bem visto pela população local.

A chegada das primeiras crianças ao Brasil foi cercada de violência, de acordo com Day et al. (2010) na condição de órfãs do Rei, como grumetes ou pajem, as crianças e adolescentes eram enviadas ao Brasil com a incumbência de casarem com os súditos da coroa, mas pela escassez de mulheres nas embarcações entre a tripulação, muitas crianças eram obrigadas a aceitar abusos sexuais de marujos rudes e violentos, e muitas outras eram forçadas ao trabalho.

Somente no Século XIX, o filho passa a ser objeto de investimento afetivo, educacional, econômico e existencial. E neste período também que passa a ocupar a posição central dentro da família que, por sua vez, passa a ser um lugar de afetividade, onde se estabelece relação de sentimento entre o casal e os filhos, lugar de atenção bom ou mal.(DAY, et al., 2003). Apesar deste novo conceito de proteção as crianças ainda eram abandonadas e maltratadas, com isto muitas crianças e adolescentes saiam de casa para morarem nas ruas, tornando-se menores infratores.

No Brasil, não é diferente dos demais países, a violência vem fazendo parte do cotidiano, sendo assim existe forma de violência que nos dão medo, insegurança e sensação de desamparo, como latrocínio, sequestro, acidente de trânsito e outros. Outros tipos de violência vão além causando comoção e revolta.

Machado (2015), relembra em sua matéria uns dos casos de maior repercussão nacional o caso da menina Araceli Cabresa Crespo de oito anos, que foi raptada, drogada, estuprada, morta e carbonizada em uma cidade do Espírito Santo, em 1973. A escritora relata ainda que o caso completa 42 anos desde o desaparecimento e que crime continua impune. Em reminiscência a menina Araceli, que foi uma das mais emblemáticas vítimas de violência contra criança no país. O dia 18 de maio foi titulado como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e a Exploração sexual de Criança e Adolescente, com a criação e aprovação da Lei Federal 9.970/2000.

No dia 28 de março de 2008 a mídia mostrou o caso de uma menina de oito anos que foi arremessada da janela do apartamento em um bairro de classe media

num edifício na zona norte da capital paulista. Os principais suspeitos do crime eram o pai e a madrasta. Um conflito de família que teve como vítima fatal Izabele Nardoni. (MOREIRA et al., 2012). Como visto acima, foram citados apenas dois casos de violência, porém diariamente acontecem crimes contra a criança e o adolescente o qual não temos conhecimento.

De acordo com Martins e Jorge (2005) a violência não é uma peculiaridade apenas do Brasil, acontece em diversos países sua manifestação esta profundamente relacionada a fatores sociais como, por exemplo, aspectos culturais, faixa etária, gênero, status sociais, etnia e outros. No Brasil não diferente, manifesta-se nos mais diversos ambientes, sendo frequente a violência doméstica ou intrafamiliar, tendo como vítima na sua maioria, crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Sendo assim o Brasil iniciou o milênio com um grave desafio para a saúde. O fenômeno da violência, problema este considerado de grande magnitude devido à sua gravidade, vulnerabilidade, impacto social sobre a saúde individual e coletiva, levando a alto índice de mortalidade na população até os 39 anos, com grande impacto sobre a saúde, diminuição da qualidade e da expectativa de vida de adolescentes, jovens, e adultos jovens, sendo vivenciado no nosso dia adia, estampando os veículos de comunicação. (BRASIL, 2008).

Em 1993 a OPAS e a OMS reconheceram a violência como um problema de saúde pública. (BRASIL, 2008).

Em seu relatório mundial sobre a violência em 2002, a OMS revela que mais de um milhão de pessoas morrem e muitas outras sofrem lesão não fatal por ano, decorrente da violência auto infligida, interpessoal ou coletiva. (OMS, 2002).

No Brasil, os dados relativos à violência são mensurados dentro de amplo grupo chamado de causas externas, no qual se inserem não só os eventos violentos, mas também os acidentes. (BRASIL, 2010).

Nunes (2012) relata que no Brasil, os casos de violência contra criança e adolescente passaram a ser explícitos na década de 80, passando a ser um problema de saúde pública. Frente a esta situação, as autoridades criaram legislações específicas para enfrentamento que garantisse a esta classe, direitos básicos que visavam proporcionar o crescimento e desenvolvimento infante juvenil de todo o território nacional.

Desde que o ECA começou a vigorar houve um aumento significativo no número de denúncia de violência contra crianças e adolescentes aos órgãos competentes, como conselho tutelar e a justiça. Apesar deste aumento, os números não são fidedignos, pois a violência encontra-se ainda de forma silenciosa, devido ao sentimento de vergonha, culpa, ignorância, tolerância da vítima e falta de notificação dos profissionais de saúde. (CIUFFO, 2008).

Em conformidade com Pfeiffer (2005), o abuso sexual infantil é um dos tipos de maus-tratos mais evidenciados pelos meios de comunicação e da sociedade, não limitando apenas a uma determinada classe ou grupo de pessoas, sendo observada em ambos os sexos, ou seja, tem vitimado tanto meninos quanto meninas. De difícil suspeita e complicada confirmação, os casos de abuso sexual, na infância e adolescência são praticados, na sua maioria, por pessoas ligadas diretamente às vítimas e sobre as quais exercem alguma forma de poder ou dependência. Pois nem sempre vem acompanhado de violência física aparente, podendo se apresentar de várias formas e níveis de gravidade.

Atualmente a violência é uma das principais causas de morte entre criança e adolescentes acima de cinco anos de idade, porque muitas vezes esta população tem seus direitos básicos violados, como acesso à escola de qualidade, assistência à saúde, moradia, fatores estes essenciais para o seu pleno desenvolvimento. (WAISELFISZ, 2012).

Vimos atualmente crianças sendo usadas como mão de obra complementar para o sustento da família ou de terceiros que visam lucros fáceis, muitas vezes, em regime de escravidão. Outras vezes são abandonadas em ruas, tendo que fazer deste ambiente seu lugar de sobrevivência, passando a serem alvos fáceis nas mãos de aliciadores, traficantes e outros, ficando expostas a inúmeras formas de violência. Outras são inseridas no mercado do sexo, onde são duplamente violentadas, pelo cliente e pelo aliciador, aliciador este que muitas vezes são os próprios pais, que exploram seus filhos para obterem lucro. (CIUFFO, 2008).

Waiselfisz (2012) relata que a maioria das violências acontece na residência da vítima, prevalecendo a violência física com 40,5%, seguida pela violência sexual com 20%, e a violência psicológica, negligência e abandono totalizando 60,5% dos atendimentos.

No geral os pais são os principais responsáveis pelas violências notificadas, sendo mais evidentes nos primeiros anos de vida. Para reforçar os dados apresentados acima, uma pesquisa realizada em Porto Velho – Rondônia, na Diretoria de Polícia da Criança e do Adolescente – DPCA no período de outubro a dezembro de 2008 foram encontrados 112 casos de violência sexual contra criança e adolescentes. Destes, 87,6% das vítimas são do sexo feminino e 11,6 do sexo masculino. Quanto ao agressor, não foi possível codificar devido à falha no preenchimento da notificação não informando a relação do agressor com a vítima. (DELFINO et al., 2009).

Como visto acima a violência está enraizada na cultura de cada local, existem muitos atos violentos que fazem parte da vida das pessoas, sendo considerado normal em muitas comunidades, mas aos nossos olhos são considerados agressivos e inaceitáveis.

Em muitos lugares do Brasil, a violência é empregada por qualquer motivo onde a lei quem faz são os marginais, com isto vitimando e expondo crianças e jovens que de tanto vivenciarem e conviverem com a violência passam a acreditar que, para se conseguir o que deseja é através do caminho da violência. O termo segurança é meio complexo, porque presenciamos cada dia pessoas e mais pessoas investindo alto em segurança, colocando monitoramento eletrônico nas casas. Outros constroem muros altos para tentar garantir um pouco mais de segurança e proteção, mas o que vimos é um pouco contraditório porque muitos acham que a violência está nas ruas e se esquecem da violência intrafamiliar. (BRASIL, 2005).

Ao mesmo tempo em que a tecnologia dos satélites tem mostrado certos tipos de violência, como terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis, há muito mais violência ocorrendo de forma invisível nos lares, locais de trabalhos, instituições médicas, abrigos e nas ruas, onde uma grande parte das vítimas são crianças e jovens. Outros são doentes entregues, muitas vezes, à mercê de seus familiares, que por se encontrarem fracos e indefessos não conseguem se proteger, tornando-se vítimas nas mãos de adultos, que as exploram e violentam, sendo forçados ainda a ficarem calados por opressão e medo, não expondo assim sua experiência trágica.

Em relação à criança e adolescente a OMS, estimou que mundialmente acontecem 57 mil mortes relacionadas a homicídios até 14 anos de idade e 199 mil

entre adolescente e jovens de 10 a 19 anos. Na América Latina, estima-se que mais de 6 milhões de criança sofrem abuso severo e cerca de 80 mil morrem por violência doméstica. (OPAS, 2008).

Entre o ano de 2000 a 2010 a taxa de homicídio passou de 11,9 para 13,8 assassinatos por 100 mil crianças e adolescentes. (WAISELFESZ, 2012).

Na faixa etária de 0 a 9 anos, a violência constitui a 4ª causa de morte. Já entre os adolescentes de 10 a 19 anos ela está em 1º lugar. (BRASIL, 2008).

A violência pode manifestar-se de várias maneiras e com diferentes graus de severidade. As formas de violência não se produzem isoladamente, mas faz parte de uma sequencia crescente de episódios, sendo o homicídio a manifestação mais extrema. (WOISKI; ROCHA, 2010).

Diante do exposto acima será discorrido sobre os principais tipos de violência que afetam crianças e adolescentes.

4.4 PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE

Há várias tipificações de violência contra crianças e adolescentes. Podemos dividi-las em dois amplos grupos: as que, por falta de políticas públicas, transgridem os direitos da criança e do adolescente e as que são cometidas por agente agressor em estágio de desenvolvimento físico, psíquico e social mais adiantando. (NUNES, 2009).

Vamos, portanto, descrever o segundo grupo por ser o de maior prevalência sendo eles: violência física, negligência, psicológica/emocional e por fim a violência sexual que e o enfoque principal do trabalho em questão. E para demonstrar melhor apresentaremos as tipologias da violência que afetam o ser humano, na imagem a seguir:

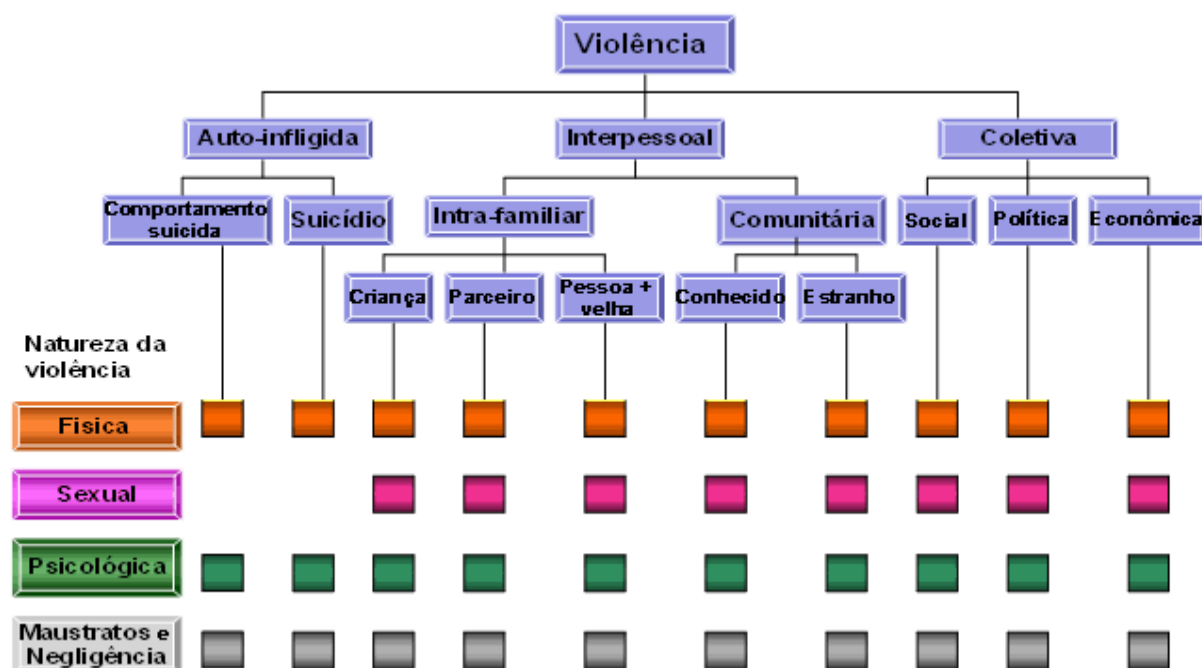


Figura 1 – Ilustração da tipologia da violência
 Fonte: Adaptada de KRUG et al. 2002.

4.4.1 Negligência

De acordo com o dicionário de língua portuguesa a palavra negligência significa: “Desleixo, descuido, desatenção, menosprezo e indolência”. A negligência representada pela omissão em relação às responsabilidades da sociedade, da família e das instituições em atender as necessidades básicas da criança e do adolescente. (BRASIL, 2004).

Sendo assim entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança e adolescente a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensável para o seu crescimento e desenvolvimento adequado. (LEÇA, 2011).

Ainda segundo o próprio ECA em seu artigo 23 diz que se uma família não tiver condições para proporcionar à criança as necessidades básicas, não pode ser referida como negligência. (SONEGO, 2006).

Dentre as necessidades básicas podemos citar a privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à educação; o descuido com a higiene; a falta de estímulo, de proteção de condições climáticas (frio, calor), de condições para a frequência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual. (BRASIL, 2010).

Para nortear o profissional de saúde será apresentado um quadro com alguns indicadores de negligência.

NEGLIGÊNCIA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar); ▪ Vestuário inadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas; ▪ Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília); ▪ Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas; ▪ Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições; ▪ Sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas; ▪ Incumprimento do Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou outro Programa Nacional de Vacinação; ▪ Doença crônica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas); ▪ Intoxicações e acidentes de repetição.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011.

Quadro 2 - Apresentação de alguns sinais, sintomas e indicadores de negligência

4.4.2 Violência física

Caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo e podendo provocar inclusive a morte. (BRASIL, 2004).

Podendo ser praticada por meios de chutes, beliscões, tapas, arremessos de objetos, escoriações, queimaduras, fraturas e mutilações, cortes e estrangulamento, lesões por armas ou objetos e outros. (BRASIL, 2002).

Para reforçar o conteúdo exposto acima apresentaremos no quadro abaixo, alguns indicadores de maus tratos físicos, que devem ser observados pelo profissional de saúde no momento do exame físico.

MAUS TRATOS FÍSICOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns, traumatismos de tipo acidental (face, periorcular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas); ▪ Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada); ▪ Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio; ▪ Lesões provocadas que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...); ▪ Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fraturas); ▪ Fraturas das costelas e corpos vertebrais, fraturas de metáfise; ▪ Demora ou ausência na procura de cuidados médicos; ▪ História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos cuidadores; ▪ Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem,...); ▪ Alterações graves do estado nutricional.

Fonte: Adaptados de BRASIL, 2011.

Quadro 3 - Apresentação de alguns sinais, de maus tratos físicos

4.4.3 Violência psicológico/emocional

E toda ação que coloca em risco ou causa dano à auto estima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem. (BRASIL, 2004).

Mesmo que o MS diferencie os tipos de violência, eles se misturam e se entrelaçam, pois se pesquisarmos sobre o tema será possível perceber que a maioria das violências doméstica esta articulada com a violência psicológica. Sendo assim apresentaremos no quadro a seguir alguns indicadores de que uma pessoa esta sofrendo de violência psicológica/emocional.

MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS / EMOCIONAIS

- Episódios de urgência repetidos por cefaléia, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Comportamentos agressivos (auto-agressividade e/ou hetero-agressividade) e/ou automutilação;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais;
- Perturbações do comportamento alimentar;
- Alterações do controle dos esfíncteres (enurese e encoprese);
- Choro incontrolável no primeiro ano de vida;
- Comportamento ou ideação suicida.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011.

Quadro 4 - Apresentações de alguns sinais, sintomas e indicadores de maus psicológico/emocional

4.4.4 Violência sexual

É todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Abrange relações homo ou heterossexuais. Pode ocorrer uma variedade de situações como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “*voyeurismo*” (obtenção de prazer sexual por meio da observação). (BRASIL, 2004).

A violência sexual pode ocorrer em uma variedade de situação, podendo ser estupro, sexo forçado no casamento, abuso incestuoso, assédio sexual e abuso sexual infantil, podendo incluir carícias não desejadas, penetração oral, anal e genital com pênis ou objeto de forma forçada. (BRASIL, 2002).

No abuso sexual de crianças e adolescentes, o ato libidinoso é o mais frequente. Inicialmente, através de manobras de sedução e intimidação, seguida de ameaças à própria criança ou algum membro da família, comumente a mãe. O agressor obriga essa criança a praticar atos sexuais que não incluam a penetração vaginal para não caracterizar o estupro, mas sim séries das mais variadas formas de

contato sexual, constantemente induzem sexo oral e penetração anal. (PFEIFFER, 2005).

Ainda segundo Pires e Miyazaki (2005), o abuso sexual infantil acomete crianças e adolescentes tanto do sexo masculino quanto feminino e ocorre quando a criança tem desenvolvimento psicosssexual inferior ao abusador, expondo-a a estímulos sexuais impróprios para a idade ou mesmo utiliza-a para satisfação sexual própria ou de terceiros.

Trata-se de uma forma de violência doméstica que usualmente acontece de forma repetitiva, insidiosa, em um ambiente relacional favorável, sem que a criança tome inicialmente, consciência do ato abusivo do adulto, considerando como demonstrações afetivas. Esta aproximação muitas vezes é recebida como um privilégio, ato de carinho passando-lhe a idéia de proteção. (PFEIFFER, 2005).

Quando a criança passa a perceber o que está acontecendo o abusador coloca a criança e o adolescente como provocador e participante, levando-os a crer ser culpado pelo acontecido. Na maioria das vezes, o adulto utiliza-se do poder que tem sobre a criança usando-a como meio para satisfazer seus desejos, infligido seus direitos e autonomia. A violência pode ocorrer uma vez apenas ou pode durar anos. (PFEIFFER, 2005).

De acordo com o Brasil (2011) nos anos de 2009 e 2010 foram realizadas 113.643 notificações válidas. Dessas, 21.199 casos foram registrados entre crianças de 0 a 9 anos e 29.502 casos ocorreram entre adolescente de 10 a 19 anos. Entre o sexo feminino predominou a violência sexual com 45,5%. Quanto ao local de ocorrência 61,9% predominaram na residência de vítima, seguida por via pública.

Para reforçar Costa et al. (2007) em sua pesquisa realizada em feira de Santana- Bahia entre 2003 e 2004, relata que dos 1.293 casos notificados contra criança e adolescente, 78% dos ocorridos se passaram no domicilio da vitima.

Baseado nos relatos da obra literária de Bass e Thornton (1985), a maioria dos abusos sexuais sofridos iniciava com caricias nas partes intimas e com o desenvolvimento físico das crianças a violência mudava também, ate chegar na violência sexual. Esta violência tinha como agressor na maioria dos casos os pais biológicos ou alguém do núcleo familiar.

Martins e Jorge (2009) reafirmam: “que o lar é o local privilegiado para a prática da violência sexual contra criança e que tem íntima ligação com os limites

impostos pela privacidade que acaba por isolar a família da visão social, propiciando um ambiente encoberto.” A antiga idéia que o delinquente se escondia numa rua escura ou era um estranho vem mudando sua face. (DAY, et al. 2003).

Araújo (2002) relata que diante da violência sexual intrafamiliar, principalmente quando o abusador é o pai, a mãe vive uma situação de confusão e ambiguidade diante da suspeita ou da constatação de que o marido ou companheiro abusa de sua filha. No início ela nega os indícios, recusa-se a aceitar a realidade, vive um sentimento de ambivalência e ao mesmo tempo sente ciúme, raiva e culpa por não ter protegido a filha. Em muitos casos a mãe nega, culpa a filha pela sedução, desmente-a, usa isto como forma de suportar, ou o medo do desmoronamento familiar ou conjugal, ou o fato da omissão poder estar relacionada com a cumplicidade silenciosa.

4.5 CONSEQUÊNCIAS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DO ABUSO SEXUAL

De acordo com Koller (2003) a consequência do abuso sexual pode ser devastadora evidenciando que, quanto mais próximo for a relação da criança ou do adolescente com o agressor, maior será o silêncio e os danos psicológicos, pois estes não conseguem distinguir seus sentimentos, criando sentimento de culpa, amor e ódio, promovendo assim uma desarticulação de todos os vínculos afetivos e emocionais pois envolverá a quebra da confiança com as figuras parenterais. Quando a criança e o adolescente não encontram nos pais o apoio emocional, este dano pode ser agravado.

Segundo Serafim et al. (2011) os choques provocados pelo abuso sexual a saúde mental das crianças ou vítimas e um assunto bastante difundidos e relatados nas literaturas, ganhando desta forma um consenso entre autores de que este tipo de atrocidade aumenta o risco das vitimas desenvolverem transtornos mentais e apresentarem condutas destrutivas. Os adultos que sofrem abuso sexual na infância ficarão traumatizados pelo resto da vida, visto que a ajuda especializada, na maioria dos casos só é buscada quando esses efeitos já causaram grandes tragédias, tanto emocionais quanto psicológicas. Retratam ainda que um fator que chama a atenção é que a vítima, na maioria dos casos, não encontra apoio no momento inicial da

situação para que ocorra a denuncia, o que provoca o aumento da violência e que certamente se tornará um agravamento psicopatológico.

Já Fahlberg (1997), aponta que a criança e o adolescente quando passa por este tipo de situação traz em si a sensação de estar marcada pelo resto da vida, tem ansiedade, irritação, melancolia, sentimento de perda, confusão mental, se sente insegura em seus relacionamentos com outras pessoas e se sente impotente diante de certas situações que ocorra.

Há evidência que apontam também que é fato bastante comum que pessoas que sofreram abusos sexuais quando criança torna-se adultos que também abusarão de crianças.

Sebold (2008, p. 20) relata que “[...] isto ocorre com frequência quando o trauma vivido na infância não é tratado”. Desta forma o agressor não consegue parar por vontade própria, sendo necessária intervenção especializada”.

Padilha e Gomide (2004) contribui que a constituição da estrutura psicopatológica do abusador se desenvolve comumente a partir de vivência de maus-tratos que ele viveu ou presenciou na infância e na adolescência.

De acordo com Sebold (2008), quando ocorre a identificação e tratamento precoce nas vítimas de abuso sexual infantil, evita que os traumas psicológicos venham a se agravar futuramente. Também ressalta que há possibilidade, quando não ocorre a identificação e tratamento de que esta criança abusada se torne uma abusadora, visto que existem argumentos que afirmam que os maus tratos sofridos na infância influenciam negativamente no comportamento quando adultos.

Pechorro et al. (2008, p.617), apontam que:

Os abusadores sexuais de crianças presos demonstram ter nível relativamente altos de psicopatologias, nomeadamente uma maior perturbação emocional, dependência, timidez, introversão e tendem a responder de uma forma mais reservada que os homens da população normal. De certa forma, pode-se dizer que o abusador perpetua características patológicas, passando-as adiante a partir de seu comportamento abusivo, Isto se constata a partir das consequências negativas que ocorrem na vida daquele que sofreu o abuso.

Segundo Borges e Del’aglio (2008) os impactos do abuso sexuais infantis causados sobre o desenvolvimento da criança depende de fatores, ao qual a criança se encontra relacionada, tais como sua individualidade, família e do meio social que se insere. Depende ainda do contexto do abuso e de como a família ou a confidente

recebe a revelação. Outro fator preponderante é a idade quando se inicia o abuso, frequência, duração, presença ou não de penetração, e por sua vez o grau do trauma causado só será medido exerce meio de estudos e outros materiais de coleta que posam apontar o mesmo.

Conforme descreve Sandersson (2005) estudos evidenciam que quanto mais frequente e prolongado for o abuso sexual, maiores serão sua consequência e possibilidade da criança ficar com sérios traumas, visto que essas consequências são diversas e severas.

Aded et al. (2006), aponta que quando a criança sofre abuso sexual ela se sente impossibilitada ou incapaz de controlar sua demandas sexuais, apresentando um desespero relativo. Ocorrem mudanças repentinas e extremas como distúrbios alimentares e afetivos, comportamento agressivo de autodestruição associada s a pesadelos. E portadora ainda de medo excessivo, falta de interesse pelos estudos e brincadeiras, dificuldades de ajustamento, isolamento social, déficit de linguagem e aprendizado, distúrbios de conduta, baixa auto-estima, uso de álcool e droga, agressividade, fugas constantes de casa, idéias suicidas, homicidas e de automutilação entre outros comportamentos que variam de individuo para indivíduo.

4.6 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE VITIMADOS SEXUALMENTE

Como referido anteriormente, a violência sexual é um problema de saúde pública e como tal resulta em morbimortalidade, o que mostra-se de fundamental importância diante da necessidade do enfermeiro ter conhecimentos sobre os aspectos relacionados ao seu combate e prevenção.

No SUS, o atendimento a crianças e adolescentes vítimas da violência sexual faz-se através das unidades básicas de saúde, para casos leves e/ou moderados e em unidades hospitalares, para casos graves. (WOISKI; ROCHA, 2010).

Obter informações e cuidar de uma criança doente requer do profissional, além do cuidado técnico, imprescindível, o cuidado subjetivo, que envolve a singularidade e a individualidade de cada criança e a forma como esta expressa seus sentimentos e emoções. (WORSK; ROCHA, 2010).

O enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítimas de violência sexual vem auxiliar no combate a este crime. (PARRAGA, 2010).

Somada as competências e habilidades específicas que lhe são atribuídas, a capacidade de inserir-se em uma equipe multiprofissional e de intervir estrategicamente, no que diz respeito à promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos indivíduos, conseqüentemente, o faz assumir um dever social, ético e humanístico. (MAIA; MORAIS, 2010).

De acordo com Day et al. (2011) muitos serviços de saúde têm aumentado o atendimento a criança e ao adolescente vítima de violência sexual, contudo o despreparo dos profissionais para lidar com tais circunstâncias é imenso, visto que muitos profissionais deixam de fazer a notificação dos casos atendidos, por falta de informação, indiferença, negação, preconceito e temor no que diz respeito a este problema, e outros profissionais temem a represália dos agressores, razão pela qual, muitas vezes, deixam de identificar os casos.

Como o diagnóstico está limitado mais ou menos ao aqui - agora, do encontro com a mãe e a criança, poucos profissionais investigam dados familiares da história pregressa ou informações de outros profissionais, que poderiam facilitar o diagnóstico de maus tratos. (SCHERER; SCHERER, 2000).

Araújo (2002) reforça que o abuso sexual é complexo e de difícil enfrentamento por parte de todos os envolvidos, sendo difícil para a criança e sua família, pois a denúncia do segredo explicita a violência que ocorre dentro da própria família e também para os profissionais que, muitas vezes, não sabem como agir diante do problema.

Mas independentemente da situação apresentada cabe ao enfermeiro tentar reconhecer uma vítima de maus tratos durante o atendimento, conscientizando os demais membros da equipe que a omissão pode representar uma opção pela violência. (NUNES, 2009).

De acordo com o exposto ressaltamos quatro aspectos de relevância que devem ser executados pelo Enfermeiro: o acolhimento da vítima e sua família, postura ética do profissional, identificação e a notificação.

4.6.1 O acolhimento a vítima e sua família

Em seu estudo Pfeiffer (2005) cita que o acolhimento da criança ou adolescente e de sua dor é o primeiro passo para um bom resultado do tratamento físico e emocional que serão necessários

Ciuffo (2008) relata que o atendimento num primeiro momento direciona-se para o acolhimento da criança e seus familiares, pois o ato de acolher é importante, pois é a partir dele que o enfermeiro mostra-se disponível a ajudar e escutar sem, no entanto julgar ou criticar.

Outro instrumento muito importante no processo de acolhimento é a identificação da violência e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE divide-se em fases, as quais, realizadas de forma articulada, permitem a realização do cuidado de forma científica e integral. São elas: o histórico de enfermagem, que se divide em entrevista e exame físico, os quais têm por objetivo o levantamento dos dados da criança e do familiar/responsável que a acompanha; o diagnóstico de enfermagem, o qual proporciona a seleção das intervenções de enfermagem visando ao alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável; a prescrição de enfermagem, a qual irá coordenar a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades da criança e familiar/responsável; e a evolução de enfermagem, em que o enfermeiro avalia as respostas do paciente e analisa se as metas e os objetivos foram alcançados. (WOISKI; ROCHA, 2010).

Silva e Araújo (2009, p. 190) “relata que a atenção integral à saúde do adolescente requer abordagem multiprofissional, por meio de enfoque interdisciplinar”, sendo assim este atendimento necessita de vários profissionais trabalhando de maneira articulada entre si.

O MS vem buscando humanizar os serviços de saúde, por meio de Políticas Nacionais de Humanização (PNH) conhecidos como humaniza SUS. O acolhimento é o primeiro passo, para o atendimento, tendo em vista que a criança e o adolescente vítimas de violência sexual chegam às unidades de saúde fráguas, ansiosas e desamparadas, necessitando assim um acolhimento digno e humanizado, ou seja, a humanização é mais que uma atitude de solidariedade e uma atitude de inclusão.

Não podendo ser limitado a um espaço ou local.É preciso abranger a postura profissional exigindo que este tome para si a responsabilidade de abrigar e aconchegar esta criança e adolescente com responsabilidade e resolutividade de acordo com cada caso. (BRASIL, 2004).

O Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, Humaniza SUS diz que:

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

Para que ocorra um atendimento humanizado e de qualidade e preciso que o profissional de saúde mantenha uma relação de confiança e empatia com a criança e o adolescente vitima de violência sexual. Algumas características vinculadas ao acolhimento eficaz são: tratar o usuário com respeito e atenção, oferecer escuta, oferecer atendimento humanizado, proporcionar privacidade, evitar revitimação, não emitir juízo de valor e garantia do sigilo das informações. (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008; VILELA, 2009).

A partir da identificação dessa violência, é importante observar algumas condutas, como refere Pfeiffer e Salvagni (2005, p.5).

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

4.6.2 Identificação da violência

Diariamente crianças e adolescentes são levados para atendimento por inúmeros motivos, podendo ser por história de falha no desenvolvimento, hipersensibilidade, personalidade reprimida, problema escolar e psicológico. A criança e o adolescente geralmente não apresentam sinais de terem sido violentados, mas traz consigo múltiplas evidências menores, que podem estar relacionados a privação emocionais, negligência nutricional e abuso, nestes casos é importante a capacidade da equipe de saúde de diagnosticar estes casos, evitando assim ferimentos secundários por maus tratos que são casos significativos de mortes. (BRASIL, 2002).

QUESTIONAMENTOS A SEREM FEITOS DIANTE DA SUSPEITA DE VIOLÊNCIA PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • A lesão está de acordo com o que está sendo relatado; • Ela realmente pode ter ocorrido desta forma; • A relação temporal está correta, comparado com a lesão; • Poderia ter sido provocado por violência intencional; • A postura da família está adequada com a gravidade do ocorrido; • Houve retardo na busca por auxílio; • Existem dados contraditórios na história da lesão; • Existe história anterior semelhante. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2002.

Quadro 5 - Apresentação de alguns questionamentos que deve ser feito pelo profissional de saúde diante da suspeita de violência

Baseando no exposto acima Ciuffo (2008), enfatiza que o exame físico é um instrumento de grande valia para o diagnóstico. Através dele pode-se detectar a extensão e a característica das lesões e também identificar outras formas de maus tratos que pode estar associados ao abuso sexual. Pois quando o enfermeiro volta-se apenas para o diagnóstico inicial das lesões e eritema corre o risco de não descobrir as verdadeiras causas que levaram a ocorrência do quadro apresentado. No caso do abuso sexual o enfermeiro deve atentar para as formas da violência intra

e extrafamiliar, pois são relevantes para a construção de um diagnóstico acertado. (ALGERI; SOUZA, 2005).

Ao receber uma criança para a consulta, o enfermeiro deve enfatizar com os responsáveis a importância da relação familiar, pois o ambiente familiar determina como a criança irá crescer e se desenvolver. (PARRAGA, 2010).

Na hora do atendimento o profissional precisa estar atento as lesões apresentadas, pois o diagnóstico da violência pode ser confundido com outras patologias orgânicas, como síndrome hemorrágica, infecção de pele e urina, Traumatismo acidental, transtorno de conduta e personalidade, psicose e outros. (BRASIL, 2001).

O histórico da criança faz parte da primeira etapa no acolhimento, a entrevista deve ser realizada em ambiente reservado de forma objetiva e direcionada e de preferência nunca sozinha, sempre com outro membro da equipe. Nesta hora é preciso que o enfermeiro observe cada palavra dita pela criança, tendo o cuidado de anotar as partes importantes no prontuário, junto a isto é preciso observar também a relação da família com a criança e com o fato ocorrido. (SOUZA et al., 2005).

Para reforçar o parágrafo acima, Algeri e Souza, (2005) relata que na hora do atendimento é importante observar o comportamento da família em relação à criança e ao adolescente, nos casos de abuso sexual, tem perfil que se caracteriza pelo exagero na proteção, cuidado e desconfiança, diferentes dos demais de violência.

Ao realizar a entrevista com os familiares, o profissional deve ter cuidado com o local e a forma de abordagem, a empatia, pois a coleta de dados deve conter informações as mais detalhadas possíveis, buscando os antecedentes da pessoa entrevistada e seu envolvimento com a violência. (CIUFFO, 2008).

Ao receber uma criança ou adolescente vitimado sexualmente no serviço de saúde, o profissional enfermeiro deve saber que está lidando com uma situação distinta e com distintas características, onde há duas vítimas a própria criança e a pessoa que praticou o ato, este que muitas vezes pode estar presente na hora do atendimento. Sendo assim, é necessário antes de iniciar a intervenção, identificar a melhor forma de abordar o caso, a fim de elaborar um plano de trabalho em conjunto com toda a equipe. (PARRAGA, 2010).

4.6.3 Notificação

A denúncia juntamente com a notificação é um dos instrumentos mais importantes de prevenção e enfrentamento da violência contra criança e adolescente, sendo de responsabilidade do profissional ou do serviço que recebeu o caso, seja suspeito ou confirmado. (MELLO,2008).

O MS Institui a Portaria Nº 1.968/MG, de 25 de outubro de 2001, estabelecendo que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes do SUS, notifiquem ao Conselho Tutelar da localidade os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança e adolescente nessas entidades. (VILELA, 2008).

De acordo com o ECA, artigo 245, os servidores públicos tem a obrigação de comunicar essa ocorrência. E o profissional que não comunicar o caso suspeito ou confirmado de violência contra criança e adolescente, as autoridades competentes esta sendo gravemente omissa e cometendo infração administrativa punida com multa. A notificação tem por objetivo primordial a proteção a criança e o adolescente e não a punição dos autores, tratando de um dever legal, moral e ético com o ser humano. (BRASIL, 2008).

A notificação é um relato resumido do fato por escrito pessoalmente ou por telefone, contendo os principais dados da criança e do adolescente, como nome da vítima, local onde se encontra tipo de violência, autor presumido da violência, entre outros, para que as primeiras providências de proteção a vítima seja tomada pelas autoridades competentes. A notificação pode ser definida como sendo uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o conselho tutelar com a finalidade de promover cuidados e proteção de crianças e adolescentes vítimas de maus tratos e violência sexual. (MELLO, 2008).

A notificação é um instrumento de suma importância para o setor de saúde, pois é por meio dela que se cria um elo entre a área da saúde o sistema legal, iniciando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional de atuação fundamental nesse caso, possibilitando também o dimensionamento epidemiológico da violência. (VILELA, 2008).

4.6.4 Postura ética do profissional de enfermagem

O código de ética do profissional de enfermagem Resolução COFEN-240/2000, confere a estes direitos, deveres, responsabilidades e proibições a ser observados durante o exercício profissional, diante do contexto da violência sexual, destaca alguns artigos.

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2012 – 2014) nos princípios fundamentais diz que:

O profissional de enfermagem participa como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer as necessidades da saúde da população, respeitando a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza, exercendo suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade. (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2012 – 2014, p. 115).

Este princípio citado acima destaca a importância dos serviços prestada por este profissional para a sociedade. Ressaltando que enfermeiro não pode provocar, cooperar ou ser conivente com maus tratos. Necessitando assim do profissional enfermeiro um posicionamento tanto como cidadão, e com profissional de saúde, para assim contribuir no combate a violência sexual, e promover com isto uma assistência adequada à criança e o adolescente vitimados sexualmente.

De acordo com Brasil (2002, p. 32) “diz que durante todo o processo de atendimento das situações de violência, a equipe de saúde necessita manter uma preocupação ética com a qualidade da internação e suas consequências.” Visto que às vezes o atendimento representa a primeira instancia da divulgação de uma situação de violência, constituindo ao profissional de saúde o diagnóstico e avaliação dos riscos referente ao silencio, visto que o compromisso de confiança e importante para conquistar a confiança da vitima, no caso de criança e adolescente o profissional enfermeiro é por lei obrigado a notificar ao conselho tutelar o caso.

Segundo a lei Nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986, presente no código de ética e legislação e responsabilidade do enfermeiro.

Como refere o art. 11:

O enfermeiro exerce todas as atividades, cabendo-lhe privativamente: planejamento, coordenação, execução dos serviços de assistência em enfermagem; Consulta de Enfermagem; cuidado de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica de tomar decisões imediatas. (COFEN, 2007).

O Código de Ética e Legislação em seu capítulo I fala das Responsabilidades Profissionais, em seu artigo 5º diz que: o enfermeiro deve exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, integridade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade. (COFEN, 2007).

Na opinião de Rodrigues (2003) a ética do dever serve para fundamentar os códigos de deontologia de diversas profissões, mostrando que os conflitos morais presentes no cotidiano não devem ser atendidos na perspectiva unilateral da decisão.

CONCLUSÃO

Este estudo proporcionou reflexões acerca da atuação do enfermeiro frente ao abuso sexual infantil, o que conduziu a entender que esse fenômeno é complexo e de difícil identificação onde as ações de enfermagem podem ser usadas como molas precursoras na promoção e proteção a saúde da criança e do adolescente. A violência sexual contra a criança e o adolescente vêm tomando espaço nos mais diversos níveis sociais, este assunto exige muita tolerância e sensibilidade, pois os sentimentos envolvidos despertam sensação de injustiça, intolerância e impotência, diante de situações dolorosas a que esses indivíduos se encontram, uma triste realidade, onde estas vítimas estão tendo seus direitos violados, na maioria das vezes, por quem tem a responsabilidade de proteger e garantir a educação, saúde e bem estar, lesando sua integridade de maneira assustadora. A identificação dos casos da violência contra criança e adolescente precisa de habilidade dos profissionais da saúde, para tal ato e preciso estar atento e saber reconhecer sinais e comportamentos suspeitos que indiquem violência, pois são muitas as maneiras de maus tratos, e maiores ainda são as consequências deixadas em sua vítima e família.

Quanto mais regressamos na historia da humanidade mais encontramos evidencias que estas tivessem sido vitima de violência. Em meio a esta violência não podemos esquecer que a violência e um problema tão extenso e multifacetado que ate mesmo dentro dos lares nos deparamos com alguma forma de violência, podendo ser verbal, física, sexual e outras. Durante a pesquisa pode-se observa que a violência contra criança e adolescente não e um problema novo na historia da humanidade, relatos mostram a ocorrência destes atos violentos desde os tempos antigos, sendo registrados nas historias bíblicas, na mitologia, na antropologia e nos processos religiosos, com isto o abandono, a negligência, o sacrifício, a exploração no trabalho e sexual, a violência intrafamiliar interpessoal, a violência urbana e os homicídios sempre percorre a história do mundo, sendo verificado desde os primórdios da humanidade. Enfim a criança que na infância deveria ter uma vida baseada em alegria e brincadeiras, ser uma criança amável, sociável, recíproca de fraternidade, quando esta possui uma vida normal. Mas quando são violentadas

sexualmente tragam em si a angustia, o medo, a tristeza, a culpa, a vergonha e em muitos casos tornam-se crianças reprimidas e com traumas que acompanham para o resto de suas vidas. Enfim ao atender a criança e sua família, seja no hospital, no ambulatório, na escola, na comunidade, na rua ou em qualquer lugar e de suma importância que este profissional seja preparado para identificar sinais de violência, comprometido com a justiça, a inserção social e com a saúde e bem estar da criança e do adolescente.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA – Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e Adolescente. **Abuso sexual, mitos e realidade. Coleção criança carinho.** 3 ed. Petrópolis: Editora Autores, Agentes e Associados, 2002.

ADED, Naura Liane de Oliveira et al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. Psiq. Clín.** São Paulo - SP, v. 33, n. 4, 2006, p. 204-213. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n4/a05v33n4.pdf>>. Acesso em: 02 Dez. 2015

ALGERI, Simone; SOUZA, Luccas Melo de. Intrafamiliar violence against the child: a reflexive analysis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 4, n. 3, dec. 2005. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/40>>. Acesso em: 19 Out. 2016.

ARAÚJO, Denilson Cardoso de; COUTINHO, Inês Joaquina Sant'Ana Santos. **80 anos do Código de Menores.** Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 13, n. 1673, 30 jan. 2008. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/10879>>. Acesso em: 05 Nov. 2016.

ARAUJO, Maria Fátima. Violência e abuso sexual na família. **Psicol. estud.** Maringá - PR, v. 7, n. 2, 2002, p. 3-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 05 Maio de 2016.

AZEVEDO, Maurício Maia. **O código Mello Mattos e seus reflexos na legislação posterior.** Disponível em: http://www.tjrj.jus.br/documents/10136/30354/codigo_mello_mattos_seus_reflexos.pdf. Acesso em: 27 Out. 2016.

BARROS, Célia Silva Guimarães. **Pontos de Psicologia do Desenvolvimento.** 12 ed. São Paulo: Editora Ática, 2008. 213 p.

BARROS, Jussara. "A Criança e a Fase dos Porquês "; Brasil Escola. Disponível em: <<http://brasilecola.uol.com.br/educacao/a-idade-dos-porques.htm>>. Acesso em: 06 de nov. de 2016.

BASS, Ellen; THORNTON, Louise. **Nunca contei a ninguém**. São Paulo: Editora Harbra, 1985. p. 229.

BOARATI, Maria Cristina Brisighello; SEI, Maíra Bonafé; ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya. Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo - SP, v. 19, n. 3, 2009, p. 426-434. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n3/08.pdf>>. Acesso em: 13 Jun. 2016.

BORGES, Ana Luiza Vilela; FUJIMORI, Elizabeth. **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri - São Paulo: Manole, 2009. 608 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/92 a 56/2007 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/94**. Brasília, DF: Senado Federal: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 464 p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Guia Escolar: Métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília – DF, 2004, p. 1-163. Disponível em: <http://www.mpdf.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Publicacoes/Guia_Escolar.pdf>. Acesso em: 18 de Abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p.

_____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: Orientações para prática em serviços**. Cadernos de atenção básica nº 8. Brasília – DF, 2002. 96p.

_____. Ministério da Saúde. **Temático: Prevenção da Violência e Cultura da Paz**. Vol. III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Brasília - DF, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/consulta-publica/arquivos/1393133501.pdf>>. Acesso em: 20 Set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069, de 3 julho de 1990, legislação correlatado**. 11 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. 237p.

CIUFFO, Lia Leão; RODRIGUES, Benedita Maria Desdará; CUNHA, Janice Machado da. O enfermeiro diante do Diagnostico de Abuso Sexual Infantil. **Online Braz. J. nurs.** Rio de Janeiro – RJ, v. 7, n.1, 2008. Disponível em:<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1261/306>>. Acesso em: 10 Ago. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RONDÔNIA (COREN). **Caderno de Legislação**.9 ed. Rondônia. 2013. 164p.

CÓRIA-SABINI, Maria Aparecida. **Psicologia do desenvolvimento**. 2 ed. São Paulo: Editora Ática, 1997. 168 p.

COSTA, Maria Conceição Oliveira et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro - RJ, v. 12, n. 5, 2007, p. 1129-1141. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/04.pdf>>. Acesso em: 07 Jun. 2016.

DAY, Viviam Peres et al. Violência domestica e suas diferentes manifestações. **R. Psiquiatr**. Rio Grande do Sul - Porto Alegre, v. 25, supl. 1, 2011, p. 9-21. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1.pdf>>. Acesso em: 19 Maio 2016.

DESLONDES, Suely Ferreira. Prevenir a violência - um desafio para profissionais de saúde. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto – SP, v. 3, n. 2, 1995, p. 207-208. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n2/v3n2a17.pdf>>. Acesso em: 28 Nov. 2015.

FAHLBERG, V. R. **Avaliação dos casos de abuso sexual**. Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social, PUC-RJ, 1997. 100 p.

KAWAMOTO, Emília; SOUSA, Ana Lúcia Teles de Moura; FLORIO, Arlete. **O neonato, a criança e o adolescente**. 1 ed. São Paulo: EPU, 2001.319p.

KIMBANDA, Rufino Waway. Excisão como iniciação sexual e religiosa em mulheres negra–bantu. **Revista de Estudos da Religião**. São Paulo, nº. 1, 2006, p 116-129. Disponível em: < http://www.pucsp.br/rever/rv1_2006/p_kimbanda.pdf >. Acesso em: 10 Out. 2016.

KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. 380 p.

LEÇA, Ana. Et al. **Maus trator em crianças e jovens: Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção**. Direção Geral de Saúde, 2011. 61p.

LELOUP, Jean Yves. **O corpo e seus símbolos**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 133 p.

MAIA, JanneKelli Freitas; MORAIS, Gilvânia Smith Nóbrega. Considerações ético-legais envolvendo o profissional de enfermagem diante de uma criança vítima de violência. **Rev. Eletr. Enf.** Campina Grande, 2010. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/119993.E8.T2842.D4AP.pdf>>. Acesso em: 19 Abr. 2016.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 18, n. 4, 2009, p. 315-334. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n4/v18n4a02.pdf>>. Acesso em: 19 Maio 2016.

MELLO, Anna Christina Cardoso. **Kit respeitar: enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes: cuidar respeitando: guia para os profissionais que lidam com crianças e adolescentes**. São Paulo: Imprensa Oficial do estado de São Paulo, 2008. 62 p.

MORGADO, Rosana. Brasil. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 340p. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro – RJ, v. 11, n. 2, 2006, p. 537-540. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30440.pdf>>. Acesso em: 10 Set. 2016.

NOVAIS, Marina Rodrigues; BRITO, Ilma A. Goulart de Souza. Comportamentos-problema de uma criança vítima de abuso sexual. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.** Goiânia, v. 15, n. 1,4-9, 2013, p. 1982-3541, 2013. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/563/375>>. Acesso em: 11 Jun. 2016.

NUNES, Eliane Santana. Violência contra a criança e o adolescente: tipos mais frequentes e papel do enfermeiro. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigo/violencia-contra-a-crianca-e-o-adolescente-tipos-mais-frequentes-e-o-papel-do-enfermeiro/21602>>. Acesso em: 19 Abr. 2016.

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde. **Sistematização de Experiências de Sistema de Vigilância, Observatório ou Sistema de Informação de Violência na América Latina**. Colômbia, 2008.

PADILHA, M. G. S.; GOMIDE, P. I. Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. **Estud. Psicol.** Natal - RN, v. 09, n. 1, 2004, p. 53-6. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22381.pdf>>. Acesso em: 15 Out. 2016.

PAPALIA, Daiane E et al. **Desenvolvimento humano**. 12 ed. Porto Alegre: Editora AMGH, 2013. 868 p.

PARRAGA, Elton Estigarr. **O papel do enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítima da violência sexual**. Monografia (Bacharelado em enfermagem) – Universidade Federal do pampa, Uruguiana. 2010.

PECHORRO, Pedro Santos; POIARES, Carlos; VIEIRA, Rui Xavier. Caracterização psicológica de uma amostra forense de abusadores sexuais. **Aná. Psicológica**. Lisboa, v. 26, n. 4, 2008, p. 615-623. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n4/v26n4a07.pdf>>. Acesso em: 11 de Jun. de 2016.

PFEIFFER, Luci; SALVAGNI, EdilaPizzato. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. Pediatr. (Rio J.)**. Porto Alegre, v. 81, n. 5, 2005, p. 197-204. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>>. Acesso em: 19 Abr. 2016.

PIRES, Ana L.D; MIYAZAKI, Maria C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **ArqCiênc Saúde 2005**. São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, 2005, p. 42-49. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf>. Acesso em: 25 Out. 2016.

RODRIGUES, Izabel Cristina de Mello. **Dicionário Língua Portuguesa**. 1 ed. São Paulo: Bicho Esperto, 2012. 368 p.

SALVA O ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE. [livro eletrônico] / [organização dos originais Ana Luisa Vieira, Francisca Pini e Janaina Abreu]. 1 ed. São Paulo: **Instituto Paulo Freire**, 2015. 1.932 Kb. Disponível em: <https://www.paulofreire.org/eca/e_book_ECA.pdf>. Acesso em: 02 Dez. 2015.

SANDERSON, Christiane. **Abuso Sexual em Crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abuso sexuais e pedofilia**. 1 ed. São Paulo: M Books do Brasil, 2005. 345p.

SANTOS, Samara Silva; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. **Estudos de Psicologia. Campinas**. Campinas - SP, v. 25, n. 4, 2008, p. 595-606. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a14v25n4.pdf>>. Acesso em: 24 Out. 2016.

SCHERER, Edson Arthur; SCHERER, Zeyne Alves Pires. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto - SP, v. 8, n. 4, 2000, p. 22-29. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12380.pdf>>. Acesso em: 27 Out. 2016.

SEBOLD, John. Indicadores de Abuso Sexual de meninos e adolescentes. In: **Social Casework**. v. 68, n. 2, 1987, p. 75-80. Disponível em: http://www.chamaeleon.org.br/arquivos/indicadores_de_abuso_sexual_de_meninos_e_adolescentes.pdf>. Acesso em: 11 de Jun.2016.

SERAFIM, Antônio de Pádua et al. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo - SP, v. 38, n. 4, 2011, p. 143-147. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/a06v38n4.pdf>>. Acesso em: 29 Set. 2015.

SILVA, Lygia Maria Pereira; FERRIANI, Maria das Graças de Carvalho; SILVA, Marta Angélica Iossi. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev. bras. enferm.** Brasília – DF, v. 64, n. 5, 2011, p. 919-924. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a18v64n5.pdf>>. Acesso em: 30 Nov.2015.

SILVA, Vanir Alves; SILVA, Vanilda Alves. **Violência Intrafamiliar: Abuso sexual infantil**. 1 ed. digital. Joinville: Clube de autores, 2015.

SONEGO Cristiane. **A violência familiar contra crianças e adolescentes e a intervenção das equipes de saúde da família do município de Ponta Grossa**. 2006.304 p. Dissertação (Obtenção do título de mestre na área ciências sociais aplicadas) - Universidade Estadual de Ponta Grossa – PR. Disponível em: <http://www.bicen-tede.uepg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=17>. Acesso em: 15 Ago. 2016.

SOUSA; Ana Lúcia Teles de Moura; FLORIO, Arlete, KAWAMOTO, EmiliaEmi. São Paulo: EPU, 2001. 319 p.

SOUZA, Maria de Lourdes et al. O cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto Enferm.** Florianópolis – SC, v. 14, n. 2, 2005, p. 266-270. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>>. Acesso em: 10 Set. 2016.

TOMAZINE, Angélica Malman; OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves; VIEIRA, Claudia Silveira. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto atendimento. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Cascavel – PR, v. 2009, p. 830-840. Disponível em:<www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a08.pdf>. Acesso em: 23 Maio 2016.

VILELA, Laurez Ferreira. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal – Brasília**: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008, 68 p. Disponível em:<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/crianca-e-adolescente/Manual_de_atendimento_as_vitimas_de_violencia_na_rede_de_saude_publica_do_df_secretaria_de_saude_do_df_2009.pdf>. Acesso em: 02 Out. 2016.

WASELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da violência 2012. Criança e Adolescentes do Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Flasco, 2012. 84 p.

WOISKI, Ruth Oliveira Santos; ROCHA, Daniele Laís Brandalize. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Esc Anna Nery RevEnferm.** Rio de Janeiro – RJ, v. 14, n. 1, 2010, p. 143-150. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a21>>. Acesso em: 01 Dez. 2015.