



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA- LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA- FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TÁSSIA CRISTINA RIBEIRO BATISTA

VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: Uma Análise da Literatura Acerca da
Assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual

Itaituba-Pará

2017

TÁSSIA CRISTINA RIBEIRO BATISTA

VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: Uma Análise da Literatura Acerca da
Assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção de título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Especialista Karla Santos
da Silva.

Itaituba-Pará

2017

BATISTA, Tássia Cristina Ribeiro

Violência Sexual Infantil: Uma Análise da Literatura Acerca da Assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual. Tássia Cristina Ribeiro Batista-Itaituba: Faculdade de Itaituba (FAI) 2017.

48 f II

Orientadora: Profº Especialista Karla Santos Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem, 2017.

1. Violência 2. Assistência-Trabalho de Conclusão de Curso. I (SILVA, Karla Santos da) II Faculdade de Itaituba Brasil-PA, 2017.

TÁSSIA CRISTINA RIBEIRO BATISTA

VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: Uma Análise da Literatura Acerca da
Assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção de título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Especialista Karla Santos
Silva.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Avaliador: _____ Nota: _____

Avaliador: _____ Nota: _____

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ de Janeiro de 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente pelo dom da vida, pela fé que todos os dias busquei para conclusão deste curso e deste trabalho.

Agradeço ao meu pai José Ismael pelo incentivo pela dedicação e carinho que sempre teve, nos momentos difíceis sempre esteve ao meu lado me apoiando quando precisei.

A minha querida mãe pela determinação de querer sempre o melhor pra mim pelo apoio incondicional e principalmente pelo cuidado com minhas filhas.

Ao meu esposo Dimerson Amorim que cuidava sempre das nossas filhas, quando ia pra faculdade.

Aos amores da minha vida Ana Vitoria e Maria Eloise é por elas e para elas que luto todos os dias pela alegria que recebiam quando chegava cansada e me davam esperanças de querer sempre buscar mais conhecimento.

Aos meus irmãos que sempre disponibilizavam seu tempo pra me ajudar.

A todos os professores e enfermeiros que transmitiram um pouco do seu conhecimento com dedicação e paciência.

Enfim obrigada a todos que contribuíram para que eu chegasse ate aqui, muito obrigada.

*“Superar é preciso,
Seguir em frente é essencial
Olhar pra trás é perda de tempo
Passado se fosse bom era presente”.*
Clarice Lispector

RESUMO

Cuidar de uma criança vítima de violência sexual requer além de cuidados físicos, emocionais e psicológicos, a atenção de um profissional enfermeiro e equipe de enfermagem capacitada. O enfermeiro deve manter um clima de afinidade, para poder buscar informações e evitar o julgamento da vítima. Diante disso através das questões norteadoras: De que maneira o enfermeiro deve fazer a abordagem da criança vítima de abuso sexual? Quais seriam as principais intervenções realizadas pela equipe de enfermagem? Quais orientações que devem ser dadas a família? Os maus-tratos geralmente ocorrem no âmbito escolar, social não familiar, e até mesmo familiar, onde as incidências de casos às vezes são até maiores que no meio social, é praticada por sujeitos maiores de idade com capacidade superior a da criança, fazendo uso da autoridade sob o menor indefeso e os objetivos: Objetivo Geral Descrever a abordagem do enfermeiro em crianças vítima de abuso sexual. Objetivos Específicos: Analisar a abordagem do enfermeiro com a relação à vítima de violência sexual infantil; Descrever a importância de serem diagnosticadas às vítimas de abuso sexual precocemente; Demonstrar a importância do sigilo e ética profissional do enfermeiro perante a situação. Deixando assim consequências físicas que muitas vezes são levadas até a vida adulta. O enfermeiro tem o papel fundamental diante da situação, pois é o primeiro a ter contato, obter informações e cuidar da criança vítima de abuso sexual. Assim entender a abordagem do que o enfermeiro deve ter se faz de primordial importância, para que este possa atender esse público.

Palavras- chaves: Violência Sexual. Enfermeiro. Abordagem.

ABSTRACT

Caring for a child victim of sexual violence requires, in addition to physical, emotional and psychological care, the attention of a professional nurse and trained nursing staff. The nurse must maintain an atmosphere of affinity, in order to seek information and avoid the victim's judgment. Therefore, through the guiding questions: How should the nurse approach the child victim of sexual abuse? What would be the main interventions performed by the nursing team? What guidelines should the family be given? Mistreatment usually occurs in the school, social, non-family, and even family areas, where the incidences of cases are sometimes even greater than in the social environment, is practiced by older persons with a capacity greater than that of the child, making use of of authority under the helpless child and the objectives: General Objective To describe the nurse's approach to children who are victims of sexual abuse. Specific Objectives: To analyze the nurse's approach to the victim of child sexual violence; Describe the importance of being diagnosed to victims of sexual abuse early; Demonstrate the importance of confidentiality and professional ethics of nurses in the face of the situation. Thus leaving physical consequences that are often carried into adulthood. The nurse has a fundamental role in the face of the situation, as he is the first to have contact, obtain information and care for the child victim of sexual abuse. Thus, understanding the approach of what the nurse must have is of paramount importance, so that it can serve this audience.

Keywords: Sexual Violence. Nurse. Approach.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha de cuidado: dimensões do cuidado para prática em saúde..... 24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sinais físicos e comportamentais e sentimentos recorrentes do abuso sexual.....	21
--	----

LISTA DE SIGLAS

ECA: Estatuto da Criança e Adolescente

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

SINAN: Sistema de Notificação

SUS: Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 VIOLÊNCIA.....	14
2.2 TIPOS DE VIOLÊNCIA.....	15
2.3 NATUREZA DA VIOLÊNCIA.....	16
3 ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	19
3.1 CONSEQUÊNCIAS.....	20
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	23
3.3 ABORDAGEM DE ENFERMAGEM.....	24
3.3.1 Acolhimento.....	26
3.4 CONDUTA DE ENFERMAGEM.....	27
3.4.1 Notificação.....	29
3.5 PROTEÇÃO DA CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	30
3.6 ORIENTAÇÕES A FAMÍLIA.....	33
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
4.3 ANÁLISE DISCURSIVA.....	36
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual infantil pode ser definida como qualquer ato ou contato de envolvimento com a criança em atividades de cunho sexual, no qual o adulto ou um indivíduo em estágio psicosssexual mais avançado venha a usar a criança para sua estimulação sexual (HABIGZANGETAL, 2005).

A violência sexual produz consequências traumáticas e irreversíveis para quem sofre, atingem muitas vítimas de forma silenciosa, deste modo ela acontece com ambos os sexos, independente de raça, religião, nível social e cultural.

Caracteriza-se por atos praticados com finalidade sexual que, por serem lesivos ao corpo e a mente do sujeito violado (crianças e adolescentes), desrespeitam os direitos e as garantias individuais como liberdade, respeito e dignidade, previstos na Lei nº 8.069/90 – Artigos 7º, 15, 16, 17 e 19 Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

Mas, pelo SINAN, é possível verificar que foram atendidas pelo SUS, em 2014, um total de 85,9 mil meninas e mulheres vítimas de violência exercida por pais, parceiros e ex-parceiros, filhos, irmãos: agressões de tal intensidade que demandaram atendimento médico. Estima-se que 80% dos atendimentos de saúde no País são realizados pelo SUS; assim, um total estimado de 107 mil meninas e mulheres devem ter sido atendido em todo o sistema de saúde do País, vítimas de violências domésticas.

A equipe de enfermagem reúne os profissionais que estão mais presentes nos cuidados à criança por essa razão está, mas atentos a mudanças de comportamento e sinais que possam indicar que esta sofrendo algum tipo de violência sexual, além de fornecerem o suporte emocional necessário auxiliando o paciente a recuperação, mais rápida. Diante disso através das questões norteadoras: De que maneira o enfermeiro deve fazer a abordagem da criança vítima de abuso sexual? Quais seriam as principais intervenções realizadas pela equipe de enfermagem? Quais orientações que devem ser dadas a família?

A assistência de enfermagem prestada a esses pacientes geralmente, tem como cuidados uma série de técnicas, desde a busca de informações, ao cuidado físico, psicológico da criança vítima de abuso sexual. Ainda que essa abordagem seja difícil para o enfermeiro, não deve ser vista como um problema, pois a vítima de violência sexual espera encontrar apoio no enfermeiro ou cuidadores, estes esperam

de alguma forma o apoio e oportunidade de falar o que esta acontecendo e requer a segurança e a hospitalidade da equipe.

Objetivo Geral Descrever a abordagem do enfermeiro em crianças vitima de abuso sexual. Objetivos Específicos: Analisar a abordagem do enfermeiro com a relação à vítima de violência sexual infantil; Descrever a importância de serem diagnosticadas às vítimas de abuso sexual precocemente; Demonstrar a importância do sigilo e ética profissional do enfermeiro perante a situação.

O enfermeiro tem o papel fundamental diante da situação, pois e o primeiro a ter contato, obter informações e cuidar da criança vitima de abuso sexual, assim entender a abordagem do que o enfermeiro deve ter se faz de primordial importância, para que este possa atender esse público (Pro Paz, 2016).

Cuidar de uma criança vitima de violência sexual requer além de cuidados físicos, emocionais e psicológicos, a atenção de um profissional enfermeiro e equipe de enfermagem que saibam aborda essa vitima em sua chegada, e este será o primeiro a manter contato com esta, por isso o enfermeiro deve manter um clima de afinidade, para poder buscar informações e evitar o julgamento da vítima.

Além da atuação importante do enfermeiro com a criança vitimada, e trabalho do mesmo orientação a familiares, quanto a prevenção, esclarecimentos que digam a respeito de contato físico de maneira negativa com pessoas desconhecidas (NEIFERTetal , 2001).

Portanto o enfermeiro deve este preparado para receber a criança vitimada no que se refere a diagnostico e prevenção assim como planejamento de assistência de enfermagem.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 VIOLÊNCIA

A violência é uma ameaça ao direito, à saúde e a vida da criança e de sua família, mas a violência cometida na criança não se justifica de maneira alguma, pois essas são totalmente dependentes de seus pais, familiares cuidadores, poder público e sociedade, a exposição da criança a qualquer forma de violência física, sexual e psicológico, comprometem seu crescimento e desenvolvimento físico, mental além de problemas emocionais que serão levados ao longo da sua vida (MAGALHÃES; FRANCO NETTO, 2008).

As crianças mais novas estão mais expostas a maus tratos físicos, quanto ao gênero, os meninos são mais suscetíveis a agressões físicas e as meninas mais suscetíveis à violência sexual, exploração sexual comercial e turismo (SOUSA, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, violência significa a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis, neste sentido em 1996, a OMS recomenda que a violência contra criança deva ser tratado como problema de saúde pública (BRASIL, 2010).

As situações de violência sexual se apresentam como novo desafio para saúde pública visto que esses devem desenvolver uma atenção voltada ao lado psicossocial baseado em um trabalho de equipe multiprofissional com enfoque psicológico na vítima e na família (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Mas de 17,5 mil crianças podem ter sido vítima de violência sexual no de 2015, mas ou menos 50 casos por dia, estes números foram apenas os denunciados através do Disque Denuncia Nacional - Disque 100, além da violência sexual estão entre as estatísticas, negligência, violência psicológica e violência física as meninas são 54% dos casos denunciados, na faixa etária de 4 a 11 anos de idade, o local de maior ocorrência dos casos são nas residências, em geral o agressor é um membro da família, pai, avô, tios irmãos ou conhecidos da família (BRASIL, 2012).

Pode ser considerada como violência todo e qualquer ato que venha e faça uso de força física ou ameaça contra si ou contra outra pessoa, a mesma pode deixar desde lesões, danos físicos, incapacidade de desenvolvimento a danos

psicológicos, emocionais e até o isolamento da pessoa que sofreu a agressão, (SALLES, 2013).

Qualquer violência que a pessoa venha a sofrer trará inúmeras consequências para o resto da vida dessa criança, muitas vezes a criança terá que ter o acompanhamento de psicólogos por tempos.

Conforme cita Gabel (1997):

O abuso sexual supõe uma disfunção em três níveis: o poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco); a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor); e o uso delinquente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre seu corpo (GABEL, 1997, p.10).

O abuso sexual infantil é uma forma de violência que envolve poder, coação ou sedução. É uma violência que envolve duas desigualdades básicas: de gênero e geração. O abuso sexual infantil é frequentemente praticado sem o uso da força física e não deixa marcas visíveis, o que dificulta a sua comprovação, principalmente quando se trata de crianças pequenas (SALLES, 2013).

2.2 TIPOS DE VIOLÊNCIA

Segundo Ministério da Saúde, a violência pode se manifestar de várias formas em grau diferentes que levam desde o homicídio até casos mais extremos:

- **Violência contra Criança e Adolescente:** É qualquer conduta – ação ou omissão, agressão ou coerção – ocasionada pelo fato de a vítima ser criança ou adolescente, e que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico ou social.
- **Violência Intrafamiliar:** Praticada por membros da família (pai, mãe, filha, filho, marido, sogra, padrasto ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou tio do marido) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa ou fora). Geralmente, se expressa como abuso físico, sexual, psicológico ou como negligência ou abandono.
- **Violência Física:** Qualquer ação que machuque ou agrida intencionalmente uma pessoa, por meio da força física, arma ou objeto, provocando ou não danos e lesões internas ou externas no corpo.
- **Violência Moral:** Ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher ou do homem.

- **Violência Patrimonial:** Ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens, valores e similares.
- **Violência Psicológica:** Ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa, por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal.
- **Violência dirigida a si mesmo ou autoinfligida:** Acontece quando a tentativa de suicídio, ou a automutilação.
- **Violência interpessoal:** Quando é cometida por alguém do convívio familiar por pessoas conhecidas ou não.
- **Violência coletiva:** Quando acontece no meio social cometida por membros políticos, estado ou governo (BRASIL, 2012).

O autor descreve cada violência e qual o significado de cada uma, levando assim o bom entendimento que se faz de cada uma, assim cada violência é praticada e usada de formas e maneiras diferentes. Até um empurrão já é considerado violência e que seu agressor pode pagar conforme a gravidade.

2.3 NATUREZA DA VIOLÊNCIA

Violência física, quando algum ou alguém tenta agredir de forma direta ou acidental uma pessoa por meio de força física, ou por uso de arma deixando lesões internas ou externas, podem se manifestar por “tapas, empurrões socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento, lesões por armas ou objetos, obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos, tirar de casa à força, amarrar, arrastar, arrancar a roupa, abandonar em lugares desconhecidos, danos à integridade corporal decorrentes de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros)” (BRASIL, 2002).

A violência física é marcada principalmente pelo uso da força e agressão o que muitas das vezes é usada pelos agressores para intimidação de suas vítimas. Também por falta de abandono e omissão de cuidados (SOUSA, 2007).

Violência psicológica: em forma de rejeição intimidação da criança por meio de ameaças, cobranças e punições exageradas, desrespeito podem gerar danos irreversíveis ao longo da vida, as maiores consequências são: agressividade, dificuldade em ter relacionamentos interpessoais, dificuldade de aprendizagem, dificuldade de adaptação, uso de drogas, envolvimento com prostituição, distúrbios afetivos (apatia, crises de choro, sentimento de culpa, vergonha, auto desvalorização) mudanças de comportamento e vocabulário.

Negligencia: omissão de um adulto em cuidar de uma criança em auxiliar nas necessidades básicas, dificultando seu desenvolvimento físico, mental, social, por exemplo, cuidado com a saúde, privação de alimentos, proteção contra o frio calor, a maior forma de negligencia e o abandono.

A maioria dos casos de abusos em crianças é voltada a violência psicológica, sendo que essa é a forma mais comum de intimidar e fazer com que a criança omita o abuso e o sofrimento vivido. Existem casos que só são descobertos quando essas crianças já alcançaram suas vidas adultas e fazem relatos de sua infância interrompida (BRASIL, 2010).

Violência sexual, e toda ação que usa força física ou intimidação psicológica fazendo com que a pessoa seja forçada ao ato sexual contra sua vontade. “A violência sexual ocorre em uma variedade de situações como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual”. Existem vários termos para esta definição de violência sexual caracteriza por um abuso de poder no qual a vítima (criança, adolescente e mulher) é usada para gratificação sexual do agressor sem seu consentimento, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física (BALLONE, ORTOLONI; MOURA, 2003). Também podem ter outras variações: O estupro é definido pelo artigo 213 do Código Penal como “constranger à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. Entende-se por ‘conjunção carnal’ o coito vaginal, completo ou não, com ou sem ejaculação. A “violência ou grave ameaça” consiste no emprego ou não de força física capaz de impedir a resistência da vítima.

Os casos de violência e abuso sexual sempre são acompanhados pela violência psicológica e física, dessa forma a vítima sente-se obrigada a ceder e viver em meios a esses abusos. A criança é induzida pelos agressores a praticar certos atos, muitas crianças nem sabe realmente que sofrem, já que muitas famílias omitem como pode acontecer um abuso (CARVALHO, GALVÃO; CARDOSO, 2011).

Carícias não desejadas, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos de forma forçada, exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo e masturbação forçada, uso de linguagem erotizada, em situação inadequada, impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro (a) em utilizar preservativo, ser forçado (a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal (KÜHN, REIS; TRINDADE FILHO, 1998).

Cada violência é caracterizada de formas e descrita diferente, para que cada ato ou situação seja julgado conforme sua gravidade, levando assim o agressor ser responsabilizado pelos seus atos se infringir qualquer uma das violências citadas acima. Alguns agressores usam suas artimanhas para ir aos poucos seduzindo e praticando o abuso sem que a criança sinta-se ameaçada achando que é somente carinho e atenção (FERREIRA, 1999).

3 ABUSO SEXUAL INFANTIL

A OMS define o abuso sexual de crianças como "o envolvimento de criança em atividade sexual que esta não compreenda totalmente, não tenha capacidade para dar seu consentimento informado, não esteja preparada em relação ao seu desenvolvimento ou não possa consentir, violando leis e tabus sociais" (GUIMARAES; VILLELA, 2011). O abuso sexual infantil pode vim caracterizado de varias formas: sexo forçado, estupro, caricia não desejado, penetração oral, anal, genital ou penetração de objetos de forma forçada.

Assim o abuso sexual infantil é caracterizado de várias maneiras, muitas vezes os pais ou a própria criança não tem conhecimento que certas atitudes são consideradas abusivas, dessa forma é necessário que os responsáveis tomem conhecimentos para que se tomem providências necessárias (SOUSA, 2007).

Segundo Azevedo & Guerra (2012) ressaltam ainda que o abuso sexual na infância significa o ato, jogo, ou relação sexual, isto é de natureza erótica destinada à busca do prazer pelo adulto, tortura e sofrimento para a vitima. O abuso sexual infantil ocorre com o contato entre crianças e adulto pode ser de natureza heterossexual ou homossexual e relação intrafamiliar pais, irmãos, avos, tios ate mesmo entre ambos os sexos quando acontece no ambiente doméstico.

Qualquer ato erótico que venha trazer sofrimento e dor a criança é considerado abuso, uma vez que a criança não tem seu corpo preparado para tais atos nessa relação, na maioria das vezes esses casos acontecem principalmente entre familiares (SALLES, 2013).

O abuso sexual acontece de forma silenciosa onde a vitima muitas vezes é obrigada a conviver com a violência, pois é ameaçada pelo agressor, este na maioria das vezes e alguém da família onde a proximidade é maior, ele conquista a criança através de ato com demonstração de carinho e proteção e é nesse momento que ele aproveita para aborda a vitima, isso passa a ser constante e ele de agressor se transforma em vitima, invertendo os papeis para exigir o silêncio (UNIFESP, 2012).

É notório que crianças que sofrem abuso, não comentem com alguém da família com medo e por ameaças que sofre por parte do agressor, acontece casos que a crianças conta, mas que muitas vezes a mãe não acredita o que deixa cada vez mais a vítima acoada e vivendo calada com o abuso e violência sofrida. Há casos que o agressor conquista a criança com brinquedos e doces criando um elo

assim antes de cometer o ato e com isso vai ameaçando ou prometendo novas coisas para que essa criança não comente sobre o que vive (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

A partir desse momento a criança sente-se insegura, desprotegida e com vergonha de si mesma, isso faz com que ocorra a resistência de denunciar o agressor este por sua vez pode ser alguém de seu convívio, a primeira pessoa que a criança tem coragem de falar é a mãe essa por sua vez considera-se culpadas, pois acham que não cuidaram da criança como deveria e acabam convivendo com isso, ela deveria ser a primeira a observar e ter cuidados diante da situação assim segundo elas passam também a serem vitimas e devem receber cuidados e atenção (CARVALHO; GALVÃO; CARDOSO, 2011).

Nos dias de hoje com o número constante de separações e que a família é formada por madrastas e padrastos é preocupante, é vivenciado todos os dias casos de padrastos que mantêm e abusam de crianças suas enteadas e que muitos casos as mães não acreditam, quando realmente precisam e descobrem o problema se sentem culpadas e não tem coragem de denunciar o agressor, dessa forma essas mães também devem receber cuidados, onde será trabalhado com a família para que possam superar a situação (BALLONE; ORTOLONI; MOURA, 2008).

Segundo a descrição é necessário que se mude e quebre esses tabus diante desse assunto, que se possa expor a crianças e adolescentes de forma entendedora para cada idade para que haja uma precaução diante do abuso sexual, que uma criança possa alertar seus familiares se uma pessoa a tratar diferente (SOUSA, 2007).

3.1 CONSEQUÊNCIAS

Sequelas físicas e até casos, mas extremos como morte da criança ou adolescente pode haver também consequências psicológicas e sociais. Entre os sinais de violência físicas mais frequentes estão equimoses, hematomas e escoriações, normalmente encontrados em locais protegidos como costas nadegas, braços coxas mordidas e queimaduras são encontradas em locais mais difíceis de serem vistos como couro cabeludo, virilha, pés orelhas (BRASIL, 2012).

Os agressores sempre deixam marcas onde não é notável, onde as roupas cobrem e escondem o fato. No mundo corrido do dia a dia muitas mães não tem a pratica de olhar seus filhos quando tomam banho, por exemplo, e daí não percebe

marcas que possam conter no corpo dessas crianças, e que com isso a criança se esconderá sempre para que não descubram (GUIMARÃES; VILELA, 2011).

As vítimas apresentam vários transtornos psiquiátricos como: depressão, fobias, estresse pós-traumáticos, além de agressividade e isolamento, a depressão se apresenta significativamente nas meninas já nos meninos o fator que mais se evidencia é o isolamento,” a criança abusada sexualmente é traumatizada para o resto da vida, procurando ajuda somente quando esses transtornos se agravam e não encontra uma situação que favoreça a exposição dos fatos, aumentando o tempo de exposto à violência” (SERAFIM, *et al.*, 2011).

Crianças que vivem em meios a violência e o abuso sexual apresentarão quadro graves psiquiátricos, muitos se isolam para que não fale sobre o assunto, outros em depressão, isso vem ocorrer porque os mesmos não se abrem e nem contam sobre o que sofrem e o que passam, com medo de serem excluídos e também pela vergonha que sentem (BRASIL, 2010).

O abuso sexual depois de cometido é envolvido por pacto de silêncio, isso faz com que a denúncia não chegue até as autoridades dificultando assim um atendimento qualificado, o medo e a falta de resolução dos casos são principais fatores envolvidos. Esse tipo de violência tem muita repercussão e tem se tornado problema de saúde pública (GUIMARAES; VILLELA, 2011).

Dessa forma é considerado problema de saúde pública abuso sexual, pois o mesmo é conduzido pelo pacto de silêncio, silêncio esse que não é denunciado às autoridades competentes para que se tome providências e que o agressor responda pelos seus atos.

Quadro1 – Sinais físicos e comportamentais e sentimentos recorrentes do abuso sexual

Sinais físicos	Sinais comportamentais**	Sentimentos frequentes
• Traumatismos lesões diversas na genitália e/ou no ânus (vermelhidão, inchaço, mordida); • Dilatação himenal; • Sangramentos (na vagina, no ânus, etc.); • Infecção Urinária; • Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); • Gravidez; • Infecções Crônicas de	• Distúrbios do sono • Sintomas compulsivos como preocupação constante com algum. Ex: limpeza • Ansiedade extrema • Comportamento muito agressivo ou apático; • Ansiedade extrema; • Imagem corporal distorcida; • Relutância em voltar para casa;	• Culpa • Vergonha • Impotência • Confusão • Tristeza • Medo • Insegurança • Desamparo.

garganta relacionada a Prática de sexo oral; • Doenças psicossomáticas (dor de barriga, cefaleia, dor nas pernas, nos braços, vaiga e ânus); • Enurese; • Encoprese • Distúrbios na Alimentação (perda excessiva de peso).	• Dificuldades em participar de atividades físicas; • Medos constantes; • Comportamento tenso, hipervigilância (estado de alerta); • Desconfiança; • Tristeza, abatimento profundo, depressão (em razão do sentimento de culpa); • Comportamento muito agressivo ou apático; • Conduta regressiva com comportamento muito infantilizado; • Comportamento sexual explícito mostrar conhecer muito sobre sexo quando está com outra criança, inapropriado para a idade; • Masturbação excessiva, brincadeiras agressivas; • Comportamento sedutor; • Uso de álcool e drogas; • Fugas; • Comportamento antissocial; • Promiscuidade (prostituição); • Tentativas ou fantasias suicidas.	
--	--	--

Fonte: ABRAPIA, 2003.

Legenda:

*Os sintomas podem estar presentes em outros tipos de violência

**Deve-se levar em consideração as diferentes etapas do desenvolvimento normal ou outros fatores desencadeantes de problemas físicos/psicológicos, deve observar qualquer sinal e sintoma que não corresponda a idade da criança.

O quadro descreve o que as vítimas apresentam quando chegam à unidade de saúde e que é dever dos profissionais da área da saúde constatar, já que a vítima poderá apresentar de formas diferentes os sintomas que cada violência pode apresentar sinais físicos, comportamentais e sentimentos frequentes.

Assim torna-se necessária a equipe de enfermagem ter o conhecimento científico e prático, pois só assim acontecerá um atendimento de qualidade com a vítima (DREZETT, *et al.*, 2001).

Há casos que as vítimas não revelam o que realmente sofreram, dessa forma cabe à equipe de enfermagem que analise e investigue de forma correta e discreta para que com muito sigilo vá repassando confiança para a vítima e que realize e ajude a vítima como um bom profissional, levando em conta sempre o bem estar da vítima (SALLES, 2013).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

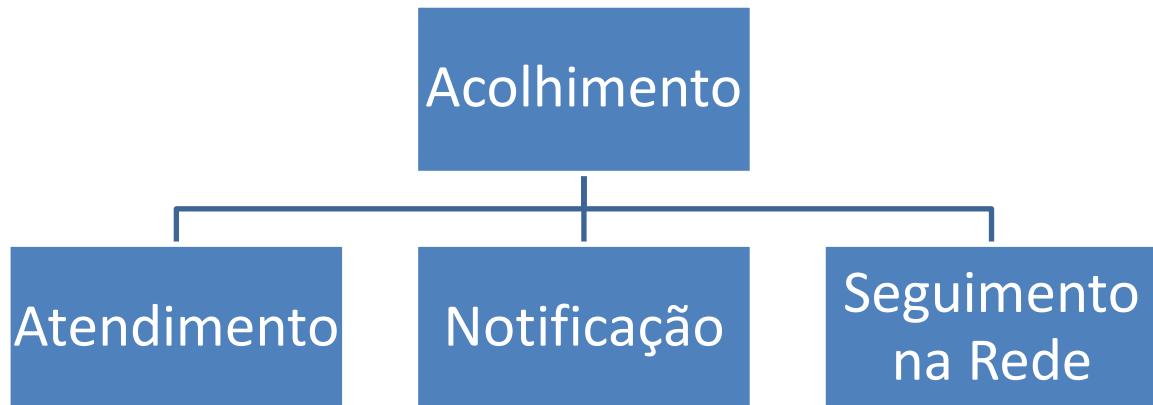
O cuidado prestado a essa criança diferencia-se de qualquer cuidado prestado a uma criança enferma, pois tem suas particularidades que envolvem além de enfermeiros e equipe de enfermagem os setores profissionais que vai desde o cuidado físico ao cuidado psicológico, por isso é importante que se der cuidado continuo tanto do acolhimento com a vítima e da família. Portanto é necessário que a equipe de enfermagem tenha conhecimento a respeito do assunto para que seja prestados serviços de qualidade e para que não aconteça o julgamento da vítima a cerca do assunto, mas sim um acolhimento e respeito (DREZETT, ET al., 2001).

É de grande importância que quando a equipe de enfermagem presenciar um caso desses que possa dar amparo à família que estará em estado de choque com o problema sofrido, e com a situação da criança que pode ser de um simples ao grave chegando à morte (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Potencializar abordagem do enfermeiro quanto acolhimento, proteção e assistência à criança vítima de abuso sexual se faz um fator muito importante. Os profissionais de saúde tem por obrigação notificarem de imediato os casos que chegam, ate para as demais instituições em especial o IML onde será feito o corpo de delito da vítima (GUIMARAES; VILLELA, 2011).

No prontuário e fichas e documentação enviadas a outros setores de inserção do caso são obrigações do enfermeiro que é o responsável do setor no momento, escrever o correto para que quando essa criança vier passar pelos procedimentos de exame não serão mais necessárias perguntas que venham a constranger familiares e a vítima.

Figura 1 – Linha de cuidado: dimensões do cuidado para pratica em saúde.



Fonte: BRASIL, 2010

É dever do enfermeiro compartilhar com outros profissionais de saúde as informações sobre o caso da criança, visando o seu melhor atendimento e proteção (SILVA; CARVALHO; SILVA, 2012).

Com isso como em hospitais e postos é composto por equipes dividida em horários, a equipe que estiver no momento é responsável, dessa forma o enfermeiro deve comunicar sua equipe quais procedimentos e cuidados a vítima deve ter, e com sua saída repassar ao outro responsável para que os mesmos tenham ciência do caso da vítima (SILVA; CARVALHO; SILVA, 2012).

Segundo o autor fazer anamnese e exame físico são essências para que se tenha evidências que a criança sofreu abuso sexual a equipe de enfermagem agora, mas do nunca deve mostrar seu comprometimento desde de suas atitudes a cuidados para garantir a confiança da criança em um momento crucial da abordagem, também deve familiarizar a criança ao ambiente hospitalar explicar, mostrar o que vai ser feito e também envolver toda equipe de enfermagem isso envolve além do lado profissional mas também o lado emocional (SILVA; CARVALHO; SILVA, 2012).

Uma equipe bem preparada e realizando sempre bons serviços deve estar sempre pronta para atender qualquer tipo de situação. Inclusive nos casos extremos como o de crianças que sofrem ou sofreram abuso sexual, que possam da total assistência inclusive ir adaptando a criança a procedimentos e adapta-la para que não seja difícil realiza-lo para que a mesma se sinta segura (SOUZA, 2007).

3.3 ABORDAGEM DA VITIMA

Manter esse vínculo de confiança e afetivo com a vítima é importante, pois assim ela será mais fácil à contribuição da vítima para elucidação de fatos.

E obrigatória à notificação dos casos de abuso sexual, através da Lei Federal, Portaria nº 1968/2001 MS, “que orienta também que a notificação seja encaminhada para a vigilância epidemiológica, para auxiliar no planejamento de políticas públicas. É dever de o enfermeiro compartilhar com outros profissionais de saúde as informações sobre o caso da criança, visando o seu melhor atendimento e proteção” (SILVA; CARVALHO; SILVA, 2012).

Quando acontecer casos de abusos é feito todo um levantamento pela equipe médica e dessa forma encaminhada a setores responsáveis pelas providências cabíveis, levando em consideração sempre o bem estar da vítima e o sigilo do assunto para que a vítima relate verdadeiramente o ocorrido e a equipe será responsável por essa etapa, podendo solicitar a presença de profissionais especializados no assunto como, por exemplo, um psicólogo (FERREIRA, 2005).

O profissional precisa ter em mente que lidar com esse tipo de problemática não será fácil visto que a vítima está totalmente fragilizada, humilhada e com o psicológico totalmente comprometido, é necessário que o enfermeiro transmita confiança para a criança e para família mesmo sabendo que através dos indícios algum pode ser o responsável pela violência sexual. É fundamental que seja explicado o que será feito, sempre respeitando as condições emocionais do paciente, evitar ter contatos físicos desnecessários, pois estes podem acabar sendo interpretados como forma de novo abuso (BRASIL, 2007).

No momento da abordagem é necessário que o enfermeiro e sua equipe haja com naturalidade e segurança para que possa dar conforto necessário à vítima e a família uma vez que a paciente estará totalmente fragilizada, muitas vezes o agressor estar até presente e com isso intimida a criança, e nessa situação é possível que um enfermeiro ou profissional da saúde possa constatar esse problema. Casos de muita aproximação da vítima e o enfermeiro pode ser julgado e interpretado com o mesmo sofrido com a criança, assim o mesmo deverá ter certos contatos que possa intimidar a criança e trazer ainda mais certos problemas à vítima (SALLES, 2013).

Nos casos de lesão é importante identificar se aconteceu de forma intencional ou não, deve ser investigados dados da história e serem relacionadas aos aspectos físicos que a vítima se e saber se as contradições com o que diz respeito a seu

estado físico. Exames complementares achados do exame físico devem ser todos anotados no prontuário, pois futuramente podem servi para elucidar fatos no caso de interesse a Justiça, é importante relata os fatos como eles são não os limitando ate chegar uma conclusão. A violência sexual exige do entrevistador que seja bastante atencioso como a vitima, pois as emoções cognitivas, psicológicas e emocionais ajudaram na elucidação (DUARTE; ARBOLEDA, 2004).

“Os profissionais devem realizar a entrevista demonstrando serenidade, cordialidade e empatia. Devem considerar diversas hipóteses sobre o que ouvirão da criança, sem aceitarem de antemão ou tomarem como única verdade válida, a informação anterior à entrevista. É importante não assumir uma postura sugestiva ou indutiva e não reforçar seletivamente a criança, por exemplo, sorrindo apenas quando faz afirmações que estão em consonância com as suspeitas dos entrevistadores. A atitude de escuta integral é fundamental, ouvindo com atenção genuína o que a criança está dizendo, de forma empática, colocando-se no lugar da criança e aproveitando as próprias palavras dela para revelar que a está escutando e entendendo” (DUARTE; ARBOLEDA, 2004).

Ao acompanhar algum caso é necessário que um enfermeiro possa ter cautela e assumir esse papel de investigação e mostrar que somente estar lá para ajudar, assim será possível que a vítima tenha confiança no mesmo e possa relatar o ocorrido para que se possa ir adiante e tomar providências para ajudar (DUARTE; ARBOLEDA, 2004).

3.3.1 Acolhimento

O acolhimento da vitima de violência deve permear todos os locais e momentos do processo de produção do cuidado, diferenciando-se da tradicional triagem. O acolhimento representa a primeira etapa do atendimento e nele são fundamentais: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo. Este acolhimento deverá ser feito por Enfermeiro, psicólogos, assistente social (técnico que tenha capacitação em cuidar de vitimas de violência sexual) assim que percebido o motivo da procura hospitalar o mesmo deverá ser levado ao local, mais reservado, nesse e necessário que se tenha ajuda da equipe e peça para o membro da família se retirar, pois às vezes pode ser conivente ao que estar acontecendo e intimidando a criança ou adolescente vitima da violência. O enfermeiro deve priorizar o tempo em aconteceu a agressão ao tempo de procura do atendimento, tipo de agressão, uso de

contraceptivos devem, meio empregado para que aconteça a agressão devem questionados para agilizarem os meios profiláticos (BRASIL, 2012).

- Enfermeiro e membros da equipe devem receber criança e familiar de forma respeitosa e empática.
- Deve-se ter um local apropriado para este tipo de atendimento sem exposição dos mesmos
- Acompanhar o caso desde a entrada na unidade até os meios de proteção social.
- Sempre ter atitudes positivas e proteger ao máximo a criança e familiar.
- Atuar de forma conjunta com equipe de multiprofissionais (BRASIL, 2010).

Considerando o momento de fragilidade pelo abuso e importante que o profissional seja direto e não fazer perguntas, opiniões próprias ou levantar “curiosidades pessoais” sem interesse clínico.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde e o Decreto Presidencial nº 7958, de 13 de março de 2013, dispõem sobre os registros que devem constar em prontuário:

Eticamente é necessário que o profissional converse com a família e esclareça o que será feito com a relação à violência e comunicar os órgãos de proteção, deixar que além do auxílio a criança a família também precisara de amparo durante o processo de atendimento. É importante orientar a família quanto ao seu papel de proteção da criança, explicando quais possíveis consequências a violência lhe trará para o crescimento e desenvolvimento da criança (SALLES, 2013).

3.4 CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Exame físico completo, inclusive os exames ginecológico e urológico (devendo registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de DST's, tais como: leucorréias, lesões verrucosas, lesões ulceradas, etc.).
- Avaliar o caso e identificar quais os profissionais complementaram o diagnóstico.
- Trate e oriente a família
- Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no Hospital de Referência.
- História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida.

- Tipo(s) de violência sexual sofrido(s).
- Forma(s) de constrangimento empregada(s).
- Tipificação e número de agressores.
- Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica.
- Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame.
- Identificação dos profissionais que atenderam a vítima, com letra legível e assinatura.
- Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

Quanto a notificação do caso a “Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Nesta, a violência sexual e a tentativa de suicídio passam a ter notificação imediata (24 horas) para a Secretaria Municipal de Saúde”.

É necessário que o enfermeiro responsável faça a notificação de casos urgentes e que envie a Secretaria de Saúde do Município para que a mesma possa tomar e iniciar providências que investigue e repasse aos setores responsáveis competentes (GUIMARÃES; VILELA, 2011).

Os materiais utilizados serão os mesmos do consultório ambulatorial, podem ser incluídos ainda ultrassom aparelho de colposcopia para “coleta de vestígios e exame de lesões corporais: régua, requisições específicas, rascunhos de laudos, termo de exibição e cessão, swabs, tubos de sangue com e sem anticoagulante, frasco de urina, envelope de papel para armazenamento de vestimentas e/ou objetos (papel higiênico, calcinha, cueca, absorvente íntimo, etc) livro de protocolo e câmera fotográfica (a critério do profissional médico) para registros de lesões e/ou posterior discussão de caso” (BRASIL, 2012).

Conforme o atendimento feito pelo o enfermeiro, o mesmo fará um levantamento de que é necessário para que se use no procedimento e ser discreto e reservado para que possa realizar exames que possam constatar se a vítima sofreu abuso para que essas informações sejam repassadas para a equipe investigativa ou policial.

Deve-se também fazer solicitações de exame de sangue Anti HIV; Hepatite B (HbsAG e antiHbs); Hepatite C (anti HCV); Sífilis; Transaminases; Hemograma e b-HCG (para mulheres em idade fértil). Para os exames de HIV, Hepatite B e Sífilis serão realizados testes rápidos. O teste HIV é confirmatório e os demais – sífilis e hepatite devem ser encaminhadas amostras ao laboratório para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2012).

Para se ter a verdadeira realidade de fato é necessário que o enfermeiro exija e peça exames que constate se a vítima de abuso foi infectada por doenças sexualmente transmissíveis e assim descrever nos laudos e relatórios, assim será coletado na unidade que a vítima estiver e em pedido de urgência com o resultado (FERREIRA, 2005).

A pessoa atendida na unidade hospitalar após procedimentos realizadas devem continuar em serviços de saúde primarias, pois devem ter acompanhamento a pessoa e a família da vítima (CARDOSO, 2006).

A qualificação do enfermeiro foi mencionada como uma urgência para o efetivo enfrentamento da violência sexual e, por outro lado, a falta dessa qualificação é apontada como uma das causas do descompasso entre a atuação do profissional e as necessidades das vítimas. O suporte referido abrange desde o estímulo às ações, como campanhas e eventos sobre o tema, até o apoio jurídico. As instituições de saúde também são assinaladas como responsáveis pela qualificação do enfermeiro, sendo a educação permanente considerada imprescindível, devendo ser realizada em parceria com as universidades, o que permitiria uma troca de experiências entre os profissionais da assistência e os docentes (SOUSA, 2007).

3.4.1 Notificação

A realização da notificação deve ser entendida pela família como meio de proteção à criança e seus familiares, ela permite que o profissional acompanhe o caso e não corra o risco de fazer repetição do fato, pois irá atuar na prevenção, orientação e acompanhamento das famílias (BRASIL, 2010).

Há casos que familiares tem receio de deixar que as vítimas sejam examinados, como exemplo por enfermeiros do sexo masculino com receio que venha acontecer algo parecido com que a criança sofreu, dessa forma é necessário que esse enfermeiro tenha total convicção e passar segurança tanto para a vítima e familiares demonstrando que o atendimento é essencial e necessário para o mesmo.

A comunicação dos casos é de competência do (Conselho Tutelar ou Vara de Infância e Juventude), mas é responsabilidade do profissional de saúde notificar conforme artigos de nº13 e nº245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei regulamentada pelo Ministério da Saúde nº8.069/1990, dispõem que todo caso suspeito ou confirmado de maus-tratos atendido pelo sistema único de saúde tem obrigatoriedade de ser notificado (BRASIL, 2002).

Se constatado violência ou abuso em crianças é necessário que o profissional da saúde seja o responsável por notificar os órgãos responsáveis da resolução do caso, como o Conselho Tutelar que atua na proteção de crianças e adolescentes. Mas para que possa estar ciente dos fatos o conselho tutelar receberá toda a documentação que possa confirmar algum ato contra a criança (GUIMARÃES; VILELA, 2011).

Recomenda-se que sejam registrados em prontuários os exames físicos e anamnese, pois o sistema judiciário pode solicita-lo em qualquer momento a unidade de saúde (BRASIL, 2010).

- Preencha a ficha de notificação individual: Violência Domestica e outras Violências Interpessoais, e importante que esta ficha seja preenchida no seu real teor, exige o profissional esteja capacitado e garanta a confiabilidade dos dados;
- Comunique o fato ao conselho Tutelar, caso na tenha na região comunique a vara da infância e da Juventude, ou ao Ministério Público, mas não deixa de comunicar a uma autoridade;
- Arquive uma via da ficha de notificação na unidade em foi registrada o caso. (BRASIL, 2013).

Os documentos preenchidos pelo profissional de saúde serão de grande valor e importância para a equipe que estará a frente de investigações que possam levar a encontrar o culpado pelo fato, uma vez que a vítima estando em estado de choque, muitas vezes não tem condições de relatar o ocorrido (BRASIL, 2013).

3.5 PROTEÇÃO DA CRIANÇA VITIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A criança deve ser encaminhada ao órgão de proteção e serviço especializado, mesmo depois da notificação, pois as funções do conselho não substituem as da equipe de saúde e acompanhamento terapêutico. É fundamental que a equipe faça o acompanhamento da criança e família esteja sempre alerta para que não ocorra novos episódios de violência (FERREIRA, 2005).

Mesmo com toda a documentação e relatórios disponibilizados pelos profissionais da saúde, não evita que a vítima compareça até o órgão do Conselho Tutelar para que essa equipe possa também realizar seus tramites e preencher seus relatórios dessa forma acompanhar e realizar procedimentos de segurança e proteção à vítima (CARVALHO, 2011).

A ECA Estatuto da criança do Adolescente determina que é direito de vítimas de abuso sexual ou qualquer tipo de agressão a proteção de órgãos públicos. Constituição Federal

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

Com isso o amparo a criança é descrito em lei, para que o mesmo tenha sua vida e integridade em segurança, sendo responsabilidade da família, da sociedade e do estado, onde será punido qualquer individuo que venha punir a lei e causar a criança violência ou abuso (SALLES, 2013).

Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8.069/1990, com alterações da Lei 11.829/2008,

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

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

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

§ 1o Incorre nas mesmas penas quem agencia, facilita, recruta, coage, ou de qualquer modo intermedeia a participação de criança ou adolescente nas cenas referidas no caput deste artigo, ou ainda quem com esses contracenar.

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

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

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

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

Art. 241. Vender ou expor à venda fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente: Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 8 (oito) anos, e multa.” (NR)

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

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

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:

I – assegura os meios ou serviços para o armazenamento das fotografias, cenas ou imagens de que trata o caput deste artigo;

II – assegura, por qualquer meio, o acesso por rede de computadores às fotografias, cenas ou imagens de que trata o caput deste artigo.

§ 2º As condutas tipificadas nos incisos I e II do § 1º deste artigo são puníveis quando o responsável legal pela prestação do serviço, oficialmente notificado, deixa de desabilitar o acesso ao conteúdo ilícito de que trata o caput deste artigo.

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

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

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

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

I – agente público no exercício de suas funções;

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

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

§ 3º As pessoas referidas no § 2º deste artigo deverão manter sob sigilo o material ilícito referido.

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

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

Parágrafo único. Incorre nas mesmas penas quem vende, expõe à venda, disponibiliza, distribui, publica ou divulga por qualquer meio, adquire, possui ou armazena o material produzido na forma do caput deste artigo.

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

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

Parágrafo único. Nas mesmas penas incorre quem:

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

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

Art. 241-E. Para efeito dos crimes previstos nesta Lei, a expressão “cena de sexo explícito ou pornográfica” compreende qualquer situação que envolva criança ou adolescente em atividades sexuais explícitas, reais ou simuladas, ou exibição dos órgãos genitais de uma criança ou adolescente para fins primordialmente sexuais.

Essa Lei com suas alterações prevê a proteção e punição a agressores que violem a mesma e pratiquem abuso ou violência contra a criança. Na mesma consta que se um profissional da saúde em seu exercício praticar ato também será

enquadrado na lei e responsabilizado pelo ato executado. A lei visa sempre estar em proteção da criança, uma vez que a mesma tem a finalidade de diminuir e evitar casos que muitas vezes chegam à morte para que essa criança não tenha uma infância e integridade rompidas (BRASIL, 2012).

O amparo da lei está ligado ao grande número de casos de violência direcionados a criança, uma vez que essa prática acontece com frequência com pessoas do cerco família, o que muitas vezes dificulta seu diagnóstico. A lei se torna severa e com grande número de publicidade em redes sociais e a mídia que procuram de alguma forma orientar, caso venha acontecer que seja denunciado (SALLES, 2013).

3.6 ORIENTAÇÕES A FAMÍLIA

É importante que os profissionais orientem os pais quanto a situação de risco que seus filhos podem correr, preparar a criança ou adolescente a dizer “não” sempre que alguém tentar tocar seu corpo ou invadir sua intimidade, seja ele conhecido ou não (SOUSA, 2007).

Usar formas lúdicas de mostrar para a criança como acontece o abuso sexual e como eles devem agir diante da situação com os abusadores, criar jogos onde a criança possa responder perguntas sobre o abuso sem com que ela sinta medo ao assunto. Estimular a criança a contar fatos caso esteja suspeitando de algum tipo de abuso, mudança repentina de comportamento do menor (DUARTE; ABORLEDA, 2004).

Cabem aos profissionais de enfermagem prestar o cuidado a família e informa-la caso esteja acontecendo possível abuso, o acompanhamento da criança e da família é fundamental, pois é determinante para que a mesma prossiga o tratamento (FERREIRA, 2005).

No caso de constatação de abuso e violência a equipe de saúde deverá orientar e informar a família da real situação que a criança se encontra, fazendo com isso que a família possa ajudar na recuperação da vítima, sendo que a família também receberá amparo. A forma de ir interagindo com a criança e fazer com que ela possa relatar o ocorrido podem ser através de desenhos ou brincadeiras lúdicas que levem a segurança da criança em contar e responder sem pressões sobre o ocorrido (AZEVEDO; GUERRA, 2012).

Segundo o Brasil (2002) o processo de enfermagem é considerado como um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem, um meio utilizado para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. Este método de trabalho deve ser fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área de atuação do enfermeiro.

O processo de enfermagem divide-se em fases, as quais, realizadas de forma articulada, permitem a realização do cuidado de forma científica e integral. São elas: o histórico de enfermagem, que se divide em entrevista e exame físico, os quais têm por objetivo o levantamento dos dados da criança e do familiar/responsável que a acompanha; o diagnóstico de enfermagem, o qual proporciona a seleção das intervenções de enfermagem visando ao alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável; a prescrição de enfermagem, a qual irá coordenar a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades da criança e familiar/responsável; e a evolução de enfermagem, em que o enfermeiro avalia as respostas do paciente e analisa se as metas e os objetivos foram alcançados (BRASIL, 2002).

Sempre é importante que toda a equipe esteja preparada de todas as formas para se atender casos que são de sensibilidade, de como vê uma criança que foi abusada, e com isso o profissional tem que agir com cautela para que o emocional não possa atrapalhar seu atendimento e desenvolvimento do seu trabalho.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para este estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica com base em revisão literatura de vários artigos científicos publicados em revistas de enfermagem e manuais do Ministério da Saúde, com a finalidade de despertar o conhecimento sobre todos os fatores envolvidos na violência sexual infantil.

Segundo Santos (2012) a revisão da literatura é a análise de um trabalho comparativo que permite o progresso do pesquisador em relação ao seu tópico bem com informações sobre como ocorre a violência sexual infantil e como ajudar o paciente nesse momento, dado por outros estudiosos ao assunto pesquisado. Revisar significa retomar os discursos de outros pesquisadores e estudiosos não apenas para conhecê-los, mas também para interagir com eles, por meio de análises e categorização a fim de evidenciar a relevância da pesquisa a ser realizada. Essa tarefa pode parecer tediosa e lenta, mas é quase impossível apresentar uma pesquisa de qualidade em uma monografia, dissertação ou tese sem uma boa revisão de literatura.

Segundo Gil (2010) a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado e que esta modalidade de pesquisa inclui material impresso e que os trabalhos acadêmicos necessitam em algum momento, da realização da pesquisa bibliográfica. O autor diz ainda que atualmente a maioria das teses e dissertações desenvolve um capítulo ou uma sessão dedicado à revisão bibliográfica, e o mesmo alerta que este tipo de pesquisa pode comprometer a qualidade do trabalho, se o pesquisador não analisar em profundidade cada informação, e descobrir possível incoerência ou contradição, pois as vezes fontes secundária podem oferecer dados equivocados e os trabalhos fundamentados nessas fontes tenderão a reproduzir ou até mesmo ampliar esses erros.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram selecionados os artigos no qual obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado entre os períodos de 2008 a 2017 em língua portuguesa e que se encontravam completos e abordassem a temática violência sexual infantil. Todos os artigos que não obedeciam pelo menos um dos critérios de inclusão foram excluídos.

4.3 ANÁLISE DISCURSIVA

Faz-se necessário a organização das fundamentais opiniões adquiridas de maneira a consentir com os objetivos do estudo. Então, no momento da análise concisa do material escolhido, foram determinadas as categorias a serem abordadas, sendo destacadas as categorias a seguir: violência sexual infantil; o papel do enfermeiro no acolhimento e acompanhamento nesse momento.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Diante dos aspectos éticos o presente estudo realizou o uso de pesquisas elaborado por autores diferentes através de suas teorias em estudos bibliográficos com referencias e citações atualizadas. Por isso trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica e com isso não houve a necessidade de uma análise do Comitê de Pesquisa de ética.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cuidar de uma criança vítima de violência sexual requer além de cuidados físicos, emocionais e psicológicos, a atenção de um profissional enfermeiro e equipe de enfermagem que saibam abordar essa vítima em sua chegada, e este será o primeiro a manter contato com esta, por isso o enfermeiro deve manter um clima de afinidade, para poder buscar informações e evitar o julgamento da vítima. Significado do cuidar em enfermagem é vista como ação acolhedora que refere-se a qualidade e humanização como medida de atitudes, posturas dos profissionais em relação ao cliente, no caso da enfermagem significa compreendê-lo, ouvi-lo, ser solidário o que caracteriza a qualidade do cuidado. Desta forma quando se trata de uma criança vítima de violência sexual exige mais que técnica requer uma atenção individualizada que vai além do da cura e do tratar, o profissional de enfermagem terá a oportunidade de acolher e mostrar a essência de sua profissão (SALLES, 2013).

Violência é todo ato que causa constrangimento físico ou moral, as crianças estão mais expostas à violência devida sua vulnerabilidade. Além da dor física, a violência deixa sequelas psicológicas, emocionais podendo prejudicar, as relações sociais, aprendizado e o desenvolvimento pleno, exercendo impacto em longo prazo, com repercussões na família e na sociedade, a violência tem consequências negativas na saúde, e uma violação dos direitos humanos, não distingue classe sociais, etnias, idade ou sexo. A violência sempre existiu e fez parte da sociedade que vai desde expressões e explicação, no Brasil a violência tem várias faces ela pode ser intrafamiliar, estrutural, delinquencial e institucional (HABIGZANG, 2006).

A violência intrafamiliar está diretamente relacionada aos maus tratos que acontecem em casa como exemplo pai, mãe, irmãos, tios, avós, pessoas próximas à família, este tipo de violência é o mais difícil de ser diagnosticado, pois muitas vezes a vítima é ameaçada pelo abusador, a violência estrutural aquela que incide na vida da criança de maneira social, econômica, onde causam danos em seu desenvolvimento e crescimento, crianças que vivem com renda econômica menor que a necessária pobreza extrema é a mais afetada, delinquencial são aquelas que acontecem como exposição do menor a crimes como roubos uso de drogas, armas, e a institucional está diretamente aos direitos humanos, ou seja, quando esses não são respeitados passam ser considerados como violência (NUNES; SALES, 2014).

Não existe uma justificativa plausível para tanto ato de crueldade cometida por pessoas contra, pois as mesmas são indefesas fisicamente e psicologicamente, se quer às vezes contam com apoio da família, pois muitos são mau tratado pela própria (SOUSA, 2007).

A violência pode se manifestar de várias formas podem ser do tipo físico quando acontece agressão accidental ou por meio de força física, tapas empurrões danos à integridade corporal, omissão de cuidados e proteção como situações de perigo, caracterizam-se como violência física. Violência sexual quando acontece uso de força física através de intimidação psicológica fazendo com que ocorra ato sexual contra sua vontade (aliciamento, intimidação, sedução) por parte do agressor, a OMS ressalta que o abuso sexual e o “envolvimento da criança que esta não compreenda, e não tenha capacidade de consentir em relação ao seu desenvolvimento” (GUIMARÃES; VILLELA, 2011).

A violência contra crianças e adolescentes que ocorre no país, tem cada vez mais repercussão na mídia, no entanto, muitos casos continuam na invisibilidade, pois nem todos são notificados por meio de denúncias (PIRES & MIYAZAKI, 2005). A dificuldade envolvida em realizar as denúncias torna o contexto ainda mais arriscado, uma vez que a criança continua sendo exposta ao agressor. Por esse motivo, a violência pode demorar a ser caracterizada e prolongar-se por muito tempo. Para combater a Violência Intrafamiliar Infantil, primeiramente é necessário identificá-la, denunciá-la e conhecer também quais são os direitos da criança. Assim, se torna mais evidente a necessidade de um trabalho interdisciplinar, em que vários profissionais, incluindo professores, médicos, psicólogos, pedagogos e assistentes sociais, no exercício de suas atividades, estejam envolvidos com o atendimento e a defesa dos direitos da criança e suas violações. A atuação desses profissionais é fundamental na identificação e prevenção da violência contra criança, pois pode determinar o seu rompimento, impedir que muitos casos continuem acontecendo e interromper o ciclo deste tipo de abuso (ACIOLI *et al.*, 2011).

Os profissionais de saúde devem estar atentos quando procurados por família de criança que tenham manifestações clinicas de violência, pois a partir do diagnóstico precoce e preciso prevenira futuros agravos, além da equipe de enfermagem a também multiprofissionais que devem orientara vitima sobre a violência e prevenir novos casos, para que isso aconteça deve haver um vinculo de confiança entre a vítima o enfermeiro e os demais deve haver acolhimento pra poder

avaliar e lidar com o problema. Em relação às consequências e obrigação da equipe de enfermagem investigar, documentar e avaliar possíveis manifestações durante relato da vítima (FERREIRA, 2005).

O abuso sexual depois de cometido e mantido por um pacto de silêncio que faz que a vítima se limite e tenha medo de denunciar, dificultando e agravando o problema além de transtornos psiquiátricos como:

- Depressão;
- Fobias;
- Estresse pós-traumático;
- Agressividade;
- Isolamento social.

A criança chega ao hospital gravemente transtornada que os fatos ficam difíceis de identificar o que aconteceu realmente (GUIMARÃES; VILLELA, 2011).

Por isso o profissional deve manter um clima de afinidade e confiança com a criança, evitando qualquer tipo de julgamento, o tom de voz, a expressão facial em que a criança é recebida pelo enfermeiro também devem ser levadas em conta, porém é importante que esse profissional se avalie para saber se tem condições emocionais psicológicas para lidar com a problemática. É essencial avaliar a maneira como a criança percebe a sua situação e o seu bem-estar, o enfermeiro deve fazer uma análise criteriosa do meio familiar (SOUSA, 2007).

O profissional deve estar preparado para:

- Promover ações preventivas sobre violência;
- Ter conhecimento sobre as formas de violência;
- Saber identificar supostos casos de violência;
- Ser capacitado para de uma criança em situação de violência, procurando sempre ampliar os cuidados com a criança e meios de proteção para segurança da mesma;
- Buscar sempre o apoio de proteção de cuidados com crianças vítimas de violência, em especial as que se repetem, encaminhando-as para serviço especializado;
- Acompanhar a família e a criança;
- Articular trabalhos de conscientização sempre que possível com a comunidade em geral, associações, moradores igrejas, etc (BRASIL, 2007).

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Acolhimento são medidas adotadas atitudes e postura a consideração em relação a violência e a credibilidade. É necessário garantir um espaço, que ofereça privacidade, de preferência sem a presença de pessoas que possam inibir o relato. A equipe deve estar alerta no sentido de evitar o vazamento de informações, a fim de não criar estigmas sobre o atendimento (BARLONE; ORTOLONE, 2003).

O acolhimento e o vínculo proporcionado pela equipe de enfermagem são de grande importância para compreender o indivíduo é importante transmitir informações em uma linguagem que seja compreensível pelo cliente, mas, também é importante ouvi-lo proporcionando liberdade de expressão. No relacionamento, entre enfermeiro e a vítima de violência sexual necessário compreender no outro os mínimos cuidados desde a identificação até suas necessidades sociais e psicológicas (FERREIRA, 2005).

É importante ressaltar que o profissional deve estar atento aos sinais e sintomas apresentados pela vítima de violência, tanto físicos quanto os comportamentais, pois nem sempre aparecem evidências sobre a violência por isso deve-se fazer o rastreamento, a suspeita deve surgir a partir do momento em que é feita anamnese ou exame físico. Portanto é necessário contextualizar com a criança para saber sobre e saber se os sinais e sintomas correspondem ao comportamento da criança e do seu grupo familiar (ACIOLI *et al.*, 2011).

O primeiro passo para o cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência é o acolhimento, atentando para o fato de que eles poderão se encontrar com grande ansiedade e medo ou, especialmente, nos casos crônicos, desamparados e em estado de sofrimento (SOUSA, 2007).

No primeiro momento, o acolhimento refere-se à pessoa que chega ao serviço. Num segundo momento, se possível, deve ser estendido a toda a rede familiar. O acolhimento deve ser um princípio a ser seguido por todos e estar presente nos sucessivos caminhos da rede de instituições que recebe a vítima e a família, de modo que estas se organizem se sintam protegidos, seguros e, assim, deem andamento ao atendimento. Dessa forma, é necessário que o profissional se capacite e se sensibilize quanto à importância do sigilo e ética até os que atuam diretamente com a criança agredida (BRASIL, 2012).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas um posicionamento ético que não pressupõe hora nem especificidade de um profissional para fazê-lo. Implica

compartilhamento de saberes, angústias e criatividade nos modos de fazer, e é quando o profissional toma para si a responsabilidade de abrigar e acolher a criança e o adolescente em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade, de acordo com cada situação (BRASIL, 2006).

O autor acima ressalta ainda devem-se associar os sinais e sintomas de violência que caracterizem adoecimento e sofrimento, identificar durante o atendimento da criança. É de primordial importância que os profissionais de saúde tenham uma participação ativa nos cuidados a vítima de violência além de apoio a família.

É necessário enfatizar a importância da abordagem a família, assim como a vítima, o profissional deve estar atento, prestando atenção ao que está acontecendo. Esse profissional pode orientar aqueles que convivem com a criança a acolhê-la, pois a vítima precisa sentir que outra pessoa cuida dela. A partir do momento em que os profissionais orientam em uma família com caso de abuso sexual da criança, esta família tem autonomia de também estar integrada, ao trabalho multidisciplinar como as intervenções jurídicas de proteção à criança como esta no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2012).

Os cuidados de enfermagem não são apenas para a criança que sofreu a agressão, mas está voltada também família que às vezes sofre mais até que a criança, pois sentir-se muitas vezes impotente perante a situação, então é essencial que a equipe também busque meios em a família seja acolhida e orientada sempre zelando pela privacidade e discrição sobre o caso (BRASIL, 2010).

A abordagem deve ser multidisciplinar, sendo que a assistência ambulatorial ou hospitalização precisa ser criteriosamente decidida pela equipe, particularizando cada caso. O trabalho junto à família é imprescindível e não deve ser apenas pontual. Essa família deve ser acompanhada durante um período que permita avaliar a possibilidade de retorno da criança à casa. É indispensável um trabalho conjunto, em consonância com as Coordenadorias da Infância e da Juventude, Conselhos Tutelares e outros órgãos de proteção para que se possa determinar, com maior profundidade, a dinâmica do caso, seu diagnóstico e prognóstico (BRASIL, 2002).

- Estabelecer um plano de atenção a vítima;
- Fazer preenchimento de prontuário único envolvendo todos os profissionais;

- Discuti casos suspeitos de violência com toda equipe, para organizar a vigilância e acompanhamento de atendimentos. Vale ressaltar os aspectos éticos-prudência, responsabilidade, sigilo, pois muitos profissionais convivem ou conhecem os usuários;

- Fazer preenchimento do prontuário de forma clara e objetiva, detalhando sempre exame físico, busca de dados pessoais, familiares procedimentos realizados, solicitações de exames e providências tomadas;

- Realizar anotações durante consulta, expressando sempre a fala da criança, de sua família ou de outra pessoa que esteja fazendo acompanhamento;

- Os casos crônicos devem ser acompanhados, para minimizar os efeitos negativos na família e na criança,

- Diferenciar a conduta do atendimento inicial em casos de violência crônica, pois esta exige condutas imediatas, pois tanto a Saúde física como emocional serão abaladas.

- Avaliar riscos envolvidos em cada caso a necessidade de fazer uso de meios profiláticos, é fundamental para proteger a vítima de possíveis danos ou agravos.

É importante evidenciar os aspectos éticos durante o processo de atendimento e após, é de suma importância que o profissional de saúde mantenha confidencialidade e sigilo do que foi dito pelo cliente e proteger as informações, a sensibilização dos colaboradores requer nos casos de violência sexual, pois este tipo de crime são os mais difíceis de serem compartilhados (SOUSA, 2007).

A negociação da quebra de sigilo com as adolescentes poderá evitar os prejuízos; além de ser um direito garantido pelo ECA no Art. 16, item II, como o direito à liberdade de opinião e expressão, e no Art. 17, no que diz respeito à autonomia, porém caso haja suspeita ou confirmação de violência é obrigatório a notificação, caso contrário o profissional está cometendo negligência; está sujeito a medidas legais (BRASIL, 2002).

A notificação é um instrumento importante, pois ela garante proteção aos direitos de crianças e adolescentes, além de ser importante também para registro e conhecimento do caso, pois a partir das informações, o profissional poderá atuar com medidas preventivas de violência e fazer acompanhamento da criança e família (BRASIL, 2010).

É dever do profissional de saúde realizar notificação de acordo com ECA e Ministério da Saúde, além de fazer comunicação de casos para as autoridades (Conselho Tutelar ou Vara de Infância e da Juventude), a notificação resguarda o profissional, principalmente onde existe situação de violência e evita o risco de negligência ou omissão, mesmo que a família não queira o profissional deve informá-la e comunicá-la, sobre a notificação as autoridades competentes (BRASIL, 2002).

O Código de Ética de Enfermagem considera dever do profissional a proteção de seus clientes em situações graves, e esclarece que se configura como justa causa a comunicação das situações de violência às autoridades competentes. O compartilhamento de informações com outros profissionais da equipe visando à proteção da criança é valorizado e considerado um dever do (a) enfermeiro (a). Ressalta-se que o ato de notificar não encerra a atuação do enfermeiro na atenção às vítimas que continuarão precisando de acompanhamento.

Na infância a proteção é encontrada na família, o cuidado afetuoso e respeitoso dado à criança desenvolve características primordiais (BRASIL, 2010).

A Constituição Federal, o Código Penal e o Estatuto da Criança e do Adolescente dispõem sobre a proteção da criança e do adolescente contra qualquer forma de violência e determinam penalidades, não apenas para os que praticam o ato, mas, também, para aqueles que se omitem.

“As medidas de proteção às crianças devem incluir procedimentos eficazes para o estabelecimento de programas sociais que proporcionem assistência adequada à criança e às pessoas encarregadas de seu cuidado, assim como outras formas de prevenção e identificação, notificação, transferência a uma instituição, investigação, tratamento e acompanhamento posterior de casos de maus-tratos e intervenção judiciária (Artigo 19. II)”.

O fato de não realizar uma denúncia significa um fator de risco para a criança, ela pode se tornar novamente vítima de violência, ainda contribui para a impunidade dos agressores. A atitude da família contribui para que a criança sinta-se responsável pela violência e não os agressores. Apesar de acreditar na revelação da criança, muitas famílias tendem a não tomarem medidas protetivas. Isto se deve a diferentes situações: medo de outras formas de violência pelos agressores, falta de conhecimento das leis de proteção à criança e banalização da violência. (BRASIL, 2012).

Para algumas famílias as agressões psicológicas ou de negligência não consideradas como, então não veem a necessidade de serem denunciadas, e o agressor fica impune colocando em risco a criança novamente (BRASIL, 2010).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Brasil, 1990) prevê o afastamento dos agressores da moradia comum. Contudo, não há um acompanhamento efetivo desta medida e o abrigamento para alguns casos é a única garantia de segurança para a criança.

O abrigo pode ser um lugar privilegiado para casos extremos, garantindo cuidados essenciais e rotinas definidas que viabilizem o desenvolvimento saudável de crianças e de adolescentes. Contudo, o abrigamento deve ser uma medida provisória e a criança tem o direito de conviver em família (BRASIL, 2012).

Em relação ao sentimento as crianças sentem ódio, muitas vezes nojo do seu próprio corpo, sentimento de culpa, e por parte da família sentimento de impotência. Em qualquer das situações, o desmentido materno, a afirmação de que nada aconteceu, é o pior que pode acontecer a uma criança que denuncia o abuso sexual (SALLES, 2013).

O trabalho de atendimento à família, vítimas e agressores, é fundamental. Devido à enorme carga de ansiedade mobilizada nessas situações, frequentemente a família tenta fugir do atendimento, sendo, muitas vezes, necessário um apoio legal para mantê-la em acompanhamento (BRASIL, 2012).

Nesse caso o enfermeiro deve buscar meios em que a família sinta-se acolhida, assim a vítima e família se sentiram a vontade para falar sobre, o assunto. Entretanto, não se pode esquecer que a criança precisa de espaço para expressar seus sentimentos também, onde os laços de afeto devem ser fortalecidos e protegidos como forma apoio e suporte a vítima e família (BRASIL, 2002).

Criar dispositivos que integrem todas essas ações de forma eficiente e eficaz é o grande desafio do poder público, da sociedade civil e dos profissionais que lidam com essa realidade (SOUSA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização deste estudo bibliográfico, que, embora seja vasta a produção científica sobre a violência na infância, são necessários maiores esforços na condução de novos estudos, a fim de trazer conhecimentos atualizados e dispor as condutas dos profissionais de saúde, especialmente os de Enfermagem.

A categoria identificada com maior frequência entre os artigos analisados foi a referente às competências e atuação dos profissionais de saúde, com ênfase no caráter obrigatório da notificação, bem como a necessidade de denunciar os casos detectados. Ressalta-se, ainda, a necessidade de assegurar o encaminhamento das vítimas às redes de defesa e de assistência.

O abuso sexual infantil é mais frequente do que se imagina infelizmente essa e uma triste realidade, acontece de várias maneiras. A violência sexual é um problema de saúde pública, onde não a distinção de classe social, sexo, religião, etnias. Os profissionais de saúde em especial a enfermagem estão em contato direto com as vítimas de violência sexual ele é o primeiro a manter contato, contudo uma ação isolada ou praticada não implicara em resultados bons, é preciso, mas do que isso se precisa de uma equipe multidisciplinar, onde a troca de ideias e principalmente a conduta devera ser realizada de maneira mutua e coletiva.

Os maus-tratos provocam nos profissionais sentimentos contraditórios e oscilantes, passam por um momento de sensibilização e aprendizado, onde cada um tem uma visão pessoal sobre a temática.

Tratando-se de violência e principalmente quando acontece com a criança, gera sofrimento, insegurança, desperta questionamentos, e necessário que o profissional estivesse inserido em oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação.

Por isso a desafios a serem cumpridos diante do tema: Intervir sem causar mais violência, ter envolvimento de toda família não apenas só a criança ou a mãe, ter habilidades para resolve as situações, através de conhecimento teórico pratico, multiprofissional, envolvendo o trabalho conjunto com o Conselho Tutelar.

REFERÊNCIAS

Abuso Sexual na criança—Caso Complexo 8-Wilson. Disponível em: HTTP:<WWW.unasus.unifesp.br>Acesso em 10 de janeiro de 2017.

ACIOLI, R. M. L.; Lima, M. L. C., Braga, M. C., Pimentel, F. C. & Castro, S. G. (2011). **Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde.** *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*[online]. vol.11, n.1, pp. 21-28.

ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. L. **O papel do pediatra no PSF**-Paideia de Campinas (SP). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1479-1488, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 janeiro 2017.

AZEVEDO MA. *et al* .**Infância e Violência ,Intrafamiliar ,Fronteiras de Conhecimento.** São Paulo(SP):Cortez 1993.Revista de Enfermagem Anna Nery .vo1.Numero 1,Março de 2010.

AZEVEDO, Maria Amélia & GUERRA, Viviane N. de A. **Infância e violência doméstica: tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Brasília, 2012.

BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V., MOURA, E. C. **Violência Doméstica.** In: *PsiquWeb*. 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=89>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. _____. Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Brasília, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientações para gestores e profissionais de saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. VIVA – Vigilância de Violência e Acidente. 2006 – 2007. Brasília: Editora MS, 2009.

BRASIL. 1ª Vara da Infância e da Juventude do DF **Centro de Referência para Violência Sexual** - CERESV Endereço: SGAN 909, Bloco C, Lotes D/E Telefones: 3103-3315 / 3314 asstec.vij@tjdft.jus.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de maus-tratos contra as crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília (DF); 2002.

BRASIL. **Protocolo para atendimento as pessoas em situação de violência sexual**. Governo do Estado de Paraná, Secretaria de Saúde, Curitiba, 2015. Disponível em: [HTTP:www.hc.ufpr.br](http://www.hc.ufpr.br).

BRASIL. Revista saúde em Foco Terezina v.1,n.1,art7,pg93-102,jan/jul de 2014, **Papel do Enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes**. Disponível em :<http://www.fsnet.com.br/revista/> Acesso em 04 de Maio de 2016.

CARDOSO, A. C. A. et al. **Violência contra crianças e adolescentes**. In: FÓRUM PAULISTA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 1, 2006, São Paulo. [Anais ...]. São Paulo: Sociedade de Pediatria, 2006. Disponível em: <<http://www.criancasegura.org.br/upload/441/Apostila%20parte%201.pdf>>. Acesso em: 22 agosto de 2017.

CARVALHO, Q. C. M.; GALVÃO, M. T. G.; CARDOSO, M. V. L. M. L. **Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso sexual de suas filhas**. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 17, n. 4, 2009.

DREZETT, J. *et al*. **Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino**. Jornal de Pediatria, v. 77, n. 5, p. 413-419, 2001.

DREZETT, J. **Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino**. J Pediat. Porto Alegre, vol. 77, n. 05, p. 413-419, set.-out. 2001. FELIPE, J. Afinal, quem é mesmo pedófilo? Cadernos Pagu. Porto Alegre, vol. 26, p. 201-223, jan.-jun. 2006.

DUARTE, J. C. & ARBOLEDA, M. R. C. (2004). **Sintomatologia, avaliação e tratamento do abuso sexual infantil**. Em V. Caballo (Org.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos gerais* (pp. 293-321). São Paulo: Santos.

FERREIRA, A.L., GONÇALVES, H.S., MARQUES, M.J.V. & MORAES, S.R.S, 1999. **A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório da**

Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. Ciência & Saúde Coletiva, 4(1): 123-1

FERREIRA, W. B. **Educação Inclusiva: será que sou a favor ou contra uma escola de qualidade para todos?** Revista da Educação Especial, 2005, fronteiras do conhecimento. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.

GABEL, M. (1997). **Crianças vítimas de abuso sexual.** (S. Goldfeder & M.C.C. Gomes, Trad.) São Paulo: Summus Editorial. (Trabalho original publicado em 1992)
GUIMARÃES, J. A. T. L.; VILLELA, W. V. **Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió,** Alagoas, Brasil. Cad Saúde Pública, v. 27, p. 1647-53, 2011.

HABIGZANG, L. F. et al. **Fatores de risco e proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.** Scielo. Porto Alegre, p. 379-385, 2006.

KRUG, E. G. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: OMS, 2002.

KÜHN, M. L. S., Reis, J. E. S., & Trindade Filho, A. (1998). **Abuso sexual na infância. Trabalho apresentado no XV Congresso Brasileiro de Medicina Legal.** Salvador-Bahia. Recuperado em novembro, 2004, disponível em <http://www.geocities.com/projetopiracema/violencia.htm>

MAGALHÃES, M. L.; FRANCO NETTO, T. L. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz.** Brasília: Editora MS, 2008.

PIRES, A. L. D.& MIYAZAKI, M. C. O. S. (2005) **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde.** ArqCiênc e Saúde. jan-mar. Brasília, 2014.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 311/2007, Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. www.portalcoren-s.gov.br/index.php?categoria=profissional&pagina=codigo-etica Acessado em 13 de janeiro de 2017.

SALES, Irene. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SERAFIM, A. P. **Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.** Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo), v. 38, n. 4, p. 143-147, 2011.

SILVA, L. M. P.; CARVALHO, M. G. F.; SILVA, M. A. I. **Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes.** 2012

SOUZA, E. R. (Org.). **Curso impactos da violência na saúde.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.