



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

EURIANE CASTRO COSTA

**INFÂNCIA VIOLADA:
VIOLÊNCIA SEXUAL NARRADA PELA MÍDIA IMPRESSA
PARAENSE**

Belém/PA

2018

EURIANE CASTRO COSTA

**INFÂNCIA VIOLADA:
VIOLÊNCIA SEXUAL NARRADA PELA MÍDIA IMPRESSA
PARAENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará para obtenção do grau em Bacharel em Enfermagem e Licenciatura Plena em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima.

Belém/PA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca do Instituto de Ciências da Saúde- UFPA

COSTA, Euriane Castro

Infância violada: violência sexual narrada pela mídia impressa paraense. Euriane Castro Costa; Orientadora:
Vera Lucia de Azevedo Lima- Belém, Pará-2018.

76 p

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde,
Faculdade de Enfermagem (FAENF), Belém, 2018.

1. Violência Sexual. 2. Criança 3. Artigo de Jornal 4. Enfermagem

Euriane Castro Costa

Infância violada: violência sexual narrada pela mídia impressa paraense

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará para obtenção do grau em Bacharel em Enfermagem e Licenciatura Plena em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima

APROVADO EM: ___/___/___

CONCEITO: _____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima
Presidente - Universidade Federal do Pará

Enfª. Mestranda Gesiany Miranda Farias
Membro Externo - Universidade do Estado do Pará

Profa. Dra. Andressa Tavares Parente
Membro Interno - Universidade Federal do Pará

DEDICATÓRIA

*Dedico a Deus autor dos sonhos em minha vida, sou apenas o instrumento para
executá-lo.*

*Dedico a todas as crianças que tiveram
ou têm sua infância violada, sua inocência
roubada.*

*Que carregam as marcas da dor e seu
grito ficou preso no peito. Que sejam libertas!*

*Eu creio no amor de Deus que liberta e
cura as feridas da alma!*

AGRADECIMENTOS

A **Deus** autor e patrocinador do sonho. Obrigada Pai por acreditar em mim e me permitir vivenciar os momentos da caminhada onde pensei por vezes que não conseguiria, mas tuas mãos me sustentaram e tua luz iluminaram os dias escuros. Tu que és o dono da sabedoria e a ti pertence todo conhecimento, meu coração é grato. A ti honra e glórias.

A minha família, irmãos, sobrinhos, cunhados, muito obrigada por tudo. Especialmente aos meus pais **Eurico Pereira Costa** e **Zebina Maria Castro Costa**, que sempre me incentivaram nos estudos e me ajudaram dentro de sua simplicidade e possibilidades. Obrigada por cada oração e carinho. Amo vocês!!!

Ao meu querido irmão **Éder Castro Costa** pelo companheirismo e amizade durante os dias difíceis. Eu o amo e creio nos sonhos de Deus para sua vida.

A minha amiga **Thayanne da Silva Brito** pela amizade, dicas, momentos de compartilhamentos, companheirismo e por cada oração depositada nos céus pela minha vida. Juntas sonhamos e juntas estamos realizando. Aprendi com você que amizade de verdade é aquela que crescemos junto e que nos aproxima de Deus. Sua amizade é preciosa.

Ao meu amigo **Fabricio Araújo** pela amizade, companheirismo e momentos de oração. Deus recompense em tudo. Sua amizade é um presente.

Aos amigos que compõem o **Projeto Igreja Além das Paredes - IAP**, onde posso exercer a enfermagem aos menos favorecidos por meio das ações sociais. Obrigada por tudo, Deus tem o melhor para nossas vidas sempre.

Aos meus **alunos da EBD Jovem** por me permitir colocar em prática os conhecimentos adquiridos e juntos compartilharmos saberes.

A **Profa. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima** orientadora deste estudo e coordenadora do projeto Empoderamento e Fortalecimento da Mulher Amazônica frente a Violência Doméstica e Familiar (**Empoderando Mulheres Amazônicas**). Meu muito obrigada pelo acolhimento e oportunidade de vivenciar a extensão, pesquisa e muitas produções junto ao grupo. Obrigada a cada integrante especialmente **Andrey Ferreira, Lidiane Sena, Valquíria Gomes, Gesiany Miranda** pela acolhida e aprendizagem compartilhada.

A **Adria Vanessa da Silva** por ter esse coração que não cabe no peito, todo carinho e momentos de crescimentos, orientação, proteção e incentivo durante toda a graduação.

Aos companheiros de pesquisa, extensão, viagens, congressos, produções **Raine Marques e Victor Paixão** foi muito bom ver o nosso crescimento junto, obrigada por tudo.

A Clínica de Atenção a Violência - UFPA (CAV) na pessoa da **Profa. Dra. Luanna Tomas** pela oportunidade de vivenciar a clínica e saberes interdisciplinar.

Ao meu querido primo **Adailton Costa** pela disponibilidade e criatividade em ilustrar o produto deste estudo.

Ao meu grupo que me acompanhou nas práticas dos semestres, **Ana Carolina, Mauricio Bechir, Josué Rodrigues, Roberta Helen**, meu eterno G. Sucesso na nossa nova jornada.

Ao meu grupo do preferencial **Jaqueline Fonseca, Karina Lopes, Marco Junior, Thamires Palheta**. Bom finalizar com vocês essa etapa. Sucesso para nós.

A minha turma linda **2014B** a “turma do poder”. Poder sonhar e lutar pelo sonho, tinha que ser essa. Foram muitos momentos de tristezas, desesperos, mas também de alegrias, superação e crescimento. Parabéns a todos!!

A **Universidade Federal do Pará** e a **Faculdade de Enfermagem** por ser uma mãe águia que ensina os filhos voar. Orgulho de ser desta casa.

Aos **queridos professores da graduação**, meu muitíssimo obrigada pela contribuição e por vezes segurar em minhas mãos, para me tornar uma enfermeira. Cada momento está eternizado na memória e podem ter certeza, fizeram toda a diferença.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram, seja no âmbito pessoal e/ou profissional para eu chegar até aqui.

Euriane Castro Costa

RESUMO

COSTA, Euriane Castro. Infância violada: violência sexual narrada pela mídia impressa paraense. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem (FAENF), Belém, 2018.

Introdução: A violência sexual contra crianças é definida como o envolvimento de uma criança em atividade sexual que a mesma não compreende totalmente, não apresenta capacidade para dar seu consentimento informado ou para o qual a criança, por seu desenvolvimento, não está preparada e não pode consentir ou que viola as leis ou tabus sociais. Elas vivenciam a violência em todas as fases da infância e da adolescência, em diversas configurações, e frequentemente pelas mãos de pessoas em quem confiam e com quem interagem diariamente. **Objetivo:** Analisar a violência sexual contra crianças narrada pela mídia impressa paraense na região metropolitana de Belém. **Método:** Trata-se de estudo do tipo documental, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa. Foram consultadas edições do jornal O Liberal, publicadas nos anos de 2015 a 2017, com notas sobre a violência sexual contra crianças ocorridas na Região Metropolitana de Belém. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, apresentados em forma de tabelas. **Resultados:** Foram consultados 1.095 exemplares do jornal O liberal, relativos aos meses de janeiro a dezembro dos anos de 2015 a 2017 sendo selecionado um total de 225 notas que relatam a violência contra criança em todo Brasil, onde 42 referem-se à violência sexual contra criança na região metropolitana de Belém. Constatou-se que Belém lidera com (64,29%) dos casos, seguido de Ananindeua com (16,67%). Os bairros da capital paraense ganham destaque: Benguí, Guamá, Marambaia, Outeiro e Tenoné, como os mais violentos. Verificou-se que a maioria dos eventos ocorreu nos grupos etários entre 10 a 12 anos (43,58%), com predominância no sexo feminino. Verificou-se que (42,42%) dos episódios de violência foram perpetradas por pessoas conhecidas e, (15,15%) eram por padrasto, e se somarmos pessoas da família (Padrasto, pai, irmão, primo, sobrinha) temos (27,27%) dos eventos. Houve a predominância nos casos de estupro de vulnerável (52,38%). Sobre o local de ocorrência a residência da vítima (43,24%) como o local de maior ocorrência de violência, seguido da casa do abusador (16,22%). **Conclusão:** Concluiu-se que a violência sexual contra criança na região metropolitana de Belém, com base no conteúdo de notícias veiculadas pelo jornal O Liberal, é construída no ambiente doméstico, perpetrada por pessoas do sexo masculino, e com vínculo familiar, com forte marca da desigualdade de gênero, quando 96% dos casos são meninas, sendo violadas e tipificadas em estupro de vulnerável e que moram nos bairros da periferia de Belém. E que além de se formar uma realidade dolorosa, acarretando enormes prejuízos ao crescimento e desenvolvimento desse público, podendo ser curto, médio e longo prazo e provocando desordem física, psicossocial que se reflete na vida adulta. Neste contexto, o enfermeiro é o profissional com maior presença no cenário de cuidar, precisa estar preparado para atuar, precisa saber realizar ações de identificação, prevenção, orientação, assistência às vítimas e notificação do agravo.

Descritores: Violência Sexual. Criança. Artigo de Jornal, Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence against children is defined as the involvement of a child in sexual activity that does not fully understand, does not have the capacity to give informed consent or for which the child is not prepared for development and can not consent to or violate social laws or taboos. They experience violence in all phases of childhood and adolescence, in many configurations, often through the hands of people they trust and interact with daily. **Objective:** To analyze sexual violence against children narrated by the print media in the metropolitan region of Belem. **Method:** This is a documentary, descriptive, retrospective study with a quantitative approach. Editions of the newspaper O Liberal were consulted published in the years 2015 to 2017, with notes on sexual violence against children occurred in the Metropolitan Region of Belem. Data were analyzed through descriptive statistics, presented in the form of tables. **Results:** A total of 1,095 copies of the newspaper O Liberal, relative to the months of January to December of the years 2015 to 2017, were selected. A total of 225 notes were selected that report violence against children throughout Brazil, where 42 refer to sexual violence against children in the metropolitan area of Belem (64.29%), followed by Ananindeua with (16.67%). The neighborhoods of the capital of Pará are highlighted. Benguí, Guama, Marambaia, Outeiro and Tenoné, as the most violent. It was verified that the majority of cases occurred in the age groups between 10 and 12 years old (43.58%), with predominance in females. It was verified that (42.42%) of the cases of violence were perpetrated by known persons and (15.15%) were by stepfather, and if we add family members (Stepfather, father, brother, cousin, niece) we have 27.27%) of the cases. There was a predominance in cases of rape of vulnerable (52.38%). Regarding the place of occurrence, the victim's residence (43.24%) was the place of greatest incidence, followed by the abuser's home (16.22%). **Conclusion:** It was concluded that sexual violence against the metropolitan woman of Belem, based on the world of news published by the newspaper O Liberal, was constructed in the domestic environment, perpetrated by people who are male, and with the family bond, with strong brand of gender inequalities, when 96% of the cases are girls, being raped and typified as vulnerable rape and living in the suburbs of Belem. And that besides forming a painful reality, causing enormous damages to the growth and development of this public, being able to be short, medium and long term and provoking physical, psychosocial disorder that is reflected in the adult life. In this context, the nurse who is the professional with greater presence in the care setting needs to be prepared to act, must know how to carry out actions of identification, prevention, guidance, assistance to victims and notification of the grievance.

Descriptors: Sexual Violence. Child. Newspaper article, Nurse.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Documentos Nacionais e Internacionais.....	26
Figura 2. As potenciais manifestações em curto prazo e tardias.....	34
Figura 3. Sinais sugestivos da violência sexual contra crianças.....	36
Figura 4. Atitudes não recomendadas no atendimento.....	37
Figura 5. Procedimentos que o enfermeiro pode realizar.....	38
Figura 6. Mapa da região da região metropolitana de Belém.....	43

LISTA DE TABELAS

TABELA 1– Distribuição de notas, dos casos de violência contra criança, publicadas no período de 2015 a 2017.....	46
TABELA 2 – Distribuição de notas, dos casos de violência sexual contra criança, publicadas no período de 2015 a 2017.....	46
TABELA 3 – Distribuição de notas, dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém publicada no período de 2015 a 2017.....	48.
TABELA 4 - Distribuição de notas, dos casos de violência sexual contra criança, registrados nos bairros da Região Metropolitana de Belém publicadas no período de 2015 a 2017.....	49
TABELA 5 - Distribuição por faixa etária (em anos) e sexo, dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém, no período de 2015 a 2017.....	50
TABELA 6 - Distribuição por relação da vítima com o agressor, dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém publicada no período de 2015 a 2017.....	52
TABELA 7 - Distribuição por formas dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém publicada no período de 2015 a 2017.....	53
TABELA 8 - Distribuição por Local de ocorrência dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém publicada no período de 2015 a 2017.....	54

LISTA DE SIGLA

CAV - Clínica de Atenção a Violência

CENTUR - Fundação Cultural do Pará Tancredo Neves

CID 10 - Código Internacional de Doenças

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PIBIC - Programa de Iniciação Científica

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

BPAV - Biblioteca Pública Arthur Vianna –

PRO PAZ - Programa de Paz

RMB - Região Metropolitana de Belém

SINAN - Sistema de Informação de Agravos Notificados

SUS Sistema Único de Saúde TCC Trabalho de Conclusão de Curso

UFPA - Universidade Federal do Pará

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIVA - Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Problema de pesquisa.....	15
1.2 Justificativa	16
1.3 Questões Norteadora.....	19
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3 BASES CONCEITUAIS.....	21
3.1 Conceitos e definições sobre violência	21
3.2 A história da violência contra criança.....	23
3.3 Marcos histórico e políticos de proteção a crianças.....	24
3.4 Especificando conceitos: os diferentes tipos de violências contra as crianças	28
3.5 Especificando a violência sexual contra criança.....	29
3.6 Consequência da violência sexual no desenvolvimento infantil e repercussões na vida adulta.....	31
3.7 Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra a criança.....	35
3.8 Uso da tecnologia educativa para orientar práticas do enfermeiro.....	39
4 METODOLOGIA	42
4.1 Tipo de estudo.....	42
4.2 Cenário do estudo.....	44
4.3 Local do estudo	44
4.4 Fonte e coleta de dados.....	44
4.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	44
4.6 Análise do estudo.....	45
4.7 Questões éticas.....	45
5 RESULTADOS/ DISCUSSÃO.....	46
5.1 Dados tabelados.....	46
5.2 Construção da tecnologia educativa para orientar práticas do enfermeiro frente à violência sexual contra crianças.....	55
6 CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE - Tecnologia – Violência sexual contra criança - Atuação do enfermeiro	

1 INTRODUÇÃO

A violência configura-se como um problema mundial, ou seja, uma pandemia e como fenômeno sócio-histórico, acompanha toda a experiência da humanidade. Trata-se de um fenômeno complexo e multifacetado e sua análise depende do contexto sociocultural em que incide (VELOSO, 2015; SINIMBU *et al.*, 2016; MELO *et al.*, 2016).

Trata-se de problema de saúde pública e causa consequências devastadoras na saúde dos sujeitos e na sociedade. Sendo considerada uma transgressão de direitos do outro, desencadeando desordens irreparáveis à saúde e a convivência em sociedade. Embora não sendo um fenômeno novo, recentemente o campo das pesquisas e estudos despertou em conhecer suas causas e consequências especialmente à área da saúde (MINAYO, 2006; VELOSO, 2015; SINIMBU *et al.*, 2016, MELO *et al.*, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) define violência como ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros (TOLEDO, 2013, LEAL 2016, MELO *et al.*, 2016).

Sinaliza-se que a violência é um fenômeno multicausal ou multifatorial que atinge, indiferentemente, todas as camadas sociais e grupos etários predominantemente, no ambiente doméstico (LIMA *et al.*, 2015, PARANHOS, 2016). A violência doméstica ou intrafamiliar atinge de forma continuada mulheres e meninas, sendo produto das relações estabelecidas de forma desigual entre homens e mulheres e, impiedosamente, com maior crueldade, alcança os indivíduos mais vulneráveis especialmente mulheres, crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência (UNICEF, 2017). Dessa forma, a questão de gênero precisa ser considerada para a compreensão deste fenômeno (VELOSO, 2015, SINIMBU *et al.*, 2016).

Configura-se violência doméstica o que acontece no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas, em qualquer relação íntima de afeto, qual o agressor conviva ou tenha convivido com o ofendido, independentemente de coabitação (BRASIL, 2010. VELOSO, 2015).

A violência intrafamiliar toma a forma de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais, causando perdas irreparáveis de saúde e convívio social. Dentre os tipos de violência ocorridos no âmbito familiar, destaca-se a violência sexual que acomete crianças por meio da sedução enganosa, ironicamente por pessoas que as deveriam protegê-las (VELOSO, 2015; PARANHOS, 2016, UNICEF, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o abuso sexual de crianças como o envolvimento de uma criança em atividade sexual que a mesma não compreende totalmente, não apresenta capacidade para dar seu consentimento informado ou para o qual a criança, por seu desenvolvimento, não está preparada e não pode consentir ou que viola as leis ou tabus sociais (BRASIL 2010b; SILVA 2011). Paixão e Deslandes (2011), consideram a violência sexual como uma das violências mais bárbara, por seu significado social e repercussões biopsicossocial e de saúde. Esta modalidade de violência traz repercussões sérias, visto que o seu impacto pode comprometer a infância e marcar profundamente a vida adulta de maneira negativa.

A violência diariamente é divulgada nos meios de comunicação. A mídia faz parte do nosso cotidiano, é uma tecnologia de informação que engloba todos os veículos do sistema, emissoras de rádio e televisão, jornais, revistas e internet. Ela deve ser equitativa, investigativa, informativa, cultural e menos sensacionalista (COSTA, 2017).

Notícia do jornal O Liberal mostraram dados de pesquisa divulgados pela Secretaria de Direitos Humanos que no ano de 2014, a cada dez minutos uma criança foi vítima de violência no Brasil, mais 150 mil denúncias foram feitas pelo Disque 100. (O LIBERAL, 2015, p.5). Segundo dados da Fundação Pro Paz, órgão que presta assistência às vítimas de violência no Pará de novembro de 2004 a dezembro de 2016, foram atendidos 15. 618 crianças e adolescente que em todo o estado sofreram algum tipo de violência, 34 % correspondem a estupro de vulneráveis (GLOBO, 2017).

Para Brasil (2015), cresceu a confiança dos brasileiros nas notícias veiculadas nos diferentes meios de comunicação, sendo os jornais considerados os mais confiáveis.

Estudos sobre violência sexual cometida contra a criança é imprescindível para compreender a complexidade que permeia esta temática presente no dia-a-dia dos profissionais de saúde e que pode comprometer o biopsicossocial espiritual desta faixa etária (BRASIL, 2012, TAPIA; ANTONIASSI; AQUINO, 2014).

Crianças são sujeitos de direitos e necessitam ser tratados com prioridade absoluta nas políticas de saúde. Esses direitos estão consolidados no ordenamento jurídico brasileiro, conquista da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado pela Lei n. 8.069/1990, que representa um marco nacional importante como um mecanismo de proteção integral frente aos maus tratos reconhecidos pela Constituição Federal de 1988, mas, por vezes, são ameaçados pela violência difundida no tecido social, que afeta especialmente crianças, adolescentes e suas famílias (BRASIL, 1988, 1999, 2012; VELOSO, 2015).

Portanto é importante e urgente que os profissionais da área da saúde, neste caso o mais especificamente o enfermeiro, conheça as políticas públicas que resguardam a criança em relação aos maus tratos. Atuando tanto no cuidado, notificação quanto na prevenção das formas de violência, assim também pode promover ações de proteção e integração das redes de atendimento. (BRASIL, 2012; PARANHOS, 2016).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

As pesquisas de UNICEF, (2017) e Brasil, (2012, 2018) revelam que as crianças vivenciam a violência em todas as fases da infância e da adolescência, em diversas configurações, e frequentemente pelas mãos de pessoas em quem confiam e com quem interagem diariamente

Segundo o relatório da UNICEF, (2017) *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents* (Um rosto familiar: A violência na vida de crianças e adolescentes), em todo o mundo, uma em cada quatro crianças menores de 5 anos (ou 176 milhões) vive com uma mãe que é vítima de violência por parte de um parceiro íntimo, e que se analisarmos o contexto muito provavelmente também essa criança sofrerá violência nesse ambiente doméstico. Com base em dados de 30 países, seis em cada dez crianças entre 12 e 23 meses de idade são submetidas a uma disciplina violenta. O relatório mostra ainda o retrato da violência sexual que repercute na idade adulta. Em 38 países em baixa e média renda, aproximadamente 17 milhões de mulheres adultas relatam ter vivenciado sexo forçado na infância.

O ambiente familiar, em muitos casos, o que deveria ser de proteção e amparo, transformou-se no próprio calabouço de meninos e meninas, na qual as pequenas infrações são punidas de forma exacerbada e os abusos e explorações, abrangendo as de cunho sexual, são constantemente cometidos por aqueles que deveriam garantir-lhes segurança e afeto (LIRA *et al.*, 2017).

Fazer valer os direitos de nossas crianças ainda se constitui desafio que demanda da sociedade brasileira um trabalho em conjunto, com atitudes de reconhecer o outro como pessoa de direito. Os profissionais da saúde precisam ser, e são, parceiros estratégicos para que meninos e meninas com direitos infringidos tenham esses mesmos direitos respeitados, protegidos e garantidos. Mas infelizmente muitos desses profissionais, apesar de serem habilitados para as ações curativas e medicamentosas, não se reconhecem preparados para

diagnosticar e intervir nessas ocorrências, por vezes complexas e também sentem medo de se envolver com casos de justiça. (VELOSO, 2015; PARANHOS, 2016).

1.2 JUSTIFICATIVA

Durante a graduação estive envolvida com a temática da violência contra a mulher, crianças e adolescente e o homem autor de violência. O interesse pelo tema teve início em novembro de 2014 a partir da participação de evento do projeto de extensão intitulado por “*Empoderamento e fortalecimento da mulher amazônica frente à violência doméstica e familiar*” (Empoderando Mulheres), que desenvolve atividades com objetivo de informar as mulheres em situação de violência sobre as políticas públicas, direitos, causas e complicações da violência que podem proporcionar o empoderamento e o fortalecimento frente à violência doméstica e familiar, entre outros. As atividades são desenvolvidas na comunidade, em escolas, centros comunitários, Unidades de saúde, igrejas, praças e universidade e são trabalhadas palestras educativas, rodas de conversa, panfletagem e orientações, exibição de filmes, seminários.

A partir de 2015, me tornei voluntária do projeto trabalhando o tema, junto à comunidade, profissionais de saúde, instituições religiosas, escolas e comunidade acadêmica. No ano de 2016 a 2017 participei como bolsista voluntária de enfermagem na Clínica de Atenção a Violência (CAV) que funciona no núcleo de práticas jurídicas na Universidade Federal do Pará (UFPA). Tive a oportunidade de conhecer a prática de enfermagem no atendimento a pessoas que sofrem violência, pois a clínica faz atendimento a vários tipos de violências, tais como: Violência contra mulher, contra crianças e adolescente, contra idoso. Ainda em 2016 por meio de seleção me tornei bolsista de iniciação científica PIBIC como projeto de título “*Discurso narrado pela mídia paraense sobre a violência contra a mulher paraense cometida por homens*”. Desenvolvendo a pesquisa “*O perfil do autor da violência contra as mulheres na região metropolitana de Belém narrada pela mídia impressa paraense: Um estudo quantitativo*”, onde se buscou em estudar a violência a partir do homem, os fatores associados e conhecer o perfil dos autores de violência doméstica e familiar contra a mulher e ampliar um olhar humanizado sobre determinantes sociais, culturais e transgeracionais que exercem influência sobre seus comportamentos. A minha trajetória acadêmica pesquisando e debatendo a temática da violência tem sido fundamental para o aprimoramento do conhecimento, assim como ampliou novos caminhos metodológicos. Houve um crescimento científico que tem repercutido de forma favorável na

autoria e coautoria de projetos de pesquisa, publicações de trabalhos científicos, artigos, capítulo de livros em, com participação eventos regionais, nacionais e internacionais. A seguir destaco algumas produções:

XVIII Jornada de Extensão Universitária - Belém- PA – 2015 - Atividades educativas para o empoderamento e Fortalecimento da mulher amazônica frente à violência doméstica e intrafamiliar

IV COESA - Congresso de Educação em Saúde da Amazônia - Belém- PA – 2015
- Roda de diálogo sobre violência contra a mulher em um grupo de jovens evangélicos: relato de experiência.

7º CBEU Congresso de Extensão Universitária – Ouro Preto- MG, 2016 - Abordando a Violência contra a mulher em roda de diálogo com um grupo de jovens Evangélicos em Belém: relato de experiência. / Cine-debate como estratégia de enfrentamento da violência Sexual contra crianças e adolescentes mulheres: relato de experiência do projeto empoderamento e Fortalecimento da mulher amazônica frente a violência doméstica e familiar.

68º CBEEn – Congresso Brasileiro de Enfermagem – Brasília- DF, 2016 - Orientando e empoderando mulheres sobre a violência contra a mulher em ação educativa. / O homem autor de violência sob o olhar holístico da enfermagem: um relato de experiência. / Empoderamento de agentes comunitários de saúde acerca da Violência contra mulher: relato de experiência.

V COESA - Congresso de Educação em Saúde na Amazônia – Belém- PA - 2016
A importância do atendimento Interdisciplinar a vítimas de violência: um relato de experiência.

I CIENEX – Congresso interinstitucional de Ensino e Extensão – Belém- PA - 2016
Empoderando mulheres amazônicas sobre a violência contra mulher: relato de vivência junto ao público evangélico. / Empoderando mulheres em situação de violência: ações de saúde sob a ótica da enfermagem.

VI Colóquio Internacional de Estudos sobre Homens e Masculinidades- Recife - PE, 2017 -Violência contra mulher na ótica do homem autor de violência.

19º SENPE – Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – João Pessoa- PB, 2017 - O perfil do autor de violência narrada pela mídia impressa paraense.

II Encontro do NEIVA- Violências na Amazônia – Belém PA, 2017 - Ações educativas na prevenção da violência contra mulher.

XXVIII Seminário de Iniciação Científica da UFPA - Belém PA, 2017 - O perfil do autor da violência contra as mulheres na região metropolitana de Belém narrada pela mídia impressa paraense: Um estudo quantitativo.

20° CBCENF Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem – Rio de Janeiro-RJ, 2017 - Violência contra mulher na versão da mídia impressa paraense e olhar da enfermagem. /Atuação da enfermagem em clínica de atenção a violência: Relato de experiência. / Cine debate como estratégia para discussão das temáticas, gênero e violência contra a mulher. / Relevância da tecnologia educativa durante ações de empoderamento da mulher amazônica: Relato de experiência.

V COESA - Congresso de Educação em Saúde na Amazônia – Belém- PA – 2017
O perfil do autor da violência contra as mulheres na região metropolitana de Belém narrada pela mídia impressa paraense: um estudo quantitativo / Violência contra mulher, desafios e enfrentamentos; relato de experiência. / O estudante de odontologia e enfermagem no contexto da interdisciplinaridade acadêmica: atuação da equipe de saúde em clínica de atenção a violência da UFPA (CAV).

XII Semana da Saúde da UEPA – Belém-PA – 2018 – Experiência de extensão: conversando sobre violência obstétrica com enfermeiros da pós-graduação. / Empoderando gestantes acerca da violência obstétrica em uma unidade básica de saúde de um município do estado do Pará: relato de experiência.

8° CBEU Congresso de Extensão Universitária – Natal – RN – 2018 - Empoderando mulheres em sala de espera em uma unidade básica de saúde: relato de experiência. / Ação educativa sobre violência obstétrica em uma unidade básica de saúde de um município do interior do estado do Pará: relato de experiência. / A importância da extensão na formação e no empoderamento da mulher.

13° Congresso Internacional da Rede Unida – Manaus-AM – 2018 - Violência contra as mulheres: a mídia impressa como fonte de pesquisa. / A influência da construção de gênero no perfil do homem agressor: relato de experiência. / A atuação interprofissional no atendimento a usuários em situação de violência: relato de experiência sob a óptica de enfermagem.

A abordagem da temática sobre a violência contra crianças surgiu mediante eu ter conhecimento dos dados que o Pará tem apresentado nas pesquisas. Os números da violência contra crianças no Estado o colocaram no Mapa da violência de 2012 entre os estados com os

maiores casos de atendimentos no SUS desse público (WAISELFISZ, 2012). Dados do PROPAZ, segundo o jornal Globo (2018), quase 700 casos de abuso infantil foram registrados no Pará desde o início de 2018 até maio. São cerca de 7 denúncias por dia, e 90 % são meninas violadas. O Mapa da violência de 2012, também apresenta Belém e Ananindeua entre os 70 municípios com 20 mil crianças e adolescentes ou mais, com as maiores taxas (em 100 mil) de atendimento por violências sexuais. (WAISELFISZ, 2012). Outro fator que me despertou para essa escolha de tema foram as diversas atividades desenvolvidas com este público nas escolas e também durante ao atendimento de criança na CAV e por tomar conhecimento, ajudando diversos caso que chegaram a mim.

A inquietação nasceu em conhecer também o perfil desse público, os tipos de violências que as acomete, e qual o papel do profissional de saúde, especialmente, o enfermeiro frente a situações de violência sexual contra crianças. Assim sendo, consigo abarcar a família em termos gerais à medida que passo a conhecer a real magnitude do problema na família e na vida da criança e para a sociedade.

A finalização da graduação se torna um novo começo permeado de compromissos e responsabilidades para com a sociedade e com o conhecimento científico. O aprendizado adquirido fortalecerá a minha prática profissional que possibilitará uma reflexão crítica sobre a assistência de enfermagem fundamentada por teóricos que contribuirão para um cuidado de enfermagem organizado e sistemático as pessoas que sofrem violência, especialmente crianças. Desta forma, justifica a importância deste estudo em que busca ajudar esse profissional de saúde especialmente o enfermeiro a desenvolver seu papel frente à violência sexual contra crianças.

1.3 QUESTÕES NORTEADORA

Partindo da justificativa e da situação problema que envolve a violência, fez-se os seguintes questionamentos: Como a mídia narra à violência sexual contra criança na região metropolitana de Belém? Como os dados da mídia impressa podem contribuir para o planejamento da assistência de enfermagem e criação de tecnologias?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Analisar a violência sexual contra crianças narrada pela mídia impressa paraense na região metropolitana de Belém

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever o perfil de criança vítima de violência.
- Investigar o tipo de violência sexual que acomete as crianças.
- Elaborar uma tecnologia educativa com orientações para atuação do profissional Enfermeiro frente ao problema.

3 BASES CONCEITUAIS

3.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA

O vocábulo “violência” vem do latim e possui dois significados: *violentia*, seu vocabulário se refere ao prefixo *vis*, que significa força em ação, lembrando a ideia de vigor, impulso e potência veemência, ato apaixonado e sem controle, e *violare*, que significa infração ou violação profanar, transgredir (CAVALCANTI, 2008; SENA, 2016).

De um modo geral, os critérios empregados para a caracterização da violência se fundamentam em múltiplos fatores, que compreendem a natureza da ação, sua forma, intensidade e frequência no que diz respeito ao impacto físico ou psicológico sobre a vítima, o intuito do autor de violência, os fatores associados que levaram ao ato violento e os padrões de conduta culturalmente considerados apropriados (LIMA et al., 2015).

A construção de conceitos de violência demanda a compreensão das especificidades culturais, entretanto, alguns aspectos que a caracterizam são conservados nas diversas sociedades e culturas (SAFFIOTI, 2011; SENA, 2016). Segundo Barros e Schraiber (2017), dentre as características que mais se utiliza para conceituar a violência baseada no gênero, encontram-se: a utilização da força física (dimensão biológica), a (dimensões psicológica e sociológica).

Ao organizar a sociedade, se emprega múltiplos eixos de hierarquização, colocando regras culturais, sociais, éticas e legais para conduzir o comportamento de indivíduos na coletividade. As regras de autoridade, gênero e idade são fatores de grande importância na análise das relações sociais e interpessoais da violência sexual dentro e fora do ambiente doméstico. A regra da autoridade produz o domínio do mais forte sobre o mais fraco, enquanto que a de gênero regula as relações entre homens e mulheres. A regra de idade, de um lado rege as relações entre adultos possuidores do poder entre crianças e adolescentes socialmente excluídos do processo decisório (SAFFIOTI, 2011; DUARTE, 2013, REIS, 2014; BARROS E SCHRAIBER 2017). No ambiente doméstico, por um método de domínio e poder constituído pelas regras sociais, agressores com laços consanguíneos ou de parentescos perpetram o tipo de violência sexual chamada de intrafamiliar.

Na área da saúde o estudo sobre a violência recebe atenção pelo impacto causado na vida humana sendo apontada como uma questão social e de saúde pública. A Organização Pan-Americana da Saúde no ano de 1994 definiu: “A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüela orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]”. O setor saúde constitui

a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

O Ministério da Saúde em sua definição da violência contra crianças destaca que é responsabilidade de todos, pais, parentes, responsáveis, instituições e sociedade nos atos ou omissões que podem provocar danos físico, emocional, sexual e moral em crianças (BRASIL, 2001).

Para definir a fase de criança utilizaremos o conceito segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, Art. 2º, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade. A proteção integral e prioritária da criança está embasada tanto em documentos jurídicos internacionais quanto na legislação brasileira, de tal modo que todos os setores da sociedade, em especial as áreas da Educação e da Saúde, são responsáveis em promover e garantir direitos a meninos e meninas de nosso país.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) garantem que crianças e adolescentes têm direito a cuidados e assistência especiais. A Constituição da República Federativa do Brasil (1988), em seu Artigo 227, decide ser dever não somente da família, mas do Estado e da sociedade como um todo assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito e outros. O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) reforça essa normativa, em seu Artigo 4º, quando diz ser dever não somente da família e do Poder Público, mas também da sociedade geral, assegurar com prioridade a efetivação de direitos à saúde, à dignidade, ao respeito e à liberdade. O Artigo 5º do ECA, condena a negligência, a violência, a crueldade e a opressão, seja por ação ou omissão contra crianças.

Diante este contexto, entendemos a violência doméstica que violam os direitos essenciais de crianças como pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos basilares como a vida, a liberdade e a segurança. Consequentemente a violência doméstica contra crianças representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis que é capaz de causar dano físico, sexual e /ou psicológico a vítima e implica de um lado, uma transgressão do poder/ dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que as crianças têm de ser tratados como sujeitos em condição característica de desenvolvimento (GUERRA, 2011, FLORENTINO, 2015 PARANHOS 2016).

3.2 A HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA

A violência contra crianças é um fenômeno complexo, multifacetado que envolve causas socioeconômicas e histórico-culturais, aliado a pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade. Diariamente, são veiculadas diversas notícias de casos de violência (DUARTE, 2013; BRASIL, 2010b, 2016).

Quanto mais se estuda a respeito da violência histórica contra crianças, fica claro o quanto elas não recebiam cuidados necessários relacionados ao seu desenvolvimento, e que eram assassinadas, maltratadas, sofrendo todo tipo de espancamento e abuso sexual.

Se buscarmos na antropologia e na teologia, perceberemos que é uma prática que faz parte da história da humanidade, onde as crianças eram sacrificadas de acordo com a cultura e costumes da época. Na mitologia grega destacam-se os pais que devoram seus filhos para manter o trono e na Bíblia Sagrada quando conta o episódio do nascimento de Moisés em que Faraó ordenou em jogar no rio todos os meninos hebreus, ou ainda na matança de crianças em Belém de Judá ordenado por Herodes na ocasião do nascimento de Jesus. Na História do Brasil as índias foram violadas, exploradas e maltratadas pelos colonizadores. As crianças que nasceram são frutos da violência e do estupro de milhares de corpos de mulheres indígenas sequestradas e violentadas (FALEIROS, 2000; DUARTE, 2013; CASTRO, 2013; REIS, 2014; PARANHOS, 2016).

Como citado essa desvalorização da infância tem raízes histórica, pois, antes de 1870, as crianças eram reconhecidas como adultos e a infância não existia; trabalho infantil não era visto como exploração, mas como dever à sociedade e a Deus; também, eram julgadas como adultos nos delitos que cometiam. O infanticídio, até o século IX, não era crime, já que as crianças ilegítimas ou portadoras de alguma deficiência eram lançadas de abismos (BRASIL, 2009, GUERRA, 2011, REIS, 2014; PARANHOS, 2016).

Portanto, quanto mais voltamos na história maior é a chance de nos depararmos com ocasiões hoje definidas como violação de direitos e o fracasso de medidas de proteção integral, e ao fazermos o levantamento da história notamos que mulheres, negros, índios e crianças foram vítimas de violência de homens brancos. O que destaca que a violência está presente desde a antiguidade e a história assinala exemplos de violência cometida em todas as classes sociais, etnias, religiões e faixa etárias. Assim, o reconhecimento do sentido da infância como uma etapa especial do desenvolvimento humano e com uma visão diferenciada para a violência que atribui riscos e ameaças à integridade biopsicossocial e espiritual à

criança é uma preocupação política relativamente recente no mundo e no Brasil (DUARTE 2013; REIS, 2014; PARANHOS, 2016).

3.3 MARCOS HISTÓRICO E POLÍTICOS DE PROTEÇÃO A CRIANÇAS

A Liga das Nações Unidas no século XX, reconheceu a criança como sujeito de Direitos. Precisamente em 1924, foi realizada a primeira manifestação internacional em defesa dos Direitos da Criança em Genebra, entretanto não se tratou sobre o ponto específico da violência sexual infantil. Foi, entretanto, somente após o fim da segunda Guerra Mundial que as Organizações das Nações Unidas (ONU) e sua sucursal específica para a infância, a UNESCO, deram início ao debate sobre a situação da criança (LANDINI, 2011; REIS, 2014).

Em 21 de março de 1959, foi instituída a penalização da prostituição, sem, contudo, mencionar a proteção de crianças e adolescentes. No dia 20 de novembro do mesmo ano, na Assembleia Geral da ONU proclamou-se a Declaração dos Direitos da Criança, que continha dez princípios e um deles defendiam o direito à proteção especial para as crianças, destaca-se no texto o princípio de número nove que trata acerca da violência (REIS, 2014; PARANHOS, 2016):

A criança gozará de proteção contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração. Não será jamais objeto de tráfico, sob qualquer forma. Não será permitido a criança empregar-se antes da idade mínima conveniente; de nenhuma forma será levada a ou ser-lhe-á permitido empenhar-se em qualquer ocupação ou emprego que lhe prejudique a saúde ou a educação ou que interfira em seu desenvolvimento físico, mental ou moral (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA, 1959).

Outro marco relevante foi à criação, em 1948, da OMS, subordinada a ONU. Em 1977, pela gravidade da situação de violência no mundo a OMS dedicou-lhe prioridade na Assembleia Mundial de Saúde. Em 2002, a OMS divulgou o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, trazendo para a área uma reflexão sobre responsabilidades específica. Outro destaque importante foi a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, em 1989, como uma relevante contribuição no enfrentamento a violência, como um tratado que visa à proteção de crianças e adolescentes de todo o mundo. (LANDINI, 2011; REIS, 2014; PARANHOS, 2016):

No Brasil, só no final do século XX a violência sexual começa a ser incluída como preocupação efetiva na agenda da sociedade civil, através da Constituição Federal Brasileira (1988). Nela o tema violência sexual tem especial relevância. Merece destaque o inciso 4º, do

art.227 pela importância atribuída ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2013).

É dever da família, da sociedade, do Estado assegurar a criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

No inciso 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

Na sociedade civil brasileira houve uma mobilização intensa em favor da criança pela gravidade do fenômeno da violência. Nessa ocasião, fóruns e debates pressionaram a formulação de leis de amparo à infância, na perspectiva da garantia de direito e de proteção integral. Surge, assim, no Brasil, logo após o artigo referente à proteção à criança e adolescente na Constituição Brasileira, em 1989, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), aprovado pelo Congresso Nacional em 30/06/89 e transformado na lei Nº 8.069 em 13 de julho de 1990. Neste documento, os interesses superiores da criança foram priorizados sob todas as formas de medidas de proteção por instituições de bem-estar social, públicas ou privadas. (BRASIL, 2010, 2013). O Brasil foi o primeiro país a promulgar um marco legal, em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989). Destaca-se os artigos do ECA abaixo:

Art 1º Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.

Art 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos das crianças.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Art. 70 É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação de direitos da criança e do adolescente

Além de defender os direitos da criança e do adolescente, o ECA dispõe de medidas protetivas para coibir a violência, em que prevê em seu Art.13 que casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes devem ser comunicados ao Conselho Tutelar, sem perda de outras medidas protetoras e legais. Determina no Art. 245 que os profissionais de saúde e de educação e responsáveis das instituições de saúde e de ensino são obrigados a comunicar podendo sofrer penalidades. O Conselho Tutelar foi

formado pelo ECA com a finalidade de zelar pelo cumprimento dos direitos e deveres da criança e do adolescente (BRASIL, 2010a, 2013; 2018).

Mais um importante instrumento em 2000 foi elaborado, o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes. A partir da instituição, o país vivencia uma série de avanços importantes na área do reconhecimento e enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2013).

Figura 1. Documentos Nacionais e Internacionais.



Fonte: Síntese da autora, 2018.

O Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001). Em 2002 publicou para orientar a prática em serviço na prevenção e tratamento de violência intrafamiliar, o manual de notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: houve também a publicação da Portaria nº 1.968, de 25/05/01, que definiu um instrumento de notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS Também instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências - Portaria nº 1.863 - GM/2003 (BRASIL, 2002, 2010).

O MS também implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA). Este sistema monitora a violência doméstica, sexual, e outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo) e as violência e acidentes em emergências

hospitalares (VIVA-Sentinela), por meio do preenchimento das fichas de notificação compulsória (BRASIL, 2010b, 2016).

A notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências foi implantada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN - do Ministério da Saúde SINAN em 2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos. O ato de notificar inicia um processo que dispõe interromper as atitudes e comportamentos violentos no campo da família ou por parte de qualquer agressor, além de gerar um perfil dos problemas e da demanda e, assim, subsidiar o planejamento de políticas públicas (BRASIL, 2010a; 2016; WAISELFISZ, 2012).

Dando continuidade à implementação dessas políticas e ações, em 2010 o MS lançou o documento “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientação para gestores e profissionais de saúde”, com o finalidade de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.

A linha de cuidado é uma tática para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS, que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes (BRASIL, 2010).

No Brasil houve avanços de programas e leis mais implacáveis, campanha de conscientização, centrais telefônicas de denúncia, como DISQUE 100, e demais estratégias de contenção do fenômeno. Mais recentemente, foi sancionado o Projeto de Lei que alterou o Estatuto da Criança e do Adolescente para ampliar a proteção a meninos e meninas que sejam testemunhas ou vítimas de violência. A Lei 13.431/2017 estabeleceu novos procedimentos para ouvir crianças e adolescentes durante inquéritos e processos judiciais que envolvam crianças e adolescentes: a escuta especializada e o depoimento especial (BRASIL, 2018).

A intenção dessa Lei é garantir que a criança não seja revitimizada, que a coleta de elementos de investigação ocorra com cautela e respeito, e que a rede de atendimento seja qualificada e preparada para ouvir essa criança em qualquer situação.

3.4 ESPECIFICANDO CONCEITOS: OS DIFERENTES TIPOS DE VIOLÊNCIAS CONTRA AS CRIANÇAS

Dentre as diversas formas de violência que atingem crianças, algumas são reconhecidas como enfermidades, estando identificada no Código Internacional de Doenças (CID 10): T74. Síndrome de maus-tratos; T74.0 Abandono; T74.1 Sevícias físicas; T74.2 Abuso sexual; T74.3 Abuso psicológico; T74.8 Outras síndromes especificadas de maus-tratos; T74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1992; BRASIL, 2011, 2016).

Além do CID 10, que aborda a especificação técnica, são necessárias que os profissionais da saúde conheçam os conceitos e nomenclaturas que caracterizam os tipos de violência, inclusive, as definições usadas pelas organizações que atuam na área da infância e adolescência.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018), Hockenberry; Wilson (2014), Brasil (2011, 2016), Melo *et al.* (2016), os maus-tratos contra a criança podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais. Os maus tratos estão divididos nos seguintes tipos:

- ✓ Maus-tratos físicos: uso da força física de forma intencional, não acidental, exercida por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes.
- ✓ Síndrome “do bebê sacudido”: é uma forma especial de maus-tratos e incide em lesões cerebrais provocadas quando a criança, em geral, menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto.
- ✓ Síndrome da criança espancada: “refere-se, usualmente, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras etc. ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais”.
- ✓ Síndrome de Munchausen por procuração: é definida como a situação na qual a criança é levada para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos responsáveis, que podem ser caracterizados como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo).

- ✓ Maus-tratos psicológicos: correspondem a toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exagerada e utilização da criança para atender às necessidades psíquicas dos adultos.
- ✓ Negligência: é o ato de omissão do responsável pela criança em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência, caracterizando-se pela omissão em termos de cuidados básicos como: cuidados necessários à saúde, à higiene; falta de estímulo e condições para a frequência à escola.
- ✓ Abuso sexual: é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor (a) está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança, tendo a intenção de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual.

3.5 ESPECIFICANDO A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA

Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, (2018), Brasil (2011, 2016), Melo *et al.* (2016), a violência Sexual pode variar desde atos em que não exista contato sexual até os diferentes tipos de atos com contato sexual, havendo ou não penetração, como descrito a seguir.

- I. Abuso sexual sem contato físico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018; BRASIL 2011, 2016):
 - 1) Assédio Sexual: caracteriza-se por propostas de relações sexuais. Baseia-se, na maioria das vezes, na posição de poder do agente sobre a vítima, que é chantageada e ameaçada pelo autor (a) da agressão.
 - 2) Abuso Sexual Verbal: pode ser definido por conversas abertas sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse da criança ou do adolescente, ou a chocá-los. Os telefonemas obscenos são também uma modalidade de abuso sexual verbal.
 - 3) Exibicionismo: é o ato de mostrar os órgãos genitais ou de se masturbar diante da criança ou do adolescente, ou no campo de visão deles.
 - 4) Voyeurismo: é o ato de observar fixamente órgãos sexuais de outras pessoas, quando estas não desejam ser vistas, buscando obter satisfação com essa prática.
 - 5) *Sexting*: É a fusão de duas palavras (sex e texting) em inglês, para definir o envio de mensagens, fotos e vídeos pessoais de conteúdo erótico e sensual, utilizando-se de

qualquer meio eletrônico. Essa prática tem despertado preocupação social, visto que é uma propagação de pornografia infanto-juvenil e tem se disseminado entre adolescentes como forma de sedução, prova de amor e de competição.

- 6) Pornografia infantil: é a apresentação, a produção, a venda, o fornecimento, a divulgação e/ou a publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes, utilizando qualquer meio de comunicação.

II. Abuso sexual com contato físico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018; BRASIL 2011, 2016):

São atos físicos que incluem carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal.

1) Estupro: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. (Lei N° 12.015/2009 modificou o texto dos artigos 213 e 214 do Código Penal).

2) Exploração sexual: refere-se às relações de caráter comercial, em que “crianças e adolescentes são utilizados como mão-de-obra nas diversas atividades sexuais (exploração sexual em bordéis, turismo sexual, shows eróticos, call girls, participação em fotos, vídeos, filmes pornográficos, produção e comércio de objetos sexuais, entre outros)”. As vítimas são exploradas, pois produzem lucro para os aliciadores, proprietários dos estabelecimentos ou da indústria sexual.

Geralmente o agressor esquematiza como praticará a violência e de maneira irá seduzir suas vítimas. Abaixo listamos os métodos usados para pressionar as crianças para a atividade sexual (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

- ✓ São oferecidos presentes ou privilégios, ou os privilégios são retirados.
- ✓ O adulto distorce padrões morais dizendo à criança que “não tem problema fazer”.
- ✓ As crianças isoladas e carentes emocional e socialmente são seduzidas por adultos que satisfazem suas necessidades de calor humano e contato físico.
- ✓ O agressor sexual bem-sucedido pressiona a vítima em segredo, descrevendo a situação como um “segredo entre nós” que outras pessoas tirariam se descobrissem.

- ✓ O agressor joga com os medos da criança, incluindo seu medo de punição pelo agressor, medo das repercussões se ela contar e medo de abandono e rejeição pela família.

A violência sexual atinge por sua maioria o sexo feminino em diferentes idades quando comparado ao sexo masculino. O Ministério da Saúde assinala que os principais perpetradores são os companheiros das mães, e, em seguida, os pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança e adolescente uma relação de dependência, afeto ou confiança (BRASIL, 2010a, 2018).

3.6 CONSEQUÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E REPERCUSSÕES NA VIDA ADULTA

A infância é o período de vida que vai do nascimento até 11 anos, 11 meses e 29 dias de idade, com importante desenvolvimento físico, social, emocional e espiritual. O desenvolvimento infantil é marcado por aprendizagens que serão basilares para a sua formação, o que implica diretamente na fase adulta. A presença de evento traumático nesta fase, como a violência, é preocupante porque podem apresentar problema futuros. (MELLO, 2008; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Freud salientou a importância das experiências na infância e seus efeitos na vida adulta. Sullivan, na sua teoria interpessoal, defendeu que o desenvolvimento sadio da personalidade humana depende do bom relacionamento com pessoas significativas, começando pela mãe e familiares próximos, e continuando com professores, amigos, cônjuge e outros. (MELLO, 2008 p.131)

A família, em nossa sociedade, é o primeiro agente socializador da criança e cada uma tem suas especificidades, sua maneira de conduzir e resolver situações do dia-a-dia. Por isso, a família é um elemento fundamental no desenvolvimento infanto-juvenil. Mas infelizmente na realidade de muitas crianças a família é seu lugar de calvário (PARANHOS, 2016; MAIA, 2016).

A violência sexual na infância é um dos acontecimentos mais cruéis que pode ocorrer na vida de uma criança. Além de se constituir realidade dolorosa, traz prejuízos a curto, médio e longo prazo, tanto de ordem física como psicossocial que se reflete na vida adulta. A criança não consegue se defender, tem pouca capacidade de discernir, e está em processo de formação educacional e de personalidade, são indivíduos mais vulneráveis a episódios como abuso sexual, violência física e verbal (MAIA, 2016; SACRAMENTO *et al.*, 2017).

A violência sexual contra crianças provoca sérios danos físicos, emocionais e sociais. O início e perpetuação do abuso sexual frequentemente se iniciam insidiosamente. Repetidamente, os ofensores convivem a tempo com as vítimas para ganhar sua confiança antes de começar o contato sexual. A maioria das vítimas é, então, pressionada para ser um acessório para a atividade sexual de várias maneiras e podem não estar cientes de que é uma atividade sexual (HOCKENBERRY, WILSON, 2014; PARANHOS, 2016; BRASIL, 2018).

A falta de credibilidade no que a crianças fala é um dos motivos que levam elas não revelarem a verdade, especialmente se o agressor for um membro confiável da família. Algumas temem que venham a ser culpados pela ocorrência, e muitas crianças pequenas com vocabulário restrito têm dificuldade para descrever a atividade quando têm a coragem ou a oportunidade de revelar o abuso (HOCKENBERRY, WILSON, 2014; PARANHOS, 2016; BRASIL, 2018).

A revelação da agressão sofrida pode levar anos até ser desvendada, por vezes a criança fica presa ao ato violento, pois existe um conjunto de reações características das pessoas abusadas sexualmente: o segredo que envolve a vítima e o autor da violência, sentimento de impotência, a adaptação decorrente da armadilha que envolve com o abuso sexual; revelação tardia e não persuasiva e a retratação da criança que nega o ocorrido. Desse modo, sofrem tanto pelo ato sexual sofrido como pela violência psicológica que é forçada aceitar e a calar-se. (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; PARANHOS, 2016, SACRAMENTO *et al.*, 2017; BRASIL, 2018).

Após a revelação da violência se o adulto não tomar providencias necessárias, compreende-se como negligência a omissão por parte dele. As vezes no caso de violência doméstica familiar, onde o agressor é o pai ou padrasto, a mãe vê a vítima como uma ameaça ao seu relacionamento conjugal, optando em não denunciar e preferindo ficar no relacionamento. Pelo fato de as vítimas serem em sua maioria meninas no início da adolescência, são vistas como as principais culpadas pelas agressões sofridas, uma vez que já não são mais crianças e estão em uma fase de despertar para a feminilidade. Isso gera revolta na criança, que pode desencadear muitos conflitos, pois quem as deveria defende-las, fica ao lado do agressor (JUSTINO *et al.*, 2015, PARANHOS, 2016).

Várias são as consequências da violência sexual contra crianças, as quais se apresentam em vários níveis de agravamento. Toda violência sexual pode deixar marcas tão profundas ou inapagáveis, talvez dependa da idade, a repetição e o tipo de abuso ou o silêncio que potencializam as sequelas do trauma sofrido. O agravamento desse fenômeno se desdobra ao aspecto emocional com repercussões em seu comportamento, sendo geralmente

de médio e longo prazo, portanto de difícil mensuração e a necessidade de acompanhamento da saúde mental. Podem apresentar vários distúrbios como ansiedade, depressão, ideias suicidas, sentimento de culpa, isolamento social e dificuldades de relacionamento sexuais futuros (BRASIL 2010a; HOCKENBERRY, WILSON, 2014; PARANHOS, 2016; MAIA, 2016; BRASIL, 2018).

Estudos mostram que há prejuízos a longo prazo e repercussões na vida adulta de mulheres vítimas de abuso sexual na infância, desencadeando diversas alterações de ordem psicológica e funcional.

Repercussões devastadoras foram mostradas ao se avaliar a capacidade de resiliência e auto perdão em mulheres sobreviventes de abuso sexual na infância, que apresentaram níveis de desesperança, capacidade para o auto perdão inferiores e níveis mais elevados de sintomas de estresse pós-traumático, quando comparados a outras mulheres que apresentaram as mesmas dificuldades, mas que não foram abusadas sexualmente na infância (LIRA *et al.*, 2017).

A vivência de abuso sexual afeta o convívio familiar, mostrando que este fenômeno desencadeia um processo de afastamento entre os membros da família, sobretudo entre a mãe e a filha abusada. Conduta hiper sexualizada ou comportamento sexual inadequado para a idade é uma alteração frequente em meninas menores abusadas sexualmente, outra consequência que tendem a apresentar é a dificuldades para se relacionar com pessoas do mesmo sexo do abusador (FLORENTINO, 2015; LIRA *et al.*, 2017).

Estudo desenvolvido na Universidade da Nicarágua, com amostra composta por estudantes de ambos os sexos, mostrou maior prevalência de abuso sexual na infância, entre as estudantes mulheres e maior chance de usar drogas na vida adulta, quando comparadas a outras estudantes que não foram abusadas na infância (RODRÍGUEZ *et al.*, 2015).

Na mesma linha de pensamento, pesquisa desenvolvida com 386 participantes dependentes de álcool constatou história de abuso sexual em 61 deles, entre os quais, 35 ocorreram antes dos 18 anos e afetou em maior número as meninas do que os meninos (JAKUBCZYK *et al.*, 2014).

Autores citam possíveis manifestações psicológicas que ocorrem a curto e longo prazo nas vidas de pessoas que sofreram violências sexual na infância (DAY *et al.*, 2003; JAKUBCZYK *et al.*, 2014; RODRÍGUEZ *et al.*, 2015; LIRA *et al.*, 2017). Estão dispostas no quadro a seguir:

Figura 2. As potenciais manifestações em curto prazo e tardias

As potenciais manifestações em curto prazo	As potenciais manifestações tardias
<ul style="list-style-type: none"> - Queixas sintomáticas; - Sintomas psicóticos; - Isolamento social e sentimentos de estigmatização; - Quadros fóbico-ansiosos, obsessivo-compulsivo, depressão; - Distúrbios do sono, aprendizagem e alimentação; - Sentimento de rejeição, confusão, humilhação, vergonha e medo; - Secularização excessiva, como atividades masturbatórias compulsivas sintomáticas; - Sintomas psicóticos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorrência e incidência de transtornos psiquiátricos como dissociação afetiva, pensamentos invasivos, ideação suicida e fobias mais agudas; - Níveis mais intensos de medo, ansiedade, depressão, raiva, culpa, isolamento e hostilidade; - Sensação crônica de perigo e confusão, cognição distorcida, imagens distorcidas do mundo e dificuldade de perceber a realidade; - pensamento ilógico; - Redução na compreensão de papéis mais complexos e dificuldade para resolver problemas interpessoais; - Abuso de álcool e outras drogas; disfunções sexuais; disfunções menstruais e homossexualismo/lesbianismo

Fonte: Autora, 2018.

Geralmente, a família é o porto seguro que as crianças têm como indicativo para si e nela buscam refúgio sempre que ameaçados. No entanto, em muitos núcleos familiares, a realidade é completamente diferente, onde a violência faz parte do cotidiano. A violência física muitas vezes é utilizada como instrumento pedagógico. Já o abuso sexual trata-se de uma falta de fronteira entre as gerações, onde predomina o abuso de poder do mais forte e a cultura de coisificação da criança. (PARANHOS, 2016; MAIA, 2016; BRASIL, 2018)

O grave problema da violência afeta a vida de muitas crianças e dissemina-se na família, nas escolas e nos locais de trabalho. O Enfermeiro tem um papel fundamental na redução da violência pela identificação precoce e pelo reconhecimento de sinais e sintomas que possam resultar dessas experiências. Ele necessita apropriar-se desta temática por considerar-se como o profissional de saúde que tem como alvo de sua atenção o cuidado

individual e coletivo nas diversas áreas de atuação, o que pode desenvolver ações de prevenção, proteção e assistência nas situações de violência sexual contra criança.

3.7 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA

Como já mencionado a violência sexual é um problema de saúde pública devido ao grande índice de morbimortalidade, afetando assim a qualidade de vida, aumentando os índices de absenteísmos nas escolas, além de alto custo para a saúde, contribuindo para a desestruturação familiar e social (MARINHO *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2017; BRASIL, 2018).

Rotineiramente crianças são vítimas de violência, e os serviços de saúde são a porta de entrada para tratar os casos acometidos. É necessário que os profissionais de saúde saibam lidar com o problema. O corpo de enfermagem é quem recebe essas pessoas, por ter a maior presença nos cenários do cuidar, precisa saber realizar ações de identificação, prevenção, orientação, assistência às vítimas e notificação do agravo, especialmente a figura do enfermeiro. (MARINHO *et al.*, 2016; SACRAMENTO *et al.*, 2017).

Os principais instrumentos utilizados para a identificação dos casos é a anamnese, exame físico e o processo de enfermagem. A criação de vínculos por meio do pacto de silêncio pedido pela situação, associados às habilidades de comunicação e acolhimento desenvolvidas pelo enfermeiro, são fundamentais para realizar a assistência adequada para a pessoa que sofreu violência (MARINHO *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2017).

Esses profissionais têm a responsabilidade frente à situação de violência sob dois aspectos importantes: o jurídico e o de consciência moral. Apesar de que o reconhecimento da pessoa que sofre violência e a sua atuação no enfrentamento da violência façam parte de suas atribuições, poucos se encontram familiarizados e preparados para lidar com os aspectos legais a serem adotados diante do problema. A ausência ou a abordagem escassa sobre o tema ainda na graduação em Enfermagem coopera para esse despreparo, o que sem dúvidas propicia a subnotificação dos casos, a má qualidade dos registros das instâncias de referência (MARINHO *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2017; SACRAMENTO *et al.*, 2017; BRASIL 2018).

Enfermeiros já empoderados têm potencial para realizar diagnóstico diferencial das lesões provocadas, identificar sinais e sintomas sugestivos de violência, bem como promover a articulação intersetorial nos casos suspeitos ou confirmados. A seguir estão listados sinais e

sintomas que podem indicar violência sexual contra crianças (BRASIL, 2010a; HOCKENBERRY, WILSON, 2014; PARANHOS, 2016).

Figura 3. Sinais sugestivos da violência sexual contra crianças.

Sinais sugestivos da violência sexual contra crianças	
Dor de cabeça frequente, inespecífica;	Gravidez precoce ou aborto;
Erupções na pele;	Traumatismo físico ou lesões corporais por uso de violência física.
Vômitos, dificuldades digestivas, que têm, na realidade, fundo psicológico e emocional;	Dor, inchaço, lesão ou sangramento nas áreas da vagina ou ânus a ponto de causar, inclusive, dificuldade de caminhar e de sentar;
Laceração do freio dos lábios e/ ou do hímen;	Canal da vagina alargado, hímen rompido e pênis ou reto edemaciado ou hiperemiados;
Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST);	Sinais comportamentais: Choro sem explicação; Sequelas emocionais; Carência afetiva; Baixo conceito de si; Submissão e apatia; isolamento; comportamento autodestrutivo; distúrbios do sono; medos inexplicáveis de pessoas e lugares em particular;
Infecções urinárias, odor vaginal, corrimento ou outras secreções vaginais e penianas e cólicas intestinais;	Dificuldades e problemas escolares; Mudanças nos hábitos alimentares;
Dificuldade de engolir devido à inflamação causada por gonorreia na garganta (amídalas) ou reflexo de engasgo hiperativo e vômitos (por sexo oral);	Comportamento sexualmente explícito (ao brincar, demonstra conhecimento sobre sexualidade inapropriado para a idade);
Baixo controle dos esfíncteres, constipação ou incontinência fecal;	Desenhos dos órgãos sexuais ou que remetem a situações que denunciem o abuso;
Sêmen na boca, nos genitais ou na roupa;	Masturbação visível e contínua, brincadeiras sexuais agressivas.

Fonte: Autora, 2018.

É necessário que o enfermeiro, para lidar com situações de violência infantil, tenha conhecimento sobre o tema e legislação específica, para assim desempenhar da melhor maneira o seu papel frente a um caso suspeito e/ou confirmado de violência, visando o amparo dessa criança e prevenção de novos acontecimentos violentos, para cuidar desta criança e da família/responsável que a acompanha o profissional deve estabelecer primeiro um clima de afinidade, harmonia e confiança com a criança, evitando qualquer insinuação de julgamento, sejam no tom de voz ou na expressão facial (BRASIL, 2010a; MARTINS *et al.*, 2017; SACRAMENTO *et al.*, 2017).

Um ponto necessário na abordagem holística das vítimas de violência sexual é a espiritualidade que possui significado importante no enfrentamento desse agravo a saúde que pode beneficiar na valorização da vida e o aumento da autoestima. O envolvimento da criança na religião pode ajudá-los durante situações adversas e difíceis, tais como violência, hospitalização, e outros eventos traumáticos. É importante que o enfermeiro conheça a crença religiosa, respeite suas convicções e ofereça orientações a família para a busca de apoio espiritual nesse momento doloroso (PARANHOS, 2016).

No atendimento a pessoa que sofreu violência, a atuação da equipe multiprofissional é essencial. Os profissionais intervêm de maneira articulada, cada um em sua especialidade, mas atuam com vistas a um objetivo comum, que é oferecer atendimento especializado que compreenda esse sujeito em suas diversas dimensões. A complexidade dos casos de violência demanda articulações entre diferentes perspectivas disciplinares, bem como diferentes ações institucionais. Dessa forma, é necessário que as ações sejam feitas de forma interligada entre o atendimento realizado na instituição de saúde e as ações públicas, bem como com toda a rede disponível (BRASIL, 2002, 2010, 2018).

Ao atender vítimas de violência o controle emocional do profissional é muito importante, pois atitudes impensadas podem comprometer todo o atendimento e não ter resolutividade para os casos. A seguir destaca-se algumas atitudes não recomendadas no atendimento (BRASIL 2002, 2010^a, 2018).

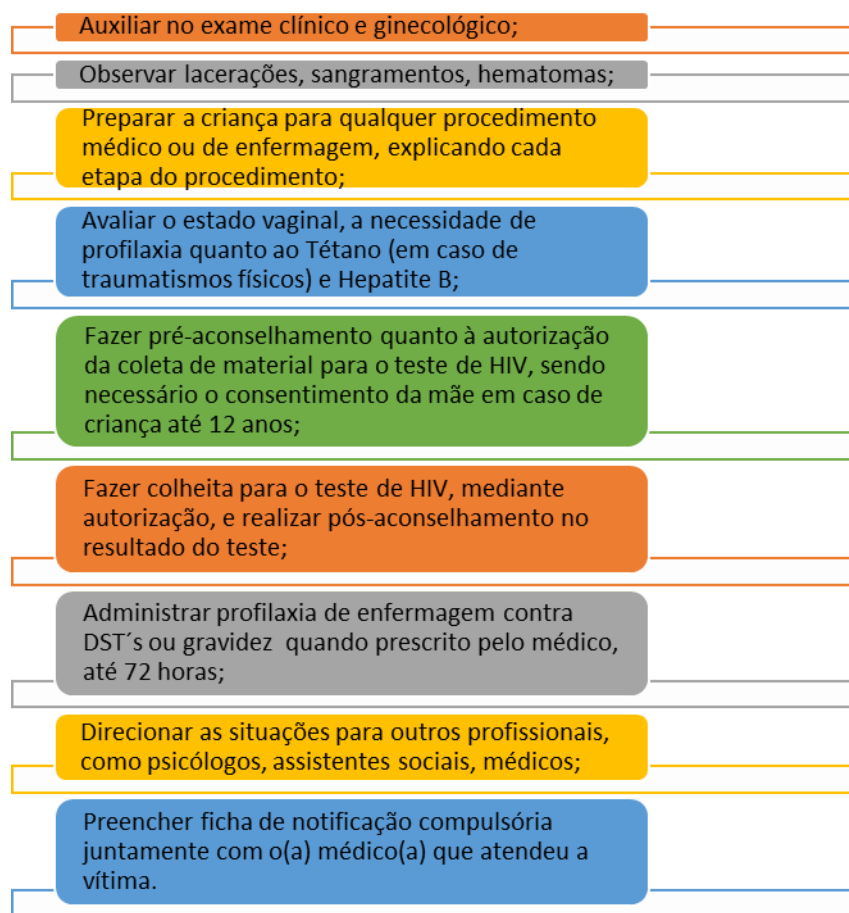
Figura 4. atitudes não recomendadas no atendimento

Atitudes não recomendadas no atendimento
<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar diretamente se um dos pais foi responsável pelo ocorrido; - Insistir em confrontar informações contraditórias; - Demonstrar sentimentos de desaprovação, raiva e indignação; - Assumir postura de policial ou detetive; - Tentar resolver o caso sozinho e fazer promessas que não poderão ser cumpridas; - Desconsiderar os sentimentos da criança com frases do tipo “isso não foi nada”, “não precisa chorar” e trata-lo como um “coitadinho (a)”.

Fonte: Autora, 2018

Segundo o Ministério da Saúde, (2002; 2010a) o enfermeiro diante dos casos de violência sexual pode atuar nos procedimentos a seguir.

Figura 3. Procedimentos que enfermeiro pode realizar.



Fonte: Autora, 2018.

Diante de uma situação de suspeita ou confirmação de violência contra a criança, o enfermeiro precisa adotar algumas posturas. O enfermeiro deve analisar e reconhecer não apenas os sinais clínicos evidentes, mas também os indicadores psicossociais a partir da realização da entrevista/anamnese e exame físico e aplicar o processo de enfermagem. É importante destacar que durante a anamnese o profissional deve estabelecer um diálogo por meio da confiança e analisar os discursos dos responsáveis e vítimas, comparando com os sinais e aos sintomas apresentados. Nesse sentido, o enfermeiro acaba sendo, na maioria das vezes, o primeiro contato da rede de apoio. Assim, múltiplos fatores podem estar envolvidos no desencadeamento dos cuidados de enfermagem, na prevenção e promoção tais como: percepção da família, ações do enfermeiro, equipe de enfermagem, características desta violência, dados emocionais e comportamentais, os quais levam a reflexões e discussões. (TAPIA, ANTONIASSI, AQUINO, 2014; LUSTOSA *et al.*, 2014; VALERA *et al.*, 2015; MELO *et al.*, 2016; MARTINS, *et al.*, 2017).

3.8 USO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ORIENTAR PRÁTICAS DO ENFERMEIRO

A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), aprovada em 2009, tem como objetivo maximizar os benefícios de saúde obtidos com os recursos disponíveis, pelo Ministério da saúde (MS), assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade (SANTOS, FROTA, MARTINS, 2016).

A tecnologia é um termo complexo cuja classificação depende de seu conteúdo, natureza ou empregabilidade, distinguir-se como um processo de vários saberes, habilidades, técnica, equipamento, com a finalidade de ajudar na eficiência humana nos diferentes setores. Na saúde, é um conjunto de ações que têm como objetivo o enriquecimento da terapêutica e do cuidado através da prática em saúde. Consideram-se ainda como conhecimentos e habilidades integradas ao uso e aplicação dos recursos em um sistema governamental, organizacional e gestão de pessoas (HONORATO *et al.*, 2015; ALMEIDA, FÓFANO, 2016).

Atualmente, é extensa a discussão sobre as tecnologias pertinentes ao setor saúde. Entre as práticas efetivadas por enfermeiros, é comum a uso de tecnologias, compreendidas em uma concepção de produto e processo. Na tecnologia como produto, estão abordadas as informatizações, informações e artefatos; na tecnologia como processo, os recursos relacionados ao ensino e à aprendizagem do indivíduo (HONORATO *et al.*, 2015; SABINO *et al.*, 2016).

Para Maniva *et al.* (2018), compreende-se tecnologia em saúde como um conjunto de saberes e fazeres relacionado a produtos e materiais que determinam terapêuticas e processos de trabalho e se estabelecem em instrumentos para realizar ações na produção da saúde. As tecnologias podem ser classificadas em Tecnologias Educacionais (dispositivos para a mediação de processos de ensinar e aprender), Tecnologias Assistenciais (dispositivos para a mediação de processos de cuidar) e Tecnologias Gerenciais (dispositivos para mediação de processos de gestão nos diversos sistemas de saúde).

Também podem ser divididas em: *leve* - a constituição de relações para implementação do cuidado (vínculo, gestão de serviços e acolhimento); *leve-dura* - a composição do conhecimento por meio de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, cuidado de enfermagem), e *dura* - a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (MERHY, 2002; HONORATO *et al.*, 2015; ALMEIDA, FÓFANO, 2016).

As tecnologias leves são entendidas como atributos da relação humana do cuidado, reconhecida na área da enfermagem como o conjunto de relações que sintetizam o cuidar em si, cuja interação entre o profissional e o cliente incide de forma direta, de maneira interpessoal, isto é, troca de saberes entre os envolvidos. Assim, o acolhimento e a relação/interação são sinalizadores dessa tecnologia (HONORATO *et al.*, 2015; ALMEIDA; FÓFANO, 2016; SABINO *et al.*, 2016).

A tecnologia leve-dura é compreendida como o emprego de conhecimentos estruturados, que não necessitam de um recurso de alta tecnologia para realização, como massagens, banho de imersão, bem como auxilia no desenvolvimento do conhecimento para aperfeiçoar a prática. (HONORATO *et al.*, 2015; SABINO *et al.*, 2016).

A tecnologia dura é elucidada pelo uso de alta tecnologia, como bombas de infusão, ventiladores mecânicos e demais máquinas que demandam grande tecnologia, como as do uso na terapia intensiva e exames. Além disso, também se classificam como tecnologia dura os softwares e vídeos (HONORATO *et al.*, 2015; SABINO *et al.*, 2016).

O enfermeiro, durante a assistência prestada, utiliza materiais educativos que são denominados tecnologia leve-dura, e os resultados alcançados com essa ação são importantes. A ênfase no aproveitamento das tecnologias, com oportunidades de implementá-las e/ou desenvolvê-las para incremento da profissão e benefícios da relação entre profissional e cliente tem alcançado resultados satisfatórios tornando assim a assistência de enfermagem mais científica e baseada em definições e conceitos consistentes (SABINO *et al.*, 2016).

A utilização de tecnologia leve-dura nas práticas da enfermagem permite maior relação entre o profissional e o cliente, pois o enfermeiro poderá empregar a tecnologia para tentar esclarecer dúvidas e formar meios de enfrentamento ante alguma dificuldade manifestada. Dessa forma, a comunicação acontecerá de forma mais direcionada e permitirá maior troca de informações entre os envolvidos (SABINO *et al.* 2016 p. 236).

Para Pereira *et al.* (2012) e Almeida e Fófano (2016), é possível identificar que, dentre as influências que a prática de enfermagem sofre com uso de tecnologia está o “Cuidado na enfermagem ao paciente”, a qual aponta que as tecnologias atuam de modo a fortalecer e qualificar o cuidado, além de permitir a tomada de decisão mediante o raciocínio clínico, levando em consideração a individualização do indivíduo.

No estudo de Silva *et al.* (2016), sobre tecnologias no pré-natal os enfermeiros afirmam a necessidade da utilização de tecnologias durante o acompanhamento pré-natal e sugerem que haja mais condições de infraestrutura, disponibilização de recursos técnicos e

educativos, para, assim, enfrentar de forma resolutiva os obstáculos que surgem, e que uma tecnologia bem elaborada ajuda muito a dar encaminhamentos durante suas práticas.

Diante do exposto entendo que o uso de uma tecnologia educativa (APÊNDICE 1) voltada para identificação e enfrentamento da violência sexual contra crianças é uma importante ferramenta para auxiliar o profissional enfermeiro na sua prática frente ao problema. Lembrando que a prática da educação permanente é fundamental na vida profissional, onde acontece a prática do ensino-aprendizagem, se apoiando no conceito problematizador, resgatando metodologias ativas, produzindo conhecimento para aplicação na prática diária e o maior beneficiado será o paciente/cliente (LIMA *et al.*, 2017).

O profissional enfermeiro como educador pode atuar também na capacitação de sua equipe e com os demais profissionais, junto as equipes de agentes comunitário de saúde e a população de modo em geral produzindo educação em saúde, abordando a temática como forma de prevenção.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo:

O estudo é do tipo documental, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa. Os estudos descritivos fundamentam-se em investigações de pesquisa empírica, cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos com a exata descrição de certas características quantitativas de populações como um todo, frequentemente contêm um grande número de variáveis e utilizam técnicas de amostragem para que exibam caráter representativo (VIEIRA, HOSSNE, 2015; PEREIRA 2016).

A pesquisa documental consiste na utilização de materiais impressos e divulgados ou não que não receberam ainda tratamento analítico. Seu objetivo incide na rerepresentação sucinta da informação (VIEIRA, HOSSNE, 2015; PEREIRA 2016).

Já o método quantitativo se caracteriza por reduzir as chances de erros no processo de análise dos dados, possibilitando a precisão das informações (PEREIRA 2016). Para Vieira e Hossne (2015), caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto no processo de coleta dos dados quanto na utilização de técnicas estatísticas para o tratamento dos mesmos com precisão dos resultados.

4.2 Cenário do estudo:

O estudo realizou-se na região do Estado do Pará. O Pará é uma das 27 unidades federativas do Brasil. É o segundo maior estado do país com uma extensão de 1.247.689,515 km², dividido em 144 municípios, está situado no centro-leste da região norte e tem como limites o Suriname e o Amapá a norte, o oceano Atlântico a nordeste, o Maranhão a leste, Tocantins a sudeste, Mato Grosso a sul, o Amazonas a oeste e Roraima e a Guiana a noroeste. O estado é o mais populoso da região norte, contando com uma população em 2017 de 8.388.628 habitantes. Sua capital, Belém, reúne em sua região metropolitana 2.441.761 habitantes, sendo a maior população metropolitana da região Norte. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2017).

O foco maior do estudo abrange a Região Metropolitana de Belém (RMB) que é formada pela união de 7 municípios: **Ananindeua, Belém, Benevides, Castanhal, Marituba, Santa Bárbara do Pará e Santa Izabel do Pará** (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, 2017).

Belém: possui uma área de 1.059,458 km² e uma altitude de dez metros ao nível médio do mar, estando a cerca de 2 140 km da capital federal, Brasília. É o município mais populoso do Pará e o segundo da região Norte com uma população de 1 485 732 habitantes, segundo estimativa do instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018.

Ananindeua: É o segundo município mais populoso do estado e o terceiro da Região Norte do Brasil. Está conurbada com Belém e Marituba, sua população é estimada é de 525.566 habitantes, segundo estimativas do IBGE em 2018.

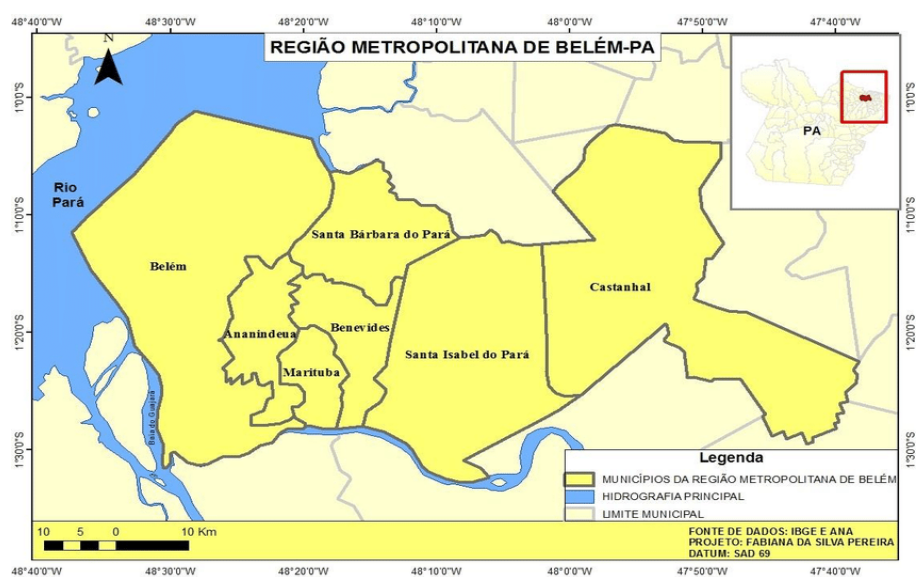
Benevides: Localiza-se a uma latitude 01°21'41" sul e a uma longitude 48°14'41" oeste, estando a uma altitude de 28 metros. Sua população estimada em 2017 é de 60.990 habitantes.

Marituba: distante 11 km da capital. Ocupa uma área de 103,343 km², tendo a menor área total entre os municípios paraenses. Segundo dados do IBGE, em 2017 sua população foi estimada em 127.858 habitantes.

Santa Bárbara do Pará: Localiza-se a uma latitude 01°13'25" sul e a uma longitude 48°17'40" oeste, estando a uma altitude de 21 metros. Sua população estimada em 2016 era de 20.077 habitantes. Possui uma área de 279,4279 km².

Santa Isabel do Pará: localiza-se a uma latitude 01°17'55" sul e a uma longitude 48°09'38" oeste, estando a uma altitude de 24 metros. Pertence à Região Metropolitana de Belém, distando 36 km desta capital. Possui uma área territorial de 717,6 Km² Sua população estimada em 2017 era de 68.836 habitantes, segundo estimativas do IBGE.

Figura 4- Mapa da região da região metropolitana de Belém



Fonte: <http://www.scielo.br/img/revistas/ambiagua/v11n3//1980-993X-ambiagua-11-03-00731-gf1.jpg>

4.3 Local do estudo:

A coleta de dados foi realizada na Fundação Cultural do Pará Tancredo Neves (CENTUR), biblioteca pública “Arthur Vianna”. A coleta aconteceu no espaço de jornais, onde foram feitas busca em cada edição do jornal e suas notas referentes à violência contra mulher, encontradas geralmente nos cadernos “Cidades e Polícia” e serão anotadas em instrumento elaborado com as variáveis pesquisadas.

Criada há mais de 146 anos a Biblioteca Pública Arthur Vianna – BPAV localizada na Av. Gentil Bittencourt, 650 - 2º Andar em Belém: preocupa-se em promover o acesso à informação e à difusão de bens culturais, na perspectiva da memória cultural do estado do Pará (FUNDAÇÃO CULTURAL DO ESTADO DO PARA, 2018).

4.4. Fonte e coleta de dados

Foram consultadas edições do jornal O Liberal, publicadas nos anos de 2015 a 2017, com notas sobre a violência contra crianças ocorridas na Região Metropolitana de Belém. O Liberal, jornal do estado do Pará, circula em Belém e na maior parte do estado desde o ano de 1946. Ao ser adquirido por Romulo Maiorana, em 1966, passou a integrar as Organizações Romulo Maiorana (ORM), que atualmente é um dos maiores grupos de comunicação do Brasil. O jornal está disponível na versão impressa e atualmente na versão digital.

As variáveis analisadas da criança são: idade, sexo, relação da vítima com o agressor e informações relacionadas à violência: Forma da Violência Sexual, Local da violência.

A exploração das notas de jornal foi realizada com a técnica de análise de conteúdo, sendo que esta representa “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011 p.20).

4.5. Critérios de inclusão e exclusão:

Com intuito de delimitar a pesquisa, optou-se em incluir no estudo notas que narravam violência sexual contra crianças residentes na Região Metropolitana de Belém, que abrange a capital Belém e os municípios Ananindeua, Marituba, Benevides, Santa Bárbara, Santa Isabel e Castanhal.

Foi excluído da pesquisa notas que narravam a violência sexual contra crianças que ocorreram em locais que não seja a região metropolitana de Belém como fora do Brasil, outros municípios do estado do Pará, outros estados brasileiros.

4.6. Análise do estudo:

Os dados foram computados em planilha de Microsoft Excel. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva leva em consideração as significações, sua forma e a distribuição desses conteúdos e formas. Os dados obtidos com frequência relativa e com apresentação de gráficos e tabelas.

4.7. Questões éticas

Os dados de jornal são considerados de domínio público no Brasil. Portanto, não necessita de aprovação estabelecida pela Comissão Nacional de Pesquisa – CONEP.

5 RESULTADOS/DISCUSSÃO

5.1 DADOS TABELADOS

Foram consultados 1.095 exemplares do jornal O liberal, relativos aos anos de 2015 a 2017, sendo selecionado um total de 225 notas que relatam a violência contra criança em todo Brasil conforme mostra a (TABELA 1). Do total de notas o Pará aparece com (58,22%) destacando-se na região norte e o estado de São Paulo com (10,22 %), na região sudeste, somando os demais estados que chegam a (11,56%) das notas.

TABELA 1 – Distribuição de notas, dos casos de violência contra criança, publicadas no período de 2015 a 2017

Violência contra criança	Nº	%
Pará	131	58,22
Ceará	6	2,67
Goiás	8	3,56
Minas Gerais	5	2,22
Rio de Janeiro	14	6,22
Rio Grande do Sul	7	3,11
Santa Catarina	5	2,22
São Paulo	23	10,22
Outros estados*	26	11,56
Total	225	100

Fonte: Jornal O Liberal, 2015 a 2017

Nota: 1 caso sem informação. *AL, AP, AM, BA, DF, ES, MA, MT, MS, PB, PR, PI, RR, TO

Quando consultadas as notas relativas aos casos de violências sexual contra criança que ocorreram no Brasil conforme (TABELA 2). Das 131 notas de violência contra crianças no estado do Pará, 100 notas referem-se à violência sexual o que representa (74,07%), somando os outros estados apresentam (15,56%) dos casos ocorridos.

TABELA 2 – Distribuição de notas, dos casos de violência sexual contra criança, publicadas no período de 2015 a 2017

Violência sexual contra criança	Nº	%
Pará	100	74,07
São Paulo	11	8,15
Rio Grande do Sul	3	2,22
Outros estados*	21	15,56
Total	135	100

Fonte: Jornal O Liberal, 2015 a 2017

Nota 1 caso sem informação. *AL, AP, BA, CE, GO, MA, MT, MS, MG, PB, PR, PI, RJ, TC

Fazendo relação dos dados deste estudo com a violência contra crianças no Brasil e o Boletim epidemiológico nº 49 do Ministério da Saúde (2018), que faz uma análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, no período de 2011 a 2017, revela que foram notificados no SINAN 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Desse total, foram registradas 219.717 (15,0%) notificações contra crianças. Enquanto no Mapa da violência de 2012, o Estado do Pará surge entre os estados com os maiores casos de atendimentos no SUS desse público (WAISELFISZ, 2012). O boletim ainda afirma que, foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças. O que vem confirmar os dados encontrados neste estudo apresentados nas TABELAS 1e 2.

Sobre a violência sexual, segundo o Boletim epidemiológico (2018), comparando-se os anos de 2011 e 2017, observa-se um aumento geral de (83,0%) nas notificações e um aumento de (64,6%) nas notificações de violência sexual contra crianças. Em 2016, o Disque 100 registrou 15.707 denúncias, de violências sexual contra crianças e adolescentes. (DISQUE 100, 2016).

Infelizmente a Região Norte, sobretudo o Estado do Pará geralmente está nos noticiários nacionais e até internacionais devido aos índices elevados da violência e exploração sexual, principalmente contra crianças e adolescentes, em especial nas rodovias e nas regiões mais afastadas da capital, sobretudo as rotas ribeirinhas da região do Marajó são destaques, por seus recursos limitados, baixas escolaridade e falta de oportunidades são alguns dos motivos citados para tal situação. O poder público e diversas entidades tem se esforçado para o combate a violência por meio da criação de campanhas e palestras de conscientização, bem como fiscalização nos pontos críticos, mas ainda não tem sido suficiente para que os índices diminuam.

Nos casos de violência sexual contra crianças no ambiente intrafamiliar os índices também são elevados, mas como se sabe ainda são poucos os casos que chegam ao conhecimento das autoridades e no setor saúde, devido ser uma violência velada e mexer com a estrutura familiar, as vítimas geralmente são silenciadas.

Quando consultadas a distribuição de notas, dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém publicada no período de 2015 a 2017, conforme (TABELA 3). Do total de 100 notas relativo ao estado do Pará, 42 refere-se a região metropolitana, onde Belém lidera com (64,29%), seguida de Ananindeua com (16,67%).

TABELA 3 – Distribuição de notas, dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém publicada no período de 2015 a 2017.

Região Metropolitana	Nº	%
Belém	27	64,29
Ananindeua	7	16,67
Castanhal	3	7,14
Marituba	2	4,76
Benevides	1	2,38
Santa Isabel	1	2,38
Santa Bárbara	1	2,38
Total	42	100

Fonte: Jornal O Liberal, 2015 a 2017.

Ao analisarmos as notas relacionadas aos municípios da região metropolitana de Belém (RBM). A capital paraense lidera com (64,29%), seguida de Ananindeua com (16,67%). Confirmando com dados do Programa de Paz (PROPAZ) que registrou nos anos de 2015 a 2017, os municípios com mais casos de violência sexual contra crianças e adolescentes onde a capital paraense aparece em primeiro lugar (948 ocorrências) e Ananindeua (78 ocorrências), (COSTA, 2018).

Corroborando com os estudos de Paranhos, (2016), sobre o retrato da violência sexual no Pará, onde apontou que 57,8% das vítimas residiam na área da RBM. O Mapa da violência de 2012 também mostra Belém e Ananindeua entre os 70 municípios com 20 mil crianças e adolescentes ou mais, com as maiores taxas (em 100 mil) de atendimento por violências sexuais.

A região metropolitana de Belém vem sendo destacada em diversos estudos sobre violências e seus fatores determinantes, tais como gênero, racismo, álcool, drogas, as violências domésticas e os índices são elevados e preocupantes. A RMB também conhecida como Grande Belém reúne os sete municípios em relativo processo de conurbação, interligados socioeconomicamente. Há uma certa relação dos grandes centros urbanos com a aumento dos diversos tipos de violência, não que seja exclusiva dessas regiões, mas o seu crescimento é amplamente maior se comparado a cidades menores. Portanto o fenômeno da violência é um problema social, de saúde e segurança pública onde a atuação para o combate depende da interligação entre os diversos setores articulados.

Quando consultadas os casos de violência sexual contra criança, registrados nos bairros da Região Metropolitana de Belém, conforme (TABELA 4), os bairros da capital

paraense ganham destaque. Benguí, Guamá, Marambaia, Outeiro e Tenoné aparecem com (11,76%) individualmente. Sendo que 25 casos não informaram a bairro de procedência.

TABELA 4 - Distribuição de notas, dos casos de violência sexual contra criança, registrados nos bairros da Região Metropolitana de Belém publicadas no período de 2015 a 2017.

Bairros da região metropolitana	Nº	%
Benguí	2	11,76
Guamá	2	11,76
Marambaia	2	11,76
Outeiro	2	11,76
Tenoné	2	11,76
Barreiro	1	5,88
Pratinha	1	5,88
Tapanã	1	5,88
40 horas	1	5,88
Almir Gabriel	1	5,88
Coqueiro	1	5,88
Ilha João Pilatos	1	5,88
Total	17	100

Fonte: Jornal O Liberal, 2015 a 2017.

Nota: 25 casos sem informação

Considerando os bairros da RMB (TABELA 4), os bairros da capital paraense ganham destaque. Segundo os dados do IBGE, Belém em 2017 possuía uma população de 1.485.732 habitantes, o que pode explicar a maior porcentagem das notas.

Os cinco bairros com maior procedência são afastados do centro, ou seja, de periferia. Dentre eles está o bairro do Guamá e da Marambaia que segundo censo do IBGE 2010, estão na lista dos mais populosos da capital paraense e mais violentos também. Segundo o Mapa da violência, as crianças e adolescentes da periferia são os mais afetados com os casos de violência. (WAISELFISZ, 2012).

A violência atinge os mais vulneráveis e a periferia é um retrato disso. O quadro que aqui se apresenta, todos os bairros são da periferia da RMB. A relação da violência com a periferia tem sido analisada e comprovada pelos diversos estudos. Especificamente na nossa região existe as chamadas invasões e baixadas, o que se dá pelo crescimento desordenado da cidade, onde a desigualdade social ganha destaque pelo desemprego, falta de segurança, aumento da criminalidade e tráfico de drogas, exploração sexual e aumento da prostituição.

Compreendo que a educação e o debate da problemática nas escolas são excelentes estratégias no combate e prevenção a violência sexual e demais tipos. O enfermeiro como educador também pode atuar junto a comunidade por meio de palestras e ações nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família.

Na Tabela 5, distribuição por faixa etária (em anos) e sexo, dos casos de violência sexual contra criança, verificou-se que a maioria dos casos de ocorreu nos grupos etários entre 10 a 12 anos (43,58%) e 4 a 6 anos (38,46%), com predominância no sexo feminino em todas as idades. Existem notas que possuem mais de uma vítima e com idades diferente, ou seja, se considerarmos o número de vítimas por nota serão 51 crianças no total. Dentre essas notas aparecem mais 2 casos que envolvem meninos.

TABELA 5 - Distribuição por faixa etária (em anos) e sexo, dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém, no período de 2015 a 2017.

Faixa Etária	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%		
1 a 3 anos	1	2,70	0	0	1	2,56
4 a 6 anos	15	40,54	0	0	15	38,46
7 a 9 anos	5	13,51	1	50	6	15,38
10 a 12 anos	16	43,24	1	50	17	43,59
Total	37	100	2	100	39	100

Fonte: Jornal O Liberal, 2015 a 2017.

Nota: 3 casos sem informação:

A faixa de 4 a 6 anos (38,46%) dos casos destacam crianças que se analisarmos ao nível de desenvolvimento estão aumentando seu vocabulário, exibem curiosidades insaciáveis, tem amigos imagináveis, tem confiança crescente em si própria, copia os adultos, já sabem diferenciar o certo do errado, preocupa-se em agradar os adultos e envergonha-se facilmente. E devido a sua grande preocupação em fazer as coisas bem e agradar, poderá mentir ou culpar os outros por seus comportamentos (HOCKENBERRY; WILSON, 2014). Por todas essas características citadas os agressores se aproveitam para perpetuar o abuso, aproveitando da inocente curiosidade infantil e também prevalecem pelo fato que ao contar sobre o abuso podem achar que a criança está fantasiando ou mentindo.

Considerando que faixa de idade deste estudo diverge do Boletim e Mapa de violência de 2012 por eles analisarem a infância até 9 anos. A faixa de 10 a 12 anos é

englobada pela faixa de 10 a 14 anos o que representou (39,5%) dos atendimentos do SUS naquele ano e (55,5%) em 2018, segundo o boletim epidemiológico. Percebemos assim que é o final da infância e o início da adolescência em que as crianças despertam para a sexualidade e, muitos agressores se beneficiam desse momento para perpetrar a violência (JUSTINO, 2015; PARANHOS, 2016; SINIMBÚ *et al*, 2016).

Quando consideramos o sexo afetado, se confirma o que mostrou o Mapa da violência de 2012 e Boletim epidemiológico de 2018, onde (83,2%) e (74,2%) das notificações eram do sexo feminino, respectivamente e demais autores confirmam em seus estudos (TAPIA, ANTONIASSI, AQUINO, 2014; SINIMBÚ *et al*, 2016; COSTA, 2018).

Torna-se claro que a violência de gênero transcorre em todo o ciclo de vida, acometendo sobretudo crianças do sexo feminino. Isso advém de processos históricos e culturais que influenciam diretamente no papel desempenhado de forma desigual entre homens e mulheres em nossa sociedade, caracterizando a mulher como objeto de desejo sexual e satisfação masculina, assim crianças e adolescentes do sexo feminino como alvos preferenciais dos agressores. Conversar com a criança sobre abusos é extremamente importante, com linguagem que ela entenda o que é carinho e o que é abuso, que ela saiba que não deve manter segredo se alguém lhe fizer mal, mesmo sendo alguém da família.

Quanto a relação da vítima com o agressor (Tabela 6), verificou-se que (42,42%) dos casos de violência foram perpetradas por pessoas conhecidas e, (15,15%) eram por padrasto, e se somarmos pessoas da família (Padrasto, pai, irmão, primo, sobrinha) temos (27,27%) dos casos.

Na relação da vítima com o agressor, verificou-se que (42,42%) dos casos de violência foram perpetradas por pessoas conhecidas e do vínculo familiar e do sexo masculino. Segundo Atlas da violência do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2018) 46,1% dos casos de estupro contra crianças são perpetrados por familiares próximos como pais, irmãos e padrastos.

O que confirmam vários autores e também o boletim epidemiológico, onde (81,6%), o agressor era do sexo masculino e 37,0% tinham vínculo familiar com a vítima (TAPIA, ANTONIASSI, AQUINO, 2014; PARANHOS, 2016; MELO *et al*, 2016; MAIA *et al*, 2016, COSTA, 2018).

TABELA 6 - Distribuição por relação da vítima com o agressor, dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém publicada no período de 2015 a 2017.

Relação	Nº	%
Amiga da família	1	3,03
Conhecido	14	42,42
Desconhecido	5	15,15
Empregada	1	3,03
Enteada	5	15,15
Filha	1	3,03
Filha da namorada	1	3,03
Irmã/vizinha	1	3,03
Namorada	1	3,03
Prima	1	3,03
Sobrinha	1	3,03
Vizinha	1	3,03
Total	33	100

Fonte: Jornal O Liberal, 2015 a 2017

Nota: 9 casos sem informação

Segundo o mapa da violência onde o índice maior de crianças afetadas foi de 0 a 5 anos. É possível verificar que os pais, no sentido genérico, são os principais responsáveis pelas violências notificadas, esse fato se torna bem acentuado no primeiro ano de vida da criança e começa a ser trocado a partir dos 5 anos de idade por amigos/conhecidos, e partir dos 10 anos por parceiros ou ex-parceiros e por pessoas desconhecidas (WAISELFISZ, 2012).

Temos assim desenhado um quadro de violência doméstica. Que infelizmente é cometido por aqueles de quem a criança espera proteção, cuidados e um espaço sadio para se desenvolver. Contudo encontra um ambiente hostil e inóspito, que pode acarretar diversos prejuízos em sua vida, pois costumam reproduzir aquilo que vivem através de suas brincadeiras, atitudes e aprendizagens. O que pode levar a violência transgeracional, ou seja, vai se perpetuando a cada geração. Cabe ressaltar que a violência familiar representa um importante fator de risco para o adequado desenvolvimento e integração social dessa criança e que repercutirá em sua vida a médio e longo prazo.

Com relação a formas de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém (Tabela 7), a predominância nos casos foi de estupro de vulnerável (52,38%), seguida de estupro (28,57%).

TABELA 7 - Distribuição por formas dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém publicada no período de 2015 a 2017.

Formas de violência sexual	Nº	%
Assédio/Atos libidinosos/Voyeurismo	1	2,38
Estupro	12	28,57
Estupro de vulnerável	22	52,38
Estupro de vulnerável/Pornografia	1	2,38
Estupro/Espancamento	1	2,38
Pedofilia/Estupro/Voyeurismo	1	2,38
Pornografia	1	2,38
Tentativa de estupro	2	4,76
Voyeurismo/Exploração sexual	1	2,38
Total	42	100

Fonte: Jornal O Liberal, 2015 a 2017.

Analisando a (TABELA 7) a predominância nos casos foi de estupro de vulnerável (52,38%), seguida de estupro (28,57%). O estupro de vulnerável no Código Penal Brasileiro art.217 A: “consiste em ter conjunção carnal praticar outro ato libidinoso com quem é menor de 14 anos. Se alguém alicia o vulnerável a praticar sexo com terceiro, ambos, aliciador e beneficiado, devem responder por estupro de vulnerável”.

Corroborando com este estudo os dados do Atlas da violência do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2018), revelam que houve 22.918 registros de estupro no sistema de saúde e 49.497 nos registros policiais. Destes registros 50,9% foram de crianças (até 13 anos). Já dados do boletim epidemiológico revela que (62,0%) foram estupro.

A ocorrência da violência sexual, principalmente o estupro provoca diversas repercussões na saúde física, mental e sexual de crianças e adolescentes, além de aumentar a vulnerabilidade às violências na vida adulta.

A vida cotidiana de meninas em vivência de abuso sexual, acarreta uma serie de prejuízos, que pode levar a gravidez, fuga de casa, tentativas de suicídio e comportamentos autodestrutivos. Além de problemas emocionais a experiência abusiva predispõe meninas e mulheres a problemas na esfera sexual e a dificuldades nos relacionamentos afetivos, sendo que uma alteração frequentemente identificada em meninas menores, abusadas sexualmente, é o comportamento sexual inadequado para a idade, situação que pode levá-las à prostituição.

Quanto ao local de ocorrência (Tabela 8), os dados informados revelaram a residência

da vítima (43,24%) como o local de maior ocorrência de violência, seguido da casa do abusador (16,22%).

TABELA 8 - Distribuição por Local de ocorrência dos casos de violência sexual contra criança, registrados na Região Metropolitana de Belém publicada no período de 2015 a 2017.

Local de Ocorrência	Nº	%
Comércio/serviço	1	2,70
Galpão	1	2,70
Instituição religiosa	2	5,41
Matagal	1	2,70
Motel	1	2,70
Posto de gasolina	1	2,70
Residência da vítima	16	43,24
Residência da vítima/abusador	4	10,81
Residência do abusador	6	16,22
Via pública	4	10,81
Total	37	100

Fonte: Jornal O Liberal, 2015 a 2017.

Nota: 5 casos sem informação

O Mapa da violência de 2012 evidenciou que em todas as faixas etárias o local de violência foi a residência da vítima. Diferente do que afirma Paranhos (2016), que (25,3%) das agressões sexuais de crianças e adolescentes ocorreram na casa do abusador. O boletim epidemiológico mostrou que entre as crianças do sexo feminino, a análise das notificações de violência sexual mostrou que, a residência (71,2%) foi o principal local de ocorrência, e (61,0%) dos eventos foram notificados como estupro. Demais estudo comprovam que a residência é os lócus mais frequente (WAISELFISZ, 2012; TAPIA, ANTONIASSI, AQUINO, 2014; SINIMBÚ *et al*, 2016; COSTA, 2017; BRASIL, 2018).

O lar doce lar na vida de muitas crianças é apenas um sonho, é na verdade um calvário, uma prisão onde seus algozes estão nos vários momentos de seu dia, no silêncio da noite, no momento do banho, no trocar das fraldas à espreita para atuarem novamente.

Diante de todo esse contexto característico da violência narrada pela mídia relacionada a Região Metropolitana de Belém, o Enfermeiro precisa estar munido de informações e saberes para auxiliar e assistir a criança que sofreu ou sofre violência sexual.

Foi neste intuito, visando aprofundar o conhecimento acerca do fenômeno da violência contra criança, e dessa forma, possibilitar a ampliação das ações de efetivo apoio social, por meio de intervenção profissional, e subsidiando a implementação de políticas

públicas que este estudo aconteceu. Espera-se que a tecnologia produzida, produto deste estudo sirva de subsídio e que seja esclarecedor para a aplicação na prática de assistência, enfrentamento e encaminhamento.

5.2 CONSTRUÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ORIENTAR PRÁTICAS DO ENFERMEIRO FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS

A escolha da construção de uma tecnologia educativa se deu por ser um instrumento de fácil manuseio e por ser uma tecnologia que não gera gastos altos. Durante a revisão de literatura, observei que era recorrente nos artigos a dificuldade que o enfermeiro e a equipe de enfermagem têm para identificar o problema da violência, no processo de notificação e dar seus encaminhamentos necessários, devido à falta de informação e por não ter estudado durante a graduação. (LUSTOSA *et al* 2014; TAPIA. ANTONIASSI, AQUINO, 2014; SINIMBU *et al*, 2016; MELO *et al*, 2016; MARTINS *et al*, 2017; SACRAMENTO *et al*, 2017).

No primeiro momento foi feito o levantamento de dados dos jornais e artigos para as bases conceituais serem formadas. A busca pelos manuais do MS ampliou o conhecimento voltado especificamente para a prática do enfermeiro. Já os documentos de cunho jurídico ampliaram a conhecimento voltado para as redes de atendimento.

Para a tabela que se refere onde buscar ajuda em Belém, foi feita pesquisa dos locais pela internet e posteriormente feita ligações telefônicas para confirmar endereço, horário de funcionamento e contatos.

O foco da tecnologia é o enfermeiro justamente por ele ser quem recebe o paciente, ser o líder da equipe e pode treinar aos técnicos e auxiliares. Um material educativo produzido eficazmente pode modificar a realidade de uma população, portanto deve se considerar o que pretende informar e suas expectativas (OLIVEIRA, LOPES, FERNANDES, 2014). Nesse sentido a cartilha tem como finalidade de auxiliar e orientar a prática do profissional de enfermagem na identificação e enfrentamento da violência sexual contra crianças (APÊNDICE 1).

Portanto, destacamos os principais conceitos relativos à violência sexual contra criança de forma clara e simples, mas bem estruturada. Perpassando pelo histórico do dia da combate a violência sexual, conceituando o que é violência sexual e as tipologias, sinais que indicam a ocorrência da violência e como esse profissional de enfermagem pode atuar frente a problemática, abordando a importância da notificação e seus encaminhamento na rede e para ajudar quanto aos prosseguimentos da atenção em Belém apresenta um quadro com os

principais locais onde buscar ajuda, finalizando ainda coloquei os links onde o enfermeiro pode buscar mais informações sobre a temática e os direitos da criança.

A tecnologia contém 22 páginas abordando os seguintes tópicos:

- ✚ Dia Nacional de combate à violência sexual
- ✚ O que é violência; ser criança.
- ✚ Especificando a violência sexual contra criança
 - Abuso sexual;
 - Assédio sexual;
 - Exibicionismo;
 - Voyeurismo;
 - Sexting;
 - Pornografia infantil;
 - Estupro;
 - Exploração sexual.
- ✚ Como identificar sinais de violência sexual
- ✚ Atuação do enfermeiro frente à violência sexual
 - Procedimento do enfermeiro
- ✚ Como funciona a de notificação
 - Fluxo do registro da notificação
- ✚ Fluxo de atendimento e redes de atenção intrasetorial e intersetoriais
- ✚ Onde procurar ajuda
- ✚ Links para mais informações
 - Referências

Tive a preocupação em fazer de maneira mais compactada o assunto com diversas ilustrações inéditas, para isso foi contratado um designer e, também com as ilustrações do próprio Ministério da Saúde, por meio dos quadros e fluxogramas coloridos, para que não se torne uma leitura cansativa e seja de fácil compreensão e além disso para otimizar o tempo do profissional, que tem muitas atividades a desenvolver durante seu dia a dia.

Assim o produto desse estudo tona-se relevante por ser específico, com a intenção de direcionar, sistematizar e dinamizar as práticas do enfermeiro diante da problemática.

Os próximos passos que serão feitos em relação a tecnologia será em passar por avaliação por doutores expertises da área e validação para que circule nos serviços de saúde, e que consequentemente possamos assistir melhor as crianças vítimas de violência sexual.

6. CONCLUSÃO

Portanto neste estudo, discutiu-se o fenômeno da violência que é multicausal ou multifatorial que atinge, indiferentemente, todas as camadas sociais e grupos etários predominantemente, no ambiente doméstico, compreendendo que este problema é um processo histórico, construído nas relações desiguais de gênero e reproduzido, muitas vezes, de forma inconsciente pelos valores, crenças e educação familiar. Que se manifesta e afeta de forma cruel os indivíduos mais vulneráveis especialmente as crianças.

Ao analisar a violência sexual cometida contra crianças compreende-se que é um fenômeno social, problema de saúde pública, que afeta a saúde infantil, além de se formar uma realidade dolorosa, acarretando enormes prejuízos ao crescimento e desenvolvimento desse público, podendo ser curto, médio e longo prazo e provocando desordem física, psicossocial e espiritual que reflete na vida adulta.

É inegável que houve um avanço no país quanto as conquistas de leis e dispositivos para defender os direitos da criança e coibir a violência contra criança. No entanto, o desafio de conter a essa violência, parecem não está conseguido dar conta de compreender toda a extensão do problema. Notamos isso ao observarmos o número de notificações crescente, especialmente a violência sexual. O que pode revelar também, que o aumento de registros não necessariamente é sinal de que a violência esteja aumentando. Os números podem indicar que as vítimas e suas famílias resolveram falar e não aceitar mais a agressão.

O conhecimento sobre o assunto é de muita importância, pois a partir do momento em que se entende o que é a violência sexual, quais os tipos e onde buscar ajuda, contribui para que a denúncia aconteça e o aumento do número de notificações sejam gerados por meios dos serviços de saúde o que fornece os indicadores e possibilitam um olhar especial a essa demanda e que pode colaborar para criações de políticas públicas.

A escolha em desenvolver uma tecnologia educativa centrada no enfermeiro tem como objetivo favorecer o empoderamento desse profissional e fortalecimento de sua prática, pois observei na busca das bases teóricas que era recorrente nos artigos a dificuldade que o enfermeiro e a equipe de enfermagem têm para identificar o problema da violência, no processo de notificação e dar seus encaminhamentos necessários, devido à falta de informação e por não ter estudado durante a graduação.

A tecnologia foi construída com base nos artigos e dispositivos legais existentes estando previsto como próximas etapas a validação a partir de juízes na área e aplicabilidade da tecnologia.

Concluiu-se que a violência sexual contra criança na região metropolitana de Belém, com base no conteúdo de notícias veiculadas pelo jornal O Liberal, é construída no ambiente doméstico, perpetrada por pessoas do sexo masculino, e com vínculo familiar, com forte marca da desigualdade de gênero, quando 96% dos casos são meninas, sendo violadas e tipificadas em estupro de vulnerável e que moram nos bairros da periferia de Belém.

A violência sexual compromete o crescimento e o desenvolvimento da criança. Ela atinge seu objetivo: destrói, mata e marca. Portanto, essa situação representa grande desafio ao poder público, sociedade civil, e especialmente aos profissionais de saúde, pois é necessário compreender a violência em sua magnitude e transcendência.

Neste contexto, o enfermeiro que é o profissional com maior presença no cenário de cuidar precisa estar preparado para atuar, precisa saber realizar ações de identificação, prevenção, orientação, assistência às vítimas e notificação do agravo.

Desta forma, esse estudo procura contribuir no que tange a prática do enfermeiro frente a violência sexual contra crianças. Também, é fundamental que no processo de educação e formação, sejam discutidos temas transversais que abordem as relações de gênero, o respeito às diversidades, à promoção da cultura de paz e outros temas que tragam a reflexão dos direitos humanos.

É importante refletir sobre a possibilidade de maiores pesquisas com ênfase na violência sexual que envolvam a infância no Brasil. A fim de conhecê-la e reconhecê-la melhor, encontrando assim um diagnóstico que possa auxiliar no direcionamento de medidas de controle, prevenção e ações de atendimento e tratamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Q.; FÓFANO, G. A. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 191-196, set./out. 2016

AZEVEDO, Maria Amélia (Org.); GUERRA, Viviane N. de A. (Org.). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS C.R.S., SCHRAIBER L.B. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. **Rev Saúde Pública**.51:7, 2017.

CAVALCANTI, S.V.S.F. **Violência doméstica contra a mulher no Brasil**. 2. ed. Salvador: Podim, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Volume 49 | Nº 27| Jun. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: maio-2018.

_____ **Estatuto da Criança e do adolescente**. São Paulo: Imprensa Oficial, 1999.

_____Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.968 de 25/10/2001. **Notificação, às autoridades competentes, de casos suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, 26 out. 2001. Acesso: maio 2018

_____Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2010a.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b

_____Ministério da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: MS; 2011]

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de atenção á Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Atenção Integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. 1ª edição. 2ª reimp. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2012

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de direitos humanos. Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Brasília, 2013.

_____. Secretaria de Comunicação Social. Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira. – Brasília: Secom, 2014. Disponível: <http://www.secom.gov.br/atuacao/pesquisa/lista-de-pesquisas-quantitativas-e-qualitativas-de-contratos-atuais/pesquisa-brasileira-de-midia-pbm-2015.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas / elaboração de Marcia Teresinha Moreschi – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 377p.

CASTRO, Avelina Oliveira de; SEIXAS, Netília Silva dos Anjos. História, discursos e relações de poder nas páginas de O Liberal. In: Encontro Nacional de História da Mídia, 9., 2013, Ouro Preto. Ouro Preto, MG: Associação Brasileira de Pesquisadores de História da Mídia; Universidade Federal de Ouro Preto, 2013.

COSTA. Euriane Castro. O perfil do autor da violência contra as mulheres na região metropolitana de Belém narrada pela mídia impressa paraense: Um estudo quantitativo. Programa de iniciação científica. Universidade Federal do Pará. Belém, 2017.

COSTA, Maria Virginia de Moraes. **Evidências em saúde sobre o brinquedo terapêutico para uso na hospitalização de crianças vítimas de violência sexual.** 2018 Dissertação (Mestrado Profissional Mestrado em Gestão e Saúde) – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Programa de Pós-graduação em Gestão e Saúde na Amazônia. Belém, 2018.

DUARTE, Ana Karoline Oliveira. **A violência física contra crianças no contexto familiar: uma revisão de literatura.** Monografia (Bacharelado em Serviço Social). Universidade Católica de Brasília, 2013.

ESTUPRO tem alta de 15%. **O Liberal**, Belém, 08 mar. 2016. Cad.1-6, p.5.

EPLORAÇÃO sexual contra crianças e adolescentes no Pará entra em debate na CMB, **O GLOBO**, G1PA. Belém, 18 mai. 2017.

FALEIROS, Eva Teresinha Silveira; CAMPOS Josenete de Oliviera. **Repensando os conceitos de violência, exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes.** Brasília: CECRIA, 2000.

FUNDAÇÃO CULTURAL DO ESTADO DO PARÁ. **Institucional.** Disponível em: fcp.pa.gov.br/institucional. Acesso mai, 2018.

GUERRA, V. N. de A. **Violência de pais contra filhos: uma tragédia revisitada.** 7ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

HOCKENBERRY, Marilyn J., WILSON, David; **Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica** / tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. - 9. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

HONORATO, D.Z.S. et al. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva. *R. Interd.* v. 8, n. 1, p. 234-239, jan. fev. mar. 2015 ISSN 2317-5079

JAKUBCZYK A.; KLIMKIEWICZ A.; KRASOWSKA A.; KOPERA M. et al. History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. **Child Abuse Negl** [Internet]. 2014 Jul [cited 2016 Jun 19]; 38(9):1560-8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/263710053_History_of_sexual_abuse_and_suicide_attempts_in_alcohol-dependent_patients

JUSTINO L.C.L., et al. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Rev Gaúcha Enferm.** 2015[acesso em: 15 fev. 2018];36(esp):239-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0239.pdf>

LANDINI, T. S. **O professor diante da violência sexual.** São Paulo: Cortez, 2011.

LEAL Marcus. Violência Doméstica contra a criança na Sociedade Brasileira, 2016. Disponível: <https://dymarckbr.jusbrasil.com.br/artigos/373908280/violencia-domestica-contra-a-crianca-na-sociedade-brasileira> Acesso em: maio-2018.

LIMA, A. C. M. A. C. C. L. et al. Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paul Enferm.** 2017; 30(2):181-9. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201700028> Acesso: Ago, 2018

LIMA, V.L.A., SILVA E.B.R., SENA L.X., et al. Necessidades humanas básicas comprometidas de mulheres vítimas de violência atendidas na delegacia especializada de atendimento a mulher. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** Vol.06, N°. 01, Ano 2015.

LIRA M.O.S.C. et al. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(3):e0080016. Acesso: 07 jul, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000080016>

LUSTOSA A.P. *et al.* Abuso Sexual contra crianças: evidências para o cuidado de enfermagem. **Cadernos ESP**, Ceará 8(2): 50-63, jul./dez. 2014

MAIA J.N., *et al.* Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. *Rev Rene.* 2016 set-out; 17(5):593-601.

MANIVA S.J.C.F., et al. Educational technologies for health education on stroke: an integrative review. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1724-31. [Thematic Issue: Education and teaching in Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0041>

MARTINS, D. C. et al. Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. **Cadernos de Graduação.** Ciências Biológicas e de Saúde. Unit Aracaju v. 4, n. 2, p. 155-168 | Out. 2017. ISSN eletrônico 2316-3143. Disponível em: periodicos.set.edu.br Acesso: 07 jul, 2018.

MARINHO, P.A.S. et al. As práticas dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.42, n.2, p.97-104, jul-ago. 2016.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental na prática**. São Paulo: Atheneu, 2008.

MELO, S.A.; SOUZA, S.L.; BEZERRA, C.S.; FERNANDES, F.E.C.V. Assistência de enfermagem a criança e ao adolescente em situação de violência doméstica. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, Nov/Dez. de 2016, vol.10, n.32, p. 245-259. ISSN: 1981-1179.

MERHY E.E.; ONOKO R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: editora: Hucitec; 2002. p. 113-50.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

OLIVEIRA S. C.; LOPES M. V.O.; FERNANDES A. F. C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jul.-ago. 2014; 22(4):611-20 DOI: 10.1590/0104-1169.3313.2459 Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso. Ago,2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a violência e a saúde**. Genebra: PMS, 2002.

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Abuso sexual infanto-juvenil: ações municipais da saúde para garantia de atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.10, p.4189-4198, 2011.

PARANHOS, Sheila Barbosa. **Retrato da violência sexual contra crianças e adolescentes**. 2016 Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pará. Belém, 2016.

PEREIRA. C.D. F. D. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, 2012.

PEREIRA. José Matias. **Manual da metodologia da pesquisa científica**. 4ª ed. Editora Atlas, 2016

QUASE 700 casos de abuso infantil foram registrados no Pará desde o início de 2018. **O GLOBO**, G1PA. Belém, 18 mai. 2018.

REIS, Daniela Castro. **Autores de Agressão Sexual de Crianças e Adolescentes: Características Biopsicológicas e Trajetórias de Vida**. 2014. Tese de doutorado. Universidade Federal do Pará. Belém, 2014.

RIBEIRO, M. A; FERRIANI, M. G. C; REIS J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Caderno de**

Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-64, mar./abr, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200013>.

RODRÍGUEZ M.O.M.; MANN R.; HAMILTON H.; ERICKSON P. et al. The relation between sexual abuse in childhood and use of illicit drugs: in students of a public university in Nicaragua. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 01]; 24(spe):1-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01040707201500060008007072015000600080&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

SABINO, M. L.M. et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**. 2016; 16(2): 230-239. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.10

SACRAMENTO L.C.A. et al. Os desafios da prática da Enfermagem no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. International Nursing Congress Theme: Good practices of nursing representations In the construction of Society. May 9-12, 2017

SAFFIOTI H.I.B. **No fio da navalha: violência contra criança e adolescente no Brasil atual**. In: Madeira FR, organizador. Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Record / Rosa dos Tempos; 2011. p. 135-211

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA. Plano Estadual de Saúde do Pará PES-PA 2012-2015. Belém-PA, 2012. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/P%20E%20S%20-%2020122015.pdf>. Acesso em: 15/06/2017.

SENA L.X. **Violência contra a mulher gestante por parceiro íntimo**. 2016. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, 2016.

SILVA, L. M. P. da S; FERRIANI, M. das G. de C.; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente a violência sexual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.5, p. 919-924, 2011.

SINIMBU, R.B. et al. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ ou outras violências no Brasil – 2014. **Revista Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, jan-jun. 2016. Disponível em: <<http://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199>>. Acesso em: 19 nov. 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de atenção frente a maus-tratos na infância e adolescência: guia para pediatras e outros profissionais. SBP/CLAVES/SEDH – MJ. Rio de Janeiro, 2000.

TAPIA, C. L. V.; ANTONIASSI, L. J.; AQUINO, J.P. Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 7, p. 93-102, jan. / jul. 2014

TOLEDO, Luciano Medeiros de (Org.) **Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde**. / organizado por Luciano Medeiros de Toledo e Paulo Chagastelles Sabroza. - Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2013.

UNICEF, United Nations Children's Fund. Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência – uma abordagem interdisciplinar na saúde. 2012

_____ United Nations Children's Fund, *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*, UNICEF, New York, 2017.

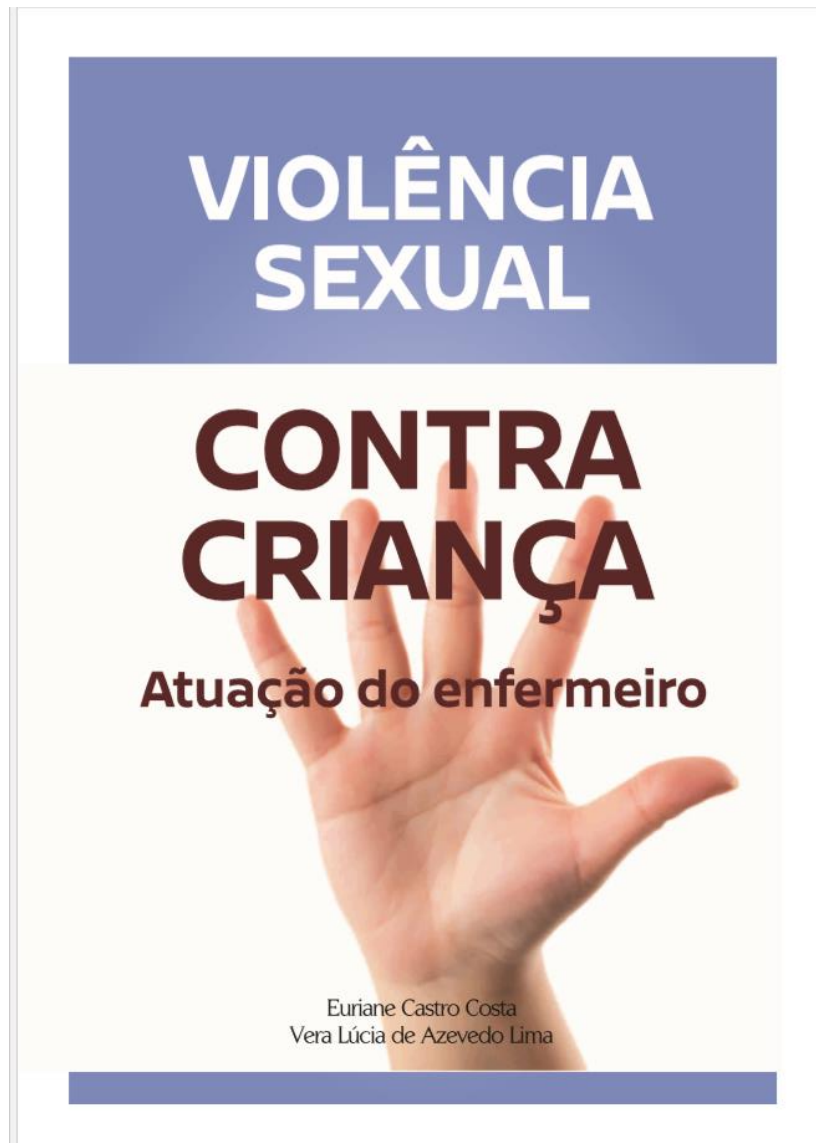
VALERA, I.M.A et al. Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 17(3): 103-111, jul-set, 2015

VELOSO, M.M.X; GOMES; M.M; MAGALHÃES, CM.C. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde; perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc.saude coletiva** vol 18 n5. Rio de Janeiro, 2013.

VELOSO, M.M.X. **Maus tratos contra criança e adolescente**: limites e possibilidades de profissionais de saúde. 2015. Tese de doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará, 205pp. Belém, 2015.

VIEIRA S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para área da saúde**. 2ª ed. Editora Elsevier, 2015

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015**: Crianças e adolescentes do Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos – CEBELA. FLACSO. Rio de Janeiro, FLACSO Brasil, 20

**FICHA CATALOGRAFICA****Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

COSTA, Euriane Castro
Violência sexual contra criança: atuação do enfermeiro. Euriane Castro Costa;
Orientadora: Vera Lucia de Azevedo Lima- Belém, Pará-2018.
P.22

Produto apresentado como produção de Graduação em Enfermagem. Universidade
Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem
(FAENF), Belém, 2018.

1.Violência Sexual. 2. Criança 3. Artigo de Jornal 4. Enfermagem

SUMÁRIO

Conceitos importantes 04

O que é violência

Ser criança

Especificando a violência sexual contra criança 05

Abuso sexual 06

Assédio sexual

Exibicionismo

Voyeurismo 07

Sexting

Pornografia infantil

Estupro:

Exploração sexual

Como identificar sinais de violência sexual 08

Atuação do enfermeiro frente à violência sexual 10

Atitudes do Enfermeiro no Atendimento 12

Procedimentos que o enfermeiro pode realizar

Como funciona a notificação 13

Fluxo do registro da notificação 14

Fluxo de atendimento e redes de atenção intrasetoriais e intersetoriais 16

Onde procurar ajuda 20

Links para mais informações 21

Referências

APRESENTAÇÃO

Essa cartilha é produto de trabalho de conclusão de curso em Enfermagem, com a finalidade de auxiliar e orientar a prática do profissional de enfermagem na identificação e enfrentamento da violência sexual contra crianças.

Neste tema, não basta compreender a situação. Na abordagem de crianças vítimas de violência sexual, a atuação dos profissionais envolvidos e os procedimentos legais adotados têm efeitos significativos sobre o caso concreto e os encaminhamentos que serão dados a ele.

Dia Nacional de combate a violência sexual

O dia 18 maio é o Dia Nacional de Combate ao Abuso Sexual e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, escolhido em razão da história de Araceli Cabrera Sanches, de 8 anos de idade, que, em maio de 1973, foi sequestrada, drogada, espancada, estuprada e morta por membros de uma tradicional família do Espírito do Santo. Não houve denúncia dos criminosos e a impunidade dos assassinos chocou a população da cidade. Assim, foi instituída a data, pela Lei Federal no 9.970/2000, com o objetivo de sensibilizar a sociedade para o enfrentamento do tema.



Conceitos importantes

O QUE É DE VIOLÊNCIA (OMS)

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define que é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).



SER CRIANÇA (ECA)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, Art.2º, considera-se criança a pessoa até doze anos. (BRASIL, 1990)

Especificando a a violência sexual contra crianças

Violência Sexual: é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor (a) está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança, tendo a intenção de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual (BRASIL, 2016).

Essas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Pode variar desde atos em que não exista contato sexual até os diferentes tipos de atos com contato sexual, havendo ou não penetração. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018; BRASIL, 2016; MELO et al, 2016). São classificados como:

Abuso sexual sem contato físico:

Assédio Sexual: caracteriza-se por propostas de relações sexuais. Baseia-se, na maioria das vezes, na posição de poder do agente sobre a vítima, que é chantageada e ameaçada pelo autor (a) da agressão.

Abuso Sexual Verbal: pode ser definido por conversas abertas sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse da criança ou do adolescente, ou a chocá-los. Os telefonemas obscenos são também uma modalidade de abuso sexual verbal

Exibicionismo: é o ato de mostrar os órgãos genitais ou de se masturbar diante da criança ou do adolescente, ou no campo de visão deles.



Voyeurismo: é o ato de observar fixamente órgãos sexuais de outras pessoas, quando estas não desejam ser vistas, buscando obter satisfação com essa prática.

Sexting: é a fusão de duas palavras (sex e texting) em inglês, para definir o envio de mensagens, fotos e vídeos pessoais de conteúdo erótico e sensual, utilizando-se de qualquer meio eletrônico. Essa prática tem despertado preocupação social, visto que é uma propagação de pornografia infanto-juvenil e tem se disseminado entre adolescentes como forma de sedução, prova de amor e de competição.

Pornografia infantil: é a apresentação, a produção, a venda, o fornecimento, a divulgação e/ou a publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes, utilizando qualquer meio de comunicação

Abuso sexual com contato físico:

São atos físicos que incluem carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal.

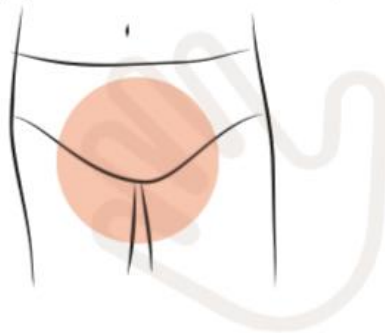
Estupro: constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. (Lei N° 12.015/2009 modificou o texto dos artigos 213 e 214 do Código Penal).

Exploração sexual: refere-se às relações de caráter comercial, em que “crianças e adolescentes são utilizados como mão-de-obra nas diversas atividades sexuais (exploração sexual em bordéis, turismo sexual, shows eróticos, call girls, participação em fotos, vídeos, filmes pornográficos, produção e comércio de objetos sexuais, entre outros)”. As vítimas são exploradas, pois produzem lucro para os aliciadores, proprietários dos estabelecimentos ou da indústria sexual. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018; BRASIL, 2016; MELO et al, 2016).

COMO IDENTIFICAR SINAIS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

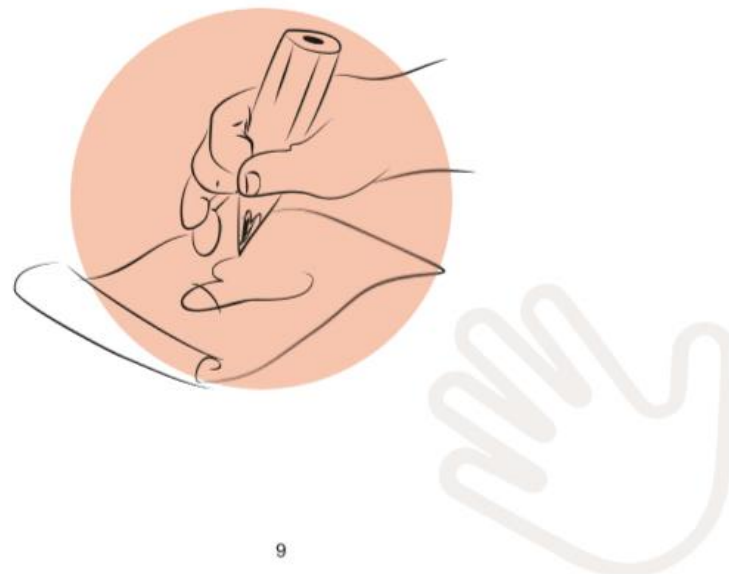
As crianças podem apresentar os seguintes sinais (BRASIL 2002; 2010):

- Dor de cabeça frequente, inespecífica;
- Erupções na pele;
- Vômitos, dificuldades digestivas, que têm, na realidade, fundo psicológico e emocional;
- Laceração do freio dos lábios e/ ou do hímen;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).
- Infecções urinárias, odor vaginal, corrimento ou outras secreções vaginais e penianas e cólicas intestinais;
- Dificuldade de engolir devido à inflamação causada por gonorreia na garganta (amídalas) ou reflexo de engasgo hiperativo e vômitos (por sexo oral);
- Dor, inchaço, lesão ou sangramento nas áreas da vagina ou ânus a ponto de causar, inclusive, dificuldade de caminhar e de sentar
- Canal da vagina alargado, hímen rompido e pênis ou reto edemaciados ou hiperemiados;
- Baixo controle dos esfíncteres, constipação ou incontinência fecal;

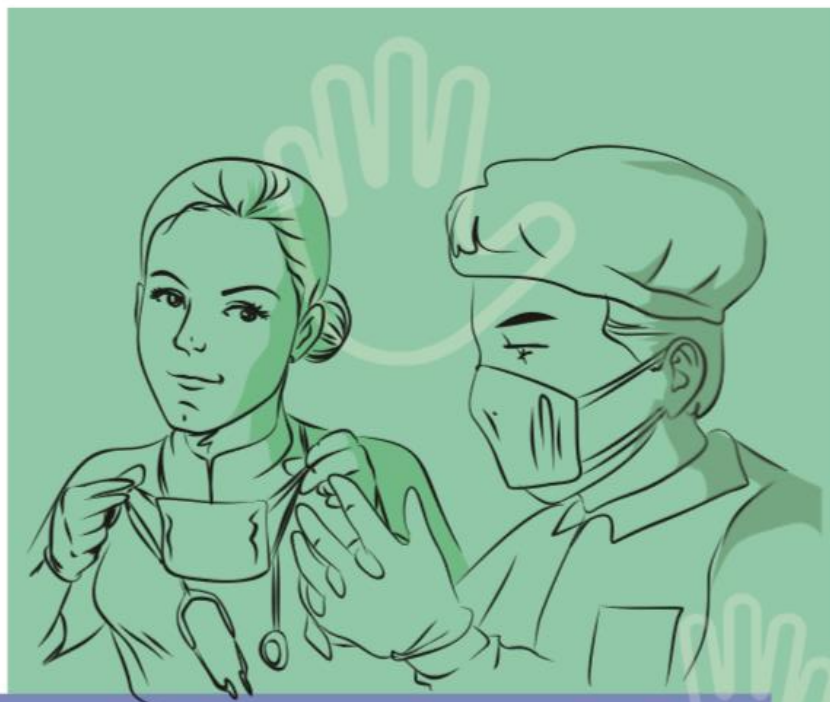


8

- Sêmen na boca, nos genitais ou na roupa;
- Gravidez precoce ou aborto;
- Traumatismo físico ou lesões corporais por uso de violência física.
- Sinais comportamentais como: Choro sem explicação; Sequelas emocionais; Carência afetiva; Baixo conceito de si; Submissão e apatia; isolamento; comportamento autodestrutivo; distúrbios do sono; medos inexplicáveis de pessoas e lugares em particular; Dificuldades e problemas escolares; Mudanças nos hábitos alimentares.
- Comportamento sexualmente explícito (ao brincar, demonstra conhecimento sobre sexualidade inapropriado para a idade);
- Desenhos dos órgãos sexuais ou que remetem a situações que denunciem o abuso.
- Masturbação visível e contínua, brincadeiras sexuais agressivas.



9



Atuação do enfermeiro frente à violência sexual

Diante de uma situação de suspeita ou confirmação de violência contra a criança, o enfermeiro precisa adotar algumas posturas (ANTONIASSI, AQUINO, 2014; LUSTOSA et al., 2014; VALERA et al., 2015):

O enfermeiro deve **analisar** e **reconhecer** não apenas os **sinais clínicos** evidentes, mas também os **indicadores psicossociais** a partir da realização da **entrevista/anamnese e exame físico e aplicar o processo de enfermagem**. É importante destacar que durante a anamnese o profissional deve estabelecer um **diálogo por meio da confiança** e analisar os discursos dos responsáveis e vítimas, comparando com os sinais e aos sintomas apresentados. Nesse sentido, **o enfermeiro** acaba sendo, na maioria das vezes, **o primeiro contato da rede de apoio**. Assim, múltiplos fatores podem estar envolvidos no desencadeamento dos cuidados de enfermagem, na prevenção e promoção tais como: percepção da família, ações do enfermeiro, equipe de enfermagem, características desta violência, dados emocionais e comportamentais, os quais levam a reflexões e discussões (MELO et al., 2016; PARANHOS, 2016; MARTINS, et al., 2017)

Trabalhar juntamente com a equipe interdisciplinar com o propósito de tirar o usuário do lugar de vítima e de transformá-lo em sujeito autônomo, sem esquecer que, por outro lado, no eixo da responsabilização e da defesa de direitos, a criança é vítima sim e precisa ter seus direitos garantidos, e o agressor(a), por conseguinte, precisa ser punido para que o ciclo de violência seja rompido

Atitudes do Enfermeiro no Atendimento

Segundo o Ministério da Saúde (2002; 2010), essas são atitudes que o profissional de saúde deve ter diante dos casos de violência

ACOLHIMENTO Ouvir, atenta e exclusivamente, a criança, observar e aceitar o que a criança fala. Não fazer perguntas em demasia, sem questionar o que está sendo relatado, evitando detalhes desnecessários. Deixar claro que a vítima não deve se sentir culpada ou envergonhada pelas situações sofridas.	LINGUAGEM E ORIENTAÇÃO Ter bom senso quanto ao uso da linguagem, da posição corporal; Conversar com a criança em uma posição possa olhar e ser olhado; Orientar a criança e sua família sobre os procedimentos que serão adotados; Podendo contar com o apoio de jogos, desenhos, livros e outros recursos lúdicos.
DOCUMENTAR Registrar de forma detalhada todo o processo de avaliação, diagnóstico e tratamento.	SIGILO E SINGULARIDADE Não prometer à vítima ou à família o que não puder cumprir, como, por exemplo, guardar segredo de todas as informações obtidas; Levantar em conta a singularidade de cada situação e o processo de resiliência próprio de cada sujeito.
	REVITIMIZAÇÃO Evitar que a criança ou o familiar tenha que repetir sua narrativa várias vezes a outros profissionais, para que não se amplie seu sofrimento.
	TRANSCREVER Descrever o histórico, as palavras da criança ou familiar, sem interpretações pessoais ou pré-julgamentos.
	NOTIFICAR Toda suspeita de violência deve ser notificada. Lembrando que notificar não é o mesmo que denunciar.

Ilustração 01 Fonte: Astora,2010

Procedimentos que o enfermeiro pode realizar

Procedimentos do enfermeiro frente a violência sexual

- 1. Realizar anamnese clínica e genitoral.
- 2. Observar lacerações, sangramentos, hematomas.
- 3. Preparar a criança para qualquer procedimento médico ou de enfermagem, explicando cada etapa do procedimento.
- 4. Avaliar o estado vital, a necessidade de profilaxia quanto ao Tétano (em caso de traumatismos físicos) e Hepatite B.
- 5. Fazer pré-acolhimento quanto a autorização da coleta de material para o teste de HIV, sendo necessário o consentimento da mãe em caso de criança até 12 anos.
- 6. Fazer coleta para o teste de HIV, mediante autorização, e realizar pré-acolhimento no resultado do teste.
- 7. Administrar profilaxia de enfermagem contra DST's ou gravidez quando prescrito pelo médico, até 72 horas.
- 8. Direcionar as situações para outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, médicos.
- 9. Preencher ficha de notificação compulsória juntamente com (e)la (médico) que atendeu a vítima.

Ilustração 02 Fonte: Astora,2010

Articulação no atendimento

Os profissionais intervêm de maneira articulada, cada um em sua especialidade, mas atuam com vistas a um objetivo comum, que é oferecer atendimento especializado que compreenda esse sujeito em suas diversas dimensões.



Ilustração 03 Fonte: Astora,2010

Atitudes não recomendadas no atendimento.

Atitudes não recomendadas no atendimento:

- perguntar diretamente se um dia pode ter responsabilizado pelo ocorrido;
- insistir em confrontar informações contraditórias;
- demonstrar sentimentos de desaprovação, raiva e indignação;
- assumir postura de policial ou detetive;
- tentar resolver o caso sozinho e fazer promessas que não poderão ser cumpridas;
- desconsiderar os sentimentos da criança com frases do tipo "você não foi nada", "você precisa (chorar) e tratado como um "vaidoso(bela)".

Ilustração 04 Fonte: Astora,2010

COMO FUNCIONA A NOTIFICAÇÃO

A notificação deve ser realizada como um instrumento importante de proteção, vigilância e para o monitoramento da violência, assim como para o registro de dados epidemiológicos que auxiliam na construção de políticas públicas de prevenção, e não de denúncia e punição. É um direito da criança e da família viver em um ambiente que promova o bem estar físico, social e emocional livre de qualquer forma de violência, opressão ou negligência. Visa garantir assistência e cuidados sócio sanitários por meio do apoio das instituições e de profissionais da rede de proteção (BRASIL, 2002, 2010).

O ato de notificar é uma ação de saúde essencial e obrigatória

Para o Ministério da Saúde, a violência contra crianças e adolescentes está inserida no grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), na classificação "Violência interpessoal e autoprovocada". Desde 2011, com a publicação da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, e, posteriormente, da Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde

Fluxo do registro da notificação

• Preencher a Ficha de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Viva-Contínuo), com o maior número de informações possíveis para a garantia dos direitos, proteção e defesa de crianças, adolescentes e suas famílias (Ministério da Saúde, 2010; 2016).

Fluxo do registro da notificação

Preencher a Ficha em três vias:

1 via

A ficha original deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde/ Epidemiológica, da Secretaria de Saúde do Município.

2 via

Deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes (Varas Vara da Infância e da Juventude ou Ministério Público).

3 via

Fica na Unidade de Saúde que notificou o caso de violência.

Ilustração 05
Fonte: Autoria, 2016

Lembre-se: Notificar é comunicar para proteger e garantir serviços. Já a denúncia é o registro da ocorrência na delegacia. A notificação não necessariamente gera denúncia.

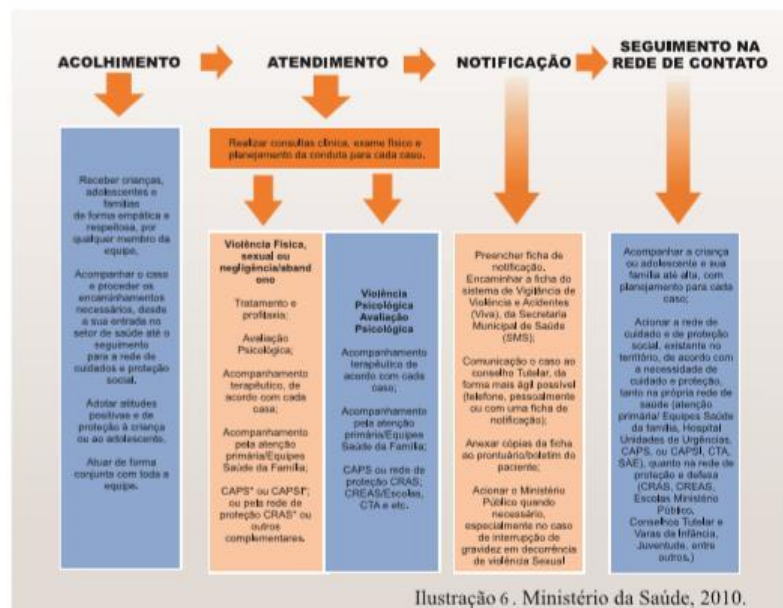
Ficha de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências

Formulário de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Viva-Contínuo). O formulário contém campos para identificação do caso, dados pessoais do notificador e do notificado, detalhes da ocorrência, e informações sobre o atendimento e encaminhamentos.

Versão detalhada do formulário de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Viva-Contínuo). O formulário contém campos para identificação do caso, dados pessoais do notificador e do notificado, detalhes da ocorrência, e informações sobre o atendimento e encaminhamentos.

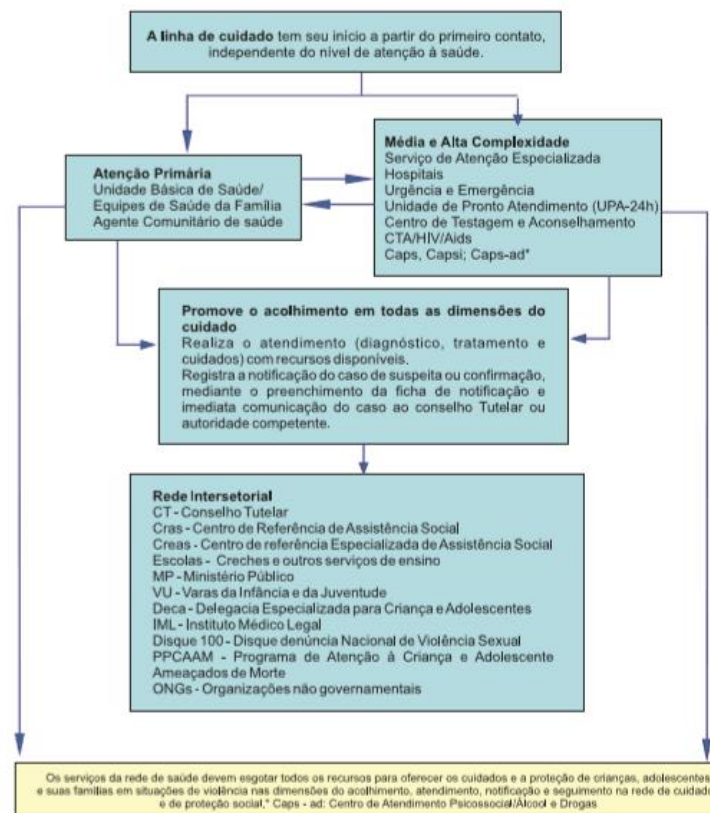
FLUXO DE ATENDIMENTO E REDES DE ATENÇÃO INTRASETORIAIS E INTERSECTORIAIS

O esquema abaixo apresenta a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência, mostra o funcionamento desses fluxos de atendimento.



*CAPS: Centros de Atenção Psicossocial; CAPSI: Centro de Atenção Psicossocial Infantil; CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; CREAM: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento; SAE: Serviço de Atenção Especializado.

Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências nos níveis da atenção à saúde (Ministério da Saúde, 2010).



REDE INTRASSETORIAL

É importante que conheçamos o papel de cada componente da rede de cuidados intra e intersetoriais para dar maior credibilidade aos serviços prestados e para que o acompanhamento e a fiscalização dos casos possam ser feitos de maneira correta.

Componentes da rede intrasetorial



Ilustração 8. Fonte: Autora, 2018.

REDE INTERSETORIAL

No espaço do território o Sistema Único de Saúde (SUS) dialoga com os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, entre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem as necessidades desse público.

Componentes da rede intersetorial



Ilustração 9. Fonte: Autora, 2018.

Onde procurar ajuda

Orgão/ Instituição	Objetivo	Endereço/ Horário de funcionamento	Contato
PROPAZ – Integrado	Atender crianças e adolescentes vítimas de violência sexual	Santa Casa de Misericórdia do Pará – Avenida Generalíssimo Doodoro, Umarizal. Atendimento: Segunda a sexta-feira das 8h às 18h	(91) 4009-2200
Casa de passagem/ FUNPAPA	Atender crianças e adolescentes em situação de direitos violados	Rua Antônio Everdosta, 3611 – Pedreira. Atendimento: 2ª a 6ª de 8h às 18h	(91) 3236-3813 espacorecomecar@gmail.com
CREAS – FUNPAPA	Acompanhamento psicossocial às situações de direitos violados	Trav. Mauriti, 2577, Marco. Atendimento: 2ª a 6ª de 8h às 18h	(91)3236-3815 creasmarco@yahoo.com.br
NAIECA – Núcleo de atendimento especializado da criança e do adolescente	Prestar assistência jurídica gratuita às famílias em situação de violência doméstica e familiar	Rua Gama Abreu, 1141. Campina	(91) 3222-8818
Varas Especializadas de violência doméstica e familiar	Solução judicial dos conflitos	Praça Felipe Patroni s/n – Fórum Criminal - Cidade Velha. Atendimento: Segunda a sexta-feira de 8h às 14h	(91) 3205-2146/ 3205-2861/ 3205-2128
Atendimento ao adolescente – DATA	Proteção integral à criança e ao adolescente	Rua Caripunas, 1200 – Jurunas. Atendimento: 24h	(91)3271-2096/ 3271-4399
Cedeca – Emaús – Centro de defesa da criança e do adolescente	Atua na efetivação do Sistema de Garantia de direitos da criança e do adolescente	Trav. Dom Romualdo de Seixas, 918 – Umarizal	(91) 3222-0718/ 32417007
Diique 100	Receber denúncia anônima de abusos e exploração sexual de crianças e realizar encaminhamento ao Conselho Tutelar	Todos os dias, das 8h às 22h	100
Central de Atendimento à mulher.	Orientação à mulher – vítima de agressão	24h, de segunda a domingo.	180
Conselhos Tutelares	Serviço de proteção à criança e ao adolescente	Conselho Tutelar I (DAGUA e DABEL) – Av Alcindo Cancele, 2631. Cremação Conselho Tutelar II (DAICO) – Rua Manoel Barata, 129, Ponta Grossa. Icoaraci	(91) 3219-1203 (91) 3227-1511
		Conselho Tutelar III (DAENT) - Tavares Bastos, 447, Marambala Conselho Tutelar IV (DASAC+DABEL) – Tv. Lomas Valerina, Pedreira	(91) 3231-9888 (91) 3277-4538
		Conselho Tutelar V (DAOUT) – Av. N. Sra. Conceição 1000, São João de Outeiro, Outeiro	(91) 32677153.
		Conselho Tutelar VI (DAMOS) – Av. 16 de Novembro, 1000. Mosqueiro	(91) 37715987
		Conselho Tutelar VII (DABEN) - Av Maj. Aviador Seda 72. Mangueirão	(91) 32796135
Divisão Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM)	Proteção à mulher.	Travessa Mauriti, 2394 - Marco.	(91)3246-6803/3246-4862 deam@policiacivil.pa.gov.br; carterideam@policiacivil.pa.gov.br cavufpa@gmail.com
CAV – Clínica de atenção à violência da UFPA	Atendimento a pessoas que sofrem violência, com atendimento jurídico, psicológico, Serviço Social, e Saúde a crianças, adolescentes, mulher, idoso, LGT5 e Comunidade em geral, com baixo poder aquisitivo	Av. Augusto Correa, n 1 – Guamá (UFPA). Horário de funcionamento: as sextas-feiras 08:00 às 12:00 horas Bloco L (NPI) Campus Profissional	
Clínica de Psicologia da UFPA	Prestadora de serviços à comunidade por meio do atendimento psicossocial, a crianças, adolescentes e adultos. Serviço Social, Psicologia e Médico (psiquiatra) e Comunidade em geral, com baixo poder aquisitivo	Av. Augusto Corrêa, s/n – Guamá (UFPA). Horário de funcionamento: 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00 horas	(91) 3201-7669
Clínica de Psicologia da UNAMA	Atende à demanda de usuários em acesso ao atual sistema público ou privado de saúde. Psicologia Crianças, adolescentes, adultos e terceira idade.	Campus Alcindo Cancele Bloco F – 1º andar	(91)4009-3012 psico@unama.br
Clínica de Psicologia da ESAMAZ	Prestadora de serviços à comunidade por meio do atendimento psicossocial Psicologia Crianças, adolescentes, adultos e terceira idade	Unidade São Pedro 1º andar Trav. São Pedro, 544, Campina Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira 08:00 às 18:00	(91) 99292-4002

Links para mais informações

Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência (Ministério da Saúde, 2010).

bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf

Protocolo de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (Guzzo et al. 2010).

<https://www.tjdft.jus.br/.../ProtocoloAtenIntegralCriançasAdolescentesVítimasViol.pdf>

Instrutivo para Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/autoprovocada (Ministério da Saúde, 2014).

bvsms.saude.gov.br/.../viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

Estatuto da Criança e do Adolescente - Planalto

www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

REFERÊNCIAS

BRASIL, Estatuto da Criança e do adolescente. São Paulo: Imprensa Oficial, 1990. BRASIL, Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência, 2010.

BRASIL, Ministério da Justiça. Guia de Atuação Frente aos Maus-Tratos na Infância e na Adolescência, 2ª edição. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Centro Latino – Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), FIOCRUZ. Secretária de Estado dos Direitos Humanos. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. – Brasília, MS, 2016.

COSTA, Euriane Castro. Infância violada: violência sexual narrada pela mídia impressa. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem (FAENF), Belém, 2018.

MARTINS, D. C. et al. Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. Cadernos de Graduação. Ciências Biológicas e de Saúde. Unit Aracaju v. 4, n. 2, p. 155-168 | Out. 2017. ISSN eletrônico 2316-3143.

MELO, S.A. et al., Assistência de enfermagem a criança e ao adolescente em situação de violência doméstica. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, Nov/Dez. de 2016, vol. 10, n. 32, p. 245-259. ISSN:1981-1179.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre a violência e a saúde. Genebra: PMS, 2002.

PARANHOS, Sheila Barbosa. Retrato da violência sexual contra crianças e adolescentes. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pará. Belém-PA, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de atenção frente a maus-tratos na infância e adolescência: guia para pediatras e outros profissionais. SBP/CLAVES/SEDH – MJ. Rio de Janeiro, 2000.

TAPIA, C. L. V.; ANTONIASSI, L. J.; AQUINO, J.P. Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes *Revista Saúde em Foco*, Teresina, v. 1, n. 1, art. 7, p. 93-102, jan./jul. 2014.

VALERA, I.M.A et al. Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 17(3): 103-111, jul-set, 2015.

VELOSO, M.M.X. Maus tratos contra criança e adolescente: limites e possibilidades de profissionais de saúde. Tese de doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará, 205pp. Belém, 2015.

VELOSO, M. M. X. et al, *Violência contra crianças e adolescentes. Orientações para profissionais de saúde* (cartilha). Universidade Federal do Pará. Belém, 2015.

