

---

# **Abuso sexual infantil: conhecimento do enfermeiro sobre o seu papel no acolhimento das vítimas e na notificação de casos**

Vera Lúcia Barreto Pedroso

Enfermeira

Mestre em Psicologia Forense – UTP

Maria da Graça Saldanha Padilha

Psicóloga

Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos

Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia – UTP

---

## Resumo

O presente trabalho apresenta dados sobre o conhecimento de vinte enfermeiros que atuavam na rede pública de um município na Região Metropolitana de Curitiba sobre o abuso sexual contra crianças e adolescentes. A idade dos participantes variou de 27 a 55 anos, com média de 17 anos de formação em enfermagem e 7,2 anos de dedicação ao serviço público na prefeitura. Para a coleta de dados, foram realizados dois grupos focais com os participantes, abordando seis temas por meio de um roteiro de perguntas, que permitiram a emergência das seguintes categorias de dados: O que é abuso sexual contra criança e adolescente, O papel do enfermeiro frente ao abuso sexual, Indicadores do abuso sexual, Consequências do abuso sexual para a vítima, Porque o abuso sexual ocorre e Como proteger a criança contra o abuso sexual. A análise dos dados demonstrou que o conhecimento dos participantes sobre o que é abuso sexual é empírico, ficando evidente a falta de informação durante a formação desses profissionais. Foi observado que o papel do enfermeiro frente ao abuso sexual é um tema gerador de ansiedade, pois os participantes relataram a falta de apoio de órgãos competentes para notificação, seja quanto ao sigilo do nome do notificador, seja quanto à falta de informações necessárias para dar continuidade ao acompanhamento dos casos. Outra questão importante relatada pelos participantes foi o receio de fazer a notificação obrigatória, em função de possíveis retaliações por parte de supostos agressores contra o profissional que notifica, o que leva o enfermeiro a utilizar-se de denúncias anônimas para interromper o ciclo da violência sexual contra crianças. Os participantes demonstraram ainda baixo nível de informação quanto a indicadores do abuso sexual, causas do abuso sexual, consequências do abuso sexual e prevenção do abuso sexual, carecendo de mais treinamento nas práticas relativas à prevenção que são preconizadas ao profissional de enfermagem.

**Palavras-chave:** Abuso sexual infantil. Enfermeiro. Acolhimento.

## Abstract

This paper presents data on the knowledge of twenty nurses working in public a municipality in the metropolitan region of Curitiba on sexual abuse against children and adolescents. The age of participants ranged from 27 to 55 years, averaging 17 years of nursing education and 7.2 years of dedication to public service at City Hall. To collect data, two focus groups with participants were conducted, covering six themes through a set of questions that allowed the emergence of the following categories of data: What is sexual abuse against children and adolescents, the role of nurses against sexual abuse, indicators of sexual abuse, consequences of sexual abuse for the victim, why the sexual abuse occurs and How to protect children from sexual abuse. Data analysis showed that participants' knowledge about what sexual abuse is empirical, evidencing the lack of information during their training. It was observed that the role of the nurse in the sexual abuse issue is a generator of anxiety when participants reported a lack of support from relevant bodies for notification, either as to the confidentiality of the name of the notifier, as is the lack of information necessary to continued monitoring of cases. Another important issue reported by participants was the fear of making the required notification, due to possible retaliation against the perpetrators of alleged professional who notifies, which leads the nurse to make use of anonymous tips to break the cycle of sexual violence against children. Participants also showed low level of information as indicators of sexual abuse, causes of sexual abuse, consequences of sexual abuse and sexual abuse prevention, needing more training in practices relating to prevention that are recommended for the nursing professional.

**Keywords:** Child sexual abuse. Nurse. Reception.

A violência sexual contra criança e adolescente é considerada um problema de saúde pública, fazendo-se necessária uma equipe multidisciplinar capacitada para o atendimento e encaminhamento de casos de abuso sexual, demanda que infelizmente vem crescendo no país. O enfermeiro faz parte do grupo de profissionais que integram essa equipe e diante desse contexto, surge a seguinte questão: o enfermeiro e sua equipe reconhecem, diante do comportamento da criança ou indicações dos familiares, sinais de abuso sexual infantil?

A violência contra a criança não é um fato recente e têm-se registros na história da humanidade. Entretanto, a atenção apresentada ao problema da violência infanto juvenil e aos casos de maus tratos que estão frequentemente nos meios de comunicação social nos fazem refletir que estes problemas são crescentes (Lidchi, 2010). O abuso infantil se tornou um problema de saúde pública que vai além da ação e omissão do adulto cuidador, tendo como resultado o dano no desenvolvimento físico, emocional e intelectual da criança (Rovinski e Cruz, 2009).

A violência assume importância entre as causas de mortalidade e morbidade na infância e adolescência e por isso o reconhecimento dos mecanismos e fatores associados, suas implicações, formas de identificação e abordagem. Além disso, políticas e estratégias desenvolvidas para o enfrentamento são de grande importância (Martins e Jorge, 2011).

O abuso sexual da criança e adolescente deve ser visto tanto como uma questão de violação dos direitos da criança quanto como um problema de saúde física e mental. As agências de assistência a crianças e adolescentes e os profissionais da lei interferem com perspectiva normativa para protegerem a criança e o adolescente do abuso e a punição dos perpetradores pelo crime cometido, enquanto os profissionais da saúde mental estabelecem programas de tratamento para lidarem com as sequelas psicológicas do abuso sexual. A primeira providência de proteção à criança é fazer com que a questão saia do segredo e se torne revelada, por meio da notificação da violência (Furniss, 1993; Amêndola, 2009).

### O Abuso Sexual: a relação abusiva e suas consequências

Entende-se que o abuso sexual infantil pode ser definido como ato ou jogo sexual, relação homossexual

ou heterossexual entre um ou mais adultos e uma pessoa menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual (Williams, Maia & Rios, 2010). Este fato violento pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos) até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual, com ou sem penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucro como é o caso da prostituição e da pornografia (Brasil, 2002a).

Padilha e Gomide (2004) citam que há três que mostram que criança não está apta para decidir sua participação na relação abusiva: *a primeira* é que o adulto utiliza a criança para estímulo sexual; *a segunda* é que o uso do poder e coerção por parte do adulto muitas vezes não pode ser reconhecido; *a terceira* é que não existem marcas físicas de que o abuso sexual aconteceu. A característica ardilosa do abuso sexual é a ocorrência de uma relação de dominação psicológica e controle baseado a hostilidade e agressividade, onde o abusador, sem consentimento válido, aproveitando-se da superioridade e da confiança que lhe foi dada, procura seu prazer sexual causando danos à criança e ao adolescente que não tem condições de reagir. Pelo caráter insidioso e sedutor com que o abusador aborda suas vítimas, estas se sentem privilegiadas pela relação, não reconhecendo a circunstância como violência, além da imaturidade física e emocional para perceber a

realidade (Leite, 2009; Pfeiffer e Salvagni, 2005; Martins e Jorge, 2011).

A experiência de abuso sexual pode apresentar impacto de diferentes maneiras, uma vez que algumas vítimas apresentam efeitos mínimos ou nenhum efeito aparente, enquanto outras desenvolvem severos problemas emocionais, sociais ou psiquiátricos. O impacto do abuso sexual na criança está associado a fatores intrínsecos à mesma, como a vulnerabilidade e a resiliência que compreende como o temperamento, resposta de nível de desenvolvimento neuropsicológico e a fatores extrínsecos como fatores de risco e proteção considerando os recursos sociais, funcionamento familiar, recursos emocionais dos responsáveis e recursos financeiros para acesso de tratamento. Crianças que não dispõem de rede de apoio social e afetiva tendem a apresentar consequências negativas exacerbadas (Habigzang; Azevedo; Koller; Machado, 2006).

A violência sexual pode acarretar alterações bruscas no comportamento da criança tais como alteração do sono, queda brusca no rendimento escolar, medo inexplicável de ficar sozinha na presença de um adulto estranho ou algum específico e apresentar brincadeiras agressivas com brinquedos ou pequenos animais. Pode apresentar também dificuldades em sua adaptação afetiva e pode sofrer efeitos do pacto do silêncio sendo vítima de ameaça e pressões para não revelar o

abuso. O sentimento de culpa está ligado diretamente aos efeitos da violência sexual na criança em longo prazo e observáveis na vida adulta compreendidos em problemas de ajustamento sexual, problemas interpessoais e sentimento de auto desvalorização (Woiski e Rocha, 2010).

Conforme a hipótese da transmissão intergeracional da violência, violência e abuso geram violência e abuso, ou seja, pessoas que sofreram violência e abuso na infância ou adolescência tendem a repetir o abuso com sua prole ativa ou passivamente. Desta forma, estabelece-se um processo defensivo onde a vítima pode se tornar o agressor, convertendo-se em molestatador e tornando o abuso um legado, devendo ser também foco de estratégia de prevenção para evitar que se repita em gerações posteriores. (Padilha & Gomide, 2004; Pfeiffer & Salvagni, 2005).

É fundamental a influência da família e sua desestruturação como preditoras para a criminalidade, o abuso de substâncias e a perturbação mental. Estes acúmulos de riscos estruturais e sociais a que crianças dessas famílias estão expostas trazem maior probabilidade da manifestação de problemas. Quanto mais tempo a criança estiver envolvida no abuso sexual, piores os problemas psicológicos, comportamentais e de relacionamentos. (Aded, Dalcin, Moraes. Cavalcanti, 2006).

## O Enfermeiro frente à violência sexual contra crianças

No Brasil, entre outros planos que governam a segurança e o bem estar da criança e do adolescente, o Plano Nacional de Saúde (PNS) promove um conjunto de ações organizadas e acolhimento no combate à violência sexual infanto-juvenil, que permite a intervenção política, técnica e financeira. A estrutura do seu quadro operacional é em torno de seis eixos estratégicos: 1) *Análise da situação* – conhecer o mecanismo da violência sexual contra crianças, a análise da situação, o enfrentamento da problemática, financiamento, monitoramento e a avaliação do plano e a divulgação dos dados e informações à sociedade brasileira; 2) *Mobilizar e Articular* – fortalecer as articulações de combate e a eliminação da violência sexual como o *tráfico para fins sexuais e turismo sexual*, tanto na rede local, quanto regional e nacional; 3) *Defesa e Responsabilização* – Atualização das leis sobre crimes sexuais, disponibilizar serviços de notificação e capacitar a rede de proteção e promoção; 4) *Atendimento* – garantir o atendimento de profissionais especializados e capacitados para o atendimento em rede às crianças e aos adolescentes em situações de violência sexual e as suas famílias; 5) *Prevenção* – ações preventivas contra violência sexual, educando as crianças e adolescentes a

autodefesa e 6) *Protagonismo infanto-juvenil* - a participação ativa das crianças e adolescentes pela defesa de seus direitos (Paixão e Deslandes, 2010; Brasil, 2002b).

O acolhimento na sua definição é um posicionamento ético que não implica especificidade de um profissional para fazê-lo. Implica compartilhamento de saberes, e criatividade no modo de fazer e é quando o profissional toma para si a responsabilidade de abrigar e acolher a criança e o adolescente em suas demandas, com resolutividade de acordo com cada situação. Portanto o acolhimento só ganha sentido se for efetuado como linha de cuidado, uma ação contínua em todos os locais e processos de produção de saúde diferente da triagem tradicional (Brasil, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, há atribuições e responsabilidades dos profissionais envolvidos nas notificações e no atendimento (Brasil, 2002d). É da competência do enfermeiro: estar atento para os sinais de violência durante a realização das visitas domiciliares de rotina; capacitar/sensibilizar os componentes da equipe da Unidade de Saúde para o reconhecimento de sinais de violência em crianças, adolescentes e suas famílias; manter a equipe alerta para os sinais de violência; auxiliar o agente comunitário de saúde e os demais profissionais na avaliação de suspeita de violência, na classificação da gravidade e nos encaminhamentos e procedimentos necessários; garantir

os encaminhamentos/procedimentos necessários para o atendimento; gerenciar o preenchimento e garantir o encaminhamento das 1ª e 2ª vias da ficha de notificação e o arquivamento e registro da 3ª via na Unidade de Saúde, em todos os casos identificados, incluindo-se aqueles considerados leves; garantir a comunicação dos casos moderados e graves ao Conselho Tutelar e/ou à rede de proteção via fax ou telefone; receber as solicitações do Conselho Tutelar, escolas, creches de apoio na avaliação de sinais de violência, orientando o agente comunitário de saúde e encaminhando o relatório feito por ele ao solicitante; incluir o tema violência intradomiciliar nas ações educativas promovidas pela Unidade de Saúde e destinadas a grupos de mães gestantes ou comunidade; participar da direção da Rede Local de Proteção (Brasil, 2002d).

Os casos notificados são encaminhados aos Conselhos Tutelares, aos serviços de atendimento e aos programas e projetos que atendem uma grande parcela das vítimas de violência, porém, uma parcela maior está nos casos não notificados, constituindo a violência silenciosa que não aparece por falta de notificações e cobertura dos serviços. (Martins e Jorge, 2011; Brasil, 2002c). No atendimento hospitalar, nem sempre os familiares ou responsáveis que levam a criança para ao atendimento revelam a veracidade da violência. Dessa forma, o reconhecimento dos sinais das várias

formas de violência contra a criança deve fazer parte da rotina dos profissionais da saúde, assim como a abordagem dessas situações que muitas vezes são complexas. Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de maus tratos requer, além de habilidade, sensibilidade e compromisso com essa causa (Woiski e Rocha, 2010).

A participação dos profissionais de serviços de saúde no diagnóstico dos diferentes tipos de violência é de dimensão importante, por serem tais serviços lugares privilegiados para a suspeita, detecção e a primeira abordagem à criança ou adolescente vítima de violência. O serviço de saúde é o primeiro lugar que a família busca o tratamento da lesão ou problemas de saúde decorrentes dos maus tratos físicos ou negligência. Na entrevista com a família, os dados podem divergir dos achados clínicos e não fazer sentido com a história relatada. A equipe de saúde deve investigar, documentar e avaliar a ocorrência de violência sempre que encontrar um ou mais achados durante o exame físico.

Na resolução do Conselho Federal de Enfermagem número 311/07 (Brasil, 2007), o artigo 34 cita as proibições de provocar, cooperar, ser conivente ou omisso com qualquer forma de violência. No capítulo II do sigilo profissional, o artigo 82 obriga a manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional,

exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal. E mais específico em relação ao cuidado de criança no parágrafo quatro diz: o segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, *exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo*.

Segundo órgãos competentes, o número de notificações mostra o silêncio das famílias diante da violência sexual em crianças e adolescentes. O preenchimento correto dos dados ajudará na assistência e no diagnóstico precoce dos fatores de risco para a violência infantil e adolescente e sua possível prevenção (Machado, Lueneberg, Regis & Nunes, 2005).

Uma pesquisa feita em um hospital de referência em atendimento de emergência a crianças que sofreram abusos sexuais, numa capital da região sul do Brasil, relata que a equipe de enfermagem percebe que os cuidados à criança vítima de violência sexual vão além das técnicas de procedimentos, pois ela se envolve emocionalmente com a criança e sua família, manifestando sentimentos e emoções que influenciam diretamente na realização de cuidados. Segundo os autores, o enfermeiro e a equipe de enfermagem sentem a necessidade de capacitação, treinamento e

dinâmica de grupos periódicos para a manutenção do grupo e a estruturação da assistência de enfermagem no atendimento as crianças vítimas de violência sexual (Woiski & Rocha, 2010).

Profissionais da saúde demonstram dúvidas e desconforto quanto ao manejo da situação ao se depararem com casos de abuso de criança e adolescente (Woiski e Rocha, 2010; Martins e Jorge, 2011). O medo de retaliações dos pais e se envolverem em conflitos particulares e represálias são agravados, muitas vezes, por falta de estrutura no serviço e colaboram com a continuidade das subnotificações. Equipes que trabalham junto com a população como a Estratégia Saúde da família (ESF) onde muitos municípios não contam com protocolos de atendimento implantados e nem redes de proteção que permitam mapear e prevenir a violência onde é produzida. A atenção à saúde, na questão da violência contra a criança e adolescente, não deve se limitar somente ao atendimento das lesões decorrentes, mas sim a oferecer atenção especializada e capacitação (Martins e Jorge, 2011).

Não são todos os enfermeiros que trabalham com a população vulnerável, mas é de grande importante ter a habilidade de identificar sinais e sintomas de abuso sexual, bem como os comportamentos sexuais normais ou não, diagnósticos de doença sexualmente transmissível, problemas de saúde que podem ser o indicativo de



abuso, conhecimento do sistema de notificação e a forma adequada de abordagem de intervenção sem adicionar danos à criança (Algeri et al, 2011).

Independente da área em que atue, cada profissional de alguma maneira é responsável pelas crianças e adolescentes que estão em situação de violência, sendo dever de todos criarem condições adequadas para que isso ocorra. O primeiro passo deve ser o aprofundamento e a ampliação das discussões sobre a questão da violência para que os enfermeiros utilizem de conhecimento científico construído para enfrentarem com urgência o desafio de detectar, cuidar, minimizar, prevenir e notificar situações de violência à criança. (Algeri & Souza, 2006).

Assim, é preciso que profissionais da saúde, notadamente os enfermeiros, estejam preparados para identificar situações de maus tratos e conhecer os procedimentos necessários para comunicar a autoridade competente (Martins e Jorge, 2011). Furniss (1993) aponta no processo de entrosamento, a importância de unir o domínio legal, da saúde e da saúde mental e a necessidade de integração do serviço de proteção.

O presente estudo teve como objetivo verificar o conhecimento do enfermeiro sobre o seu papel no acolhimento das vítimas de abuso sexual e na notificação de casos suspeitos ou confirmados.

## Método

### Participantes

Fizeram parte dessa pesquisa 20 enfermeiros da rede pública de uma cidade da região metropolitana de Curitiba, divididos em dois grupos: Grupo 1 (6 mulheres) e grupo 2 (12 mulheres e dois homens). Foram enviados convites para as Unidades Básicas de Saúde pelo Departamento de Gestão Participativa do Trabalho, Educação e Saúde do município. Os participantes do estudo trabalhavam em unidades básicas ou em pronto atendimento infantil, tendo como critério de inclusão: Enfermeiro com graduação trabalhando no serviço público do município. A idade dos participantes variou de 27 a 55 anos, tempo de formação acadêmica de 3 a 36 anos com a média de 17 anos e tempo de serviço na prefeitura de 1 a 16 anos com a média de 7,2 anos. A participação foi voluntária.

### Instrumento

Roteiro de perguntas para a condução do grupo focal, com seis itens que abordam o conhecimento sobre: o que é abuso sexual, o papel do enfermeiro frente ao abuso sexual, quais os indicadores do abuso

sexual, quais as consequências do abuso sexual a curto, médio e longo prazo, porque o abuso ocorre e como proceder para proteger a criança.

### Procedimento

Esta pesquisa foi realizada no Departamento de Gestão Participativa do Trabalho e Educação a Saúde de um município da região metropolitana de Curitiba. A divulgação foi feita pelo próprio departamento que encaminhou convite para as Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimento Infantil. O Projeto foi aprovado pelo comitê de ética (5295/11) em junho de 2011.

Foram formados dois grupos moderados pela pesquisadora. Depois de formado um círculo, a pesquisadora explicou detalhes do procedimento, como: a gravação dos comentários do grupo para a avaliação posterior; a anotação em sala pelo Assistente de sala; a liberdade para os participantes saírem da sala se assim o desejassem, em caso de alguém se sentir constrangido pela gravação ou pelo tema; caso algum participante se sentisse desconfortável e achasse que necessitaria de orientação psicológica, foi orientado que entrasse em contato com a pesquisadora ou o assistente de sala, para um possível encaminhamento; foi orientado que falassem bem alto e um por vez, pois a opinião de todos era muito importante; que dissessem

o que pensavam, não se preocupando com o que seus colegas pensavam ou com o que a pesquisadora pensava; que a pesquisadora não emitiria nenhuma informação. Os participantes se identificaram dizendo seu nome, em qual posto trabalhavam, há quanto tempo atuavam no município e o tempo de atuação na área, após escreveram seu nome em uma etiqueta e colaram no peito.

Em seguida foram apresentadas as questões do roteiro de perguntas abertas. Cada pergunta era lida pela pesquisadora e os participantes eram convidados a expressarem suas opiniões. Após as respostas de cada participante, eram dadas dicas para encorajar os participantes a explorarem a fundo cada questão. A pesquisadora teve o cuidado de facilitar a participação daqueles que falavam pouco em relação aos outros. O tempo decorrido para cada grupo foi de aproximadamente duas horas.

Esta pesquisa teve como método de análise a abordagem qualitativa descritiva exploratória, conforme Flick (2009). Os dados obtidos com as transcrições das gravações foram analisados de acordo com as seis perguntas norteadoras, que foram transformadas em seis categorias. Os dados foram categorizados após serem identificados os trechos correspondentes em todas as questões chaves. As discrepâncias e inconsistências foram discutidas e as transcrições foram refinadas e

expandidas ou sub categorizadas e recolhidas de cada tema finalizado. A média de informações foi saturada quando se iniciou a repetição das falas.

## Resultados e Discussão

Os participantes a princípio mostraram-se tímidos, sendo necessário que a pesquisadora os incentivasse para chegar ao objetivo. Os participantes começaram a responder conforme seus conhecimentos e experiências contando casos vividos nos seus trabalhos e trocando informações, sentindo-se mais à vontade quando perceberam que todos tinham as mesmas dúvidas.

As análises e discussões serão debatidas conforme a ordem das questões apresentadas, transformadas em seis categorias para melhor entendimento e avaliação do objetivo proposto, ou seja, verificar o conhecimento dos enfermeiros participantes quanto à questões abaixo.

### 1 O que é abuso sexual contra criança e adolescente

A maioria dos participantes concordou que o abuso sexual contra a criança e adolescente caracteriza-se pela própria violência, reconheceram que não é necessária a penetração para caracterizar o abuso sexual e a vítima sofre tanto danos físicos como psicológicos.

Os enfermeiros concordaram que a criança é abusada sem o seu consentimento por pessoas próximas ou desconhecidas e que o abusador exerce seu poder traindo a confiança da criança. Afirmaram também que o uso de imagens e despir a criança de forma a mostrar sua parte sexual também são formas de abuso.

*O abuso é uma pessoa que tem digamos mais poder sobre a criança. A criança confia nela, então confiando nela a pessoa acaba abusando dela, tomando parte do corpo de uma pessoa. Tomar parte de alguma coisa que não é sua sem o consentimento da outra pessoa.*

*É um momento em que a criança é acariciada de uma forma diferenciada, com outras intenções [...] eu entendo que a criança seja provocada em certas reações por outras pessoas também é abuso sexual sem penetração, né.*

*O nome já diz, né é você abusar de uma pessoa inocente né, sem defesa. Uma coisa doentia.*

*Pode só mostrar imagens para a criança como também fazer com que ela tire a roupa e se mostre nua de forma que mostre sua parte sexual.*

*Na minha visão não significa o ato em si, a penetração em si, mas o toque a forma dele estar manipulando a criança ou que a criança faça sexo oral acaba caracterizando o abuso.*

O Abuso sexual infantil é uma forma de maus tratos praticados contra a criança. A definição de maus tratos é divulgada pela Organização Mundial de Saúde diz:

*Abuso infantil e maus tratos constituem todas as formas de abuso físico, emocional, sexual, negligência ou tratamento negligente, comercial e outras explorações, resultando em um dano potencial ou real para a saúde da criança e do adolescente, para a sua sobrevivência, desenvolvimento e dignidade, no contexto da relação de responsabilidade, confiança e poder (World Health Organization, 1999).*

Os participantes demonstraram conhecer os aspectos fundamentais sobre o abuso sexual: os tipos de aproximação com o adulto que podem ser considerados como abuso, a imposição de poder típica das relações abusivas, a presença de abuso psicológico como coadjuvante do abuso sexual.

## *2 O papel do enfermeiro frente ao abuso sexual*

Nesse momento da discussão os participantes foram unânimes ao responder que sentem dificuldades em abordar um caso de abuso sexual, pois falta informação na formação acadêmica e há dificuldades encontradas em seu território de trabalho, que vão de encontro ao que afirma Dobke (2001): todos os profissionais que trabalham com crianças precisam ter noções de princípios básicos sobre o abuso infantil. Sem este conhecimento básico pode haver falhas no atendimento, como também se pode infligir um dano secundário (decorrente de mau atendimento), além

dos danos primários causados pelo próprio abuso. Os enfermeiros mostraram pouco conhecimento do seu papel no atendimento à criança vítima. Diante disso, necessidade de cursos de extensão e palestras para a abordagem do tema abuso sexuais.

*A gente age empiricamente porque não temos formação, conhecimento e acabamos agindo pelo melhor caminho né (GF1).*

*Quando a gente trabalha com saúde da família e começa a ir para a casa das pessoas, então começa a perceber certos comportamentos que você não percebe na unidade básica [...] tenho uma dificuldade muito grande em trabalhar com isso, porque muitas vezes a mudança no comportamento é muito sutil e você não percebe [...] precisa ter sensibilidade para pegar. Acho que acontece muito abuso, mas está mascarado dentro da família.*

Os enfermeiros demonstraram conhecimento da existência das duas formas básicas de atendimento, sendo a primeira o atendimento de emergência com sinais e sintomas de abuso confirmado, que deve ser encaminhado para o hospital de referência. Segundo autores, deve-se suspeitar de abuso ou agressão sexual sempre que estiver diante de sinais e sintomas suspeitos; deve ser feito o diagnóstico por meio de exame médico laboratorial (Brasil, 2002 d; Martins e Jorge, 2011; Pfeiffer e Salvagni, 2005). A segunda forma é quando há queixa ou suspeitas sem evidências físicas com a consequente dificuldade de abordar a criança e a família.

Explicaram que é necessário ter tato com a criança para que ela possa confiar no profissional e contar o ocorrido. Entretanto, reconheceram as dificuldades típicas dos encaminhamentos necessários.

*A gente tem muita dificuldade, quando é para encaminhar a parte técnica não tem problema quando temos que encaminhar para o hospital de referência; agora quando tem que fazer a proteção da criança que tem que depender de outro serviço é complicado. É fazer o atendimento básico. O enfermeiro vai fazer a coleta de exames, depois encaminhar para o psicólogo. É difícil, mas quando você tem ideia aí vai abordar, não sei muito a atitude da gente.*

*O atendimento eu vejo de duas formas aquela do abuso em si que está característico na hora que acontece [...] e a outra é o caso de longo tempo até que alguém toma uma providência. As duas são diferentes [...] a segunda precisa ter um feeling, ter um tato para que a mãe acredite em você [...] e nem sempre a atitude que vc deve tomar está de acordo com o que a mãe quer [...].*

*O enfermeiro recebe primeiro esta criança e às vezes a gente recebe o caso naquela loucura que é o nosso trabalho [...] aí você deixa de olhar para a pessoa e ouvir porque as vezes não é só a fala, mas o comportamento uma reação que você percebeu.*

De acordo com Woiski & Rocha (2010), a equipe de enfermagem percebe que os cuidados à criança vítima de violência sexual vão além das técnicas de procedimentos, pois ela se envolve emocionalmente com a criança e sua família, manifestando sentimentos e emoções que influenciam diretamente na realização de

cuidados. Segundo os autores, o enfermeiro e a equipe de enfermagem sentem a necessidade de capacitação, treinamento e dinâmica de grupos periódicos para a manutenção do grupo e a estruturação da assistência de enfermagem no atendimento as crianças vítimas de violência sexual. Os participantes da presente pesquisa também externaram as preocupações relativas à capacitação:

*Dificuldades de abordar esta criança: você fica cheio de cuidados no que vou falar para não prejudicar ainda mais, você não sabe falar com a mãe [...] a gente não tem este conhecimento.*

*Às vezes chega até ser meio frustrante, por causa da questão de você não poder lidar com a situação, você não percebe coisas que estão claras, você observa o caso no primeiro momento, você vê não consegue proteger ou evitar que a coisa chegue lá na frente com o fato consumado.*

A primeira providência de proteção à criança é fazer com que a ação saia do segredo e se torne revelada, através da notificação da violência (Furniss, 1993; Amendola, 2009). No entanto os participantes desta pesquisa mostraram temores em notificar os casos ou suspeitas para os Conselhos Tutelares, temendo a represália da família acusada, chegam a fazer denúncias anônimas para não comprometer a equipe. Mostraram sua indignação com a equipe de apoio e a falta de respaldo de conselhos tutelares.

*Tenho receio de denunciar as suspeitas, pois sinto o dever de preservar a equipe de enfermagem e as agentes comunitárias que visitam as famílias.*

*Concordo que a situação é bem complicada até porque a gente não tem uma formação, assim a gente tenta ter jogo de cintura porque é bem complicado.*

*Às vezes o enfermeiro vê o que está acontecendo, mas fica meio amarrado com o encaminhamento porque o abusador passa a ser a vítima e aí fica bem complicado, por isso tem que ter uma equipe.*

*Aí o marido é traficante do pedaço e você tem que denunciar... não falo nada por medo de levar um tiro.*

*As pessoas têm medo de preencher ficha de notificação, têm medo de se expor, pois temos que responder por suspeitar e elas têm muito medo disto.*

*A gente como enfermeiro tem dificuldades para detectar casos, então para notificar as pessoas ficam realmente inseguras.*

*Às vezes a gente faz a primeira a segunda a terceira denúncia e não tem retorno vai chegar uma hora que vão pensar: porque estou fazendo isso, entendem? Acho que isso para o profissional é muito frustrante.*

*O abuso quando tem parte física e é notório você consegue notificar, agora quando é apenas suspeitas...*

*Não temos retorno nos casos que notificamos, segundo o conselho por causa do sigilo, porém a equipe continua atendendo a família conta um caso notificado que foi para o IML e depois a equipe ficou sabendo que era mentira da menina porque não houve penetração. Fica uma situação difícil para a equipe que continua a atender a família.*

*O conselheiro tutelar contou para o pai e a mãe da suspeita da equipe de enfermagem. Não temos retaguarda do conselho tutelar”.*

*[...] a gente denuncia na nossa área anonimamente porque se disser que foi a gente do posto de saúde podem ir lá e pegar a gente depois.*

*Eu acho que para nós seria interessante um retorno do Conselho tutelar até para dizer se estou no caminho certo de verificar de ficar atenta.*

*As vezes a rede de apoio não te dá apoio.*

*(...) quando você denuncia alerta a família que tem algo errado, o conselho foi acionado a família vai ficar esperta mesmo que fale que não há nada no momento essa família vai ter antecedente e se acontecer alguma coisa vai reforçar o primeiro [...] não se omite se não der em nada já terá o registro da família e te respalda de algum acontecimento.*

Os enfermeiros demonstraram saber que, ao perceber algo suspeito, é imprescindível o encaminhamento da família para outros profissionais, fazendo a notificação na tentativa de inibir com o abuso infantil. O enfermeiro deve atuar nas visitas domiciliares que mantêm um importante papel na prevenção dos diversos tipos de abuso infantil; como educador, o enfermeiro pode criar programas de educação para crianças, pais e outros profissionais. Enquanto em outros países desenvolveram-se protocolos para a educação e a orientação da criança contra o abuso sexual, no Brasil existem poucas ações e ainda é difundida a falsa ideia de que se falar com a criança sobre o assunto irá assustar ou estimular sua curiosidade sobre sexo (Algeri; Zottis; Pereira; Almoarqueg e Borges 2011).

A participação dos profissionais de serviços de saúde no diagnóstico dos diferentes tipos de violência é de dimensão importante, por serem tais serviços lugares privilegiados para a suspeita, detecção e a primeira abordagem à criança ou adolescente vítima de violência. O serviço de saúde é o primeiro lugar em que a família busca o tratamento da lesão ou problemas de saúde decorrente dos maus tratos físicos ou negligência. Na entrevista com a família, os dados podem divergir dos achados clínicos e não fazer sentido com a história relatada. A equipe de saúde deve investigar documentar e avaliar a ocorrência de violência (Brasil, 2002c). Entretanto, como se pode observar das falas dos participantes, os procedimentos de atendimento e prevenção geram ansiedades no profissional, em virtude da percepção de que não há apoio ao profissional que notifica por parte dos órgãos que acolhem a notificação, seja no sentido de manter o sigilo quanto ao nome do notificante, seja pelo alerta quanto à volta das vítimas e suas famílias ao serviço de saúde.

### 3 Indicadores do abuso sexual

Os participantes foram unânimes em dizer que se a criança não falar é difícil reconhecer os sinais e indicadores do abuso sexual, mostrando assim o despreparo para o atendimento; também relataram que

com a divulgação da mídia de casos de abuso infantil as pessoas estão denunciando mais.

*Para detectar no momento eu teria dificuldade [...] problemas psicológicos na criança, pode ficar com medo ou um pouco desinibida na parte sexual, mas no momento eu não teria segurança para detectar.*

*Tem a questão da proteção do sexo oposto, o pai superprotege a filha e a criança adora o pai, ele cuida tanto que não deixa ninguém chegar perto da criança, e você percebe que algumas crianças falam coisas que não são da idade delas, então percebe que são indicadores.*

*No pronto atendimento quando a criança é um pouco maior a gente fica um pouco assim, porque a criança não quer ir embora fica dizendo que fica doendo ainda, começa a dissimular a doença, não quer ir embora.*

*Nos meus 34 anos de profissão, vejo as coisas bem fracionadas, onde você fica atento em uma determinada coisa e depois em outra. Acho que o abuso sexual está mais aberto hoje, há 30 ou 40 anos atrás não era tão aberto, as crianças estão falando mais [...].*

*Quando a gente faz uma pergunta para a mãe e ela não sabe, é uma coisa óbvia [...] a mãe pergunta para o pai e o pai pergunta para a mãe e não respondem.*

*O comportamento muda, a criança fica retraída, às vezes não olha pra gente e se ela fala olha para os pais primeiro, o pai fica olhando para a criança e não deixa ela falar.*

A violência sexual pode acarretar alterações bruscas no comportamento da criança tais como alteração do sono, queda brusca no rendimento escolar, medo inexplicável de ficar sozinha na presença de um adulto

estranho ou algum específico e apresentar brincadeiras agressivas com brinquedos ou pequenos animais. Pode apresentar também dificuldades em sua adaptação afetiva e pode sofrer efeitos do pacto do silêncio sendo vítima de ameaça e pressões para não revelar o abuso. O sentimento de culpa está ligado diretamente aos efeitos da violência sexual na criança em longo prazo e observáveis na vida adulta compreendidos em problemas de ajustamento sexual, problemas interpessoais e sentimento de autodesvalorização (Woiski e Rocha, 2010).

Além disso, pode haver a presença de indicadores específicos, como sintomas de estresse pós-traumático e comportamento sexualizado (Wolfe, 1998). Pelas falas dos participantes, conclui-se que não tiveram treino compatível com o reconhecimento de tais indicadores. Estes conhecimentos são instrumento importante para a avaliação do enfermeiro diante de uma criança suspeita.

#### 4 Consequências do abuso sexual para a vítima

Os participantes se dividiram em várias opiniões, mas concordaram que a vida psicológica da criança vítima é afetada e que precisa de cuidados. Outro ponto discutido foi a crença de que a vítima de abuso se tornará um abusador. O conhecimento de

consequência de abuso sexual a curto, médio e longo prazo fica restrito em falas curtas como dificuldades nos relacionamentos, sentimento de culpa e medo, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, falta de confiança com adultos, e a intergeracionalidade da violência,

*O quanto essa criança já sofreu psicologicamente falando e os traumas que ela carrega [...] dificuldade para confiar nas pessoas, no relacionamento interpessoal, medo isolamento, precisa de acompanhamento.*

*No psicológico dela principalmente dependendo da situação do abuso vai acarretar e muito na vivência dela, no seu futuro vai ser um abusador, um psicopata, tudo vai depender do ambiente que ela vive [...] medo.*

*Dificuldades no relacionamento com outras crianças, isolamento por vergonha.*

*Vai ser um abusador no futuro não é? Esta emocionalmente abalado pode seguir um outro caminho, vai fazer o que fizeram com ele.*

*Acho difícil esta pergunta, mas em curto prazo medo, insegurança a criança vai achar que ela mesma é culpada e não vai confiar nem mesmo na sua própria mãe. Em médio prazo gravidez, doenças, em longo prazo com medo se relacionar, uma criança traumatizada faz com o outro o que sofreu podendo ser um abusador um psicopata, qualquer tipo de violência (GF1).*

*Passando por uma situação desta pode se criar um adulto com atitudes diferentes do que a gente chama de normal, né.*

*Quando a gente fala de abuso a gente vai muito à questão de violência física e às vezes a criança é abusada de uma maneira não agressiva, mas estão usando o corpo dela e ela perde o limite do que é seu corpo e o corpo do outro ela acha que vai poder abusar.*



Autores como Padilha, (2007) e Martins e Jorge (2011) citam que as consequências do abuso para a criança são os efeitos diversos de uma situação de trauma: desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental principalmente em casos de incestos; culpa e a síndrome dos bens danificados; (o sentimento da perda da inocência e que seus sonhos foram destruídos); depressão, baixa autoestima, empobrecimento de habilidades sociais, raiva, incapacidade para confiar e tendo uma visão pessimista do mundo; transtorno pós-traumático, hipervigilância, agressividade, distúrbio do sono, sentimento de infelicidade e pânico, regressões de fases anteriores, dificuldade escolar, comportamento autodestrutivo; repetição de maus tratos infantis, futuros pais /mães que maltratam (intergeracional). É possível que a pior consequência do abuso seja o impedimento de aprender como se proteger, tornando-se uma pessoa passiva, pois não acredita na própria capacidade de controlar situações de sua vida.

##### 5 Porque o abuso sexual ocorre

Os enfermeiros participantes demonstraram uma noção diversificada sobre a questão de porque o abuso ocorre. Alguns do grupo disseram que o abuso ocorre

pela não percepção do artifício em que a criança está exposta a princípio e outros pela responsabilidade da educação familiar e a própria omissão nos casos.

*Eu acho que o abuso acontece porque a princípio a criança não tem noção do que está acontecendo, mas de certa forma ela sabe que não está correto [...].*

*A criança não nasce com a noção do certo e errado, quem dá essa noção é a família.*

*Em relação a abuso entre crianças temos muitos casos e a maior dificuldade é que acontece dentro de casa com a família e a própria família esconde, camufla e quando eles perdem o controle acaba vindo para a gente [...].*

Alguns participantes concordaram que o abuso ocorre pelo caráter duvidoso do agressor, por desconhecer seus limites sexuais e a vulnerabilidade da criança, porém houve divergência de respostas em relação um possível transtorno psiquiátrico, psicológico como também ao desequilíbrio emocional.

*O abuso ocorre porque o adulto não tem boa formação (caráter) e não tem seu próprio limite sobre sua sexualidade e sobre a vulnerabilidade da criança.*

*Ouvindo vocês falarem, não sei se concordo com essa questão de que todo o abusador tem problema psicológico, não consigo acreditar em uma coisa dessas, preciso rever alguns conceitos em relação a isso, não sei se a maioria tem um transtorno emocional.*

*Outros mostraram indignação, concordaram que seriam acontecimentos sociais e culturais que levariam a uma pessoa a cometer tal ato.*

*É safadeza, é querer mostrar que é macho [...] pode ser patológico, mas eu acho que é safadeza, sem-vergonhice mesmo do lado masculino.*

*A gente vai pelo preconceito mesmo ou o cara é sem vergonha mesmo.*

*Não sei pode ser uma consequência cultural né. É uma pessoa com o perfil psicológico doente porque não é comum acontecer.*

*Entra a parte da doença que foi colocada, o acontecimento social que vive, né, como desenvolveu isso? Questão social, cultural, histórico, né.*

*Acho que quem chega a abusar de uma pessoa vulnerável é uma pessoa que tem problemas psicológicos e não está sendo tratado, acaba sei lá mais para mostrar ou sentir que tem poder sobre alguém em razão do seu problema psicológico [...] acho que não é um problema psiquiátrico, mas um transtorno psicológico, mais alguma coisa desequilibrada.*

A característica astuciosa do abuso sexual é a ocorrência de uma relação de dominação psicológica e controle, onde o abusador aproveitando-se da superioridade e da confiança que lhe foi dada procura seu prazer sexual causando danos à criança e ao adolescente que não tem condições de reagir. Pelo caráter insidioso e sedutor com que o abusador aborda suas vítimas, estas se sentem privilegiadas pela relação, não reconhecendo a circunstância como violência, além da imaturidade física e emocional para perceber a realidade (Leite, 2009; Pfeiffer e Salvagni, 2005; Martins e Jorge, 2011; Padilha e Gomide, 2004).

Pode-se observar que os participantes mostraram desconhecer a noção de multideterminação do abuso sexual (Finkelhor, 1984). O abuso sexual é um fenômeno que tem múltiplas causas, sejam elas sociais, relacionais, familiares ou individuais, não se podendo atribuir a apenas uma delas a sua ocorrência. Entretanto, houve entre os participantes uma tendência a relacionar possíveis transtornos psicológicos ou psiquiátricos dos agressores como causadores do abuso sexual.

#### *6 Como proteger a criança contra o abuso sexual*

Os participantes concordaram que há necessidade de educação contra o abuso sexual infantil nas escolas e aos pais das crianças, porém alguns relataram a dificuldade de abordar o tema tanto com a equipe pedagógica quanto com os pais de alunos e terem materiais didáticos para a palestra de abuso sexual contra as crianças. No que refere a deixar a criança sozinha, os participantes não se deram conta de que na maioria dos casos as crianças estão acompanhadas seja pelo pai, tio, irmão ou vizinho que é o abusador.

*Educar os pais a não deixarem as crianças sozinhas. Educar com palestras nas escolas.*

*E orientação mesmo, acredito que como enfermeiros deveram orientar, fazer as notificações acionar o conselho tutelar e notificar.*

Na escola encontramos dificuldades para abordar o tema tanto com a equipe pedagógica quanto com os pais.

Acho que estamos engatinhando ainda nesta questão, temos um trabalho objetivo, mas falta muito mais com certeza.

*Atuar mais na parte de educação, pois existem muitos tabus de não aceitar de não falar apesar de hoje ser mais amplo e divulgado ainda existe tabus, é histórico, mas a prevenção começa daí na escola e trabalho de prevenção mesmo.*

Apesar da gravidade do problema em questão, no que se refere à saúde pública no Brasil, são poucas as referências de estudos relacionados à prevenção da violência. A violência à criança torna-se um desafio incessante para os enfermeiros e sua equipe, onde se busca compreender os fatos para uma intervenção segura. É de suma importância que haja um trabalho em equipe multidisciplinar, pois um diagnóstico precoce da situação permite a elaboração de planos de cuidados adequados. A participação e a supervisão do grupo são fundamentais para oferecer experiência e superação dos limites da profissão (Algeri & Souza, 2006).

O cadastramento das famílias com informações das condições de vida e do trabalho, as visitas domiciliares que permitem conhecer as pessoas inseridas na família além dos programas de prevenção e promoção a saúde,

colaboram para a enfermagem rever o processo de sistematização das práticas (Barros e Chiesa, 2007). Entretanto, os comentários entre os participantes sobre essas práticas não demonstram um caráter de rotina, ao contrário, parecem ser dificultadas por problemas de estrutura e logística.

## Considerações finais

Estudos recentes mostram que a violência assume importância entre as causas de mortalidade e morbidade na infância e adolescência e por isso a necessidade do reconhecimento dos mecanismos e fatores associados, suas implicações, formas de identificação e abordagem. Pensando assim, políticas e estratégias desenvolvidas para o enfrentamento são de grande importância para a diminuição destes acontecimentos (Martins e Jorge, 2011).

Os dados obtidos com a presente pesquisa mostram que o conhecimento dos enfermeiros do que é abuso sexual é derivado apenas de suas práticas e experiências profissionais, pois ficou evidente a falta de informação sobre o assunto na formação desses profissionais. Um importante aspecto a considerar é qual o papel do enfermeiro diante do abuso sexual visto que o atendimento está ligado fortemente com o seu conhecimento da abordagem das vítimas e seus

familiares. Contudo, esses profissionais demonstraram em suas falas as dificuldades de atendimento por não obterem treinamentos necessários e adequados para a abordagem, que leva à insegurança para detectar tipos de abuso e à não notificação de casos suspeitos. Foi constatada nos depoimentos a resistência dos participantes em notificar os casos suspeitos ou confirmados por inúmeros motivos: medo da própria segurança e sofrer represália do familiar da vítima; sentimento de preservação da equipe de enfermagem bem como dos agentes comunitários; a impotência da morosidade da continuidade do processo; insegurança em notificar por dificuldades em detectar indicadores de abuso; medo de se expor ao preencher a ficha de notificação e responder judicialmente; o não acompanhamento das denúncias, pois a equipe continua o atendimento com a família sem ter o retorno do caso; falta de apoio do Conselho Tutelar.

Os participantes expressaram várias opiniões de como o abuso ocorre, desde a inocência da criança, a falha dos pais nos cuidados, problemas psicológicos até a indignação por falta de caráter do agressor e concordaram que devem participar de programas de prevenção nas escolas e na unidade básica de saúde, porém demonstraram a necessidade de treinamentos para melhor prevenção. Com isso, os

enfermeiros confirmaram não estarem capacitados para o reconhecimento e acolhimento da criança vítima de abuso sexual justificando a necessidade da capacitação destes profissionais.

As articulações entre setores sociais e as redes de atendimento na saúde são frágeis e pouco envolvidas na estratégia de enfrentamento do fenômeno, necessitando de uma agenda universal e um modelo eficiente de atendimento Intersetorial. Além disso, as promoções de programas de habilitação de profissional são descontínuas e não direcionadas a segmentos específicos prejudicando não só a formação de profissionais que atuam direto sem danos às vítimas e seus familiares, como minimizar suas perspectivas sobre a integração e interdisciplinaridade exigidas pelo problema.

Conclui-se, então, que este trabalho possa contribuir com informações para futuras pesquisas em alcançar os progressos no atendimento especializado às crianças e aos adolescentes, o que ainda se encontra em fase de construção requerendo maior comprometimento das instituições envolvidas neste processo. Certamente cabe ressaltar que esta pesquisa poderá contribuir para o aprofundamento da temática com realizações de novas pesquisas utilizando outras metodologias e para o estabelecimento e adequação de intervenções e/ou readaptações das políticas públicas existentes.

## Referências - regras da APA

- Aded, N. L. O., Dalcin, B. L. G., Moraes, T. M., & Cavalcanti, M. T. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Rev. Psiq. Clin.* v.33, n.4, p.204-213.
- Algeri, S., & Souza, L. M. de. (2006). Violência contra criança e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev. Latino americano enfermagem.* v.14, n .4.
- Algeri, S., Zottis, G. A. H., Pereira, M. C., Almoarqueg, S. R., & Borges, R. S. S. (2011). Papel do enfermeiro diante da família da criança abusada. In M.R.F. Azambuja, & M. H. M. Ferreira. e Colaboradores. *Violência sexual contra crianças e adolescentes.* Artmed: Porto Alegre. RS.
- Amendola, M. F. (2009). Criança no labirinto das acusações: Falsas alegações de abuso sexual. Juruá: Curitiba.
- Barros, D. G.; Chiesa, A. M. (2007). Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev. Esc. Enfermagem* 41 (Esp): 793 USP.
- Brasil, M. S. (2002a). Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Brasília.
- Brasil, Ministério da Justiça (2002b). Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. 3ª ed. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002c). Violência Intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília – DF.
- Brasil (2002d). Rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência: manual de atendimento. Vol. I. Curitiba. PR.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). Núcleo técnico da política nacional de humanização: acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: ministério da saúde. 42p
- Brasil (2007), Conselho Federal de Enfermagem Resolução 311/07. disponível em [http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/resolucao_311_anexo.pdf). Acessado em 05 de novembro de 2011.
- Dobke, V. (2001). Abuso sexual: a inquirição das crianças uma abordagem interdisciplinar. Porto Alegre: Ricardo Lenz Edit.
- Finkelhor, D. (1984) *Child Sexual Abuse.* New York: Free Press, Macmillan.
- Flick, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 180-193.
- Furniss, T. (1993). Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Critica*, v.19, n.3, p.379-386. Porto Alegre. RS.

- Gomide, P.I.C., & Padilha, M.G.S. (2009). Destituição do poder familiar e prisão do agressor em um caso de abuso sexual intrafamiliar. In L.C.A. Williams & E.A.C. Araujo. (Orgs). *Prevenção do abuso sexual infantil: um enfoque interdisciplinar*. Juruá: Curitiba.
- Leite, C. C. (2009) A função do sistema de garantia de direitos e sistema de justiça na prevenção e repressão do abuso sexual infantil. In L.C. de A. Williams & E.A.C. Araujo (Orgs.). *Prevenção do abuso sexual infantil: um enfoque interdisciplinar*. Curitiba: Juruá.
- Lidchi, V. (2010). *Maus tratos e proteção de crianças e adolescentes: uma visão ecossistêmica*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Machado, H. B., Lueneberg, C. F., Régis, E. I., & Nunes, M. P. P. (2005). Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003 como instrumento para intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. *Texto Contexto Enfermagem*.14 (Esp): p.54-63.
- Martins, C. B. de G., & Jorge, M. H. P. de M.(2011). *Violência contra criança e adolescentes: contexto e reflexões sob a ótica da Saúde*. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina.
- Padilha, M. G. S., & Gomide, P. I. C. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo de adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*.v.9, n.1, p.53-61.
- Padilha, M. da G. S. (2007). *Prevenção primária de abuso sexual: avaliação da eficácia de um programa com adolescentes e pré-adolescentes em ambiente escolar*. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Carlos.
- Paixão, A. C. W. & Deslandes, S. F. (2010). Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infanto juvenil. *Saúde Soc.*, v.19, n.1, p.114-126.
- Pfeiffer, L. & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal da pediatria*, v.81, n.5.
- Rovinski, S. L. R. & Cruz R. M. (2009) *Psicologia jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção*. São Paulo: Vetor.
- Williams, L. C. de A., Maia, J. M. D., & Rios, K. de S. A (2010). Aspectos psicológicos da violência: pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental. Santo André: ESETEC.
- Woiski, R. O. S.; Rocha, D. L. B. (2010). Cuidados de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Escola Anna Neri Revista de Enfermagem*, v.14, n.1, p.143-150.
- Wolfe, V.V. (1998) *Child Sexual Abuse*. In: G. Mash, & R. Barkley. *Treatment of Childhood Disorders*. p.545-597, New York: The Guilford Press.
- World Health Organization. (1999). Information office press release, WHO recognizes Child Abuse as a Major Public Health Problem. WHO/2008 Abril 1999.