

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOÉTICA**

HOUDA IZABELA DE OLIVEIRA

**PERFIL DA CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL E O CUIDADO DA
ENFERMAGEM: ANÁLISE SOB UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

CURITIBA

2017

HOUDA IZABELA DE OLIVEIRA

**PERFIL DA CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL E O CUIDADO DA
ENFERMAGEM: ANÁLISE SOB UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensus* em Bioética, Área de concentração: Bioética, Ciência e Sociedade, da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientadora: Profa. Dra. Daiane Priscila Simão-Silva

CURITIBA

2017

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

O48p
2017

Oliveira, Houda Izabela de

Perfil da criança vítima de violência sexual e o cuidado da enfermagem :
Análise sob uma perspectiva bioética / Houda Izabela de Oliveira ; orientadora,
Daiane Priscila Simão-Silva. -- 2017
76 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2017.

Bibliografia: f. 63-75

1. Bioética. 2. Crime sexual. 3. Crime sexual contra a criança. 4. Saúde
pública. 5. Enfermagem – Prática. I. Simão, Daiane Priscila.
II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação.
em Bioética. III. Título

CDD 20. ed. – 174.9574

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº18/2017
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: BIOÉTICA

Em sessão pública às catorze horas do dia vinte e oito de julho do ano de dois mil e dezessete, na sala 2 do mestrado, realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação: **Perfil da violência sexual contra criança e o cuidado da enfermagem: análise sob uma perspectiva bioética** apresentada pela aluna **Houda Isabela de Oliveira** orientação da Professora Doutora **Daiane Priscila Simão-Silva** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Daiane Priscila Simão-Silva
PUCPR (orientador e presidente).



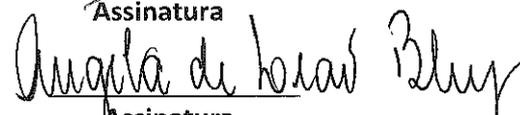
Assinatura

Prof. Dr. Mário Antonio Sanches
PUCPR (examinador interno).



Assinatura

Profa. Dra. Angela de Leão Bley
FPP (examinador externo).



Assinatura

Prof.^a Dr.^a Carla Corradi Perini
Suplente

Assinatura

Início: 14:00 Término 15:30.

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado APROVADA (aprovado/reprovado).

O (a) aluno (a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 30 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno (a): **Houda Isabela de Oliveira**



(Assinatura)



Prof. Dr. Mário Antonio Sanches

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

RESUMO

A violência sexual infantil é uma problemática mundial e suas causas são de difícil identificação e compreensão, com consequências irreversíveis no desenvolvimento da personalidade da criança, que requer a intervenção de profissionais de diversas áreas de formação, não só para realizar os cuidados de saúde imediatos, mas, também minimizar os danos, seja nos aspectos físico, psicológico, comportamental ou legal, considerando a integralidade da criança. É um problema de saúde pública e social, o presente trabalho teve por objetivo discutir o papel do profissional da enfermagem no atendimento à criança vítima da violência sexual, a partir da identificação do perfil desta violência, sob uma perspectiva bioética. Esta pesquisa foi realizada através de estudo documental, realizado em prontuários e fichas de atendimento de crianças entre 0 e 12 anos de idade, que recorreram aos serviços de emergência de um hospital de referência no estado do Paraná nos anos de 2013 a 2015. A violência foi abordada como uma forma de poder a partir de Bourdieu, e a discussão sobre o papel do profissional da enfermagem foi realizada na perspectiva da bioética principlialista. O perfil das crianças vítimas de violência sexual explicita a vulnerabilidade desse grupo etário. A média de idade das crianças violentadas foi de 6,26 anos de idade. O grupo é caracterizado por um número maior de meninas violentadas, 98 casos, do que de meninos, 69 meninos. A violência sexual infantil ocorre, quase sempre, no ambiente familiar, na residência da criança e o agressor, na maioria das vezes o pai é o autor da violência, em primeiro lugar, seguido do padrasto. Diante dessa realidade, em que o profissional de enfermagem se depara com uma estrutura familiar complexa, deverá estabelecer a relação de cuidado para com a criança, defrontando com a autonomia dos familiares. Nos possíveis conflitos dessa relação deverá considerar os princípios da beneficência, assim como a prática da justiça, protegendo a criança vítima da violência, visando romper com o ciclo de maleficência a que está sujeita, em razão de seu estado de vulnerabilidade. Sendo assim, o profissional de saúde deverá prestar cuidados de saúde à vítima, de forma interdisciplinar, pautando-se nos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Tais princípios, em situação de conflito, podem não ser suficientes para melhor solução possível perante difíceis tomadas de decisão, sendo no contexto da violência, pertinente recorrer a bioética de proteção como ética prática para os conflitos em questão. Desse modo, adoção desses princípios, bem como do princípio da virtude, permite a utilização de recursos que podem vir a contribuir na minimização dos efeitos da violência sexual infantil.

Palavras-chave: Violência Sexual. Abuso Sexual na Infância. Bioética.

ABSTRACT

Child sexual violence is a global problem and its causes are difficult to identify and understand, with irreversible consequences on the development of the child's personality. This requires professionals from various training areas who are trained to provide not only the necessary immediate health care, but above all to perform them in a way that minimizes damages, whether in the physical, psychological, behavioral or legal aspects, considering the whole child. As this is a public and social health problem, this study aimed to discuss the role of the nursing professional in the care of children victims of sexual violence, based on the identification of the profile of this violence, from a bioethical perspective. This research was carried out through a documentary study, carried out in medical records and records of care for children between 0 and 12 years of age, who used the emergency services of a referral hospital in the state of Paraná in the years of 2013 to 2015. Violence was approached as a form of power from Bourdieu, and the discussion on the role of the nursing professional was carried out from the perspective of the principlistic bioethics. The profile of children victims of sexual violence explains the vulnerability of this age group. The mean age of the raped children was 6.26 years of age. The group is characterized by a larger number of abused girls, 98 cases, than boys, 69 boys. Child sexual violence occurs almost always in the family environment, in the child's home and the aggressor, most often the father is the perpetrator of violence, first followed by the stepfather. Faced with this reality, in which the nursing professional faces a complex family structure, he / she should establish a care relationship with the child, confronting the autonomy of family members. In the possible conflicts of this relationship should consider the principles of beneficence, as well as the practice of justice, protecting the child victim of violence, aiming to break with the cycle of maleficence to which he is subject, because of his state of vulnerability. Therefore, the health professional should provide care to the victim, in an interdisciplinary way, based on the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. Such conflicting principles may not be sufficient for a better solution to difficult decisions, and in the context of violence it is appropriate to use bioethics as a practical ethic for the conflicts in question. Thus, adoption of these principles, as well as the principle of virtue, allows the use of resources that may contribute to minimizing the effects of child sexual violence.

Keywords: Sexual violence. Child sexual abuse. Bioethics.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de meninos e meninas vítimas de violência sexual do ano de 2013 a 2015	35
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Profilaxia das ISTs não virais em vítimas de violência sexual.....	31
Quadro 2 – Equivalência do MEC entre as séries do Ensino Fundamental e a idade das crianças	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Nº de atendimentos realizados e percentuais de crianças vítimas de violência sexual	34
Tabela 2 – Nível de escolaridade das crianças vítimas de violência sexual conforme Ficha de Notificação SINAN	37
Tabela 3 – Violência sexual e outras formas de violência contra crianças.....	40
Tabela 4 – Meios de agressão utilizados contra crianças	41
Tabela 5 – Descrição do local da ocorrência da violência.....	42
Tabela 6 – Natureza da violência aplicada contra crianças	43
Tabela 7 – Tipo de violência sexual	44
Tabela 8 – Parte do corpo da criança mais atingida pela violência.....	44
Tabela 9 – Perfil do agressor	46
Tabela 10 – Zonas geográficas de maior incidência da violência contra crianças	47
Tabela 11 – Grau de parentesco x sexo da criança vítima de violência sexual	48
Tabela 12 – Suspeita de uso de álcool ou drogas.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ART.	Artigo
CEE	Código de Ética de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNBS	Conselho Nacional de Biossegurança
CTNBIO	Comissão Técnica Nacional de Biossegurança
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FNSCVDS	Fichas de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACEN	Laboratório Central do Estado
MPEPR	Ministério Público do Estado do Paraná
MS	Ministério da Saúde
NUCRIA	Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítima de Crimes
OGM	Organismos Geneticamente Modificados
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNB	Política Nacional de Biossegurança
PR	Paraná
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SDH	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SINAN-Net	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (<i>The United Nations Children's Fund</i>)
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVO GERAL.....	16
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.3	JUSTIFICATIVA	17
1.4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	17
1.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS.....	19
2.2	BIOÉTICA PRINCIPIALISTA.....	21
2.2.1	Principialismo	21
2.3	A LEGITIMAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL PELA VIOLÊNCIA SIMBÓLICA..	24
2.4	O DIREITO À PROTEÇÃO E OS NÚMEROS DA VIOLÊNCIA	26
2.5	PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	30
3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	32
3.1	O PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA	32
3.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	33
3.3	PERCENTUAL DE CASOS DE VIOLÊNCIA SEGUNDO RAÇA/COR.....	36
3.4	ESCOLARIDADE DAS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	37
3.5	ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL	39
3.6	PERFIL DO AUTOR DA VIOLÊNCIA SEXUAL.....	46
3.7	A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM DIANTE DA CRIANÇA VÍTIMA DA VIOLÊNCIA SEXUAL	51
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS	76

1 INTRODUÇÃO

Dos atos humanos, possivelmente, o menos aceitável e desculpável seja a violência contra crianças. As causas são de difícil compreensão e as consequências são em geral irreversíveis, tanto nos aspectos psicossociais quanto nos físicos e emocionais. Essa preocupação é pertinente, considerando que a violência ocorre em grande parte dentro do próprio lar, na escola ou em espaços públicos e de diversão.

Quando alguns seres humanos agredem seus semelhantes em igualdade de condições já é prejudicial, mas assevera-se quando se trata de praticar abusos contra crianças, pessoas indefesas e que precisam de proteção contínua.

A violência contra crianças é um problema mundial, sem limitações geográficas, consistindo em uma prática vivenciada pela sociedade e sem foro particular. Tal prática precisa ser analisada, refletida e criteriosamente disciplinada ações conjuntas entre as políticas públicas profissionais que atuam junto a elas.

A problemática da violência sexual contra crianças reclama por uma maior compreensão pautada por princípios bioéticos que tragam novas formas de abordagem, mais amplas e eficazes no combate a esse tipo de violência.

É, pois, no contexto do atendimento à criança vítima dessa violência que se podem formular algumas questões que permitam identificar e comprovar, desde o primeiro contato com ela, a possível suspeita e/ou denúncia do crime ocorrido, a fim de que, posteriormente, o profissional da enfermagem esteja apto a tomar as medidas cabíveis perante o caso que se apresenta, uma vez que, na maior parte das vezes, ele é o primeiro profissional a entrar em contato com a criança que se encontra em estado de vulnerabilidade¹.

Conforme o Fundo das Nações Unidas para a Infância - Nações Unidas do Brasil (UNICEF, 2014, p. 1), “a violência contra as crianças é universal, tão presente e profundamente integrada nas sociedades que muitas vezes passa despercebida e é aceita como norma”. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência sexual se caracteriza por:

¹ Ser vulnerável significa estar suscetível a, ou em perigo de, sofrer danos. Estar vivo é uma improbabilidade biológica altamente vulnerável a perturbações e à morte, e mais ainda em vidas humanas que têm de ser construídas, tornando-se, portanto, desproporcionalmente frágeis e propensas a desordens e disfunções. A vulnerabilidade intrínseca às vidas humanas também foi reconhecida por filósofos políticos que propuseram ordens sociais destinadas a proteger da violência a vida, a integridade corporal e a propriedade. (KOTTOW, 2000).

[...] qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (OMS, 2002, p. 169).

Em virtude da complexidade do tema, a base e os princípios da presente reflexão têm na Bioética o caminho escolhido para o desenvolvimento da presente pesquisa. A partir dos dados coletados em um centro hospitalar dedicado ao atendimento infantil, foi possível traçar um perfil das crianças aí atendidas, vítimas de violência sexual. No seu desenvolvimento, busca-se demonstrar a realidade social, educacional, etária e familiar dessas crianças, bem como identificar as possíveis ações educativas e assistenciais que podem ser tomadas pela equipe de enfermagem diante desse quadro. A reflexão é pautada pela atuação dos profissionais da enfermagem que têm sua prática voltada à prestação de cuidados a essas vítimas, ao se confrontar com as consequências da violência que se manifesta sob as mais variadas formas contra crianças indefesas.

São inúmeras as ocorrências que interferem no cuidado prestado pela equipe de enfermagem, “as características [...], as estruturas de organização, as múltiplas fontes de poder, os valores quantitativos centrados na produtividade [...] os recursos financeiros insuficientes” (COSTA, 2015, p. 234). Somam-se ainda o esgotamento pessoal que tornam os serviços de saúde custosos e, muitas vezes, desumanizados, pois ao se direcionarem pela técnica e cuidados com a doença, deixam de lado a pessoa, o ser humano, sua família e o profissional que presta esse cuidado.

Para um atendimento qualificado, precisa se considerar a vulnerabilidade da criança sob os aspectos: físico, emocional e mental, bem como o risco à sua qualidade de vida, em que incorre enquanto vítima da violência sexual. Esta ocorre em um contexto amplo, pois envolve também os conflitos com que o profissional de saúde se depara, onde o atendimento a essa realidade de violência moralmente reprovável, que abrange legalidade, realidade social e familiar, além dos problemas de saúde a serem tratados.

São incontáveis as situações que superam o Código Deontológico da Enfermagem, uma vez que muitas vezes envolvem questões éticas e sociais complexas, como é o caso do tema em questão. Dessa forma, elas exigem um posicionamento do profissional da enfermagem, a partir de uma visão social e

multidisciplinar mais abrangente. É diante da amplitude do tema que o presente trabalho visou discutir o papel do profissional na enfermagem no atendimento às crianças vítimas da violência sexual, tendo como base para a discussão os princípios bioéticos e os dados coletados que permitiram traçar um perfil da ocorrência da violência em um centro de atendimento especializado na região sul do Brasil.

Em relação à estrutura desta pesquisa, na introdução serão apresentados os objetivos, a justificativa e os procedimentos metodológicos adotados.

Na segunda seção será abordado o problema da violência sexual contra a criança, sob a perspectiva da violência simbólica e do direito que os menores têm à proteção do Estado, assim como a descrição dos primeiros exames solicitados, quando do seu atendimento em unidade de saúde/hospitalar, cujos resultados comprovam ou não a ocorrência de abuso e/ou de violência.

A terceira seção discorrerá sobre o cuidado e a atenção que a Enfermagem deve dispensar à saúde de pacientes que são atingidos pela violência sexual, assim como as medidas e procedimentos que deve adotar para minimizar as consequências biopsicossociais causadas, pela violência, à vítima, numa perspectiva multidisciplinar. Além disso, a problemática da violência sexual será abordada segundo os princípios da bioética principialista.

A quarta seção apresentará e discutirá o perfil da violência sexual contra a criança que engloba: as características da amostra; o percentual de meninos e meninas vítimas de violência sexual, obtido no período de 2013 a 2015; o percentual de casos de violência segundo a raça/cor; os meios de agressão e o local da violência; a natureza da violência aplicada; o tipo de violência sexual; a parte do corpo mais atingida; o perfil do autor da violência sexual; o zoneamento geográfico; o grau de parentesco x sexo da criança suspeita; e, por último, o uso de álcool ou drogas por parte do agressor. Este trabalho finalizará com a apresentação das considerações finais.

1.1 OBJETIVO GERAL

Discutir o papel do profissional da enfermagem no atendimento à criança vítima da violência sexual, a partir da identificação do perfil dessa violência contra crianças, sob uma perspectiva bioética.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) mapear o perfil das crianças vítimas de violência sexual, atendidas em um hospital pediátrico do sul do Brasil;
- b) correlacionar os dados quantitativos da pesquisa realizada na referida unidade hospitalar, no que concerne ao perfil da violência;
- c) discutir sobre a atuação do profissional de enfermagem, no que tange ao atendimento a crianças violentadas sexualmente, sob a perspectiva da bioética principialista e das virtudes.

1.3 JUSTIFICATIVA

São vários os tipos de maus-tratos e de violência contra crianças, infligidos mesmo por aqueles adultos que não acreditam que a punição física seja necessária para criá-las ou educá-las (NEVES et al., 2010). No Brasil, conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde (PORTAL BRASIL, 2012), a violência sexual é o segundo tipo de violência mais comum contra crianças.

É primordial que haja uma atenção qualificada por parte dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, voltada para crianças vitimizadas, sendo indispensável o conhecimento e o cumprimento de critérios e princípios desse atendimento, diante dos quais podem surgir conflitos éticos e legais face à complexidade da situação.

A literatura acerca do tema da violência sexual contra crianças ainda apresenta dados escassos quanto ao perfil das crianças vitimadas e, assim, justifica-se a realização desta pesquisa, que pretende apontar para critérios e princípios que devem reger a prestação do cuidado de saúde a essas vítimas, sob a ótica da enfermagem.

1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho é fundamentado em pesquisa documental feita em prontuários e fichas de atendimento de crianças entre 0 e 12 anos de idade, que compareceram ao atendimento em um hospital de referência no sul do Brasil. A análise crítica e descritiva foi realizada a partir da revisão bibliográfica narrativa sobre os temas: Violência Sexual; Abuso sexual na Infância e Bioética.

A pesquisa, realizada com base na abordagem quantitativa, de caráter retrospectivo, dos dados dos referidos prontuários e fichas de notificação individual dos pacientes atendidos, foi aprovada pelo Comitê de Ética, segundo o Parecer Substanciado do CEP, n. 1.59.571, CAAE n. 5305.1416.7.0000.0097.

Como critérios de inclusão na pesquisa, foram selecionados os prontuários referentes aos pacientes do sexo feminino e masculino, com idades compreendidas entre 0 e 12 anos, que deram entrada no Setor de Emergência desse hospital, quer através do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de outros convênios, quer particular, com suspeita de terem sofrido qualquer tipo de violência. O período de análise quantitativa é referente aos anos 2013 a 2015.

1.5 ANÁLISE DOS DADOS

As análises quantitativas foram realizadas com o apoio do programa SPSS Statistics e do *software* de análise estatística, criado pela IBM. Em relação às tabelas, estas foram elaboradas com base na análise descritiva dos dados coletados

O teste qui-quadrado foi utilizado para a tabulação e comparação dos dados categóricos, sendo que o qui-quadrado, simbolizado por (χ^2), é um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, bem como avalia a associação existente entre variáveis qualitativas e tem como princípio básico realizar comparações entre proporções (CONTI, 2009, p. 1-2).

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para testar a normalidade da distribuição das variáveis entre esses dados. As comparações entre as médias foram realizadas pelo teste t (variáveis paramétricas) e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para comparação entre medianas.

Com vistas a estabelecer a correlação entre as variáveis determinadas nos prontuários e fichas de notificação analisados foi aplicado o teste de correlação de Serman (p), para cada um dos cruzamentos realizados. Quanto mais próximo de 1 o Coeficiente de Serman estiver, maior a correlação positiva existente entre as variáveis, enquanto os valores negativos representam uma correlação inversa entre elas. Foram consideradas como significativas, apenas as correlações com valores “p” maiores que 0,05.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS

A violência sexual contra criança é um sério problema de ordem mundial e que acarreta inúmeras consequências tanto para a criança que sofre o abuso, quanto para os que a cercam (UNICEF, 2014). Segundo o documento da UNICEF (2014), cerca de 120 milhões de meninas com menos de 20 anos de idade (aproximadamente 1 em cada 10) foram submetidas a relações sexuais forçadas ou outros atos sexuais, impostos em algum momento de suas vidas. Os meninos também estão em risco, porém, segundo o referido documento, a taxa de violência sexual contra eles é cerca de duas vezes menor que a registrada em relação às meninas. Esse tipo de violência, cometido independentemente de *status* social, financeiro, cultural ou religioso, ocasiona atraso no desenvolvimento infantil e fere a dignidade da criança.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, p. 169), a violência sexual é caracterizada por atos dos agressores que vão desde comentários, investidas ou tentativas de obter um ato sexual, até o ato propriamente dito, estando eles “voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação”. A prática da violência sexual configura-se independentemente da relação de quem a pratica com a vítima, podendo ocorrer em diversos ambientes, inclusive no ambiente doméstico ou educacional (OMS, 2002, p. 169).

Mesmo com a existência de estratégias implementadas pelo Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNECSCA), programas sociais, políticas públicas e o esforço da sociedade civil, os números da violência sexual infantil são altos, mesmo diante da subnotificação de registros das ocorrências (BRASIL, 2013). A Constituição Federal definiu como direito fundamental o direito da criança e do adolescente, cabendo à Lei n. 8069/90 estabelecer as regras práticas para sua aplicação, visando sempre o melhor interesse da criança (BRASIL, 1990).

Nessa lei estão detalhadas as definições e penalidades ao agente causador de danos à criança e ao adolescente. O seu artigo 18 estabelece como dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

A legislação determina que todos são responsáveis pela proteção da criança contra qualquer tipo de violência, no entanto, esta determinação não evita que a criança seja exposta a situações de risco de sofrer violência sexual, e as legislações são próprias para remediar, punir, mas não para prevenir e evitar que o crime aconteça (BRASIL, 1990).

Lançado em 2002 pelo Ministério da Saúde, o Caderno de Atenção Básica nº. 8 contém orientações para prevenir a prática da violência intrafamiliar, com o objetivo de apoiar estados e municípios na elaboração de ações para promover a igualdade e o exercício dos direitos humanos (BRASIL, 2002).

Desde a década de 1970, a violência é apontada como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando, no setor de saúde, uma grande preocupação com essa temática que, progressivamente, deixou de ser considerado um problema exclusivo da área social e jurídica, para ser também incluída no universo da saúde pública (BRITO et al., 2005).

O problema da violência não parece ser decorrente da falta de leis e programas que protejam a criança. Contudo, é necessária ainda uma compreensão multidisciplinar, holística, que permita prevenir, conter, impedir a ocorrência da violência (BRASIL, 2002).

O enfrentamento da violência sexual infantil, em todos os setores, baseia-se em parâmetros mínimos de cuidados no âmbito da justiça e da equidade, como princípios preconizados pela Bioética, como refere Loch (2002). Pode-se também garantir o direito fundamental de proteção às crianças por meio de melhor orientação aos pais, cuidadores e familiares. Para isso, deve ser considerada a existência de "políticas públicas saudáveis, articulação dos órgãos públicos e mobilização da população" (LOCH, 2002, p. 13), a fim de reduzir ao máximo as agressões, as desigualdades e as perdas do direito à saúde plena e com qualidade.

A violência sexual infantil causa sérios danos físicos e emocionais à vítima, que necessita de cuidados de emergência ou urgência, realizados por especialistas. Suas mazelas acarretam o envolvimento de toda equipe multidisciplinar, e uma estrutura adequada para acompanhar a criança e sua família, bem como realizar o tratamento específico para cada quadro clínico.

Muitas vezes, o reconhecimento da violência a que a criança está sendo submetida e o tratamento adequado são dificultados, pelo fato de o agressor

frequentar ou residir na mesma casa que a criança, podendo ser alguém da família com quem ela tem contato direto e constante.

Para além de cada criança exposta à violência, existe também uma família desestruturada do ponto de vista social, econômico e relacional/emocional que precisa também de ajuda e assistência por parte de instâncias do poder público. Dessa feita, pode-se afirmar que a violência tem consequências graves no âmbito das relações humanas (FERRIANI; GARBIN; RIBEIRO, 2004).

Aos profissionais da Enfermagem cabe a responsabilidade de atuar fazendo a diferença exercendo sua expertise: o cuidado. Sua atuação vai além do pronto atendimento técnico, tem alcance social inestimável, principalmente quanto às crianças violentadas e suas famílias. Os procedimentos técnicos podem ser potencializados e redirecionados para a prevenção da violência. Para tanto, os profissionais dispõem de princípios como os propostos por Beauchamps e Childress (1994), de ordem principialista, da justiça, da beneficência, da não maleficência e do respeito à autonomia, no que concerne à ética aplicada à saúde.

A importância da discussão à luz da bioética principialista, se dá sobretudo nos casos que envolvem situações conflituosas que afetam em grande medida, e por vezes de forma irretratável, a fase de desenvolvimento das vítimas, nos seus aspectos físico, psicológico, moral, ou simbólico, entre outros, período esse estruturante da personalidade delas. Assim, qualquer interferência nesse processo de maturidade biopsicossocial e espiritual pode ter consequências graves, assim, tornar o tratamento difícil e vir a refletir-se na fase adulta.

2.2 BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

2.2.1 Principialismo

O principialismo teve origem nos Estados Unidos, porém, expandiu-se para o mundo todo, tendo embasado por um período de tempo a Bioética, que, embora não se fundamente apenas no principialismo, tem seus quatro princípios propostos, *prima facie*: na autonomia, na beneficência, na não maleficência e na justiça. O seu principal propósito foi o de dar apoio ao ser humano na realização de suas ações, nas suas tomadas de decisão, seja em relação à questão deontológica, seja à

teológica, na qual os princípios não devem ser considerados como normativa ou regra, mas sim prescrição universal (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Assim sendo, Tom Beauchamp e James Childress publicaram, em 1979, o livro *Principles of biomedical ethics*, onde apresentam as quatro bases do princípalismo (GARRAFA, 2005, p. 125). Segundo Soto (2006), o princípalismo faz uma mediação entre temas relacionados com as questões éticas e morais, e em casos que devem ser resolvidos em sua individualidade, tendo em vista valorizar a vida.

Nesse sentido, a bioética princípalista atua na perspectiva voltada para as questões morais dos cidadãos, sobretudo no que concerne aos aspectos de saúde e de enfermidade da população, que necessitam ser regidas por princípios éticos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para Schramm e Braz (2005, p.124-126), a Bioética é uma ética que visa “dar conta dos conflitos e controvérsias morais implicados pelas práticas no âmbito das ciências da vida e da saúde, do ponto de vista de algum sistema de valores”. Dessa forma, os princípios da bioética estão diretamente relacionados com a violência sexual infantil, por ser um tema complexo, doloroso, delicado, da qual resultam consequências graves no desenvolvimento da criança vítima desse tipo de violência, quer nos aspectos fisiológicos, psicológicos, emocionais, quer espirituais.

Trata-se de um problema que acontece na sociedade com bastante frequência, com o qual os princípios da bioética podem colaborar para a redução e, por vezes, até mesmo a solução das ocorrências registradas. Sua intervenção pode ainda contribuir para que se construa uma sociedade mais humana e haja um cuidado de saúde, maior e especial, para com as crianças vítimas, enquanto seres indefesos e que necessitam da intervenção do Estado para se tornarem adultos saudáveis (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Com efeito, o princípalismo poderá contribuir para a abordagem da temática da violência sexual infantil, ao buscar definir valores e estabelecer bases que permeiem as relações dos profissionais de saúde com seus pacientes, vítimas dessa violência, enquanto exercem seu papel de prestadores de cuidados de saúde. Esses profissionais necessitam compreender a problemática em presença à luz de uma abordagem multidisciplinar (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Os princípios da Bioética, sejam da autonomia ou do respeito às pessoas, da beneficência e não maleficência, seja do princípio da justiça, embora não sejam

definitivos, não tenham caráter absoluto, nem apresentem prioridade, são, no entanto, alicerces que orientam os procedimentos de cuidados a ter com o ser humano (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A esse respeito, Loch (2002, p. 13) afirma que:

os princípios facilitam e ordenam a análise dos casos concretos e, a partir de então, se pode necessitar de outros valores para aprofundar a análise ética (...) é um conjunto de postulados básicos que não podem ser ignorados.

O princípio da autonomia é também conhecido como sendo o princípio do respeito às pessoas, que estabelece o direito delas de tomarem suas próprias decisões, fazerem suas escolhas e demonstrar suas atitudes. O princípio do respeito à autonomia da vontade é o fundamento ético e jurídico do consentimento informado, o qual confirma a aceitação, o conhecimento e a concordância da pessoa humana ao ser submetida a determinados procedimentos de exceção (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Nesse sentido, por meio da bioética, esse princípio considera o domínio e o direito que a pessoa tem sobre sua própria vida e o de preservar a sua intimidade. Sob o ponto de vista das áreas da saúde e das ciências humanas, o princípio da autonomia exige que o profissional dessas áreas atenda e respeite a vontade do paciente, assim como suas crenças e valores (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Já o princípio da beneficência, interligado ao da não maleficência, requer o atendimento de interesses e direitos legítimos dos indivíduos, ao mesmo tempo que evitam fazer o mal sempre que possível, para preservar seu bem-estar e sua qualidade de vida. Considerado como fundamental para a ética médica, esse princípio preconiza, conforme descrevem Kipper e Clotet (1998, p. 47): “cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos”.

Quanto ao princípio da beneficência, este busca sempre o bem-estar do paciente, segundo os critérios de todas as áreas envolvidas, a exemplo da medicina, da psicologia, da enfermagem, entre outras disciplinas. Esse princípio requer, em sua aplicação, cuidados a ter para não causar danos enquanto oferece os possíveis benefícios. Vale mencionar que na prestação do cuidado de saúde, no exercício da medicina, o risco de causar danos está sempre associado a determinada ação ou procedimento moralmente indicado e, para evitar esse risco, o cuidado com a saúde

do paciente é primordial, em razão do princípio da beneficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

No que se refere ao princípio da justiça, este se fundamenta na igualdade, haja vista que todas as pessoas precisam ser tratadas de maneira equânime, isto é, com todos os direitos que essa igualdade confere. Sob a ótica da saúde, entende-se que uma pessoa é injustiçada a partir do momento em que lhe retiram o que lhe é concedido por direito, como, por exemplo, ao não lhe disponibilizarem determinado tratamento ou medicamento a que tem direito, quando eles devem ser facultados a todos que deles necessitarem (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

É, ainda, no âmbito daquele princípio que se insere a obrigação legal, e também moral, de conceder a cada um, em conformidade com os próprios direitos, a igualdade de acesso aos serviços de saúde que lhe garanta os benefícios conferidos por lei, com qualidade e gratuidade, de forma que todos recebam um tratamento justo e igualitário (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Em resumo, esses são os princípios que oferecem a base para a bioética e devem estar presentes em todas as áreas, desde que devidamente analisados e contextualizados. Eles devem merecer mais atenção, quando se trata de pesquisas ou intervenções na área da saúde que tenham como público-alvo a população em situação de risco e vulnerabilidade, a exemplo das crianças expostas à violência sexual (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

2.3 A LEGITIMAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL PELA VIOLÊNCIA SIMBÓLICA

Considera-se que a violência simbólica esteja vinculada ao ambiente simbólico, existem manifestações visíveis de poder e violência, que se expressam até mesmo quando as pessoas são “[...] espancadas, violentadas, exploradas [...] dentro de uma experiência subjetiva das relações de dominação” (BOURDIEU, 2012, p. 43). A violência simbólica por ser a forma mais ampla de violência e por se basear na elaboração de crenças no processo de socialização e de padrões sobre si mesma, sobre o outro, e de visão de mundo, diferindo, portanto, da violência psicológica que afeta o desenvolvimento de uma criança.

Conforme Pierre Bourdieu (2012), a violência simbólica é decorrente de um sistema simbólico, construído socialmente, que leva à interiorização da cultura pelos seus membros e é produtor de crenças coletivas que fazem parte do discurso

dominante. A violência simbólica é expressa numa forma arbitrária de imposição legítima e dissimulada e, assim, o dominado não se percebe vítima do processo, considerando a situação como natural.

Ainda segundo Bourdieu, a violência simbólica é uma forma de violência invisível, praticada por atos e meios simbólicos de comunicação e de manifestação de poder, que se estabelece em uma relação de subjugação-submissão, diante de determinada realidade. Bourdieu delinea a violência simbólica como:

uma violência suave, insensível, invisível as suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento (BOURDIEU, 2003, p. 7-8).

Além desse autor, Eagleton também a conceitua da seguinte forma:

[...] em termos de dominação simbólica, a resistência é muito mais difícil, pois é algo que se absorve como o ar, algo pelo qual o sujeito não se sente pressionado; está em toda parte e em lugar nenhum, e é muito difícil escapar dela (BOURDIEU; EAGLETON, 2007, p. 270).

A leitura dessa realidade faz entender que não requer o emprego de violência física ou de qualquer outro artifício que consuma energia, mas sim da existência de um sentido e conhecimento que modifica, altera as relações de força, levando o indivíduo a se submeter, sem questionar a legitimidade da violência exercida (BOURDIEU, 2012). Isto porque o poder simbólico é exercido quando existe cooperação e convivência dos que são subordinados e aceitam a lógica da integração e consenso da ordem social estimulada e, ao mesmo tempo, legitimada.

Vasconcellos (2002) ao analisar a violência simbólica, segundo os conceitos de Pierre Bourdieu, menciona:

através do uso da noção de violência simbólica ele tenta desvendar o mecanismo que faz com que os indivíduos vejam como “natural” as representações ou as ideias sociais dominantes. A violência simbólica é desenvolvida pelas instituições e pelos agentes que as animam e sobre a qual se apoia o exercício da autoridade (VASCONCELOS, 2002, p. 39).

O profissional da saúde, no atendimento da criança vítima de abuso sexual, principalmente quando envolve a violência intrafamiliar, precisa de sensibilidade e do conhecimento para reconhecer as estruturas de violência e de poder, tanto para lidar

com elas quanto para não reproduzir o fenômeno de violência simbólica contra a criança.

A família da criança vítima da violência sexual, que a leva ao atendimento hospitalar, vive muitas vezes uma relação baseada no poder simbólico exercido pelo autor da violência. Assim, o convívio direto entre os membros da referida família favorece o agressor com a prática da violência, que ocorre silenciosamente, de forma oculta, sutil, para exercer tanto a violência simbólica quanto a sexual. A este respeito, importa salientar que, na maioria das vezes, o autor da violência sexual é também membro da família, razão pela qual esse ato passa despercebido aos demais familiares e até aos vizinhos mais próximos.

Nesse sentido, a constatação de que a violência sexual ocorre, sobretudo, no núcleo familiar, estando presente, quer na coleta de dados objeto deste estudo, quer numa pesquisa também realizada em Curitiba, a qual relata que 71,1% dos agressores possui um grau de parentesco com a vítima, 25% são conhecidos ou vizinhos, sendo 3,9 % desconhecidos (no prelo), sendo 26,3% dos autores da violência sexual são padrastos da vítima, outros parentes 19,7%, avós 13,2% e pais 7,9%.

Dessa realidade, é importante obter dados adequados quanto a essa problemática social, de modo que se possa fazer um mapeamento acurado da violência sexual e, como consequência, se busque mecanismos para reduzi-la. Especialmente nos casos de abuso de natureza sexual, quando “o silêncio das vítimas muitas vezes prevalece e denúncias deixam de ser registradas”, refletindo certo “tabu” em relação ao assunto por conta da “origem, na grande maioria dos casos, no seio da família” (CNENVSCCA, 2006, p. 19).

2.4 O DIREITO À PROTEÇÃO E OS NÚMEROS DA VIOLÊNCIA

Cabe ao Estado assegurar a proteção da criança, através da promulgação de leis de proteção e da implementação de instrumentos legais que garantam o seu cumprimento.

Sendo assim, o art. 227 em seu parágrafo 4º, da Constituição Federal Brasileira de 1988 descreve a importância atribuída ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, nos seguintes termos:

Art. 227. 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. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

§ 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente (BRASIL, 1988).

Com o intuito de proteger as crianças contra a violência, foram elaboradas e editadas algumas iniciativas governamentais nacionais e internacionais, como a Carta da ONU (1945); a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959); e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989). Nesse contexto, também se arrola o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990.

O ECA, em seu art. 239, parágrafo único, estabelece punição para o praticante de violência sexual infantil ou grave ameaça, com pena de reclusão de 6 (seis) a 8 (oito) anos, além da pena correspondente ao tipo de violência provocado contra a vítima (BRASIL, 1990). Menciona-se também que a prática da violência ou do abuso sexual se configura como sendo:

[...] todo ato ou jogo sexual hetero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou utilizá-lo para obter uma estimulação sexual contra sua pessoa ou de outra pessoa. (AZEVEDO; GUERRA, 1989, p. 45).

Ainda com aquele mesmo objetivo de proteger a criança contra qualquer tipo de violência, em 2000, foi implementado o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança, que trata da venda de crianças à prostituição e pornografia infantil, apresentado junto ao Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

O Código Penal também conceitua a violência sexual, como:

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: (Redação da LEI Nº 12.015/07.08.2009).

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos. (Redação da LEI Nº 12.015/07.08.2009).

§ 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos: (Redação da LEI Nº 12.015/07.08.2009)

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos. (Redação da LEI Nº 12.015/07.08.2009)

§ 2º Se da conduta resulta morte: (Redação da LEI Nº 12.015/07.08.2009) Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.” (NR) (Redação da LEI Nº 12.015/07.08.2009)

Art. 214: "Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal." Ato libidinoso é o que visa ao prazer sexual.

Em seu artigo 129, § 9º, lê-se acerca da possível punição para aquele que vier a cometer a violência sexual: "se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão [...]", a pena pode ser de detenção de 3 (três) meses a 3 (três) anos (BRASIL, 1940).

O Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, instituído em 2015, pela Secretaria da Saúde, do Governo do Paraná define os procedimentos a serem realizados, pelos profissionais de saúde, imediatamente à chegada da criança à instituição de saúde, garantindo-lhe os direitos nele consignados. O atendimento prevê três níveis de atuação: primário, secundário e terciário (MURARO, et al., 2008, p. 115; BERARDI et al.; BERTOCHI; CONSIGLI; DEMPSTER, 2011), cumprindo, assim, a exigência que a Constituição Federal assegura à proteção da criança.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), relatados em 2008, constata-se que, em 2006, esse órgão implantou o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em 27 (vinte e sete) municípios brasileiros, no âmbito do SUS, por meio de um padrão de ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.

A notificação compulsória da violência contra a criança e o adolescente estabelecida pelo setor saúde deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social de crianças e adolescentes. Permite aos profissionais de saúde, assim como do campo da educação, da assistência social, dos Conselhos Tutelares e da justiça, adotarem medidas de cuidado às vítimas da violência (ASSIS et al., 2012, p. 2306).

Conforme divulgação da Secretaria de Direitos Humanos, no Portal Brasil, de janeiro a abril de 2012, o Módulo Criança recebeu 34.142 denúncias, que representa 71% de aumento em relação ao mesmo período do ano anterior. Entre os estados com maior incidência de denúncias estão o de São Paulo com 4.644 relatos, seguido pelo Rio de Janeiro com 4.521 e Bahia com 3.634 relatos de denúncias.

Uma pesquisa realizada por Waiselfisz (2012), ao analisar o mapa da violência no Brasil, relatou que foram registrados, em 2011, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), cerca de 10.425 atendimentos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Esse número estabelece uma

proporção de 16% de atendimentos a cada 100 mil crianças e adolescentes, sendo 83% dos registros referentes a vítimas do sexo feminino.

Aquele autor, ao relatar acerca do Mapa da Violência 2014, afirma ainda que:

[...] apesar de avanços recentes na formulação de mecanismos de enfrentamento, principalmente na legislação - regulamentação [...] escassos são os resultados que podemos observar nos números que continuam aumentando (WAISELFISZ, 2014, p. 164).

Apesar dos esforços para diagnosticar a situação da violência sexual no país, o Brasil ainda não consolidou um sistema de informação integrado, que permita dimensionar esse problema tão presente na sociedade. No entanto, existem dois sistemas de denúncia para situações de violência – o Disque 100 e o Sistema de Informação para Infância e Adolescência (SIPIA), com estruturas próprias, que atuam na identificação de situações de violência, com o objetivo de subsidiar políticas públicas para o seu enfrentamento, que assegurem os direitos das crianças e dos adolescentes.

Uma das dificuldades para o monitoramento das ações de enfrentamento à violência sexual é a carência de dados, embora o cenário desse fenômeno, na realidade brasileira, já se configura como um grave problema em expansão. Essa carência em parte é justificada pelas características desse tipo de violência que culturalmente é um tema pertencente ao mundo privado das pessoas. Por outro lado, o monitoramento e avaliação têm revelado os seus limites também em ações de políticas sociais de operacionalização do Estatuto da Criança e do Adolescente, sobretudo na efetivação do Sistema de Garantia de Direitos (COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 2006, p. 27).

Somente no primeiro trimestre de 2015, segundo dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, o Disque Direitos Humanos (Disque 100), “registrou 21.021 denúncias de violações de direitos de crianças e adolescentes”.

No mesmo período (2015), pesquisas no Estado de São Paulo registraram 737 denúncias de violência e abuso sexual contra crianças e adolescentes, e no estado do Paraná ocorreram 231 registros. Os casos mais registrados foram de negligência, violência física, violência psicológica e violência sexual. (BRASIL, 2015).

Essas informações integram um importante problema de saúde pública, que deve ser enfrentado pelo Estado e competentes órgãos públicos, através da

implementação de mecanismos de prevenção e tratamento específico adequado a cada caso, com vistas a minimizar os efeitos devastadores, nos planos físico, emocional e psicológico, nas crianças abusadas ou ameaçadas sexualmente. Além disso, cabe também à sociedade em geral a responsabilidade de proteger essas crianças vitimizadas, por meio da denúncia de suspeita ou confirmação de práticas abusivas contra elas.

2.5 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

A Secretaria Municipal de Saúde (2015) estabeleceu um trabalho de equipes multiprofissionais, articuladas a outros serviços das redes de atenção à saúde e de proteção social, para que fosse oferecido um atendimento qualificado aos pacientes em condições de vulnerabilidade. O acolhimento da pessoa em situação de violência representa a primeira etapa do atendimento, na qual são fundamentais a ética, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo, podendo ser realizada pelo Enfermeiro, Assistente Social ou Psicólogo. Para fins de prioridade e encaminhamento, esses profissionais devem confirmar o tempo decorrido entre a violência sexual e o início do tratamento, a fim de garantir agilidade na profilaxia e realização da notificação.

Dependendo do quadro clínico ou do relato do paciente/acompanhante, poderá ser solicitado exame bacterioscópico (*Clamídia*, *Gonococo* e *Trichomonas*) que envolve a coleta do conteúdo vaginal/anal, bem como cultura para gonococo, PCR para *Clamídia*, se possível com a presença de espermatozoides no material.

No exame de sangue devem ser realizados testes anti-HIV; hepatite B (HbsAG e anti-Hbs); hepatite C (anti-HCV) e sífilis, os quais são rápidos e devem ser enviados ao LACEN (Laboratório Central do Estado) para confirmação diagnóstica. Também deverão ser feitos os exames laboratoriais de interesse médico-legal.

Na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, deve ser considerada sua ampla gama e, por isso, deve contemplar os agravos mais prevalentes dessa repercussão clínica. Para avaliação do risco de infecção deve-se considerar:

- tipo de material biológico envolvido;
- tipo de prática sofrida (penetração anal, oral, vaginal);
- número de agressores;
- tempo de exposição (cárcere privado/sequestro/abuso crônico);
- condição himenal: hímen íntegro ou com rotura (cicatrizada ou recente, única ou múltipla);

- presença de traumatismos genitais;
- idade;
- suscetibilidade;
- lesões prévias em mucosas;
- presença de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) (PARANÁ, 2015, p. 14).

O Protocolo Terapêutico da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná (2015), descrito na Quadro 1, no atendimento às vítimas de violência sexual, define a medicação e a posologia que devem ser administradas na profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Quadro 1 – Profilaxia das ISTs não virais em vítimas de violência sexual

IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 Kg, incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45 Kg
Sífilis	Penicilina G. Benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo)	50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona	500 mg, 1 ampola, IM, dose única	125mg, IM, dose única
Infecção por Clamídia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20 mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total: 1 g)
Tricomoníase	Metronidazol	500 mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total: 2g)	15 mg/kg/dia, divididas em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

Fonte: Paraná (2014).

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

3.1 O PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA

Há uma multiplicidade de leituras possíveis dentro do tema violência, que, apesar de constituir um problema histórico, atualmente está no centro das discussões e vem ganhando destaque nos meios de comunicação social, nas mídias sociais e na Academia, levando pesquisadores a se voltarem para o seu estudo. Num contexto social e sob o foco da saúde pública, a violência contra a criança é um problema mundial, multicultural e epidemiologicamente permanente (KRUG et al., 2002).

De acordo com Sauaia (2010, p. 159), a criança possui características singulares que a tornam mais propensa à vulnerabilidade e a ser vitimada. A infância é caracterizada pela dependência da criança de um adulto e sua inserção em um processo de construção identitária, de valores, de sentimentos, de autoimagem e de socialização. Compreende ainda uma fase importante de mudanças físico-biológicas que são fundamentais para o seu desenvolvimento global, exercendo influência também sobre a sua autoimagem e na forma como os outros a percebem (BOURDIEU, 2012).

O desenvolvimento infantil pode ser marcado ainda pela presença de algum tipo de agressão, onde a violência sexual se evidencia, tendo seu risco aumentado por estar associado “aos fatores sociais, culturais e econômicos que criam um imaginário social negativo sobre a questão” (CAVALCANTE; MINAYO, 2009, p. 59).

A violência sexual infantil é uma realidade que se mostra socialmente negligenciada, e contra a qual é necessário identificar as principais possibilidades de ações educativas e assistenciais a serem realizadas, que promovam a dignidade da criança. Nesse sentido, deve-se inicialmente considerar a vulnerabilidade desse grupo etário, sob os aspectos: físico, emocional e mental, bem como o risco quanto à qualidade de vida humana, à saúde e possíveis sequelas deixadas em crianças vítimas da violência sexual.

A violência é um fenômeno social global que, ao ser contemplado como um problema de saúde pública, atinge diferentes classes sociais, culturas, relações de gênero, raça e etnia (LUCÂNIA et al. 2009, p. 2).

Conforme Nunes et al. (2004, p. 616), o estudo e análise da violência sexual infantil, à luz da Bioética, requer um olhar atento, direcionado e específico, tanto dos profissionais da enfermagem e da saúde, de modo geral, quanto do poder público em relação a essa problemática.

Questiona se os grupos com menores recursos não seriam os mais expostos à violência, não somente por serem mais vulneráveis, mas também por requererem assistência específica, uma vez que a violência sexual é uma ocorrência ainda com baixa notificação e pouca informação por parte dos serviços de saúde, ou se outros grupos sociais mais elevados poderiam também estar camuflando esses dados pelo acesso a vias particulares de atendimento.

3.2 CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O perfil da amostra desta pesquisa foi estabelecido através da coleta dos dados presentes em 182 prontuários e fichas de notificação de suspeita ou confirmação de violência doméstica sexual e/ou outras violências, de um total de 129.660 cadastros efetuados entre os anos de 2013 a 2015, sendo que o percentual de crianças atendidas, vítimas de violência sexual, pode ser visualizado na Tabela 1.

Conforme os resultados coletados da amostra, constatou-se que o número de crianças cadastradas no hospital pesquisado foi de 41.486 em 2013, 44.314 em 2014 e 43.314 em 2015, totalizando 129.660 crianças ao final desses 3 anos. De 2014 a 2015 registrou-se uma queda de 0,4% dos cadastros gerais, porém, houve um aumento do número de cadastros de crianças com suspeita de violência sexual, sendo de 378 crianças cadastradas em 2013; de 384 em 2014 e de 408 em 2015, totalizando 1.170 crianças ao final desses 3 anos. Em 2015, o aumento foi de 18.13%, em relação aos anos de 2013 a 2014. Assim, o valor em percentual ficou em 0,78% de 2013 a 2014 e de 3.03% de 2014 a 2015.

Para efeito da coleta de dados, selecionou-se 0,90% do total de crianças cadastradas 1.170 suspeitas de terem sofrido violência sexual, correspondente aos 3 anos sobre os quais incidiu a coleta (2013 a 2015).

Tabela 1 – Nº de atendimentos realizados e percentuais de crianças vítimas de violência sexual

Ano	Nº total de crianças cadastradas	Nº total de crianças cadastradas e atendidas com suspeita de violência sexual	% total de crianças cadastradas e atendidas com suspeita de violência sexual	Nº total de cadastros de crianças vítimas de violência sexual (amostrados na pesquisa)	% total de amostras das crianças atendidas com suspeita de violência sexual
2013	41.486	378	0,91	49	12.96
2014	44.314	384	0.86	59	15.36
2015	43.660	408	0.93	74	18.13
Total	129.660	1.170	0.9	182	15.48

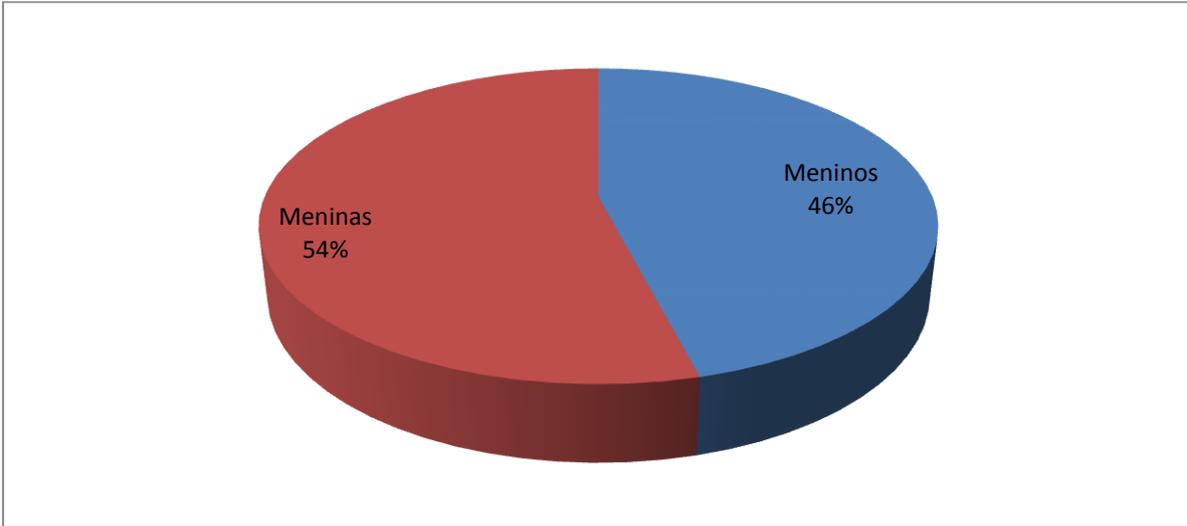
Fonte: a autora, 2017.

Vale destacar que os casos atendidos e notificados pelo hospital em que incide esta pesquisa, de violência sexual contra crianças, podem não traduzir a totalidade dos fatos verdadeiramente ocorridos no município onde ele se situa, ou mesmo fora dele. Os dados apontados são de apenas um centro de atendimento, sendo de ressaltar os casos em que a criança machucada não é levada ao hospital, devido ao medo da família e do autor da violência de ser denunciado, pois muitas vezes o agressor reside na mesma casa da vítima ou está próximo dela (BRASIL, 2016).

Ainda a esse respeito, as relações na família dessas crianças baseiam-se muitas vezes na percepção da violência como algo natural, o que obsta a uma denúncia logo nos primeiros casos de abuso, além da esperança alimentada de que ela não venha a repetir-se (BRASIL, 2016).

O Gráfico 1 demonstra que as meninas representam 54% (97 meninas) dos casos suspeitos, e os meninos perfazem 46%, (84 meninos) da amostra. Esses índices aproximam-se dos dados do Serviço Disque 100 do Governo Federal (2010), nos quais 59% das denúncias incidiram sobre a violência sexual praticada contra o sexo feminino, enquanto 41% incidiram sobre o sexo masculino.

Gráfico 1 – Percentual de meninos e meninas vítimas de violência sexual do ano de 2013 a 2015



Fonte: a autora, 2017.

Conforme Santos (2009, p. 79), entre maio de 2003 e janeiro de 2010, os dados apurados evidenciam que das denúncias de abuso sexual, 62% referem-se às meninas, ao passo que 38% dos abusos foram praticados contra os meninos. Esse percentual ainda que baixo, comparativamente ao das meninas, é considerado significativo.

A coleta de dados desta pesquisa coincide com os dados de Sanderson (2005), onde indica que uma em cada quatro meninas e um em cada seis meninos já foi alvo de algum tipo de violência sexual na infância ou na adolescência. Dados apurados pela pesquisa da VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde (2008), e também da UNICEF (2014), indicam o fato de as meninas se apresentarem mais propensas a ser vítimas da violência do que os meninos, em virtude de o agressor deter um poder dominador e velado. A partir dos dados das denúncias, o número considerável e de meninas que sofrem violência sexual. Este fato é geralmente relacionado a causas culturais e sociais em que o homem tem a autoridade máxima sobre os demais membros da família, faria à projeção da figura da mulher na menina (BOURDIEU, 2012) ; ENGLS, 1975; SAFFIOTI, 2005).

Contudo, na coleta de dados, apesar destes evidenciarem que as meninas são as principais vítimas da violência, o número de meninos violentados é significativo, por ser quase equivalente ao de meninas. Essa constatação chama a atenção para o maior número de denúncias realizadas em relação ao gênero feminino, mas no atendimento hospitalar esse número quase se equivale. É importante compreender se esses valores discutidos sobre as meninas sofrerem

mais abusos não é um fenômeno de subnotificação quando os casos são do gênero masculino em que o fenômeno do silêncio seria ainda mais evidente ou, ainda, se não tem sido dada a devida atenção aos meninos nos ambientes onde estão ocorrendo os casos de abuso sexual.

O que o presente trabalho destaca é que as formas sociais e culturais incidem sobre uma condição infantil comum, indiferente ao gênero, que são desprovidas de meios autônomos de sobrevivência e crescimento, que os coloca sob o controle legal dos responsáveis (BOURDIEU, 2012), necessitando de cuidados e proteção.

3.3 PERCENTUAL DE CASOS DE VIOLÊNCIA SEGUNDO RAÇA/COR

De acordo com os termos arrolados na Ficha de Notificação, os dados coletados da amostra relacionam as crianças violentadas quanto à raça e cor. Assim, do total das vítimas, 133 delas (73,1%) foram declaradas brancas; 24 (13,2%) não tiveram a raça/cor referida no Prontuário devido desconhecimento do acompanhante; 20 (11,0%) constam como sendo de raça parda, enquanto que cinco delas (2,7%) foram declaradas negras.

Esses resultados da pesquisa diferem dos dados publicados pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos do Governo Federal (2015), segundo os quais 57,5% das vítimas no Brasil são negros/pardos, enquanto nas notificações específicas do SINAN-NET, no que diz respeito às características das violências notificadas, os dados de 2010 referem que a maioria delas (41%) tem a cor da pele branca, ao passo que 32% a cor preta/parda (ASSIS et al., 2012, p. 2308). Já nas pesquisas do IBGE (2008), realizada em nível nacional, a cor branca prevalece sobre as demais, assim como os dados desta pesquisa.

As categorias Raça e Cor podem ser classificadas como subjetivas, isto é, não possuem uma definição prática, exata e padronizada, podendo até ser avaliadas através da fisionomia das pessoas. Segundo o IBGE (2013), ainda que elas sejam autodeclaráveis. Essa realidade pode ter contribuído para uma mudança no perfil biofisiológico da população brasileira, que sofreu variações, inclusive de região para região dentro do Brasil, causando assim uma miscigenação de raças, fenômeno este que, por consequência, dificulta a definição quanto à cor e à raça.

Também se deve levar em consideração que a formação do povo brasileiro é constituída pela união de vários grupos socioculturais, descendentes de povos como

os alemães, poloneses, italianos, japoneses, entre outros, indígenas e negros (IBGE; 2013).

3.4 ESCOLARIDADE DAS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

No que diz respeito ao nível de escolaridade, 64,8% dos pacientes foram declarados em idade de pré-alfabetização, enquanto 2,7% deles estão cursando entre o 1º e o 4º ano do Ensino Fundamental (TABELA 2). Assim, esses dados apontam para o fato de que as 118 crianças alvo da pesquisa, categorizadas como analfabetas pela Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Violência Doméstica Sexual e/ou outras Violências (SINAN), tinham idade igual ou inferior a 6 anos e não frequentavam a escola por não estarem em idade escolar.

A média da idade das crianças-alvo da coleta de dados foi de 6.26, o desvio padrão 2.78 e mediana foi de 6 anos.

Tabela 2 – Nível de escolaridade das crianças vítimas de violência sexual conforme Ficha de Notificação SINAN

Escolaridade	Números	Porcentagem (%)
Sem idade escolar	118	64,8
1ª – 7ª série	43	23,6
Não informado	21	11,5
Total	182	100,0

Fonte: A autora, 2017.

Quadro 2 – Equivalência do MEC entre as séries do Ensino Fundamental e a idade das crianças

9 anos de duração	Idade correspondente no início do ano letivo
1º ano	6 anos
2º ano	7 anos
3º ano	8 anos
4º ano	9 anos
5º ano	10 anos
6º ano	11 anos
7º ano	12 anos
8º ano	13 anos
9º ano	14 anos

Fonte: BRASIL, 2009.

O nível de escolaridade em relação à idade das crianças objeto desta pesquisa, quando comparados com o Quadro 2 definido pelo Ministério da Educação

(MEC), não se coaduna com essas diretrizes, uma vez que, de acordo com elas, as crianças com 12 anos deveriam estar cursando o 7º ano do Ensino Fundamental, porém, nenhuma das crianças da amostra estava na altura matriculada nesse ano, conforme registrado nos prontuários.

Com base nos dados que integram o perfil da amostra, pode-se concluir que a escolaridade das crianças alvo da pesquisa, abaixo do previsto legalmente, é considerada um dos indicadores da vulnerabilidade da população amostrada.

Vale ressaltar que a escolarização obrigatória é um direito garantido à criança e ao adolescente, conforme previsto no art. 53 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990:

Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:
I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
II - direito de ser respeitado por seus educadores;
III - direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;
IV - direito de organização e participação em entidades estudantis;
V - acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência.

A relevância dos dados coletados em relação ao grau de escolaridade das crianças atendidas em um hospital pediátrico no Sul do Brasil reside no fato de a escola ser um espaço de aprendizagem, visando à formação integral das crianças, que deve desenvolver neles critérios de autonomia e senso crítico, bem como dotá-los de conhecimentos que lhes permitam identificar os indícios característicos da violência a que podem estar expostos, mostrando-lhes formas de prevenção e enfrentamento desse problema, sobretudo, no âmbito judicial, psicológico, familiar, social (UNGARETTI apud NITAHARA, 2017).

A dificuldade que as crianças que convivem em meio à violência apresentam na assimilação dos conteúdos repassados pelos professores, pode também refletir-se de forma prejudicial, quer no seu desenvolvimento integral, quer no seu processo de aprendizagem, no que concerne ao seu desempenho escolar (JUNGES, 2012).

Nesse sentido, observa-se na coleta de dados que a maioria das crianças atendidas no hospital pesquisado não tinha idade para frequentar a escola e as outras apresentavam dificuldade no cumprimento do calendário escolar, causando, assim, problemas no seu processo de aprendizagem.

Lopes e Torman (2008) afirmam que:

uma criança submetida a um adulto perverso terá dificuldades de se relacionar com a própria sexualidade, com os limites da sociedade e com a discriminação de si e do outro, elementos estes importantes para a convivência social e para a aprendizagem de maneira geral (Lopes e Torman, 2008, p. 135 *apud* JUNGES, 2012).

O ambiente escolar pode fazer com que a criança se sinta mais protegida e segura, o que o torna, neste caso, um espaço favorável em que ela poderá demonstrar, de forma verbal ou não verbal, seu sofrimento pela situação de violência vivida, a qual na maioria das vezes provoca alterações em sua personalidade. (BARBOSA, 2008, p. 12-55).

A escola pode ser uma importante aliada no combate à violência sexual, ao transmitir conhecimentos e promover valores que possibilitassem enfrentá-la, o que poderia traduzir-se na redução do número de ocorrências desse fenômeno.

3.5 ENFRENTAMENTO DA VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL

Para ser considerado abuso sexual, o agressor não precisa necessariamente ter relação sexual completa com a vítima, mas apresentar o caráter sexual como o de encostar sua boca nos seios e/ou partes íntimas da vítima com a intenção de obter prazer sexual, ou forçá-la a tocá-lo. Esse abuso envolve ainda coagi-la a praticar atos sexuais com outras crianças e/ou adultos, bem como exibi-la publicamente, através de fotos em sites de pornografia infantil (BRASIL, 2002).

Na presente pesquisa 12,1% dos pacientes, além da violência sexual, sofreram ainda outras formas de violência (TABELA 3). Segundo Santos e Dell Faglio (2008, p. 596), há uma especificidade na violência sexual que é a “característica singular do abuso sexual refere-se ao fato de que é realizado, frequentemente, sem o uso de força física, pelo poder, coação e/ou sedução, e por esse motivo pode não deixa marcas físicas nas vítimas”.

Para que a notificação ocorra, nos casos de violência infantil, é necessário identificar e agir para proteger a vítima, isto é, romper o silêncio através desse importante instrumento, com base no qual será avaliada e revista, pelos órgãos competentes, a melhor conduta a ser tomada em face daquela situação, seja na questão social ou psicológica. (MIRANDA; YUNES, 2007 *apud* SANTOS; DELL’AGLIO, 2010).

Segundo Hershkowitz et al. (2007, p. 331 apud SANTOS; DELL'AGLIO, 2010):

a notificação frequentemente é realizada por alguém próximo à criança e, geralmente, pela mesma pessoa para quem foi revelada a violência. A revelação da situação de abuso num contexto legal, geralmente, é precedida da revelação que ocorreu num contexto familiar (Hershkowitz et al. (2007, p. 331 apud SANTOS; DELL'AGLIO, 2010).

Diante da problemática da violência sexual infantil, Gonçalves e Ferreira (2002 apud SANTOS; DELL'AGLIO, 2010, p. 332) relatam o problema do baixo número de notificações registradas pelas equipes de saúde, considerando que essas informações poderiam contribuir para se ter uma dimensão mais aproximada da realidade.

Além disso, os referidos autores reiteram ainda que as subnotificações acontecem, entre outros motivos, pelo despreparo dos profissionais; pela carência de informações recebidas nos bancos escolares; pelo receio de notificar os casos de violência sexual, devido ao reduzido conhecimento do código de ética referente à sua profissão; por esses profissionais se sentirem incomodados quando, por exemplo, são convocados para prestar depoimento às autoridades policiais e também por causa da falha estrutural em relação ao número insuficiente de instituições responsáveis pelo controle e acompanhamento das diferentes situações notificadas Gonçalves e Ferreira (2002 apud SANTOS; DELL'AGLIO, 2010)

Tabela 3 – Violência sexual e outras formas de violência contra crianças

Formas de violência	Nº. de crianças	Porcentagem (%)
Não informado	12	6,6
Violência Sexual	148	81,3
Outras além da sexual	22	12,1
Total	182	100,0

Fonte: a autora, 2017.

Dos 13 tipos de violações registradas pelo Disque-Denúncia, nos anos de 2013 e 2014, no Brasil, a violência sexual ocupou o 4º lugar, representando assim 75% do total de ocorrências registradas (DISQUE 100, 2014). Além desse tipo de violência, o presente estudo revela que a criança vulnerável é também vitimada por outros tipos de maus-tratos, o que reforça a relação de poder exercida por parte do

violentador, infringindo, assim, os seus direitos à integridade física, psíquica e moral, consagrados no ECA. Os dados da Tabela 4, elaborada com base na Ficha de Notificação SINAN, os meios de agressão utilizados, em que há o predomínio da força corporal exercida pelo agressor sobre mais da metade das vítimas (51,6%), aproximam-se dos dados anteriormente citados.

Tabela 4 – Meios de agressão utilizados contra crianças

	Número	Porcentagem
Força corporal	94	51,6
Enforcamento	1	0,5
Objeto contundente	1	0,5
Ameaça	8	4,4
Não informado	70	38,5
Força corporal/ espancamento e objeto perfurocortante	4	2,2
Força corporal e ameaça	4	2,2
Total	182	100,0

Fonte: adaptado de SINAN, 2015.

Os dados apresentados permitem ainda constatar que oito das vítimas (4,4%) sofreram ameaças, sendo que 38,5% de outros meios de agressão não foram identificados, em razão do familiar/acompanhante da criança fornecer, à equipe de saúde, informações incompletas. Ainda a respeito dos meios de agressão, convém destacar que, comparativamente à violência sexual, das 182 ocorrências verificadas na coleta da pesquisa, 94 delas (51,6%) indicam o uso da força corporal e que o agressor é do sexo masculino. Nesse sentido, a violência se manifesta como uma forma de poder que exerce uma função pedagógica sobre os grupos sociais, por meio de formas de imposição e inculcação desse sistema de crenças.

Dados do Childhood Brasil apontam que o meio de agressão com maior evidência é o espancamento corporal (2,2%), o qual incide mais sobre o sexo masculino (23%) que sobre o feminino (21,6%), dados esses condizentes com os da pesquisa. O agressor exige da criança, muitas vezes sob ameaça verbal, sigilo absoluto em relação à situação, e se essa negociação não for bem-sucedida, geralmente parte para a agressão física (SPIEGEL, 2003). Posto isso, a violência sexual, na maioria das vezes, vem acompanhada por outras formas de agressão, seja física, psicológica, simbólica, ou outras, o que ocasiona um comprometimento

no desenvolvimento infantil, que conduz a transtornos na criança, os quais por vezes deixam sequelas.

De acordo com a tabela 5, no que concerne ao local onde a violência ocorre, o maior índice é representado por dados não informados pelos pais ou acompanhantes, (44,5%), seguido da residência da vítima com 39,6% dos dados amostrados.

Tabela 5 – Descrição do local da ocorrência da violência

	Número	Porcentagem (%)
Residência	72	39,6
Habitação coletiva	3	1,6
Escola	6	3,3
Via pública	20	11,0
Não informado	81	44,5
Total	182	100,0

Fonte: a autora, 2017.

Os dados não informados causam uma lacuna na discussão dos resultados. Contudo, o grande número de ocorrências no interior das residências aponta para graves consequências: o silêncio, síndrome do segredo, pois envolve a imposição do convívio da vítima com o agressor e, conseqüentemente, facilita a reincidência do abuso. O abuso sexual infantil é considerado um problema de saúde pública em que “o abuso sexual tem sido compreendido como uma consequência de um ciclo evolutivo de conflitos e agressões entre pais e filhos em que os limites e papéis familiares encontram-se fragilizados e invertidos” (SANTOS; DELL FAGLIO, 2008, p. 598).

A natureza da violência é bastante significativa, pois envolve o vínculo de poder e domínio exercido, pelo agressor, sobre a criança, tanto no ambiente doméstico/familiar, quanto no extrafamiliar. No entanto, em 52,2% dos casos, a violência é praticada por um familiar que reside na mesma casa que ela, conforme Tabela 6.

Assim, tanto na coleta de dados dessa pesquisa, com 39,6% dos casos, quanto no estudo de (GUIMARÃES; VILLELA, 2011), com 46 % os dados são semelhantes em relação ao local onde ocorreu a violência, onde em ambos os estudos, na maioria os casos aconteceram na residência da vítima, onde o agressor

também mora, é considerado de confiança ou ainda possuem contato direto com as crianças vitimizadas e seus familiares.

Tabela 6 – Natureza da violência aplicada contra crianças

Natureza da Violência	Número	Percentagem (%)
Doméstica/familiar	95	52,2
Extrafamiliar	63	34,6
Institucional	1	0,5
Não informado	23	12,6
Total	182	100,0

Fonte: a autora, 2017.

Sobre a questão do domínio exercido, pelo agressor, sobre a vítima, Santos e Dell Faglio (2008, p. 597) afirmam que:

sobre a questão do consentimento da vítima, deve-se ter claro que situações de abuso sexual envolvem uma relação de dominação, na qual a criança apresenta poucas condições de reagir porque se encontra sob domínio do abusador.

O Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), que trata os dados registrados, pelos conselheiros tutelares, sobre casos de violência sexual contra a criança, relata que mais de 50% deles são cometidos por familiares na casa da vítima ou do suspeito.

Conforme a Tabela 7, na coleta de dados da pesquisa, o assédio sexual figura como a forma mais frequente de violência, totalizando 84 vítimas (46,2 %), seguido do estupro com 57 vítimas (31,3%).

Tabela 7 – Tipo de violência sexual

Tipo de Violência	Número	Porcentagem (%)
Assédio sexual	84	46,15
Não ocorreu	3	1,64
Estupro	57	31,31
Assédio sexual, estupro, exploração sexual, pornografia infantil	2	1,09
Estupro e assédio sexual	1	0,55
Não informado	32	17,58
Assédio e outros	3	1,64
Total	182	100,0

Fonte: a autora, 2017.

Nesse caso, o agressor tem a percepção de que dificilmente será reconhecido como autor desse ato e responderá por ele. Na maioria das vezes, a criança não conta a ninguém o que está acontecendo, por estar sob ameaça, mas, se contar, não apresentará evidências concretas, o que faz com que seus pais ou familiares não acreditem que o fenômeno esteja mesmo ocorrendo e não valorizem a sua narrativa (CIUFFO, 2008; DIAS, 2010).

De acordo com os dados coletados, descritos na Tabela 8, as partes do corpo da criança mais atingidas pelo ato de violência, em 129 casos (70,9%), foram os órgãos sexuais/ânus seguido por múltiplos órgãos/regiões em 36 casos (19,8%).

Tabela 8 – Parte do corpo da criança mais atingida pela violência

	Número	Porcentagem (%)
Não informado	15	8,2
Membros Inferiores	2	1,1
Órgãos sexuais/ ânus	129	70,9
Múltiplos órgãos/ regiões	36	19,8
Total	182	100,0

Fonte: a autora, 2017.

De acordo com os dados levantados nesta pesquisa, a parte do corpo mais atingida por atos de violência são os órgãos sexuais/ânus, seguidos por múltiplos órgãos, sendo que tais dados coincidem com os da pesquisa de Assis et al. (2012, p. 2309).

A esse respeito, Assis et al. (2012, p. 2309) destacam o fato de que:

meninas sobressaem por sofrerem mais lesões nos órgãos genitais/ânus (6,7% contra 1,2% dos meninos), quadril/ pelve (0,9% versus 0,2%) e em múltiplos órgãos/regiões do corpo (9,2% versus 7,2%). Os meninos têm mais lesões no tórax/dorso (5,1% versus 2,2% das meninas), membros inferiores (4,9% versus 3,7%) e no abdome (2,2% contra 1,1%).

Conforme se pode constatar, tanto os resultados desta pesquisa quanto as conclusões a que esses autores chegaram são coincidentes, no que se refere ao fato de que as meninas sofreram mais lesões genitais/ânus do que os meninos.

A partir da caracterização do perfil da violência, é possível identificar que não há garantia de princípios básicos universais de moralidade. A violência doméstica pode ser praticada por várias razões, entre elas, a mais significativa é a que ocorre no ambiente familiar, podendo ser originada por um desequilíbrio de ordem emocional entre as pessoas que convivem na mesma residência, o que pode gerar comportamentos agressivos (GALINDO et al., 2017).

Quando crianças são violentadas no próprio ambiente familiar, na maioria dos casos, provavelmente sofrem a agressão sexual porque os agressores, escudados pela privacidade do lar, se sentem mais seguros de os seus atos não serem descobertos e denunciados, já que, na maior parte das vezes, ou não há quem os testemunhe, ou contam com o apoio de um cúmplice, quase sempre a companheira/esposa, ou ainda esperam todos saírem de casa para ficar sozinhos com a vítima e, assim, praticar a violência (RIBEIRO et al., 2004).

A violência sexual praticada contra as crianças pode ter repercussões, muitas vezes, irreversíveis, causar graves malefícios, ser injusto e comprometer o seu desenvolvimento integral, considerando que cada uma delas é única, individualizada, e, por isso, reage de forma diferente perante as diversas situações ou experiências com que se defronta, em especial em relação à complexidade que envolve a violência (HUNTER, 1990 apud HOHENDORFF, 2014).

A problemática da violência sexual infantil pode interferir na autonomia da criança prejudicando-a, podendo levá-la a desenvolver comportamentos agressivos, tanto no ambiente familiar quanto no social e escolar, causando um malefício que pode conduzir à perpetuação desse fenômeno de geração em geração (FERRARI; VECINA, 2002; PEREIRA, 2017).

O tipo de violência em apreço, na maioria dos casos, ocorre na residência da própria criança vítima, situação que está na origem da vulnerabilidade das crianças tanto do sexo feminino, que é o mais atingido, quanto sexo masculino, ainda que em

menor proporção, que sofrem essa violência. Um fato muito importante que interfere diretamente no tratamento dessa problemática, e causa uma grande maleficência às crianças, é a subnotificação das ocorrências. Tal fato deve-se a vários motivos, sendo um deles o medo das vítimas de poderem vir a sofrer represálias, principalmente por parte dos agressores, o que pode contribuir para um controle deficiente das ocorrências e, conseqüentemente, falhas nas ações realizadas por parte dos órgãos responsáveis, possibilitando, assim, uma maior vulnerabilidade tanto para meninas quanto para meninos.

O autor da violência sexual pode causar um grande malefício ao desenvolvimento natural da criança, considerando que ela ainda não é capaz do exercício pleno da autonomia, realidade essa injusta que fere e suprime a autonomia dela, além de aumentar a sua fragilidade, o que reforça, assim, sua vulnerabilidade.

3.6 PERFIL DO AUTOR DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Na presente pesquisa (TABELA 9), em 63,2% dos casos, a violência sexual foi cometida pelo sexo masculino, resultados estes que diferem de outras pesquisas, como as de Habigzang et al. (2005) com 98,8%; Costa (2015) – 98,0%; Martins e Jorge (2010) – 97,3%; Pincolini, Hutz e Laskoski (2012) – 96,0%; e de Oliveira (2013) com 94,6%. É provável que a diferença entre os presentes dados e os dos demais pesquisadores esteja no número de “não informados”, que foi bem expressivo nesta amostra.

Tabela 9 – Perfil do agressor

	Número	Porcentagem (%)
Masculino	115	63,2
Feminino	12	6,6
Não informado	55	30,2
Total	182	100,0

Fonte: a autora, 2017.

Segundo Glasser et al. (2001), o fato de o agressor ter sido violentado sexualmente quando criança não justifica o ato hediondo de ele, na fase adulta, vir a praticar violência sexual contra crianças. Isso pode significar que o fato de ele ter sido molestado sexualmente na infância, poderá potencializar a possibilidade de ele vir a praticar esse mesmo ato, quando adulto. Portanto, não se pode afirmar,

seguramente, que aí existe qualquer relação de causa e efeito. Ser uma forma de potencializar esse ato, mas não será necessariamente sua causa.

De acordo com a coleta de dados desta pesquisa, realizada em um hospital pediátrico, pode-se observar que o fenômeno da violência sexual infantil é praticado predominantemente pelo sexo masculino, e que a maior incidência ocorreu na zona urbana, com 116 ocorrências, ou seja, 64,3% dos casos registrados.

Conforme a UNICEF (2002), considerando a violência sexual sofrida pelas crianças e adolescentes, em relação às regiões com maior incidência, a informação anteriormente mencionada difere de outras referências que abordam esse mesmo assunto, ao concluírem que a violência nas áreas rurais do Brasil ocorre da mesma forma que nas áreas urbanas.

Desse modo, na zona rural existe uma maior dificuldade para realizar o controle dos dados, não só devido às características próprias do zoneamento geográfico, pois, na maioria das vezes, a distância de uma residência a outra é muito grande, mas também em razão do machismo e do número reduzido de delegacias. Os maus-tratos contra crianças nas zonas rurais também não têm sido registrados de modo significativo, pelos Conselhos Tutelares e pelos Conselhos Municipais das Crianças e Adolescentes.

Tabela 10 – Zonas geográficas de maior incidência da violência contra crianças

Tipo de zona	Números	Porcentagem (%)
Urbana	116	63,7
Rural	22	12,1
Periurbana	2	1,1
Não informado	42	23,1
Total	182	100,0

Fonte: a autora, 2017.

Ainda, na coleta de dados realizada nesse hospital exclusivamente pediátrico do sul do país, evidencia-se que os pais violentaram 24 filhas e seis filhos, ao passo que 14 meninos e nove meninas foram violentados por agressores desconhecidos.

Assim sendo, comparando esses dados coletados com o que afirmam os autores Barbosa (2008), Prado (2004) e Abrasco (2006), obteve-se uma equivalência dos resultados em relação ao fato de o pai figurar como o principal

agressor da filha, e o padrasto aparecer em segundo lugar como agressor da enteada.

Tabela 11 – Grau de parentesco x sexo da criança vítima de violência sexual

Grau de parentesco	Sexo da criança			Total
	Masc.	Fem.	Não Informado	
Pai	6	24	6	36
Mãe	0	4	0	4
Padrasto	13	22	4	39
Madrasta	1	2	0	3
Irmão	2	2	0	4
Amigos/Conhecidos	12	16	2	30
Desconhecidos	14	9	1	24
Cuidador	1	4	0	5
Não informado	20	15	2	37
Total	69	98	15	182

Fonte: a autora, 2017.

Na Tabela 11, é demonstrada a correlação significativa entre o sexo da vítima e o tipo de relação que ela mantém com o abusador, ou seja, os pais e os padrastos violentam mais as meninas, enquanto pessoas desconhecidas violentam mais os meninos.

Nesse contexto, o pai deixa de desempenhar o seu papel parental e passa a ser o agressor da própria filha, sendo que esta inversão de papéis torna-se incompreensível para ela, pois não consegue discernir se é uma situação correta ou não. Essa dificuldade em entender a complexidade do que está acontecendo com ela, pode causar-lhe significativas alterações psicológicas.

Ainda em concordância com os dados coletados, Rocha (2010, p. 52), relata que as crianças do sexo feminino são as que sofrem mais agressão por parte do pai, e dessa violência pode resultar uma gravidez precoce e indesejada e, conseqüentemente, levar à prática de abortos ilegais, e, assim, a mais crianças desamparadas que podem se tornar moradores de rua.

De acordo com Barbosa (2008, p. 44):

[...] a criança não comparece enquanto sujeito que tem suas próprias necessidades e desejos, mas como posse de seu pai. O pai deixa de desempenhar o papel protetor e representante da Lei e, não ignorando a lei, ele se autoriza a ocupar o lugar de lei, um ditador absoluto. E para a criança, a mãe comparecerá com os vínculos afetivos frágeis.

Conforme Hohendorff et al. (2012), a ausência de pesquisas realizadas sobre essa agressão sexual contra o sexo masculino deve-se, em parte, aos insuficientes números divulgados, que possam vir a ser objeto de estudo sobre essa problemática. Ainda segundo esse autor, apesar dos pontos em comum apresentados pela violência sexual contra o sexo masculino e o feminino, existem especificidades entre os dois sexos que os diferenciam, porém esse fenômeno tanto pode ocorrer com meninas como com meninos.

Maikovich-Fong e Jaffee (2010) relatam um acréscimo no número de estudos sobre a problemática da agressão contra meninos, considerando que, provavelmente, seja devido a um olhar mais voltado para o cuidado em nível social, o qual traz a reflexão sobre o fato de as pesquisas incidirem mais sobre a violência contra as meninas, o que dificulta a apresentação geral dos resultados obtidos. Hunter (1990) relata que as mulheres raramente são apresentadas como agressoras porque a elas está associado o perfil de meiguice, de proteção, o que diminuiria a probabilidade de serem capazes de cometer atos de violência de natureza sexual.

De acordo com Hunter (1990, p. 25), “Outro fator que pode estar relacionado a perpetuação feminina, é que pode estar relacionado é a não consideração da violência sexual como tal”. Esse autor relata ainda que vítimas de violência sexual infantil contra o sexo masculino, podem não acreditar que esse fenômeno seja considerado violência, e sim uma fase natural de sua vida, ou o início da sua vida sexual, inclusive pode ser o pensamento também dos seus amigos. No entanto, Sebold (1987, p. 1) confirma que as crianças do sexo masculino são o alvo preferencial dos agressores desconhecidos fazendo com que elas possam vir a tornar-se, futuramente um adulto agressor.

De acordo com Sebold (1987), na maioria das vezes, problemas de ordem sexual na fase infantil podem trazer comprometimentos graves na fase adulta, como situações homofóbicas, onde a vítima se apresenta agressiva e com necessidade contínua de provar aos outros que não é homossexual, usando de vários artifícios, inclusive podendo até zombar dos colegas. A criança violentada se mantém reservada, quando o assunto é sobre sexualidade, evitando assim abordar o assunto, como forma de se proteger. Pode ainda se apresentar agressiva e controladora, manifestações que podem ou não ser resultado de questões homofóbicas, bem como assumir comportamento inadequado para sua idade,

procurando fazer amizade com crianças de idade menor que a sua e evitar colegas da sua idade (SEBOLD, 1987).

Além disso, pode manifestar um receio de ser homossexual, em razão da descoberta de ter sido, reiteradas vezes, vítima de violência sexual, assim como sentir medo em situações em que adultos usam um tom de voz mais elevada, exacerbando-se em casos do contato físico. Pode ainda demonstrar irritabilidade sem motivo visível, diante de pessoas desconhecidas, alteração do sono e corporal, dificuldade de concentração, ou nas eliminações vesico-fecais (SEBOLD, 1987).

Ao ser considerada a extrema vulnerabilidade da criança, importa reconhecer que ela necessita de cuidados especiais, principalmente nessa fase de sua vida que é a base para a idade adulta, que deveriam ser prestados, sobretudo pelo pai que, perante a lei, tem o dever de protegê-la integralmente e assegurar seu bem-estar geral.

É, pois, no ambiente familiar que a criança deve iniciar sua formação, através da construção de princípios morais e éticos, a partir das experiências compartilhadas com pais ou padrastos e familiares mais próximos. Contudo, essas experiências podem também contribuir para replicar atitudes e comportamentos violentos, que alguns agressores justificam por terem sido, eles próprios, vítimas de violência sexual na infância.

Conforme a Tabela 12, os 92 violentadores avaliados (50,5 %) afirmaram não consumir nenhuma droga lícita ou ilícita, ou qualquer substância química, enquanto que 22 deles (12,1%) admitiram o consumo de álcool ou drogas. No que concerne aos 64 registros referentes ao item “Não informado”, eles correspondem a informações incompletas fornecidas pelo familiar/acompanhante da criança.

Tabela 12 – Suspeita de uso de álcool ou drogas

	Números	Percentagem (%)
Sim	22	12,1
Não	92	50,5
Não informado	64	35,2
Álcool e drogas	4	2,2
Total	182	100,0

Fonte: adaptado de SINAN, 2015.

Assim, uma vez que, em 92 dos casos (50,5 %), o agressor não fez uso de drogas lícitas ou ilícitas, a criança pode ter sido vítima de violência sexual e

simbólica pelo uso da força física e também do poder de dominação sobre ela, portanto a violência simbólica é uma forma de constrangimento ocorrida dentro de uma realidade vivenciada, que pode se manifestar até mesmo de maneira imperceptível e, aos poucos, vai enfraquecendo a identidade e individualidade daquele que está em condições de submissão. Por consequência, a criança vive em um estado permanente de fragilidade e de medo, quer do agressor, quer de falar a verdade em relação aos fatos e, sendo assim, só irá revelar as atitudes e o comportamento do agressor a alguém que realmente lhe transmita confiança, seja no ambiente familiar ou hospitalar (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005, p. 197-204).

3.7 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM DIANTE DA CRIANÇA VÍTIMA DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Conforme os resultados expostos, o profissional da enfermagem irá se deparar com crianças vítimas da violência sexual ao chegarem ao hospital ou à unidade de saúde, em busca de tratamento integral, considerando que a violência sexual infantil pode ocasionar inúmeras complicações.

Essa situação de fragilidade, a que essa criança está exposta, deverá ser “abordada como questão ética e jurídica que diz respeito ao campo dos direitos humanos e a atuação da enfermagem é percebida como ampla e complexa”. (SILVA; FERRIARINI; SILVA, 2011, p. 921). Portanto, envolve a participação do enfermeiro desde o diagnóstico, interferindo no tratamento dos agravos resultantes da violência, nos cuidados após o internamento e também nas ações educativas com orientações, encaminhamentos e, até mesmo, na notificação.

Assim, sob a ótica da enfermagem, em se tratando de crianças, o Código de Ética de Enfermagem, segundo a Resolução n. 358/2009 (BRASIL, 2009), orienta que a proteção da criança é considerada um dever do profissional da enfermagem. Contudo, a falta de maior compreensão sobre as causas da violência sexual leva alguns profissionais a reagirem com medo em relação ao seu envolvimento nesses casos.

Os profissionais da enfermagem também se deparam com várias situações assistenciais e administrativas que dificultam sua atuação diante da problemática da violência sexual contra crianças, as quais, muitas vezes, exigem que eles tomem decisões inerentes à profissão, assim como atendam a aspectos que envolvem a

equipe multidisciplinar, além de poderem sentir insegurança diante do fato de não dominarem o referencial teórico-analítico que os dotaria de ferramentas necessárias para enfrentar toda complexidade que envolve tal problema, a fim de oferecer o suporte necessário à criança vitimizada, considerando-a um ser biopsicossocial complexo, inserida no seu meio familiar e social.

Ademais, muitas vezes, na sua prática profissional, o enfermeiro pode ainda vivenciar alguns conflitos, como sejam: não saber de que forma deve abordar, com a criança, a questão da violência sexual sofrida, a fim de evitar que ela se sinta culpada por um eventual rompimento dos vínculos familiares, em decorrência dos acontecimentos que relatou; e ver-se confrontado com o medo visível manifestado pela mãe ou acompanhante da criança vitimada, ao tentarem escamotear os fatos ocorridos, quando, no entanto, os indícios da violência sexual praticada contra ela são evidentes para aquele profissional.

Os aspectos legais também têm relevância, conforme Silva, Ferriarini e Silva (2011, p. 922), "alguns profissionais temem o envolvimento em casos de violência, por medo de represália e de demandas judiciais, como a convocação para prestar depoimento".

Conforme os presentes dados, a violência intrafamiliar demanda do profissional treinamento específico acerca do tema, assim como a criação de melhores condições para que os profissionais atuem com responsabilidade e segurança, no intuito de promover o bem-estar, o atendimento com qualidade de vida dos pacientes sob os seus cuidados.

Nas 1.770 crianças avaliadas no período de 2012 a 2015, com idades compreendidas entre 0 e 12 anos, o que corresponde a uma média de idade de 6,26 anos, atendidas no hospital onde foram coletados os dados para realização desta pesquisa, evidencia-se a injúria cometida contra elas, predominantemente meninas, quando os seus agressores, em sua maioria do sexo masculino, as submetem a atos de violência sexual que lhes causa sofrimento físico e psicológico.

Conforme o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, a injúria consiste em:

Art. 140 - Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

§ 1º - O juiz pode deixar de aplicar a pena:

I - quando o ofendido, de forma reprovável, provocou diretamente a injúria;

II - no caso de extorsão imediata, que consista em outra injúria.

§ 2º - Se a injúria consiste em violência ou vias de fato, que, por sua natureza ou pelo meio empregado, se considerem aviltantes:

Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa, além da pena correspondente à violência.

§ 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência:

Pena - reclusão de um a três anos e multa.

Assim, a injúria representa o ato de maltratar ou agredir a dignidade e ou a moral de outra pessoa, seja de forma verbal, física ou escrita, a fim de causar desânimo ao outro. Porém, a injúria segundo a lei, “consiste em violência” e, “violência sexual, agressão sexual, vitimização sexual, exploração sexual, maus tratos, sevícia sexual, ultraje sexual, injúria sexual e crime sexual são diferentes expressões utilizadas para designar o fenômeno da violência sexual” (INOUE, 2007, p. 45).

Esses atos, na maioria dos casos, praticados inúmeras vezes contra as crianças, violam os preceitos do princípalismo, ou seja, a beneficência, maleficência, justiça e autonomia, os quais podem contribuir para explicar/compreender um assunto tão complexo como o da violência sexual infantil.

Nesse contexto, diante de crianças que sofrem maus-tratos e violência sexual, é tarefa da enfermagem oferecer cuidados de saúde que rompam com esse ciclo, pois os modelos de violência sexual são internalizados pela criança e, muitas vezes, por ela repetidos na vida adulta (WOISKI; ROCHA, 2010).

São várias as consequências da violência sexual contra crianças, assim como os seus níveis de gravidade. O acompanhamento do enfermeiro continua muitas vezes por longo tempo, considerando-se os principais danos físicos causados, tais como: lesões genitais e anais, lacerações, fissuras, sangramentos; assim como, danos psicossociais que atingem os pacientes (ALMADA, 2010; GRIFO; CALABUIG, 2004; SOLÁ; DELGADO, 2003 apud RIOS, 2014).

O profissional de enfermagem, em todo e qualquer atendimento, mais especificamente diante de crianças vítimas de abuso sexual, deve:

- a) receber a criança com atenção e simpatia;
- b) sentar-se de frente para a criança, sem barreiras entre os dois;
- c) avaliar o seu estado físico, emocional e psicológico, mantendo uma conversa de acordo com a idade e o nível intelectual dela;
- d) determinar as necessidades da criança;
- e) ouvir mais do que falar (saber ouvir);

- f) chamar a criança pelo nome;
- g) fazer perguntas abertas;
- h) informá-la e aos familiares de todas as etapas do atendimento e a importância de cada medida tomada;
- i) respeitar a fala da criança ou do adolescente, bem como o seu silêncio, lembrando que nem tudo é dito abertamente;
- j) adotar uma postura compreensiva, que busque a autoestima da criança ou do adolescente;
- k) criar vínculo com ela para que se sinta segura;
- l) dar-lhe atenção integral (GUZZO, 2016, p. 41, 42).

Segundo Minayo (2006), a equipe que acolhe casos de crianças violentadas deve estar preparada técnica, emocional e psicologicamente para lidar com essa realidade complexa, a fim de que o atendimento seja eficaz.

Em janeiro de 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 104, determinou ser obrigatória a notificação dos casos de violência contra crianças, independentemente de serem suspeitos ou confirmados. Isso significa que, quando a criança sofre um dano físico e necessita ser levada a um pronto-socorro para atendimento, a notificação da ocorrência é obrigatória.

A notificação acerca da violência contra a criança, em locais onde não exista uma vara especializada, deve ser encaminhada aos Conselhos Tutelares, ao Ministério Público, à Vara da Infância e Juventude ou a qualquer outro órgão encarregado de investigar a ocorrência. Depois da análise necessária, o Ministério Público fará ou não a denúncia criminal. Feita a denúncia, o processo é encaminhado para uma Vara Especializada em crimes contra crianças, adolescentes e idosos, que tem competência exclusiva para julgar esses crimes (BRASIL, 2002).

Segundo preconiza o Protocolo de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (GUZZO, 2016, p. 39), diante desses pacientes destacam-se algumas atitudes que devem ser tomadas como, por exemplo: elaborar um documento, com registro detalhado de todo o processo de avaliação, diagnóstico e tratamento; descrever o histórico, as palavras da criança, sem interpretações pessoais ou pré-julgamentos; e ainda, notificar toda suspeita de violência.

Também merece menção as recomendações do Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual (PARANÁ, 2015, p. 4), aos profissionais da área da saúde, nos seguintes termos: “A organização de serviços de atenção às vítimas de violência sexual requer o trabalho de equipes multiprofissionais, articuladas a outros serviços das redes de atenção à saúde e de proteção social”. De acordo com esse instrumento:

O acolhimento da pessoa em situação 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 (PARANÁ, 2015, p. 7).

Conforme os Relatórios anuais da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência referente aos anos de 2003 a 2010, apontam que os hospitais foram os principais notificadores (com 26%) de denúncias das ocorrências de violência contra crianças, ao lado das escolas (24,5%), em relação às demais entidades (CURITIBA, 2010).

É também importante destacar que o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006, pelo Ministério da Saúde, tem a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre violências, abusos e acidentes, promovendo prevenção e promoção à saúde. Com esse conhecimento, torna-se mais produtivo e eficiente o trabalho de equipes multiprofissionais, articuladas a outros serviços das redes de atenção à saúde e de proteção social, assim como ao sistema jurídico, para que seja ofertado um atendimento qualificado às vítimas.

Assim, entende-se que o VIVA foi estruturado em dois componentes: o primeiro relacionado à vigilância contínua de violência doméstica, sexual e outras interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo) e aliado ao segundo que é a vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela). Além desses componentes, pode-se dar apoio efetivo a todas as vítimas a partir de um adequado registro e de uma notificação correta (ASSIS et al., 2012, p. 2306).

No Paraná, os hospitais têm o dever de realizar a notificação no Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítima de Crimes (NUCRIA). Este órgão é competente para investigar os fatos de violência sexual e encaminhar o inquérito policial ao Ministério Público, para abertura da ação penal, em que o autor da violência será julgado por um juiz singular e, havendo recurso, pelo órgão colegiado.

Com efeito, a participação das equipes multidisciplinares, atuando em grupo, é fundamental, pois, além de proporcionarem a possibilidade de superação dos problemas familiares e sociais, também podem criar um espaço que permita

compartilhar suas impressões, ansiedades, avanços e frustrações. (NARVAZ; KÖHLER; SHERES, 1999).

Nesse contexto, os profissionais da saúde devem ter uma atitude de sensibilidade para com a criança violentada sexualmente, que chega a uma instituição de saúde em busca de atendimento. Nesse momento, é de fundamental importância que a vítima seja protegida, afastando-a do agressor e acomodando-a em uma sala reservada, até a chegada do médico perito do Instituto Médico Legal (IML).

Os referidos profissionais necessitam criar um ambiente de liberdade que permita à vítima sentir-se à vontade para falar sobre os fatos ocorridos com ela e os seus sentimentos diante deles, escutando-a caso ela decida fazê-lo. Contudo, devem respeitar o seu silêncio, não fazendo perguntas em relação à situação vivenciada.

Também devem abster-se de fazer qualquer comentário depreciativo em relação ao sucedido. Além de tratar a vítima com afeto e respeito, é preciso que os profissionais envolvidos no caso tenham a devida abertura e honestidade em relação ao protocolo, explicando-lhe os passos que serão seguidos, sem omitir nenhum fato, garantindo, assim, a ela e a seus familiares/acompanhantes um adequado atendimento (BRASIL, 2006).

A compreensão do fenômeno da violência passa por focalizar não apenas a relação agressor-agredido, mas também o sistema social que reitera a violência, ao se reconhecer que não é só o meio familiar que torna os sujeitos mais vulneráveis a sofrer ou provocar o abuso sexual, mas também o ambiente comunitário, as relações sociais, a escola, a cultura educacional praticada na sociedade, a história de vida dos pais e as condições econômicas e sociais em que vivem (AMARO, 2003).

De acordo com os dados desta pesquisa, pode-se observar que a maior incidência de casos de violência sexual registrados ocorreu na residência da vítima (72 ocorrências), seguidos da via pública com 20 registros e da escola com seis ocorrências. Contudo, em relação a 81 das crianças atendidas não foi possível identificar o local onde a violência contra elas foi praticada, pelo fato de os acompanhantes alegarem não saber onde o fato ocorreu.

Assim sendo, a bioética vem contribuir para o entendimento da problemática em análise, trazendo à luz os princípios da justiça e da equidade, que se

entremeiam e diferenciam, tornando-se imprescindíveis para se pensar na proteção que é devida à criança por toda sociedade, com vistas a melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

Posto isso, na abordagem multidisciplinar da questão da violência sexual contra a criança, é necessário destacar ainda que a autonomia da família não se deve sobrepor à justiça, a qual deve ser priorizada pelo profissional da saúde, quando das tomadas de decisão.

Importa ainda relatar que, além dos princípios descritos por Beauchamp (2002), a partir do seu conceito de virtude, considera-se importante a análise das questões políticas e das ações da equipe de enfermagem que envolvem o problema da violência sexual infantil, no sentido amplo da sua prática profissional cotidiana.

Tais ações precisam estar baseadas em fundamentos éticos, obrigações e nos direitos à assistência de cuidados de saúde ao paciente infantil vítima de violência sexual, os quais estão relacionados à moral e à percepção da responsabilidade que envolve esses cuidados.

Em relação à virtude do discernimento, esta permite olhar para a situação de vulnerabilidade dessa criança vitimada com a devida sensibilidade, sem emitir julgamentos de valor. A virtude da integralidade oferece uma contribuição à ética da assistência dos cuidados de saúde à pessoa, ao valorizar a integridade e autoimagem dos profissionais de saúde, no exercício da sua prática profissional, sendo em seu sistema de crenças inaceitável para eles a quebra de normas morais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Importa referir que a vida dos pacientes não se restringe apenas a aspectos de ordem técnica e administrativa definidos em regras padronizadas pelas instituições de saúde em que são atendidos, mas sim, que existe todo um contexto biopsicossocial e espiritual (familiar, religioso, emocional, cultural, moral) e de experiências por eles vividas anteriormente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Ainda que conflitos se apresentem entre cumprir regulamentos e o bem do paciente, que afinal é o que está em primeiro lugar, a equipe de saúde, obrigatoriamente, deve avaliar todas as dimensões envolvidas, para tomar a melhor decisão diante de cada situação em particular, de forma a cumprir os princípios da respeitabilidade, da não maleficência, da beneficência, da justiça, da honestidade e da fidelidade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para que realmente o atendimento às vítimas da violência sexual seja efetivo, os cuidados de saúde que lhe sejam prestados devem ser realizados com base numa visão holística da pessoa dessas crianças, avaliando sua situação num contexto biopsicossocial e espiritual, e não somente sob o aspecto da patologia ou da dor física (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Nas diferentes funções realizadas pelo enfermeiro e sua equipe, devem estar presentes virtudes de proteção aos pacientes para que o trabalho dos profissionais envolvidos seja executado da melhor forma possível, considerando o respeito à sua autonomia, sua persistência e coragem em face do atendimento e tratamento dos pacientes (ALMEIDA, 1986; BRESCIANI, 2016).

No âmbito da prestação dos cuidados de saúde à vítima de violência sexual, por parte do enfermeiro e sua equipe, com vistas a melhorar o quadro clínico dela, considera-se importante a presença de um conjunto de virtudes, como a compaixão, a confiabilidade, o discernimento, a conscienciosidade e a integralidade. As duas primeiras (compaixão e confiabilidade) possibilitam ao paciente, acompanhante, enfermeiro e sua equipe sentirem-se mais seguros e confiantes no processo de cura e/ou de recuperação da vítima (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, realizada em uma unidade hospitalar do sul do país, teve o intuito de contribuir para uma reflexão e melhor compreensão da problemática estudada, numa perspectiva multidisciplinar, que devem estar presentes nas intervenções realizadas pelos profissionais de todas as áreas envolvidas no enfrentamento da violência sexual contra crianças.

Convém referir que, atualmente, ainda são escassos os estudos e as pesquisas de campo realizados acerca do tema apresentado sobre o papel do profissional da saúde no enfrentamento a violência sexual contra criança, em razão tanto das normas jurídicas que o disciplinam terem sido implantadas recentemente, quanto pela complexidade do tema. Destaca-se ainda a necessidade desta abordagem em âmbito da bioética. Sendo a violência sexual um problema que afeta toda sociedade, faz-se necessário analisá-lo e compreendê-lo com base em princípios da Bioética, no que concerne ao cuidado, à proteção e ao respeito à dignidade da criança, com vistas ao enfrentamento desse fenômeno.

A residência da vítima é um dos locais de maior ocorrência da violência sexual infantil, onde na maioria das vezes o agressor também reside, podendo ser alguém da família com quem ela tem contato direto, constante, o que dificulta não só a identificação dele, mas também o reconhecimento do ato de violência a que foi sujeita, impedindo assim que receba um imediato e eficiente tratamento. Na maioria das vezes, pelo fato de o agressor, no ambiente familiar, se sentir mais seguro para consumir os seus intentos de abuso, por confiar na possibilidade de seus atos não serem vistos ou alvo de suspeita por outros membros da família, o que contribui para potencializar a vulnerabilidade das vítimas. Além disso, em muitos casos, conta inclusive com a cumplicidade da própria esposa ou companheira para cometer aquele ato hediondo.

Com efeito, a violência sexual interfere no bem-estar, na liberdade de expressão, na integridade física e psicológica, no direito de defesa e no pleno desenvolvimento biopsicossocial das crianças vítimas dela. É, pois, no contexto desse tipo de violência, que a maioria dos casos é praticada pelo padrasto e pelos pais.

Desta feita, o enfermeiro, no exercício de sua prática profissional diária, depara-se com inúmeros casos de crianças vítimas de violência sexual, ocorrida

intra e extrafamiliar, que apresentam alterações em seu estado físico, psicológico e emocional, e cujo quadro clínico não condiz com o relato dos seus pais ou acompanhantes sobre o que provocou esse estado em que elas se encontram.

Além disso, uma maior acuidade por parte do profissional de saúde durante o atendimento permite-lhe perceber as evidências de que a criança foi vítima de violência sexual. Em face desses indícios, por vezes, os pais/responsáveis eximem-se de sua responsabilidade por não tê-la protegido da violência cometida contra ela.

Caberá, portanto, às equipes multidisciplinares, compostas por especialistas na área da violência sexual, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e representantes do Conselho Tutelar e do Departamento Jurídico do Estado, entre outros, avaliarem a situação das crianças que chegam ao hospital, com suspeita ou violentadas sexualmente, prestando-lhe os devidos cuidados de urgência/emergência, bem como realizarem os necessários encaminhamentos/procedimentos legais para apurar os fatos ocorridos.

Além disso, considera-se importante que esses profissionais tenham a percepção de que a violência sexual infantil, atualmente, é um problema de saúde pública complexo, que provoca sofrimento físico, psíquico e emocional marcante para as vítimas.

Ademais, uma intervenção de qualidade por parte dos profissionais de saúde pode contribuir para a construção de uma sociedade mais sensibilizada para a problemática em estudo, assim como para a prestação de cuidados às crianças vítimas de violência, os quais “têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990, p. 87).

Nesse sentido, considera-se importante que, diante da criança violentada ou com suspeita de violência, o profissional de enfermagem, adote uma postura adequada, como seja, atendê-la com segurança e rapidez; manter sigilo profissional sobre a ocorrência; e demonstrar respeito por sua individualidade e dignidade pessoais, granjeando a sua confiança.

Tais atitudes devem estar alicerçadas nos princípios éticos e deontológicos que regem o exercício profissional, mesmo perante a insegurança ainda sentida por muitos enfermeiros em relação ao próprio despreparo técnico, emocional e legal para enfrentar a complexidade que envolve a violência sexual contra crianças.

Em suma, importa destacar que a profissão de enfermeiro abrange questões éticas e sociais complexas, que exigem a adoção de uma visão holística da saúde e de princípios da Bioética, não somente pela sua orientação principialística, mas também pelo atendimento de problemas que se fundamentam na ética direcionada à proteção daqueles que estão sob seus cuidados, em sua prática profissional.

Ao se aprofundar o estudo do tema, pode-se reconhecer que os fundamentos principialistas não são suficientes para conter a abrangência de uma problemática tão ampla e complexa, pois também abriga os princípios éticos de proteção e de prática de virtudes sociais; mas, buscou-se estabelecer uma reflexão sobre como a Enfermagem pode atuar para atenuar o sofrimento, como pode direcionar a suas ações profissionais e educar para a prevenção da violência, e para tanto, apresenta-se ao final, uma proposição de protocolo a ser implementado no atendimento das crianças vitimizadas, tendo como fundamento, os procedimentos realizados no hospital de escolha.

Nota-se que o profissional da saúde se depara com conflitos, por exemplo, na triagem dos pacientes, em que um número de crianças indefesas, machucadas, maltratadas, seviciadas, caladas, diante das quais as mães, pais ou cuidadores oferecem as mais estranhas desculpas e explicações para incidência dos seus males, sem admitir sua responsabilidade e compromisso de cuidado.

Em geral, constata-se que as pessoas que levam as crianças até as instituições para passar por avaliação do perito são pessoas que não querem comprometer o agressor que por muitas são seus maridos, companheiros, e querem proteger o agressor e por isso não passam informações precisas ou dizem que não viu, não conhece, não sabia ou mentem que não conhecem o possível agressor

Neste contexto, tendo que tomar a primeira providência, qual é a melhor atitude a ser adotada? São situações que superam o código deontológico profissional, pois abrangem questões éticas e sociais complexas, invocando, dessa forma, a visão social da saúde e principalmente, da Bioética, as quais exigem um posicionamento sob uma visão social mais abrangente.

Diante da identificação de que mais de uma criança por dia chega ao hospital vítima de violência sexual, cabe às equipes de atendimento à criança considerar que a violência sexual infantil já é um problema de saúde pública de alto nível. Sua incidência causa sofrimento físico e emocional marcantes para a vítima, que necessita de cuidados de emergência ou urgência, realizados por especialistas,

assim como os do serviço social, os psicólogos, os do Conselho Tutelar e departamento jurídico, sempre que necessário.

Suas mazelas, cujas ocorrências são identificadas principalmente no ambiente intrafamiliar, e muitas vezes requerem atendimento de toda equipe multidisciplinar, mesmo em uma estrutura adequada para receber, realizar o tratamento e ofertar o acompanhamento da criança e de toda a sua família. Muitas vezes, o agressor está abrigado no interior da casa da criança agredida, pode ser alguém da família com o qual a criança tem contato direto, constante, dificultando ainda mais o seu reconhecimento e tratamento.

Este estudo não esgota o conhecimento acerca do tema. Pode-se afirmar que representa apenas uma fase inicial de sua identificação, mesmo porque ainda é um tema com poucas informações e pesquisas realizadas por órgãos representativos da sociedade, bem como por hospitais, que ainda buscam estabelecer parâmetros que possam auxiliar no atendimento de urgência, na identificação mais rápida dos problemas e no cuidado de crianças e adolescentes que estão em estado de vulnerabilidade e sob os seus cuidados.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. de. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALVES, L. J. da Silva; CRISÓSTOMO, A. A. Discriminação racial: uma herança que perdura há séculos. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, ano 18, n. 181, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd181/discriminacao-racial-uma-heranca-que-perdura.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- AMARO, S. **Crianças vítimas de violência: das sombras do sofrimento à genealogia de resistência. Uma nova teoria científica**. Porto Alegre: AGE/EDIPUCRS, 2003.
- ASSIS, S. G. de et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, 2012, p. 2305-2317. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- BARBOSA, G. F. B. **Um olhar da Psicanálise e da Saúde Pública**. 99 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.
- BARBOZA, H. H.; BARRETO, V. de P. **Novos temas de Biodireito e Bioética**. São Paulo: Renovar, 2003.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- _____. **Princípios de ética e bioética**. São Paulo: Loyola, 2002.
- _____. **Principles of Biomedical Ethics**. 4. ed. New York: Oxford University Press, 1994.
- BERALDI, P. et al. Hedging Market and Credit Risk in Corporate Bond Portfolios. In: BERTOCCHI, M.; CONSIGLI, G.; DEMPSTER, M. A. H. (Eds.). *Internacional Series in Operations*, **Research & Management Science**. v. 163, 2011. Disponível em: <<http://www.springer.com/series/6161>>. Acesso em: 2 mar. 2016.
- BOMFIM, L. A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2016.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- _____. **A dominação masculina**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BORDIEU, P.; EAGLETON, T. A doxa e a vida cotidiana: uma entrevista. In: ŽIŽEK, S. (Org.). **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007. p. 265-278.

BRASIL registrou 17.583 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em 2015 (SDH – 17/05/2016). 2016. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/brasil-registrou-17-583-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-em-2015-sdh-17052016/>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). **Diário Oficial**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. Decreto-lei n. 6.949 de 25 de agosto de 2009. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 1989. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7716.htm>. Acesso em: 28 dez. 2016.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. Lei n. 11.105, de 24 de março de 2005. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. Lei n. 12.650, de 17 de maio de 2012. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12650.htm>. Acesso em: 22 nov. 2015.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Concepções e Orientações Curriculares para Educação Básica. **Ensino fundamental de nove anos**: passo a passo do processo de implantação. Brasília: MEC, 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=700-passoapasso9anos-pdf&category_slug=documentos-df&Itemid=30192>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Portaria n. 2048, de 5 de novembro de 2002.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes.** Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM** [internet] 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: 30 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes.** Prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças.pdf>. Acesso em: 23 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Diário Oficial [da] União.** Brasília, DF, 6 nov. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. **Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

_____. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

_____. Portal Brasil. **Abuso sexual é o 2º tipo de violência mais comum contra crianças, mostra pesquisa.** 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/abuso-sexual-e-o-segundo-maior-tipo-de-violencia-contras-criancas-mostra-pesquisa>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Disque 100, 2010.** Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/crianças-e-adolescentes>>. Acesso em: 21 nov. 2015.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Disque 100: Quatro mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes foram registradas no primeiro trimestre de 2015.** Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2015/maio/disque-100-quatro-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-foram-registradas-no-primeiro-trimestre-de-2015>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Dados informativos.** 2012. Disponível em: <[www.brasil.gov.br › Governo › 2012](http://www.brasil.gov.br/Governo/2012)>. Acesso em: 18 nov. 2015.

_____. Secretaria Nacional de Direitos Humanos do Governo Federal. Compromisso e atitude, Lei Maria da Penha. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/brasil-registrou-17-583-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-em-2015-sdh-17052016/>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

BRESCIANI, H. R. (Org.) **Legislação comentada:** lei do exercício profissional e código de ética. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial, 2016. (Série Cadernos Enfermagens; v. 3).

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a15v10n1.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

BRITO, L. O “poder” segundo Foucault. **Chá. com letras**, Filosofia, 2010. Disponível em: <<http://www.chacomletras.com.br/2010/03/o-poder-segundo-foucault>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

BRITO, P. Humanização, o outro nome da qualidade. In: Serviço de Humanização do Hospital de S. João. **Livro branco da humanização.** Porto: Hospital de S. João, 2008. p. 31-34.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 57-66, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a11v14n1>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CIUFFO, L. L. **Assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual.** 2008. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil:** uma Política em Movimento. Relatórios do Monitoramento 2003-2004. Brasília, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). **Resolução n. 358/2009**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 13 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Resolução 1451/1995**. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resoluções/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **Falando sério sobre a escuta de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência e a rede de proteção**: propostas do Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/08/livro_escuta_FINAL.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

CONSELHO DA EUROPA. **Convenção do Conselho da Europa Para a Proteção das Crianças Contra a Exploração Sexual e os Abusos Sexuais**. Adoptada e aberta à assinatura em Lanzarote, a 25 de Outubro de 2007 (Série de Tratados Europeus, n.º 201). Disponível em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_3/III/PAG3_3_11_A.htm>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. **Declaração sobre a proteção da dignidade, da segurança e da privacidade das crianças na Internet**. 20 fev. 2008. Portal de Comunicação Social. Documentos do Conselho da Europa no domínio dos media, do audiovisual e da sociedade da informação. Disponível em: <<http://www.gmcs.pt/pt/noticias/conselho-da-europa>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

CONTI, Fátima. **Biometria**. Qui Quadrado. Muitas Dicas. Disponível em: <<http://www.cultura.ufpa.br/dicas/> - Laboratório de Informática - ICB - UFPA>. Acesso em: 26 nov. 2015.

CONVENÇÃO DE BUDAPESTE SOBRE O CIBERCRIME. Disponível em: <<http://ccji.pgr.mpf.gov.br/documentos/docsdocumentos/convencaocibercrime.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2016.

CONVENTION ON CYBERCRIME. **ETS n. 185**. Explanatory Report. Disponível em: <<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Reports/Html/185.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

COSTA, J. dos S. **Métodos de prestação de cuidados**. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. 30 anos. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

COSTA, M. R. da. A violência urbana é particularidade da sociedade brasileira? **São Paulo em Perspectiva**, v, 13, n. 4, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v13n4/v13n4a01.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

COSTA, S. R. S. **Maus-tratos contra crianças**: concepções e práticas de profissionais de Educação. 1. ed. Campinas, 2014.

CURITIBA. Prefeitura Municipal; Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano. Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria de Estado de Segurança Pública. **Violência contra a mulher: vítimas e agressores** – levantamento realizado na Delegacia da Mulher – Curitiba, out. 1999/maio/2000. Curitiba, 2001.

_____. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Pública; Secretaria Municipal de Saúde; Fundação de Ação Social. **Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Downloads/ProtocoloRededeProtecaoCrianca%20(2).pdf>. Acesso em: 5 jan. 2017.

_____. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Pública; Secretaria Municipal de Saúde; Fundação de Ação Social. **Relatório da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba, 2010. Disponível em: <www.crianca.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1265>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Prefeitura Municipal. Portal da Prefeitura de Curitiba. **Turismo – Curitiba**. 17 abr. 2017. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/historia-imigracao/208#>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CURTIS, T. et al. Violence, sexual abuse and health in Greenland. **International Journal of Circumpolar Health**, v. 61, n. 2, p. 110-22, 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/11296080_Violence_sexual_abuse_and_health_in_Greenland>. Acesso em: 11 set. 2016.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 11 (supl.), p. 1163-1178, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>. Acesso em: 28 set. 2016.

DIAS, M. B. Incesto e o Mito da Família Feliz. In: DIAS, M. B. et al. **Incesto e alienação parental: realidades que a justiça insiste em não ver**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. p. 153-184.

DIAS, R. F. **Vida e direito**. Poder, subjetividade no contexto biopolítico. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <http://revista.unibrasil.com.br/index.php/retdu/article/viewFile/16/29>>. Acesso em: 28 set. 2016.

FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C.(Orgs.). **O fim do silêncio na violência familiar**. São Paulo: Ágora, 2002.

FERREIRA JÚNIOR, J. L. C. **A questão da violência doméstica no município de Itaituba**: um estudo de caso. 2010. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/a-questao-da-violencia-domestica-no-municipio-de-itaituba-um-estudo-de-caso/50157/>. Acesso em: 15 nov. 2015.

FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002. p. 17-39.

FERREIRA, N. O. **Educação, cultura e pessoas com deficiência** - a mediação pedagógica dos espaços culturais. Disponível em: <<http://www4.fe.usp.br/pesquisa-arquivos/public7/trab/a028.html>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

FERRIANI, M. G. C.; GARBIN, L. M.; RIBEIRO, M. A. Caracterização de casos em que crianças e adolescentes foram vítimas de abuso sexual na região sudoeste da cidade de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2000. **Acta Paul Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 45-54, 2004.

FONSECA, R. M. G. S. da et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 6, p. 895-901, 2012.

FORTES, P. A. de C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Org.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

GALINDO, N. A. de L. et al. Violência infanto-juvenil sob a ótica da enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 11, n. 3 (supl.), mar. 2017.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361>. Acesso em: 12 set. 2016.

GUERRA, V. **Prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Uberaba, MG, 2004. Palestra proferida no I Seminário Regional de Combate à Violência Doméstica e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Ação em debate. 23 nov. 2004. Disponível em: <www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/uberaba.doc>. Acesso em: 15 nov. 2015.

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. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, agos. 2011.

GUZZO, A. C. A. (Coord.). **Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem interdisciplinar na Saúde**. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/publicacoes/publicacoes-/ProtocoloAtenIntegralCriançasAdolecentesVítimasViol.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

HOHENDORFF, J. V.; HABIJZANJ, L. F.; KOLLER, S. H. **Violência sexual contra meninos: teoria e intervenção**. Curitiba: Juruá, 2014.

INOUE, Silvia Regina Viodres. **Violência sexual contra a criança: significações e estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães.** Dissertação. Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Salvador, BA, 2007. Disponível em: <https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/silvia_viodres.pdf> Acesso em: 28 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Números da causa.** Childhood pela Proteção da Infância. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.childhood.org.br/numeros-da-causa>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

JUNGES, Karine Medeiros. **Aprendizagem de crianças e adolescentes vítimas de violências.** 2012. Monografia. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2012.

JUNQUEIRA, C. R. **Bioética: conceito, fundamentação e princípios.** São Paulo: USP, 2010.

KOTTOW, Michael. In: GARRAFA, Volnei e PESSINI, Léo (Org.). **Bioética: Poder e Injustiça. Sociedade Brasileira de Bioética.** São Paulo. Loyola. 2000. p. 74.

KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios de beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coord.). **Iniciação à Bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

LAKS, J.; WERNER, J.; MIRANDA-SÁ JR, L. S. de. Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. 2006. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/28376-28387-1-PB.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

LOCH, J. de A. Princípios da bioética. In: KIPPER, D. J. (Editor). Uma Introdução à Bioética. **Temas de Pediatria Nestlé**, n. 73, p. 12-19, 2002. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

LUCÂNIA, R. et al. Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: estudo de caso. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 14, n. 4, out./dez. 2009.

LULIANELLLI, J. A. Crianças e jovens: as principais vítimas. Unicef. **Violência nas áreas rurais.** 2002, p. 141-149. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_07.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2016.

MALTA, S. B. B. **Violência na família: uma matriz da violência na sociedade.** Maceió, 2002.

MATO GROSSO. Ministério Público. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes.** Disponível em: <<https://transparencia.mpmt.mp.br/source/campanhas/1.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

MILLER, M. S. **Feridas invisíveis**. Abuso não-físico contra mulheres. Tradução Denise Maria Bolanho. São Paulo: Summus, 1999.

MINAYO, M. C. S. Violência como indicador de qualidade de vida. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 13, parte I, 2000.

NARVAZ, M.; KÖHLER, C. R.; SHERES, M. W. Impacto da violência no self do terapeuta. Reflexões a cerca de um caso em atendimento familiar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 263-269, 1999.

NEIVA-SILVA, L.; LISBOA, C.; KOLLER, S. H. Bioética na pesquisa com crianças e adolescentes em situação de risco: dilemas sobre o consentimento e a confidencialidade. **DST – J Bras Doenças Sex Transm.**, v. 17, n. 3, p. 201-206, 2005.

NEVES, A. S. et al. Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares. **Temas em Psicologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 99-111, 2010.

NITAHARA, A. **Educação sobre sexualidade e gênero previne violência sexual**. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2017-05/educacao-sobre-sexualidade-e-genero-previne-violencia-sexual-diz>>. Acesso em: 25 out. 2017.

NUNES, R.R. C. et al. Bioética. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, DF, p. 615-616, set./out. 2004.

NUNES, V. Traumas resultantes do abuso sexual infantil. **Portal Educação**. Campo Grande, 2012. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/traumas-resultantes-do-abuso-sexual-infantil/24679>>. Acesso em: 1 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Carta das Nações Unidas e Estatuto da Corte Internacional de Justiça**. 1946. Assinada em São Francisco, a 26 de junho de 1945, após o término da Conferência das Nações Unidas sobre Organização Internacional, entrando em vigor a 24 de outubro daquele mesmo ano. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/carta/>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. **Dados informativos**. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/carta/>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

_____. **Dados informativos**. 2016. Disponível em: <<http://www.batalhaosuez.com.br/onu-OrganizacaoDasNacoesUnidas.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Organizado por: KRUG, et al. Geneva, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; CONSELHO E ORGANIZAÇÕES DE CIÊNCIAS MÉDICAS. **Proposta de diretrizes éticas internacionais para a**

pesquisa biomédica com seres humanos. São Paulo: Loyola, 2004. Diretrizes Éticas Internacionais (2002).

OSÓRIO, R. G. Governo Federal. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **O sistema classificatório de “cor ou raça”** do IBGE. Brasília, nov. 2013.

PARANÁ. Governo do Estado. **Estado unifica e humaniza atendimento às vítimas de violência sexual.** Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

_____. Secretaria da Saúde. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual.** Curitiba, 2015. Disponível em: <www.hc.ufpr.br/arquivos/ap_livreto_protocolo_versao_final.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

_____. Secretaria de Estado da Criança e da Juventude; Universidade Federal do Paraná. **Violação dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes no Paraná.** Curitiba, 2010.

_____. Secretaria de Estado de Segurança Pública. **Relatórios do Disque 181.** Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://www.181.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

PEREIRA, M. C. **Violações de direitos e violência intrafamiliar em três gerações: estudo de caso.** 2017. 74 f. Dissertação (Mestrado em Educação Sexual) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2017.

PFEIFFERI, Luci; SALVAGNI, Edila Pizzato. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 5, suppl. 0, nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700010>. Acesso em: 28 abr. 2017.

PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Despacho n. 8393/2007. **Diário da República**, 2a série, n. 90, 10 de Maio de 2007, p. 12 279. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/documents/10152/21557/DESP_8393_2007/6a017229-3661-4213-8090-766e6fa9592a/6a017229-3661-4213-8090-766e6fa9592a>. Acesso em: 3 fev. 2016.

RIBEIRO, M. C. F.; FERRIANI, M. das G. C.; REIS, J. N. dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, mar./abr. 2004.

RIOS, A. M. F. M. **Violência infantil: evidências em crimes sexuais contra crianças.** 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Porto Alegre, 2014.

ROCHA, E.N. et al. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescente: entendimento dos Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Saúde.com**, Jequié, v. 6, n. 1, p. 50-64, 2010.

SANDERSON, C. **Abuso sexual em crianças**: fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

SANTANA, A. da S. et al. **Protocolo de Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência**. 3. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2008. Disponível em: <www.fas.curitiba.pr.gov.br/baixarMultimidia.aspx?idf=391>. Acesso em: 26 nov. 2015.

SANTOS, B. R. dos. **Guia de referência**: construindo uma cultura de prevenção à violência sexual. São Paulo: Childhood - Instituto WCF-Brasil: Secretaria da Educação, 2009.

SANTOS, S. S. dos; DELL'AGLIO, D. D. Mães de crianças abusadas sexualmente. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 595-606, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a14v25n4>>. Acesso em: 2 dez. 2016.

_____. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 328-335, 2010.

SARMENTO, M. J. Imaginário e culturas da infância. **Cadernos de Educação**, Pelotas, n. 21, 2003. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/1467>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

SAUAIA, S. S. A. da. **Violência doméstica contra a criança**: uma epidemia ainda silenciosa. São Luís: EDUFMA, 2010.

SCHAEFER, L. S.; ROSSETTO, S.; KRISTENSEN, C. H. Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 2, Apr./June 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000200011>

SCHRAMM, F. R. et al. (Orgs.). **Bioética**: riscos e proteção. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/Fiocruz, 2005.

SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. **Introdução à Bioética**. 2005. Disponível em: <<http://www.ghente.org/bioetica/>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

_____. Bioética da proteção: justificativas e finalidades. **Revista IATROS**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 121-130, 2005.

_____. A bioética de proteção é pertinente e legítima?. **Revista Bioética** (Impresso), Brasília, DF, v. 19, p. 714 -716, 2011.

SCHWANTES, C. B. Abuso sexual infantil: superimportante saber... **Revista Esperança**, Goiânia, abr. 2010. Disponível em: <<http://esperanca.com.br/2010/04/22/abuso-sexual-infantil-superimportante-saber/>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

SEBOLD, J. **Indicadores de Abuso Sexual de Meninos e Adolescentes**. 1987. Disponível em: <http://www.chamaeleon.org.br/arquivos/indicadores_de_abuso_sexual_de_meninos_e_adolescentes.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética I: fundamentos e ética biomédica**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SILVA, L. M. P. da; FERRIANI, M. das G. de C.; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 919-924, set./out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a18v64n5.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/perfis.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

SOTO, Luís G. **Princípioalismo**. 2006. Disponível em: <http://www.ifl.pt/dfmp_files/principialismo.pdf>. Acessado em 30 out. 2016.

UNICEF. **Dados informativos**. 2014. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/agencia/unicef/>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. **Quase 1 bilhão de crianças sofrem algum tipo de violência regularmente**. 2014. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/unicef-quase-1-bilhao-de-criancas-sofrem-algum-tipo-de-violencia-regularmente>>. Acesso em: 26 out. 2015.

_____. **Situação mundial da infância**. 20º Aniversário da Convenção sobre os Direitos da Criança, nov. 2009 (Edição Especial). Disponível em: <https://www.unicef.pt/18/sowc_20anoscdc.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2015.

_____. **Situação mundial da infância 2013: crianças com deficiência**. Brasília, DF: UNICEF, 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013.pdf>. Acesso em: 6 out. 2015.

_____. **UNICEF: Novos dados globais expõem alta prevalência de violência contra crianças**. 2014 Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/media_27872.html>. Acesso em: 28 abr. 2017.

VASCONCELLOS, M. D.; BOURDIEU, Pierre. A herança sociológica. **Educação & Sociedade**, ano 23, n. 78, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n78/a06v2378.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2015.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro de Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2012. Disponível em: <www.sdh.gov.br>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Mapa da violência 2014. Os Jovens do Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.

WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R. (Coords.). **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. Brasília, DF: CFM, 2011. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/downloads/ATENDIMENTODOLESCENTES.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2014.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. Escola Anna Nery. **Rev Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 143-50, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a21.pdf>> Acesso em: 29 jan. 2016.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados em Prontuários e na Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Violência Doméstica Sexual e/ou outras Violências (SINAN) de pacientes menores de 12 anos, atendidos no hospital analisado. Esses dados foram selecionados e adaptados, segundo a necessidade e a importância da pesquisa.

FORMULÁRIO PARA PESQUISA

- 1) Data de nascimento:
- 2) Sexo: (1) feminino (02) masculino
- 3) Raça/cor: (1) branca (02) preta (3) amarela (4) escolaridade
- 4) Escolaridade:
- 5) Dados da ocorrência - Município de ocorrência:
- 6) Zona: (1) urbana (2) rural (3) suburbana
- 7) Hora da ocorrência:
- 8) Ocorreu outras vezes: (1) sim/quantas (2) não
- 9) Retorno: (1) reincidência (2) Motivo
- 10) Violencia motivada por: (1) sexismo (2) hemofobia/ Lesbofobia/Transfobia (3) Racismo (4) intolerância religiosa
- 11) Outras informações sobre o tipo da violencia
- 12) Violência – Tipo de violência (1) Sexual 2) Psicológica/moral (3) Tortura (4) Física (5) Tráfico de seres humanos
- 13) Tipo de violencia sexual (1) Assédio sexual (2) Estupro (3) Pornografia Infantil (4) Exploração Sexual (5) Tráfico de seres humanos (6) Negligência (7) Trabalho Infantil
- 14) Meios de agressão (1) Força corporal/espancamento (2) Enforcamento (3) Objeto contundente (4) Objeto pérfuro-cortante (5) Substância /objeto quente (6) Envenenamento/intoxicação (7) Arma de fogo (8) Ameaça
- 15) Conduta terapêutica Procedimento realizado 1) Profilaxia D.S.T. 2) Profilaxia H.I.V. (3) Profilaxia Hepatite B (4) Coleta de sangue (5) Coleta de sêmen vaginal (6) Contraceptivo de emergência (7) Nenhum
- 16) Ocorreu internamento (1) sim (2) Não
- 17) Número de envolvidos (1) um (2) dois ou mais
- 18) Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida (1) Pai (2) Mãe (3) Padrasto (4) Madrasta (5) Namorado (6) Cônjuge (7) Ex--cônjuge (8) Namorado (9) Irmão (10) Cuidador (a) (11) Desconhecido (12) Amigos/conhecidos (13) Policial /agente da lei (14) Profissional da saúde
- 19) Encaminhamento (1) sim (2) Não