



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Lia Leão Ciuffo

Assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual

Rio de Janeiro

2008

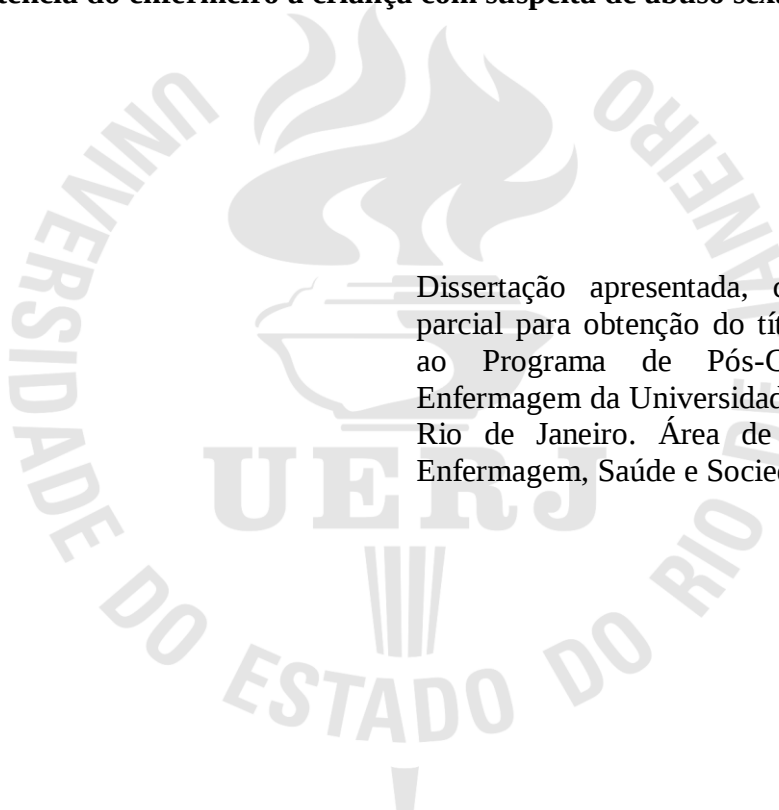
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Lia Leão Ciuffo

Assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Janice Machado da Cunha

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

C581	Ciuffo, Lia Leão. Assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual / Lia Leão Ciuffo. - 2008. 68 f. Orientadora: Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues. Co-orientadora: Janice Machado da Cunha. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 1. Crime sexual contra as crianças – Aspectos da saúde. 2. Crianças – Assistência hospitalar. 3. Enfermagem - Prática. 4. Fenomenologia. 5. Schutz, Alfred, 1899-1959. I. Rodrigues, Benedita Maria Rêgo Deusdará. II. Cunha, Janice Machado da. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título. CDU 614.253.5
------	--

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Lia Leão Ciuffo

Assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em _____

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Florence Romijn Tocantins
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

Prof^a. Dr^a. Judith Sena da Silva Santana
Departamento de Saúde da UEFS

Rio de Janeiro
2008

*Dedico este estudo a todas as
crianças do Brasil e do mundo que
sofrem com a violência.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me guiado, inspirado e iluminado a trajetória da minha vida como brisa leve e suave a acariciar-me em todos os momentos, acalmando meu coração, principalmente na construção deste trabalho que é, para mim, resultado de muito estudo e dedicação.

Aos **meus queridos pais, Hamilton e Fátima, minha irmã, Taís**, pelos exemplos cotidianos de amor incondicional, compreensão e apoio dando-me forças e coragem durante toda a minha caminhada como enfermeira e sempre me incentivando ao estudo.

Ao meu **futuro noivo, Fabrício**, pelo seu amor, paciência, disponibilidade e grande ajuda nos momentos mais difíceis da execução deste trabalho. Sinto-me orgulhosa de tê-lo ao meu lado.

À minha orientadora, **Profª. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues**, que muito auxiliou e esteve presente desde a graduação, acompanhando minha evolução profissional. Obrigada pela amizade, carinho, paciência, incentivo, conselhos e por me ensinar a “cuidar” com amor.

À minha Co-orientadora **Profª. Janice Machado da Cunha**, por acreditar em meu potencial desde a graduação, disponibilizando sua preciosa ajuda no estudo da Violência contra a Criança. Obrigada pela amizade, carinho, paciência e por me ouvir e aconselhar diante das minhas inquietações.

Aos **Professores Doutores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ** pelo ensino de qualidade e boa-vontade em dissolver minhas dúvidas e questionamentos.

Aos **funcionários da Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Fabíola, Renan e Marcelo**, que sempre me atenderam com muito carinho e prontidão e torceram pelo meu sucesso.

À **biblioteca do Centro Biomédico CBB**, e, em especial, a funcionaria **Kalina**, pela gentileza e sensibilidade ao atender os alunos que necessitam de suas orientações.

À **instituição** que me permitiu a realização deste estudo em suas unidades, onde me senti acolhida. E, em especial à **Enfermeira Ana Paula** que me recebeu tão bem e tanto me ajudou.

Às **crianças do Morro do Estado**, que sempre me contagiam com sua alegria de viver, possibilitando a renovação de minhas energias a cada encontro dominical, apesar das dificuldades encontradas no dia-a-dia de uma comunidade carente.

RESUMO

CIUFFO, Lia Leão. *Assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual*. 2008. 68f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Este estudo traz reflexões e contribuições acerca da assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual, tendo em vista a gravidade e a seriedade desta temática na sociedade e as possibilidades de ações a serem desenvolvidas pelo enfermeiro face à criança e sua família, considerando a promoção, proteção e prevenção em saúde. O estudo tem como objeto ações do enfermeiro face à criança com suspeita de abuso sexual e como objetivo analisar as ações do enfermeiro no contexto de atendimento à criança com suspeita de abuso sexual. Fundamentando-se em uma ampla definição de violência e mais especificadamente na contextualização do abuso sexual infantil e suas variadas formas, discute-se os aspectos éticos e legais que norteiam esse tipo de atendimento e a identificação da criança com suspeita de abuso por parte do enfermeiro. Caracterizando-se por ser uma pesquisa qualitativa com base na fenomenologia sociológica de Alfred Schutz, que enfatiza as relações sociais e define a ação como conduta humana dotada de propósito, ou seja, tem uma intencionalidade, os *motivos para* da ação, estes captados através da entrevista fenomenológica. As perguntas que nortearam a entrevista foram: *Quando você atende uma criança com suspeita de abuso sexual, o que você faz?* ; *O que você tem em vista com as ações de enfermagem desencadeadas neste tipo de atendimento? Por quê?* A análise das falas possibilitou a construção de quatro categorias discutidas à luz da fenomenologia. Assim, foi possível compreender o típico da ação do enfermeiro que atende uma criança com suspeita de abuso sexual, que se configura em **interagir com outros profissionais para o atendimento à criança** e ao mesmo tempo **estabelecer um diálogo e uma escuta aberta** possibilitando um **cuidar na perspectiva do outro**, buscando **assistir a criança sem deixar de cumprir as rotinas da unidade**. A partir da compreensão e interpretação das ações do enfermeiro entende-se que as possibilidades neste tipo de atendimento perpassam pelas experiências profissionais, bagagem de conhecimentos adquiridos ao longo da vida, os procedimentos e técnicas apreendidos na sua formação profissional, o cuidado dedicado e sensível, o olhar atento e criterioso, a escuta compreensiva, as orientações adequadas para a criança e sua família e acima de tudo o amor e respeito ao próximo.

Palavras-chave: Enfermagem. Criança. Abuso sexual. Fenomenologia.

ABSTRACT

This study brings reflexions and contributions about nurse attendance in child sexual abuse suspicion, in view the gravity and seriousness of this issue in society and the possibilities of actions to be undertaken by nurse face the child and his family, considering health promotion, protection and prevention. So has as object of study the nurse's actions face child sexual abuse suspicion and the objective was to analyze nurse actions in child sexual abuse suspicion context. Based on a broad definition of violence and more specifically in the context of child sexual abuse and its many forms, discusses the ethical and legal issues that guide this type of care and identification of child sexual abuse suspicion by the nurse. Be characterized by a qualitative research based on sociological phenomenology of Alfred Schutz, which emphasizes social relations and define the action as human conduct with a purpose, namely, has an intent, the *In – Order- To* motives of the action, that were captured by phenomenological interview. The questions that guided the interview were: **When you attend a child with sexual abuse suspicion, what do you do?; What you have in mind with nurse actions triggered in this type of attendance? Why?** The analysis of speech allowed the construction of four categories discussed in the light of phenomenology. Thus, it was possible to comprehend the typical one of the nurse who attends a child with sexual abuse suspicion, which is set to **interact with other professionals for child care** and at the same time **establish a dialogue and an open allowing**, possibiliting **a care with a prospect from the other**, seeking **to attend the children** and **fulfilling the routines of the unit**. From the comprehension and interpretation of nurses actions the understanding was that the possibilities in this type of attendance permeate the professional experience, acquired knowledge luggage lifetime, procedures and techniques learned in their professional training, the dedicated and sensitive care, the attention and criterions look, comprehensive listener, the appropriate guidelines for the child and his family and above all the love and respect to the next.

Keywords: Nursing. Child. Sexual abuse. Phenomenology.

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	9
1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
1.1	A violência e seu impacto na vida do ser humano	14
1.2	Contextualizando o abuso sexual	17
1.3	Formas de abuso sexual	20
1.4	Violência sexual como grave problema de saúde coletiva	21
1.5	Aspectos éticos e legais que norteiam a assistência à criança vítima de abuso sexual	23
1.6	O enfermeiro, a identificação do abuso sexual infantil e o tratamento do caso	28
1.7	Os indicadores físicos e comportamentais da criança vitimizada	34
2	METODOLOGIA	37
2.1	A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz	37
2.2	Trajetória do estudo	40
3	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: COMPREENDENDO OS MOTIVOS “PARA” DO ENFERMEIRO QUE ATENDE UMA CRIANÇA COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL	44
4	COMPREENDENDO E INTERPRETANDO AS AÇÕES DOS ENFERMEIROS	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	67
	ANEXO - Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa	68

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Durante minha formação acadêmica, na Faculdade de Enfermagem da UERJ, tive a oportunidade ímpar de participar de um projeto de extensão, que teve como cenário uma creche comunitária no Município do Rio de Janeiro. Neste espaço social, vivenciei muitas experiências importantes para minha profissão e também para minha vida. Entretanto, a que mais me chamou atenção foi o contato com crianças vítimas de abuso sexual intra-familiar.

Neste projeto de extensão, desenvolvi algumas atividades supervisionadas durante um período de quase três anos. Dentre estas, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, incluindo: pesagem e medição da altura; exame físico; diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem; realização de curativos; participação em campanhas de vacinação e orientação quanto ao quadro vacinal; oficinas de educação em saúde para os familiares e professoras e encaminhamentos para a Unidade Básica de Saúde Maria Augusta Estrela pertencente à IX Região Administrativa.

Enquanto realizava o exame físico, observava claramente em algumas crianças marcas de violência que apontavam para o abuso sexual como, por exemplo, eritemas perianais, arranhões na região genital e até mesmo hematomas dentre outros. O que mais me comoveu foi o relato de uma das crianças, afirmando que seu próprio pai manipulava sua genitália frequentemente e a estimulava a tomar banho com ele e fazer carícias em seu órgão genital. A mãe da criança foi convidada a comparecer na creche e sua justificativa não foi surpresa: afirmou que a criança era muito ativa e sempre acabava se machucando em suas brincadeiras. Ficou claro, para mim, a tentativa daquela mãe de evitar que percebêssemos uma grave situação que ocorre dentro de seu seio familiar por medo de causar um transtorno maior com o pai da criança.

Além da experiência da graduação, participo de um trabalho de evangelização dominical com crianças em uma comunidade carente há 5 anos. O convívio com essas crianças é muito enriquecedor, pois apesar das dificuldades socioculturais, econômicas e dos relatos freqüentes de maus-tratos e violência dentro e fora de seus lares, incluindo o abuso sexual, as crianças exteriorizam gestos de carinho e sábias palavras de amor, resignação e esperança no futuro. Posso afirmar que a cada encontro dominical aprendo mais com suas atitudes e histórias de vida, estas “encharcadas” de força e coragem diante dos problemas cotidianos que, muitas vezes, os fazem adquirir um amadurecimento além do que é característico da idade.

A partir daí, passei a me interessar mais pelo estudo da saúde da criança e as ações de enfermagem relacionadas ao cuidado à criança com suspeita de abuso sexual, enfocando sempre as ações de prevenção da violência, promoção e proteção à saúde, e envolvendo a família como agente cuidador e multiplicador de saúde na comunidade.

O enfermeiro vem se deparando com o fenômeno da violência sexual contra a criança tanto no âmbito da saúde, em hospitais e unidades básicas de saúde, quanto em instituições educacionais como creches e escolas. (FERRIANI; GARBIN; RIBEIRO, 2004).

Na minha concepção, o enfermeiro tem muitas possibilidades de atuar frente à suspeita de abuso sexual infantil, tendo em vista seu contato junto à criança e sua família ao atender nas enfermarias, nos ambulatorios, nas escolas, no domicílio, nas ruas e nas situações cotidianas que se apresentam.

Devido à sua magnitude e conseqüências, a violência sexual destaca-se como preocupação dos pesquisadores da área de saúde coletiva, já que envolve determinantes biopsicossociais e culturais.

Há de se considerar que o enfermeiro pode e deve ter ação decisiva frente à realidade diária de abuso sexual contra a criança, haja vista que, além de reconhecer e identificar os sinais de abuso, deve estar ciente da legislação de proteção aos direitos da saúde das crianças e das atitudes a serem assumidas perante esses casos. Assim, possibilita o acompanhamento da situação da criança e sua família durante e também após seu atendimento e os desdobramentos jurídicos envolvidos quando se constata a suspeita de abuso sexual.

A complexidade desse tema abrange muito mais que uma abordagem biomédica voltado para a identificação dos sinais e sintomas e na adoção de tratamentos para os problemas de saúde apresentados. O enfermeiro deve atentar para a vulnerabilidade do indivíduo que, na concepção de Ayres (2003), é o que uma pessoa pensa, faz e quer, e o que, ao mesmo tempo, a expõe ou não à aquisição de um agravo à saúde.

Além da questão da vulnerabilidade do indivíduo, devemos ter conhecimento a respeito das conseqüências físicas, sociais e psicológicas provocadas por esse fenômeno na vida dessas crianças, sendo necessário, portanto, atuar numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial para o atendimento à criança com suspeita de abuso sexual.

Ao refletir sobre a assistência prestada à criança com suspeita de abuso sexual, passei a questionar se na prática profissional tem ocorrido uma assistência que englobe aspectos biopsicossocial e cultural ou tem ocorrido uma prática fragmentada a esse grupo social, onde se faz necessário o conhecimento de políticas e estratégias para adequar as ações de saúde e respeitem a cidadania do indivíduo.

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde evidencia que problemas relevantes como a violência urbana, violência doméstica, acidentes domésticos e do trânsito são causas importantes de morbidade na infância e a primeira causa de mortalidade a partir de quatro anos e requerem uma estruturação diferenciada dos serviços. (BRASIL, 2005).

Além das ações de saúde para a redução da mortalidade infantil, entendo ser fundamental que o enfermeiro busque o embasamento legal do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA - Lei 8.069/1990 (BRASIL, 1990), que define os direitos das crianças e adolescentes, as normas de conduta do profissional de saúde e as penalidades impostas àqueles que se omitirem de suas responsabilidades profissionais; bem como o Código de Ética e Legislações do Conselho Regional de Enfermagem, que dispõe sobre as condutas, direitos e deveres do Enfermeiro; a Constituição Federal Brasileira de 1988 que aclara a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado em garantir os direitos das crianças, principalmente em seu artigo 227 e o Código Penal Brasileiro que dispõe artigos sobre a vitimização sexual e as penalidades aos agressores, auxiliando a tomada de decisões para garantir a proteção à criança.

A situação estudada

Um estudo nacional divulgou que a Secretaria de Saúde de São Paulo aponta que 60 dentre 71 crianças vítimas de abuso sexual relataram que conheciam a pessoa que as havia agredido sexualmente e que na maioria dos casos se tratava de um parente biológico. A residência da criança configurou-se como o local mais comum de ocorrência da agressão (42,3%), seguido do domicílio do agressor (28,2%) e em locais próximos à habitação da vítima (22,5%). (SOUZA; ADESSE, 2005).

Cada dia mais é possível acompanhar casos de abuso sexual infantil e outros tipos de maus-tratos, pois além de estarem presentes nos estudos científicos, também são noticiados pelos jornais, revistas, televisão, rádio ou internet, o que nos certifica a urgência de um atendimento que abranja as questões físicas, emocionais, sociais e culturais que permeiam esse grave problema. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e criação do ECA, em 1990, pude notar que na sociedade atual estão ocorrendo mudanças na forma de se lidar com a criança, que progressivamente está sendo vista como um sujeito de direitos, não devendo ser submetida a agressões e humilhações.

Mas, ainda são preocupantes os dados acerca desta problemática, como constatado no estudo do Habigzang et al. (2005), onde os resultados apontam que as crianças e adolescentes

vítimas de abuso sexual eram, na maioria dos casos, do sexo feminino, 80,9%. A idade de início dos abusos concentrou-se em três faixas etárias, sendo que 10,6% das crianças apresentavam idade entre 2 e 5 anos, 36,2% destas tinham entre 5 e 10 anos e 19,1% tinham entre 10 e 12 anos. A maioria das crianças, 26,6%, freqüentava o ensino fundamental no início das agressões.

No que diz respeito à escolaridade das crianças que sofreram abuso sexual, de um total de 229 dos casos registrados no Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual em Teresina, no período de 2004 a 2007, 21,88% ainda freqüentam o ensino primário; 55,72% não concluíram o ensino fundamental; 13,54% concluíram o ensino fundamental e 8,85% não estudam ou não tem idade para ingresso na área educacional. (MONTEIRO et al., 2008).

Muitas vezes o profissional, mesmo diante de fortes evidências, tem dificuldades em determinar os casos de abuso sexual infantil, porque não teve a oportunidade de ter um aprofundamento no estudo da temática e treinamentos para esse tipo de atendimento.

O papel do enfermeiro ou outro profissional de saúde nas situações de violência contra a criança deve estar pautado não apenas em conhecimentos técnicos e científicos, mas também e na sensibilidade para lidar com cada caso, para que seja consistente e resolutivo. Cunha (1998) refere que o diagnóstico de abuso sexual deverá ser conduzido de forma metódica por pessoas capacitadas e o Enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar de saúde, pode e deve participar de todas as etapas do processo de acompanhamento de crianças vítimas de abuso sexual.

Para nortear o estudo apresento as seguintes **questões**:

1 - Na assistência à criança suspeita de ter sofrido abuso sexual, como se caracteriza a atuação do enfermeiro?

2 - Qual a intenção do enfermeiro acerca do desenvolvimento de suas ações frente à complexa rede de processos assistenciais, éticos e jurídicos envolvidos neste tipo de atendimento?

A confirmação das situações de abuso é importante, principalmente pelos aspectos legais e assistenciais necessários à proteção da criança. Neste sentido, devem ser observados alguns indicadores comportamentais, relacionados em literatura acerca da temática, levando em conta o alerta de que a presença de alguns desses indicadores servem de ajuda, contudo não são conclusivos. (CUNHA, 1998).

Diante da importância do atendimento do enfermeiro aos casos de abuso sexual infantil, delimitei como **objeto de estudo**: ações do enfermeiro face à criança com suspeita de abuso sexual.

Destaco como **objetivo** deste estudo: analisar as ações do enfermeiro no contexto de atendimento à criança com suspeita de abuso sexual.

A contribuição do estudo

A contribuição deste estudo perpassa pela possibilidade de atuação do enfermeiro nesta questão tão preocupante e atual em nossa sociedade, buscando uma assistência sistematizada e eficiente, tendo como foco principal a proteção da criança e a redução de danos psicossociais resultantes da vitimização. Além disso, o estudo possibilita desvelar como os enfermeiros estão percebendo sua inserção, seja no ambulatório ou nas enfermarias, no atendimento voltado para uma suspeita de abuso sexual.

Com as informações contidas neste estudo, os enfermeiros podem ter uma melhor compreensão sobre a importância de seu papel diante dessa problemática, considerando que esses profissionais são de grande valia ao desempenhar uma assistência de qualidade na área de saúde da criança.

Diante do exposto, a atuação do enfermeiro frente à suspeita de abuso sexual infantil pode proporcionar uma assistência diferenciada através de uma anamnese completa, um exame físico minucioso e um olhar compreensivo da situação apresentada. Além disso, o enfermeiro poderá apoiar-se na Constituição Federal Brasileira, no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e no Código Penal Brasileiro que norteiam a postura a ser adotada nesses casos.

O estudo contribui com a produção científica sobre esta temática e na sedimentação do conhecimento no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Criança e do Adolescente (NUSCRIAD) da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Por fim, acredito ser fundamental inserir a temática nos cursos de graduação de profissionais que lidam com a criança, em especial a enfermagem, com o intuito de ampliar os estudos neste campo e subsidiar a formação desses profissionais, de forma a contribuir não apenas na sua prática diária, mas também no ensino, na pesquisa e na extensão.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 A violência e seu impacto na vida do ser humano

O enfrentamento da violência requer medidas específicas do setor saúde e a integração de esforços de vários setores, organizações governamentais e não governamentais e da comunidade para avançar na direção da prevenção da violência e promoção da saúde. Nesta perspectiva, atuação sobre as causas da pobreza significa, para Minayo (2002, p.112), “[...] atuar contra a pobreza e a miséria, que sacrificam meninos e meninas, e respeitar seus direitos consagrados na Constituição e no Estatuto da Criança e do Adolescente”.

Minayo (2002) também nos revela que a violência ganha mais relevância com os movimentos de prevenção e atenção especializada a partir da década de 1980, em consequência do reconhecimento do aumento substancial das taxas de morbimortalidade infantil. Assim, começou-se a esboçar no Brasil propostas e diagnósticos que ajudaram a desencadear a formulação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990.

As dificuldades encontradas para conceituar a violência partem do fato dessa ser um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e também de quem a presencia. (MINAYO, 2005).

A violência se apresenta no cotidiano da vida do ser humano sob as mais variadas formas, provocando sentimentos distintos nas pessoas, despertando, em geral, sensações de medo e desconfiança por parte das vítimas.

Souza et al. (2003) revelam que o crescimento da violência tem repercussões nas subjetividades e no imaginário social, gerando medo e insegurança, sobretudo nas populações das grandes cidades do mundo.

Em seu estudo, Cano (2007) afirma que a violência estimula a desconfiança e o individualismo quando nos referimos a aspectos psicossociais. Já do ponto de vista político, gera o aumento do apoio social a uma intervenção estatal mais violenta, inclusive ações à margem da lei, como torturas e execuções sumárias. Assim, todos esses aspectos promovem um clima social tenso e acabam por aumentar a probabilidade de recorrência dos atos violentos.

Nas relações interpessoais, onde a violência está inserida, me chama à atenção a falta de respeito para com o próximo, interferindo no processo de construção de relações entre as pessoas, seja no nível macrossocial, dentro de uma sociedade ou comunidade ou no micro social, quando ocorre dentro da família.

Para Cano (2007, p.43), em determinados lugares, a violência pode ter significado de “uma gramática das relações sociais, um sistema de regras que governa a interação entre as pessoas e legitima, sob certas condições, as agressões a ameaças como forma de resolução de conflitos”.

Os eventos violentos são entendidos por Minayo (2005) como conflitos de autoridade, lutas pelo poder e vontade de dominar, de aniquilar o outro ou possuir seus bens.

No Brasil, a questão da violência assume relevância política, com desdobramentos socioculturais. Portanto, esse tema não pode ser ignorado, pois está arraigado no social. (MAGALHÃES, 2005).

Um ponto relevante para reflexão nos é salientado por Moura et al. (2005), que concluíram em seu estudo que a violência pode ser expressa de variadas formas e atinge as sociedades no nível individual, familiar, local e também afeta a nação e outros países do mundo, constituindo-se num desafio para todos nós neste novo século.

A cultura de cada local pode determinar a violência como “parte do cotidiano” da vida das pessoas; desta forma, certos atos que aos nossos olhos consideramos agressivos e inaceitáveis podem ser entendidos como necessários na interpretação de outros.

É o que ocorre em muitas comunidades do Brasil, onde a violência é empregada por qualquer razão, onde as leis e a justiça são delimitadas por marginais que não refletem sobre a gravidade de seus atos na vida das pessoas. Além disso, muitas crianças e jovens de tanto vivenciar esta realidade passam a acreditar que para conseguirem o que desejam devem optar pelo caminho da violência.

Segundo Minayo (2003), nas regiões metropolitanas e nos grandes centros urbanos do Brasil, a violência é utilizada como recurso por muitas pessoas e grupos para conquistar mercados de bens e de poder. As formas de violência estão naturalizadas na nossa cultura perpassando por agressões interpessoais de discriminações contra grupos específicos como homossexuais, abusos e dominações contra crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos sendo frequentemente portadora de lesões físicas e emocionais.

Em comunidades carentes, no Estado do Rio de Janeiro, particularmente, pude observar que a violência contra a criança, por exemplo, é um problema tão grave quanto a falta de recursos. Há uma violência profunda e estrutural contra a população, que é o desrespeito aos direitos humanos, ao acesso à escola, à exploração do trabalho infantil, o abandono de crianças, a utilização de crianças e adolescentes no tráfico de drogas, outras têm que trocar as salas de aula pela vida nas ruas, ficando sujeitas a todos os tipos de violência. Em contrapartida, a classe média, também muito exposta à violência urbana, busca meios de

sentir-se um pouco mais segura, optando por estabelecer residência em condomínios cada vez mais fechados e abrindo mão, muitas vezes, de atividades de lazer que antes faziam parte de suas vidas.

Cano (2007) declara que a cidade adquiriu um papel contrário da idéia de espaço de livre circulação, já que as pessoas acabam restringindo seus horários, costumes e locais por onde passam. Progressivamente, estão se tornando espaços privatizados, entre grades e muros altos, que funcionam como suposta “proteção” para os indivíduos.

Atualmente, a sensação de segurança não tem o mesmo significado, tendo em vista os episódios de violência sofridos, presenciados e até os noticiados nos meios de comunicação, causando uma desconstrução das relações entre os seres humanos. Infelizmente, o prognóstico dessa situação não é nada favorável, apesar dos esforços das forças públicas em minimizar as ocorrências e as conseqüências.

Um ponto que merece destaque tanto quanto a violência nas cidades é a violência intra-familiar. Para Minayo (2005), a violência intra-familiar é aquela que ocorre entre parceiros íntimos e membros da família, principalmente no ambiente de casa. Inclui as agressões contra mulheres, crianças, homens ou idosos. Com freqüência existe uma inter-relação que expressa várias formas de violência.

Não podemos esquecer que o fenômeno da violência é um problema tão extenso e multifacetado que até mesmo dentro dos lares nos deparamos com a expressão de alguma forma de violência seja verbal, física, psicológica, sexual, conjugal, de gênero dentre outras. O fato é que os direitos humanos são violados seja dentro ou fora de casa, seja cometido por alguém conhecido ou não.

Martins e Ferriani (2003, p.654) encontraram com resultado em seu estudo que “a violência é um processo social complexo e que a existência de relações violentas está estreitamente relacionada a múltiplos fatores e possui uma historicidade”. Assis (2002, p. 123) nos traz importantes contribuições:

É fundamental o reconhecimento de recentes projetos na área social, que podem ser originários de instituições religiosas, empresariais, educacionais, públicas ou privadas que vêm se dedicando a devolver a vida de crianças e adolescentes uma oportunidade de se tornarem sujeitos de seus direitos e deveres.

Ao nos questionarmos sobre as possíveis soluções para esse problema, nos deparamos com as múltiplas faces que compõe a violência. Torna-se extremamente relevante pensar em ações articuladas dos diversos profissionais e do poder público nos âmbitos municipal, estadual e federal para reunir esforços políticos, econômicos, educacionais e jurídicos na luta pela erradicação da violência.

1.2 Contextualizando o abuso sexual

Nota-se que as fronteiras entre os diferentes tipos de violência nem sempre estão bem delimitadas, por isso devemos examinar cautelosamente todos os aspectos da violência familiar para ter uma idéia mais abrangente do quadro com que o profissional se depara.

A distribuição desigual de oportunidades, a pobreza e as preocupações financeiras são fatores estressores que produzem altos níveis de frustração em famílias de baixa renda. Tudo isso pode resultar numa agressão direcionada para vítimas inocentes como as crianças. (BARNETT; MILLER-PERRIN; PERRIN, 1997).

Gomes (1994) afirma que o ambiente de pobreza passa a ser um cenário de violência, pois pertence a um sistema social desigual. Os indivíduos situados neste espaço atuam ora como vítimas, ora como autores dos processos conflitivos.

O envolvimento de uma criança imatura em seu desenvolvimento com atividades sexuais que ela não compreende verdadeiramente, para as quais não está capaz de dar seu consentimento, ou que violam os tabus sociais e familiares pode ser definido como abuso sexual. (FARINATTI et al., 1993).

Compreende-se por abuso sexual, todo jogo ou ato sexual que ocorra na relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor esteja num estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. O abusador ou agressor tem por intenção estimular a criança sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Essas práticas eróticas e sexuais são impostas às crianças pela violência física, ameaças ou induções de sua vontade. (DESLANDES, 1994).

Infelizmente, a maioria desses casos não é reportada porque as crianças têm medo de dizer a alguém o que se passou com elas e não serem levadas a sério ou até mesmo serem punidas. Isso pode refletir em um dano emocional e psicológico que, em longo prazo, pode ser devastador.

A criança que relata ter sofrido o abuso sexual dificilmente está mentindo ou inventando. Portanto, o profissional, a princípio, deve acreditar no que ela diz. (LISBOA, 2006).

Devido à complexidade da violência sexual, sua compreensão deve levar em conta os aspectos social, cultural, político, econômico e jurídico. Essa violência pode ocorrer no âmbito doméstico, na relação de convivência familiar, e no contexto extrafamiliar, onde quase sempre não há proximidade permanente entre vítima e agressor. (FIGUEIREDO, 2006).

Vejamos o que nos diz Souza e Santana (2007, p. 97):

A violência interfere no desenvolvimento e no crescimento biopsicossocial da criança e do adolescente e na sua forma de ver e encarar a vida. Portanto, configura-se como evento que ameaça a vida pelas suas diversas conseqüências e altera a saúde pela produção de enfermidades e perturbações psicológicas e emocionais.

As interações que os indivíduos estabelecem no contexto social, bem como as questões econômicas, políticas e legais que regem a sociedade ajudam a compreender com mais clareza como se produzem as mais variadas formas de violência e, dentre elas, a violência sexual infantil. Considerar os laços estabelecidos entre os atores pertencentes a essa delicada situação pode nos direcionar melhor na confirmação do diagnóstico.

O abuso sexual é um fenômeno complexo e difícil de enfrentar por parte de todos os envolvidos. É difícil para a criança e para a família, pois a denúncia do segredo explicita a violência que ocorre dentro da própria família e também para os profissionais que, muitas vezes, não sabem como agir diante do problema. (ARAÚJO, 2002).

“A violência sexual é uma invasão das partes mais privadas e íntimas do corpo e da consciência de uma pessoa. Este tipo de violência é impulsionado por uma destrutiva combinação de poder, ira e sexo; produto de relações de poder e dominação”. (PEREIRA; FERRIAN; HIRATA, 2001, p.106).

Para Drezett (2007), a violência sexual se configura num fenômeno que atinge indistintamente mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Acomete populações de variados níveis de desenvolvimento social e econômico, em espaços públicos e privados e em qualquer etapa da vida.

As normas culturais predominantes, o isolamento social, o abuso de drogas e álcool, a pobreza, o acesso a armas de fogo são fatores de risco associados a mais um tipo de violência como, por exemplo, a violência física e psicológica. (KRUG et al., 2002).

Um aspecto relevante quando falamos em abuso sexual infantil é o fato de que na maioria das vezes o abusador é alguém conhecido da criança, por isso se aproximam com relativa facilidade e tem grande poder persuasivo. Geralmente, o objetivo principal é convencer a criança a fazer aquilo que ele deseja em segredo.

É importante que não se faça um pré-julgamento do abusador, mas sim levar em conta que, em alguns casos, as vítimas não resistem, outras permanecem passivas e outras podem encorajar o abusador, em busca do amor e do afeto que lhes foram negados. Mas é fato que a maioria dos intercâmbios sexuais entre o adulto e a criança é iniciada pelo adulto. (CIUFFO; CUNHA; RODRIGUES, 2008).

A situação de abuso sexual é bastante complexa tanto para a criança quanto para os familiares porque revela a violência e as relações que se estabelecem no cotidiano da família.

Além disso, muitas vezes esse tipo de violência não deixa marcas visíveis, dificultando a assistência por parte do profissional que realiza o atendimento, incluindo o enfermeiro.

A percepção das vítimas com relação ao perpetrador foi encontrada em alguns processos (58,5%). A maioria das crianças e dos adolescentes expressava desejo de ficar afastada do agressor (41,8%) e sentia medo deste (38,2%). Com relação à percepção da agressão, (31,9%) dos documentos analisados apresentaram informações e, dentre estas, as crianças afirmaram não ser favorável à situação, ou seja, não consentiram, buscando evitá-la, ou manifestaram sua falta de compreensão quanto à experiência abusiva. (HABIGZANG et al., 2005).

No estudo de Monteiro et al. (2008), foi possível verificar que em relação ao tipo de ocupação do agressor, 20,35% são estudantes, 26,85% desempregados e 3,89% aposentados. Quanto à escolaridade, de um total de 73, constatou-se que 5,41% têm ensino superior completo, 9,46% têm ensino superior incompleto, 21,62% têm ensino fundamental completo, 8,92% têm ensino fundamental incompleto e 6,22% são analfabetos.

Subsidiada na assertiva do estudo supracitado posso concluir que embora se verifique a representação dos agressores em todos os níveis de escolaridade, existe uma prevalência maior entre aqueles que têm baixa escolaridade. Portanto, devemos dar atenção para a questão da educação em saúde mais especificamente para esse grupo populacional, estimulando a mudança de postura dos agressores em relação à criança levando-os a compreender que toda criança precisa crescer e se desenvolver com saúde, livre de atos violentos e cercada por pessoas que querem seu bem-estar.

Com os números acima citados por diferentes estudiosos, percebe-se que em grande parte dos casos, o abuso sexual contra a criança é cometido por pessoas que supostamente, deveriam cumprir o papel de protetores e não de abusadores.

Drezett (2007) afirma que o abuso sexual infantil, geralmente, é cometido por pessoas nas quais a criança confia, prevalecendo os pais, padrastos, tios e avôs como principais agressores.

É comum que os abusadores se aproximem da criança quando ela está sozinha, procurando angariar confiança e utilizando-se de recompensas caso a criança satisfaça seus desejos e de ameaças quando esta recusa. (LISBOA, 2006).

Habigzang et al. (2005) revelam que são comuns os sentimentos de medo, raiva e vergonha da vítima em relação ao perpetrador, especialmente em casos de abuso sexual intrafamiliar, pois há uma desestruturação da relação de confiança e o vínculo afetivo devido à violência.

Um dos pontos mais críticos dessa questão tão alarmante em nossa sociedade é que, muitas vezes, a criança se torna vítima dessa agressão por um longo período. A agressão permanece oculta, pois prevalece o sentimento de medo de sofrer repreensões por parte do abusador.

1.3 Formas de abuso sexual

Embora seja importante compreender as causas e conseqüências do abuso infantil ou contra a mulher, concentrar-se numa única forma de violência pode obscurecer o quadro completo e esconder o verdadeiro significado das causas e conseqüências do abuso. (GELLES, 1997).

Quando o enfermeiro volta-se apenas para o diagnóstico inicial, de lesões, hematomas e eritemas corre o risco de não descobrir as verdadeiras causas que levaram à ocorrência do quadro apresentado. No caso do abuso sexual infantil, atentar para as formas de violência intra e extra-familiares, as quais são relevantes para construção de um diagnóstico mais completo e acertado. Nesta perspectiva, é fundamental entender os conceitos dessas formas de violência:

a) Abuso sexual intra-familiar

A relação incestuosa representa a maioria dos casos de abuso sexual. O pai, os tios, os avós, o padrasto da criança são considerados os principais responsáveis dessa forma de abuso. (ABRAPIA, 2002).

b) Abuso sexual extra-familiar

Nesta forma de abuso, o agressor, na maioria das vezes, também é alguém que a criança conhece e confia: médicos, educadores, padres e pastores, responsáveis pelas atividades de lazer etc. (ABRAPIA, 2002).

O abuso sexual pode ser subdividido, conforme destaca Magalhães (2005) em seu estudo:

- abuso sexual verbal que são as conversas sobre as atividades sexuais com o objetivo de despertar o interesse da criança e do adolescente e chocá-los;
- assédio sexual se configura nas propostas de contato sexual, onde na maioria das vezes a vítima é chantageada devido à posição de poder ocupada pelo agressor;
- o exibicionismo tem por intenção chocar a vítima, tendo em vista que o exibicionista mostra as partes do corpo e faz gestos obscenos;

- voyeurismo que se caracteriza pela gratificação através da observação de atos sexuais ou órgãos sexuais de outras pessoas;
- os atos físico-genitais incluem as relações sexuais onde ocorre a penetração vaginal, ou as tentativas de relações sexuais, manipulação de órgãos genitais, sexo oral e penetração anal;
- os casos de estupro são as situações onde ocorre penetração vaginal com o uso de violência ou grave ameaça;
- incesto é a situação onde existe um laço familiar direto ou não, envolvendo relações de caráter sexual entre adulto e criança, entre adolescentes e crianças ou ainda entre adolescentes;
- atentado violento ao pudor significa constranger alguém a praticar atos libidinosos, sem penetração vaginal, utilizando violência ou grave ameaça, sendo praticado em maiores de 14 anos;
- pornografia se refere à utilização de crianças e adolescentes como atores ou modelos em fotografias e vídeos obscenos, geralmente com fins econômicos; e
- prostituição diz respeito à participação de crianças e adolescentes em atos sexuais com adultos ou outros menores, onde não necessariamente existe a força física, mas pode haver coação.

As conseqüências biopsicossociais nas situações de abuso estão, muitas vezes, relacionadas a fatores como: condições em que ocorre, idade da criança, grau de intimidade que a criança tem com o agressor entre outros. Por isso, é fundamental que existam medidas que visem à proteção da criança e minimizem as possibilidades de reincidivas.

1.4 Violência sexual como grave problema de saúde coletiva

De modo geral, ouvir sobre casos reais de abuso sexual causa nas pessoas uma sensação de mal-estar muito grande. A violência sexual pode ser considerada como um grave problema de saúde coletiva, já que afeta diversas camadas da sociedade e pessoas de diferentes faixas etárias, inclusive crianças e adolescentes. São comuns relatos desse tipo de agressão contra uma criança que provavelmente sofreu coação e foi induzida ou mesmo obrigada a participar de tal ato.

É interessante a constatação de Souza et al. (2008) acerca da temática violência tratada pela enfermagem, na qual as áreas de saúde mental e saúde coletiva são as que mais

frequentemente levantam essa questão. Isso que pode ser explicado, segundo as autoras supracitadas, pelo fato dessas disciplinas terem uma abordagem dos problemas de saúde voltada para uma perspectiva social.

Penso que a discussão sobre um tema que se faz presente no cotidiano e que é cada vez mais divulgado pela mídia, sem contar com aqueles que não são conhecidos ou são ocultados, se torna extremamente necessário nas disciplinas de saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Refletir e repensar sobre a inserção da questão da violência em tais discussões significa ter a preocupação com o indivíduo que vai ser assistido por futuros profissionais de saúde.

“O enfrentamento da violência requer estratégias bem definidas e que tenham participação da sociedade, dos profissionais e dos gestores públicos” (SOUZA; SANTANA, 2007, p. 94), principalmente no que tange ao abuso sexual, pois ele “é considerado um dos mais devastadores maus-tratos infantis e o que maior repulsa causa, na sociedade”. (SOUZA et al., 2005, p. 465).

O enfermeiro desempenha papel especial no setor da saúde, já que, além de possuir uma visão abrangente sobre a atenção em seus diversos níveis, vem ocupando cargos de gerência e intervenção nas políticas públicas. Por isso, deve entender a violência sexual como problema de saúde coletiva, buscando convergir esforços no sentido de atender a população nas suas necessidades e perspectivas de resolutividade.

Para Souza e Santana (2007), se a saúde for entendida como um processo que envolve fatores individuais e sociais, a violência possa ser vista como grave problema de saúde coletiva, necessitando de programas e ações especiais de prevenção, controle e assistência voltados para as vítimas e agressores.

A pesquisa auxilia na construção de um saber sobre a influência da violência. Os eventos violentos ocorrem diariamente e invariavelmente em várias esferas da sociedade; por isso, as ações devem ser bem direcionadas a cada grupo, considerando sua vulnerabilidade.

Acompanhar a criança e a sua família não é tarefa fácil em nosso país. Ferreira (2005, p.173) revela que “na maioria das instituições brasileiras não existem equipes formadas especificamente para o atendimento às vítimas”.

Percebo que a detecção dos casos de violência sexual é um passo muito importante, no entanto, as instituições onde as crianças são atendidas devem preparar e capacitar os profissionais de forma a oferecer um atendimento adequado para a criança e sua família. Para ajudar a desvendar os dados que a princípio estão ocultos nos casos atendidos, falta justamente a visão de multicausalidade desse tipo de violência.

A violência, de acordo com Souza e Santana (2007), é um evento multidimensional que deve ser compreendido no seu conceito, determinações e consequências de forma a requerer ações dos atores envolvidos.

Para se compreender e dimensionar o impacto da violência no âmbito da saúde tornam-se imprescindíveis estudos interdisciplinares de abordagens quantitativa e qualitativa do fenômeno (MINAYO, 2005). Penso que seja de vital importância o estudo das causas, das consequências e dos fatores de risco que permeiam a violência.

As dificuldades para reverter fatores de risco que fogem ao alcance da atuação do setor de saúde são muitas. Porém, esforços para minimizá-los através da identificação e o fortalecimento de relações positivas que dêem suporte à criança pode ser uma opção plausível. (FERREIRA, 2005).

Constata-se que as realidades cultural, histórica e social fazem parte das variadas formas de expressão da violência e, de maneira especial, do abuso sexual infantil. O levantamento e o estudo de casos são ferramentas de grande valia para a melhor visualização do problema e também assegurar que as intervenções sejam apropriadas para todos os envolvidos no evento violento.

Enfrentar e prevenir o abuso sexual infantil e outros crimes contra a criança é preocupação em nível mundial. Os casos noticiados na televisão e em jornais de grande circulação representam apenas a ponta de um *iceberg*. Se investigado a fundo, poderá se constatar que um grande número de meninos e meninas está sujeito à violência de todos os tipos na sua vida cotidiana.

1.5 Aspectos éticos e legais que norteiam a assistência à criança vítima de abuso sexual

É necessário compreender que, apesar de existir legislação específica em defesa das crianças e adolescentes, os casos de abuso sexual continuam ocorrendo diariamente, nem sempre são encarados pela sociedade como um crime que deixa seqüelas, muitas vezes irreparáveis.

Segundo Souza e Santana (2007), os cidadãos devem gozar dos direitos sociais o que significa o acesso aos bens disponíveis na sociedade. Como sujeitos de um processo de socialização estão vulneráveis às mazelas da sociedade, que repercutem nas dimensões somática, emocional, intelectual e social.

Entendo que a violência sexual infantil se caracteriza pela violação dos direitos humanos, já que a criança não é considerada em sua vontade própria de não querer participar de atos que não são compatíveis com seu grau de desenvolvimento físico e psíquico.

Ferreira (2005) destaca que para saber se um caso de abuso sexual vai ser referido a processo criminal são relevantes os seguintes preditores: situações envolvendo vítimas pré-escolares têm menor probabilidade, devido ao questionamento de suas competências e ao perigo de “sugestionamento”, capacidade de memória; o sexo e a severidade do abuso (casos mais graves envolvendo meninas têm maior probabilidade de serem processados legalmente).

Drezett (2007) afirma que a violência sexual se tornou uma situação de interface entre saúde e justiça em que são mais valorizados o exame pericial e o boletim de ocorrência policial que a assistência imediata à saúde. É fato que essas ações possuem inegável importância, mas a proteção à saúde é um bem ainda maior a ser preservado.

No que se refere à legislação nacional já existem diversos artigos relativos à proteção da criança e a penalização quando necessária aos agressores. No entanto, constata-se uma grande distância entre a aprovação e a aplicação das leis, sendo significativa a participação do enfermeiro de forma consistente na divulgação e efetivação destas.

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988, destaca vários artigos relacionados à proteção da infância e adolescência. Dentre estes:

Artigo 227- É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 2006, p. 67).

Parágrafo 4-A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente. (BRASIL, 2006, p. 67).

A partir da década de 1990, apoiado nos novos paradigmas jurídicos da Constituição de 1988, da Convenção dos Direitos da Criança de 1989 e da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, iniciou-se em nosso país um processo de mobilização que envolveu os setores organizados da sociedade, movimentos internacionais e o poder público. (FIGUEIREDO, 2006).

Um outro instrumento que os enfermeiros podem utilizar na proteção da criança e do adolescente, em especial no que tange às situações de maus-tratos e abuso sexual é a lei 8069 de 13/07/1990, o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

“O ECA assegura políticas específicas através da orientação e apoio sócio-familiar, proteção jurídico-social, apoio sócio-educativo, serviços especiais de prevenção e atendimento médico psicossocial às vítimas” (SOUZA; ADESSE, 2005, p.42).

Segundo Santana (1998), a proposta do ECA pressupõe uma mudança da atenção à criança no Brasil, levando em consideração a humanização dos procedimentos, a capacitação de agentes, a modernização e reorientação das estratégias, a maior alocação de recursos, entendendo que a criança e o adolescente passam por momentos singulares na sua formação como cidadão.

O ECA dita, de forma clara e objetiva, os direitos das crianças a serem defendidas contra abusos sexuais, considerando-as como sujeitos da própria história. Dentre alguns artigos, podemos destacar:

Artigo 5 - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais. (BRASIL, 2006, p. 979).

Artigo 18 - É dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. (BRASIL, 2006, p. 980).

Artigo 130 - Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais e responsáveis, a lei poderá determinar, como medida cautelar o afastamento do agressor da moradia comum. (BRASIL, 2006, p. 987).

Ressalto também os artigos que se referem à atuação do profissional de saúde diante da constatação da ocorrência de maus-tratos à criança ou adolescente. Tais artigos são os seguintes:

Artigo 13 - Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente notificados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. (BRASIL, 2006, p. 979).

Artigo 245 - Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola e creche, comunicar à autoridade competente os casos que se tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente. (BRASIL, 2006, p. 996).

Venho sinalizar também que o Código Penal Brasileiro dispõe sobre a penalização dos agressores e da tipificação dos crimes em geral. Em especial, destaco os artigos relativos à vitimização sexual:

Artigo 224 - Presume-se violência se a vítima: a) não é maior de 14 anos, b) é alienada ou débil mental e o agente conhecia a circunstância, c) não pode por qualquer outra causa oferecer resistência. (BRASIL, 2006, p.995).

Artigo 218 - Corrupção de menores: Corromper ou facilitar a corrupção de pessoa maior de 14 anos e menor que 18, com ela praticando ato de libidinagem, ou induzindo-a a praticá-lo ou presenciá-lo. Pena: Reclusão de 1 a 4 anos. O sujeito passivo desse crime é qualquer pessoa mais de 14 e menor de 18 anos, independentemente do sexo. (BRASIL, 2006, p.994).

No âmbito internacional, a Convenção sobre Direitos da Criança de 1989, ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990, é um dos marcos legais de proteção à infância sob um ponto de vista geral. Este documento enfatiza em seu artigo 19.II que as medidas de proteção

devem incluir procedimentos eficazes para o estabelecimento de programas sociais que proporcionem assistência adequada às crianças e às pessoas encarregadas de seu cuidado (SOUZA; ADESSE, 2005).

As leis de proteção à criança e ao adolescente no Brasil são bastante claras no que se refere à responsabilidade dos profissionais na notificação de casos de violência contra a criança, assim como os direitos e deveres cabíveis à família, sociedade e Estado em face deste problema. Portanto, se faz essencial a apreensão desses conhecimentos e a participação efetiva e consciente dos profissionais que lidam direta e indiretamente com crianças, e em especial, o enfermeiro.

Em 2002, foi criado no Brasil o Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra a Criança e o Adolescente, que se configura numa instância democrática de mobilização e articulação permanente composta de representantes da sociedade civil, poder público e organizações internacionais que atuam na área da infância e adolescência (FIGUEIREDO, 2006).

Aos poucos, os mecanismos de defesa em prol da criança foram se concretizando e as políticas sociais e ações especializadas na área do combate ao abuso sexual infantil passaram a chamar a atenção de diversos profissionais. No entanto, poucas atitudes são consolidadas na prática diária de quem tem nas mãos um desafio dessa grandeza a ser resolvido (FIGUEIREDO, 2006). No meu ponto de vista, para consolidar as atitudes da prática cotidiana, o enfermeiro deve compreender e pautar suas ações no respeito ao ser humano, não se esquecendo de adotar uma postura ética.

Quanto às questões éticas envolvidas nesta temática, devemos ter em mente que os princípios éticos são universalmente importantes, em todas as práticas de enfermagem e refletem a necessidade de valorização e proteção da vida humana. Nesta perspectiva, quando aplicados devem estar voltados com a dimensão social e com o senso e justiça.

De acordo com Pereira, Ferriani e Hirata (2001), existem princípios a serem considerados no que diz respeito à violência sexual, visto que os direitos humanos devem ser respeitados como aspirações éticas e fundamentos de dignidade do ser humano, indicando regras morais para a convivência e possibilitando o desenvolvimento das capacidades e potencialidades das pessoas e da comunidade.

A ética nas ações de enfermagem proporciona múltiplas possibilidades de lidar com o outro considerando todas as suas necessidades e suas vivências. Rodrigues (2003) nos diz que a enfermagem deve agir não apenas com a competência técnica, mas, sobretudo, com respeito

ao ser humano em qualquer estágio de sua vida para alcançar um atendimento em condições dignas.

Santiago e Palácios (2006) referem que a ética do cuidado envolve relações humanas dentro das equipes da saúde, onde as questões morais são refletidas de forma aberta e igualitária, conduzindo a uma construção de consensos nas situações concretas em que se apresentam os dilemas.

Para nortear as ações de enfermagem, o sujeito que exerce tais ações necessita fundamentar-se nos conhecimentos técnicos e científicos, no bom-senso e, acima de tudo, respeito ao ser humano ao elaborar estratégias que sejam úteis e ao mesmo tempo resolutivas para o problema apresentado. Para tanto, sabemos que o profissional de enfermagem de todas as categorias dispõe do Código de Ética e Deontologia que explicita os direitos, deveres e responsabilidades de forma a garantir uma assistência digna ao cliente.

Segundo a lei nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986, presente no Código de Ética e Legislações é de responsabilidade do Enfermeiro, como refere o

Artigo 11 – O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe, privativamente: Planejamento, organização, coordenação, execução avaliação dos serviços de assistência em enfermagem; Consulta de Enfermagem; Cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

O Código de Ética e Legislações, em seu capítulo 1, das Responsabilidades Profissionais, dita em seu artigo 5 que o enfermeiro deve: “Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade” e em artigo 6: “Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica”. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

A ética do dever, na opinião de Rodrigues (2003), serve para fundamentar os Códigos de Deontologia de diversas profissões, mostrando que os conflitos morais presentes no cotidiano não devem ser entendidos na perspectiva unilateral da decisão.

Ao observarmos que o trabalho diário de enfermagem pode representar uma fonte de problemas e questões extremamente rica, considerando que requer uma construção permanente de parcerias entre os profissionais com forte presença na academia e predominantemente nas instituições de saúde, devemos atentar para a construção de estratégias que favoreçam alcançar e vencer determinadas questões. (LUNARDI et al., 2007).

Ter um olhar criterioso acerca não apenas do fato, mas também das circunstâncias em que ele ocorreu e dos agentes envolvidos ajuda a optar por uma postura mais correta. Neste

sentido, Rodrigues (2003) afirma que a escolha de rumos razoáveis para a solução de conflitos perpassa pela compreensão e esclarecimentos das condutas corretas dentro da profissão.

1.6 O enfermeiro, a identificação do abuso sexual infantil e tratamento do caso

É fundamental que o enfermeiro se preocupe com a assistência de qualidade à criança, por isso deve estar atento às questões ético-jurídicas na abordagem de crianças vítimas de abuso sexual, tendo a consciência de sua responsabilidade na proteção e promoção da saúde da criança.

A assistência de enfermagem, geralmente, está mais focada no “tratamento” dos danos gerados pela violência. O processo assistencial deveria valorizar mais a prevenção da violência, a proteção contra a revitimização e a promoção de vínculos saudáveis da criança e da família. (CUNHA, 2007).

Martins e Ferriani (2003) destacam que é essencial a adequação das instituições a uma nova proposta de atenção integral à saúde da criança e do adolescente, entendendo-os como sujeito de direitos.

O enfermeiro tem papel importante para a implantação de uma assistência voltada para as reais necessidades da criança e sua família, buscando a educação em saúde como ponto primordial em todas as etapas do processo de atendimento.

Souza et al. (2005, p.465) comentam que “a sistematização da conduta do enfermeiro, frente a situações suspeitas, contribuiria para uma intervenção pautada em conhecimento técnico e ético, favorecendo a interrupção deste terrível ciclo, em que muitas crianças se encontram [...]”.

Quanto à atuação da equipe de enfermagem, Cunha (2007, p.107) aponta que “se dá de forma fragmentada e sem distinção clara das atribuições de cada profissional que compõe a equipe”. Já Deslandes (1994) refere alguns procedimentos para a atuação do profissional de saúde, dentre eles identificamos claramente as ações de enfermagem:

- encorajar os pais a fornecerem informações sobre o fato, procurando mostrar interesse de ajuda à criança e à família;
- fazer registro no prontuário e notificar obrigatoriamente os casos identificados como suspeitos;
- contactar imediatamente os serviços especializados;
- mobilizar recursos existentes na vizinhança da família (creches, escolas e postos de saúde) a fim de promover uma rede de apoio e prevenção nas residências;

- envolver, na medida do possível, os diversos profissionais da unidade de atendimento à família.

Para Cunha (2007), a atuação da equipe de enfermagem frente às situações de crianças vítimas de violência familiar deve perpassar por um processo de atendimento que inclui: identificação, intervenção, seguimento, avaliação e encaminhamentos, sendo que esse atendimento deve ser feito de acordo com os princípios do SUS e compreendendo ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde das crianças e suas famílias.

O reconhecimento das situações de risco nas famílias, como alcoolismo, o uso de drogas, desagregação familiar, além da verificação dos sinais e sintomas sugestivos de violência como lesões físicas, alterações de comportamento, negligência são pontos importantes nos quais as equipes de saúde deverão estar atentas. (BRASIL, 2005).

Quanto à atenção integral à criança vítima de violência, abuso sexual e trabalho infantil, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, do Ministério da Saúde, recomenda que façam parte das ações de saúde assim como a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável e prevenção de agravos, detecção oportuna de problemas e a abordagem multiprofissional e multisetorial. (BRASIL, 2005).

Em minha opinião, as ações do enfermeiro também perpassam pela análise e compreensão do contexto onde ocorre a violência, orientando e estimulando sua equipe adotar uma postura que permita um olhar mais amplo, que ultrapasse os sinais objetivos, reconhecendo dos casos suspeitos de abuso através da investigação mais apurada dos casos.

Na visão de Krug et al. (2002), ao captar a natureza dos atos violentos é necessário considerar a relevância do cenário e a relação entre abusador e vítima. Assim sendo, as intervenções eficazes, nos casos de abuso sexual infantil que está inserida no contexto da violência familiar, devem sempre estar associada à questão da prevenção e verificar riscos de exposição.

De acordo com Macmillan et al. (2007), as possíveis intervenções efetivas são avaliar os esforços para reduzir a incidência, recorrência e seqüelas associadas aos maus-tratos infantis. Para tanto, a prevenção dos maus-tratos antes de sua ocorrência, tratamentos com objetivos bem definidos e boa administração do caso com profissionais especializados se tornam prioridades.

É importante enfatizar que os programas de prevenção devem abordar também as pessoas que cometem o abuso sexual e a sociedade em geral. Desta forma, pode-se ajudar a

promover as informações corretas para que todos se mobilizem e percebam sua responsabilidade na proteção dos direitos da criança, incluindo sua saúde.

“Existem duas grandes categorias de prevenção: programas infantis precoces, onde os pais são orientados desde o período perinatal acerca de negligência e abuso físico e programas escolares que focam na prevenção do abuso sexual contra a criança”. (MACMILLAN et al., 2007, p.347).

Macmillan et al. (2007) afirmam ainda que uma das metas para o serviço de proteção à criança que sofreu abuso sexual é garantir seu tratamento e evitar que tal abuso ocorra novamente.

Posso acrescentar, a partir da minha experiência enquanto graduanda na creche comunitária em Vila Isabel, que o atendimento, num primeiro momento, direciona-se para o acolhimento da criança e seus familiares. O ato de acolher é importante, pois é aí que o enfermeiro mostra-se disponível a ajudar e escutar sem, no entanto, julgar ou criticar o outro. Após este primeiro contato, pode-se desenvolver um plano de ação que contemple as necessidades assistenciais apresentadas pelo cliente, encaminhar a serviços especializados e posteriormente, avaliar os resultados das ações empregadas. Se houver necessidade, o enfermeiro pode, também, reavaliar o plano para que se torne mais eficaz.

As ações acima descritas mostram que não é difícil ou impossível ajudar efetivamente a criança vitimizada, basta ter amor ao próximo e boa vontade de querer a melhor solução para o problema, buscando, é claro, promover o bem-estar e a saúde da criança. Para tanto, é necessário uma escuta aberta, ações integradas de cuidado e atenção à saúde e proteção às crianças e famílias submetidas a situações de violência e abuso sexual.

Dentre as ações do profissional de saúde para a proteção da criança vitimizada, destaca-se o acolhimento nos diversos setores da atenção (comunidade, ambulatório, emergência e enfermaria), fundamental para diminuir as conseqüências negativas imediatas e de longo prazo causadas pela violência (FERREIRA, 2005). Nesta perspectiva, é recomendável que, ao atender a criança e sua família, o enfermeiro tenha uma postura acolhedora, evitando as condutas precipitadas, já que estas prejudicam o entendimento da situação apresentada.

Felizmente, Assis e Constantino (2003) esclarecem que existe uma tendência ao atendimento sistêmico, envolvendo a família como foco principal, e não apenas a criança vítima de maus-tratos. No entanto, ainda se constata que é uma perspectiva idealizada e não tão próxima à realidade. Por isso, o conhecimento sobre a intervenção direta com a família e também com os agressores precisa ser consolidado.

Para Souza et al. (2005), o histórico de enfermagem da criança faz parte da primeira etapa no reconhecimento de casos suspeitos. A entrevista deve ser realizada em ambiente reservado, de forma objetiva e bem direcionada e de preferência com a presença de um outro membro da equipe.

Ao realizar uma entrevista com o familiar, o profissional deve se preocupar com o local, a forma de abordagem, a empatia, pois a coleta de dados deve conter informações o mais detalhadas possível, os antecedentes da pessoa entrevistada e seu envolvimento com violência.

Silva e Silva (2003) revelam que a compreensão dos efeitos da violência doméstica sobre a saúde física e mental, o apoio prestado pela família e amigos têm papel relevante na recuperação integral da criança e do adolescente. É necessário apoiar a vítima e sua família na decisão de revelar, através da denúncia e do próprio relato ao profissional de saúde, a situação de violência em que vive.

As informações são limitadas até o ponto em que a pessoa se lembra dos eventos e admite ter participado de episódios, e mesmo pela forma como as perguntas são feitas, assim como o momento, o local e a maneira como a entrevista é conduzida. (KRUG et al., 2002).

Ao atender a família de uma criança vítima de violência, o profissional deve ter uma atitude acolhedora, não julgadora e não punitiva, mesmo que o agressor esteja presente. Tal comportamento objetivo não provocar reações negativas ou mais sofrimento para a criança e seus familiares, além de proporcionar relação de confiança, que facilitará a avaliação da situação e o planejamento do acompanhamento posterior, com maior probabilidade de adesão. (FERREIRA, 2005).

As relações familiares devem ser valorizadas, pois o ambiente familiar irá determinar como a criança cresce e se desenvolve. Portanto, os familiares devem ser orientados quanto à importância de transmitir segurança e amor à criança em situação de abuso, pois assim, aumentam as possibilidades de a criança sentir-se amparada e mais confiante para lidar com essa difícil situação.

A criança, ao sentir-se amada, conforme revela Oliveira (2004), melhora sua auto-estima e valorização pessoal. Quando conseguimos compreender o que uma criança sente, ela tem a sensação de segurança, mesmo quando ainda não sabe falar.

Para a demonstração de afeto e carinho não há regras; basta ser sensível e buscar a troca, a reciprocidade. Assim, o enfermeiro cria um elo de confiança, que possibilita o outro se expressar de maneira autêntica, revelando verdadeiramente o que lhe aflige suas percepções em relação ao problema e o que espera do atendimento profissional.

Oliveira apud Ferreira (2005) aconselha que a atuação profissional não deve ser precipitada, pois pode impedir um tempo mínimo necessário para que a equipe de saúde compreenda a situação e para que a família reconheça e exponha suas necessidades e facilidades.

A abordagem deve ter como alvo a família e não somente a criança, respeitando a cultura, as crenças e os costumes e não tomando como parâmetro os valores do profissional. (FERREIRA, 2005).

O planejamento, a definição de prioridades, o levantamento de recursos disponíveis são ações de enfermagem que funcionam como alavanca para atingir os objetivos de cuidado à saúde da criança e sua família. Para isto, o envolvimento da família em todas essas etapas contribui para o sucesso da assistência prestada.

Oliveira (2004) enfatiza que o processo de participação da família deve ser dinâmico, participativo e democrático e deve levar em consideração os interesses, as potencialidades e as expectativas de toda a família no cuidado à saúde.

Na aproximação entre os profissionais de saúde e a família das vítimas é necessário um olhar que considere o sofrimento causado pela perplexidade, indignação e conflitos resultantes dessa vivência. O cuidado do profissional com os familiares visa o *bem estar* e o *estar melhor* do cuidador, que por sua vez se refletirá no *bem estar* e no *estar melhor* da criança. (SILVA et al., 2007).

A singularidade, os hábitos, a dinâmica familiar, a cultura e a situação social e financeira da família deve ser estudada com cautela para que a inserção do enfermeiro e da equipe de saúde junto à criança e seus cuidadores esteja em consonância com a realidade em que vivem. Silva et al. (2007) nos dizem que um aspecto agravante a ser considerado são as condições sócio-econômicas, tendo em vista que demandam mais do que orientações, sendo necessário a inclusão de medidas protetivas que requerem ações multiprofissionais e intersetoriais.

Araújo (2002) também afirma que a complexidade dos processos envolvidos nos casos de abuso sexual exige uma abordagem multidisciplinar. O trabalho de atendimento à família, às vítimas e aos agressores é fundamental. Devido à enorme carga de ansiedade mobilizada nessas situações, frequentemente a família tenta fugir do atendimento, sendo, muitas vezes, necessário um apoio legal para mantê-la em acompanhamento. Neste sentido, entendo que o enfermeiro deve oferecer atenção especial à família, procurando estabelecer vínculos e diálogos que possibilitem traçar alternativas concretas e sustentáveis de acordo com o grau de maturidade dos envolvidos.

À medida que o enfermeiro se sensibilizar para essa temática, progressivamente estará voltando-se para o atendimento das necessidades assistenciais da criança e de sua família. Neste momento, deve se preocupar com propostas de resolubilidade dentro da instituição, aliando à educação em saúde como ponto essencial nas orientações de cada caso.

Algeri e Souza (2005) acreditam que ao enfermeiro compete, dentre suas atividades profissionais, o papel de educador, trazendo propostas para a família, de um outro modelo de relacionamento com a criança. A educação em saúde com a população é ferramenta primordial, devendo-se aproveitar qualquer oportunidade e nos contatos possíveis, divulgando a ideologia de proteção aos direitos da criança, esclarecendo e orientando através de palestras (especialmente grupos de recém-casados), criando programas educativos para pais, sobretudo os de risco (dependentes químicos), entre outras maneiras.

Além do papel de educador, destaco a necessidade de articulação com órgãos públicos de defesa dos direitos da criança. Minayo (1999, p.13) reforça a idéia do “reconhecimento de que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa, que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção”. Desta forma, é interessante que se compartilhe e se discuta com a equipe cada caso para uma maior proteção da criança e mais segurança por parte de quem a atende, além de conhecer as leis e estatutos, registrar corretamente as informações nos prontuários, consultar o Ministério Público e Conselho Tutelar.

O Ministério Público, segundo a Constituição Brasileira (BRASIL, 2006, p.44) “é a instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa de ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”.

O Conselho Tutelar, de acordo com o ECA, é “o órgão permanente e autônomo encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”. (BRASIL, 1990).

Como cidadãos de direitos, devemos estar cientes de que, na maioria das vezes, sozinhos não temos tanta força para modificar a história da humanidade visando garantir o bem-estar geral, ao passo que quando nos unimos, adquirimos maior potencial para mobilizar os recursos necessários e assim, promover grandes feitos benéficos na nossa sociedade. Então, com o apoio e a atuação dos órgãos acima citados, cujas ações desenvolvidas são em prol do cidadão, podemos, de fato, produzir transformações realmente satisfatórias para todos.

1.7 Os indicadores físicos e comportamentais da criança vitimizada

É necessária a compreensão de que a criança vitimizada apresenta uma série de indicadores que apontam para a confirmação do diagnóstico de abuso sexual. Todavia, o enfermeiro deve estar atento aos sinais objetivos e subjetivos para captar informações importantes em cada caso suspeito.

As pesquisas recentes, segundo Krug et al. (2002), revelam que ao mesmo tempo em que fatores biológicos e individuais estão relacionados à agressão, é também freqüente que interajam com fatores familiares, comunitários, culturais e fatores externos para criar uma situação propícia à violência.

A magnitude das lesões está associada à gravidade do ato sexual e, geralmente, estão presentes em pequeno número, pois a maioria dos casos de abuso sexual não deixa vestígios físicos. (ABRAPIA, 2002).

O exame físico deve ser realizado o quanto antes, pois as provas físicas sofrem rápida modificação, sendo necessário examinar a vítima minuciosamente, inclusive as regiões não genitais, em busca de lesões que possam comprovar o emprego da força. (WHALEY; WONG, 1984).

Dentro desse contexto, o enfermeiro deve realizar uma anamnese completa, um exame físico bem detalhado. Identificar sinais clínicos de doenças sexualmente transmissíveis e o nível de gravidade, extensão e profundidade se houver lesões. Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, hepatite B, corrimento vaginal, relaxamento de esfíncter anal, dores abdominais, sangramento vaginal e gravidez, podem ser consequência de abuso sexual. (ABRAPIA, 2002).

Drezett (2007, p.86) nos revela que as DST's apresentam taxas alarmantes. De 28% a 60% das mulheres em situação de violência sexual são infectadas por alguma DST, com números igualmente significativos para as crianças. "Se os medicamentos fossem administrados precocemente, doenças como a Hepatite B, gonorréia, sífilis, clamídia, tricomoníase e cancro mole poderiam ser evitados."

Na investigação do abuso sexual, Silva e Silva (2003) orientam que quando ocorrido em menos de 72 horas, deve-se coletar material para a pesquisa de sêmen, sangue e células epiteliais nas secreções orgânicas (cavidade oral e genital) e nas vestes. Além disso, recomendam a importância de orientar a vítima a não fazer sua higiene pessoal com o objetivo de não anular os vestígios/provas antes do exame, colher material para a realização de swab das secreções oral, vaginal e anal e também para a cultura e pesquisa sorológica de hepatites, HIV/DST, sífilis, dentre outros.

Silva e Silva (2003) também destacam que a prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV exige uma avaliação cuidadosa em relação ao tipo e grau de agressão e o tempo decorrido até a chegada ao serviço de referência. O esquema anti-retroviral para crianças e adolescentes expostos a agressores como sorologia desconhecida ou HIV + que nunca fizeram tratamento anti-retroviral é composto pelas seguintes medicações: AZT (Zidovudina), 120mg/ m² de 8 em 8 horas; 3TC (Lamivudina), 4mg por Kg de 12 em 12 horas Indinavir 400mg ou Ritonavir 100mg, IDN 500 mg/m² de 8 em 8 horas.

A contracepção de emergência, quando a criança já teve sua menarca, deve ser administrada quando a agressão ocorreu até 72 horas antes do atendimento, maior a proteção. (SILVA; SILVA, 2003).

O enfermeiro também deve se preocupar com o apoio à família, principalmente no que diz respeito à decisão de revelar e denunciar essa violência, com os encaminhamentos internos (psicologia, serviço social) e externos à instituição (delegacias de polícia, Juizado da Infância e adolescência, IML, Conselho Tutelar entre outros), explicando a importância da ajuda dos profissionais referenciados.

Além das ações acima descritas, é relevante notar que, muitas vezes, crianças são internadas com sinais e sintomas clínicos diversos e posteriormente se levanta a suspeita de maus-tratos e violência decorrente da observação do comportamento da criança.

Entretanto, nesses casos, os familiares e até mesmo os profissionais despreparados por vezes se tornam hostis, dificultando a avaliação de aspectos sociais e psicológicos e o investimento na mudança de comportamento dos responsáveis. Quando o período de hospitalização é mais longo, a proximidade em tempo integral da equipe de saúde com a família pode causar problemas na condução dos casos de violência. (FERREIRA, 2005).

Os indicadores comportamentais também podem revelar como o abuso sexual repercutiu na vida da criança. Ter conhecimento acerca das condições de vida e dos fatores socioculturais que fazem parte do seu dia-a-dia é relevante para entender os significados atribuídos a este evento.

Dentre os indicadores comportamentais podemos destacar: brincadeiras de sexo persistentes e inadequadas, com outros, ou com brinquedos, ou com elas próprias e sexualização precoce e/ou inadequada à idade. (ABRÁPIA, 2002).

A criança pode ainda apresentar vergonha excessiva, comportamento sexual inadequado para a idade, regressão a estágio de desenvolvimento anterior, tendências a fugas constantes de casa. (DESLANDES, 1994).

Oferecer a oportunidade de falar à criança, mostrando interesse e atenção ao seu

discurso é imprescindível, pois deixa transparecer a boa-vontade do profissional de ajudar a aliviar suas angústias e tentar resolver o problema da melhor maneira possível.

Devemos estar atentos ainda às características da família, que pode apresentar: possessividade em relação à criança, negando-lhe contatos sociais, acusação da criança de promiscuidade ou sedução sexual, crença de que o contato sexual é forma de amor familiar, acreditar que a criança tem contato sexual fora de casa. (DESLANDES, 1994).

Ao analisar as conseqüências da violência, pode-se perceber que além de incidir diretamente sobre a criança, incidem também sobre o agressor e sobre a sociedade, uma vez que a violência é reproduzida no núcleo familiar, propagando-se por gerações o que foi aprendido e vivenciado. (MARTINS; FERRIANI, 2003).

No que diz respeito ao abuso sexual infantil, as conseqüências revelam desajustes nos mais variados âmbitos da vida da criança, quer seja na escola, quer seja na rua e principalmente dentro de casa, independente da classe social da criança e sua família.

As conseqüências da violência sexual, de acordo com Assis et al. (2006), costumam ser mais graves quando envolvem os familiares e seus filhos. Os sentimentos de angústia, medo, culpa, ansiedade e depressão podem permanecer até a vida adulta.

As vítimas de abuso sexual apresentam frequentemente pudor excessivo, auto-flagelação, alterações na ingesta alimentar, problemas em ambiente escolar, alterações sexuais inadequadas para sua idade, receio de manter contato físico, fugas, mentiras, furtos, uso de drogas e álcool, tentativas de suicídio entre outros. (SOUZA et al., 2005).

O processo de acompanhamento da criança vítima de maus-tratos são considerados delicados para a criança. Ferreira (2005, p.177) nos lembra que “[...] vários sentimentos podem estar presentes em todos os envolvidos, durante muito tempo, em maior ou menor grau: medo, angústia, revolta, sensação de impotência, culpa, vergonha, etc”.

Para Martins e Ferriani (2003), a violência sexual traz consigo não só conseqüências físicas, mas também conseqüências psicológicas e sociais, dificuldade de aprendizado, desajustes no comportamento, aversão ou desconfiança de adultos, entre outros.

A compreensão e o estudo aprofundado desse fenômeno, levando em conta sua especificidade, auxiliam o enfermeiro a refletir e agir no momento oportuno e com postura adequada diante da criança. Valorizar a revelação da criança e eximi-la de culpa é essencial na construção de laços de confiança e demonstra que o enfermeiro deu crédito ao relato exposto e pretende ser um agente cuidador.

2 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, a metodologia utilizada foi a Qualitativa, o que permitiu o maior aprofundamento do fenômeno estudado. Nesta perspectiva, Minayo (1999, p. 10) afirma que

[...] as Metodologias de Pesquisa Qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Como nos diz Minayo (1999), a pesquisa qualitativa se preocupa em compreender o fenômeno e suas complexidades no contexto em que está inserido, aprofundando-se nos processos que envolvem indivíduos e grupos. Neste sentido, devem ser levados em consideração os hábitos, as crenças, os valores, os significados e os aspectos subjetivos. Assim, aplica-se ao estudo proposto, visto que a experiência de cuidar da criança sexualmente abusada é extremamente delicada e se relaciona com a história de vida da criança, formação e seu contexto social dos seus cuidadores.

Assim sendo, penso ser importante, a partir deste estudo, compreender as ações do enfermeiro ao lidar com crianças com suspeita de abuso sexual, pois a análise e reflexão podem contribuir para o despertar de novas práticas e estratégias no atendimento nesta área, visto que a atuação do enfermeiro abrange ações que vão além dos muros de uma instituição de saúde.

2.1 A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz

Ao estudar sobre a fenomenologia sociológica de Alfred Schutz, percebi ser o melhor caminho para este estudo porque está focado no significado da ação dos sujeitos que são os enfermeiros que lidam com a criança com suspeita de abuso sexual. Assim, sua perspectiva tem como fundamento a busca de significados das ações a partir da consciência dos sujeitos.

A fenomenologia sociológica, na óptica de Minayo (1999), vem apresentar uma crítica ao objetivismo científico, já que propõe a subjetividade como fundante do sentido. Nesta perspectiva, a subjetividade faz parte do ser social, sendo inerente no âmbito da auto-compreensão objetiva.

A perspectiva fenomenológica não propõe demonstração, mas sim explicitar as estruturas em que a experiência se verifica, deixando transparecer na descrição das experiências essas estruturas universais. (CAPALBO, 1996).

Na concepção de Schutz (1962), o termo ação define a conduta humana como um processo contínuo que é percebido pelo ator, que é baseado num projeto pré-concebido. Com

base nas concepções de Schutz, Tocantins (1993) entende que a interpretação do significado de uma ação só pode ser compreendida através do significado que a própria pessoa confere à sua ação, ou seja, a forma pela qual a pessoa interpreta seu agir.

Para Tocantins (1993), a preocupação primária para a compreensão do significado da ação de uma pessoa é levar em consideração que essa pessoa é responsável pela definição do significado da ação e da situação na qual está inserida.

O indivíduo é considerado como um “ser social”, manifestando suas ações sociais de acordo com sua situação biográfica (realidade na qual está situado). Para compreender a realidade social, o pesquisador deve captar a subjetividade do ator social captando o sentido que o ato tem para ele. (CAPALBO, 1997).

Para compreendermos Schutz é necessário saber que suas concepções estão alicerçadas nas idéias de Husserl e Weber, que já se preocupavam com as proposições científicas relacionas às ciências sociais. (CAPALBO, 1996).

Rodrigues (1996), citando Schutz, afirma que o ponto de vista de Weber ressalta as ciências sociais, as quais se ocupam principalmente da ação social, sendo ação social definida como a relação entre conduta e vivências espontâneas de duas ou mais pessoas. Já na concepção de Schutz, a ação é entendida como conduta a qual se atribui um significado subjetivo.

Husserl aponta a fenomenologia como ciência que se ocupa de fenômenos, mas com uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas. Os fenômenos são os vividos da consciência, os atos e os correlatos dessa consciência. (CAPALBO, 1996).

A partir da assertiva supracitada, pode-se concluir que para compreender a ação social é necessário saber que o indivíduo está inserido no mundo da vida cotidiana, que é essencialmente intersubjetivo.

Entendo que perceber a natureza das ações e atitudes adotadas na prática diária do enfermeiro que lida com crianças com a suspeita de abuso sexual é um processo que se dá a partir do contato com essas crianças. Para compreender as ações do enfermeiro é preciso apreender os significados da sua ação, que de certa forma indicam o modo de se ser profissional.

Segundo Schutz (1962), o mundo da vida significa o mundo da intersubjetividade, que sempre existiu, foi experienciado e interpretado por outras pessoas e por nossos antecessores, como um mundo organizado. Então, pode-se dizer que as interpretações de cada sujeito perpassam pelas próprias experiências de vida, aliado à bagagem que adquirem através dos ensinamentos de familiares, mestres e pessoas com as quais lidamos direta e indiretamente.

Capalbo (1997, p. 326) acrescenta que o mundo da vida “é a esfera comum da vida que se apresenta com um sentido ‘pré-dado’ no âmbito das atividades subjetivas. A vida da subjetividade é a base para se poder perguntar pela objetividade”.

O mundo da atitude natural são os elementos que afetam nossos sentidos, que muitas vezes percebemos de forma confusa e indistinta. A atitude natural não está no mundo privado de um determinado indivíduo, mas sim no mundo intersubjetivo, comum a todos nós, no qual temos interesse prático e não teórico. (SCHUTZ, 1962).

Para Schutz apud Rodrigues (1996), o homem em atitude natural está situado no mundo da vida e o conhecimento deste homem é uma sedimentação dos conhecimentos adquiridos ao longo da vida.

Subsidiada das concepções de Schutz, busco compreender as ações do enfermeiro face ao atendimento à criança com suspeita de abuso sexual para o enfermeiro que atua na assistência à saúde da criança. Para isto, é imprescindível entender a interação do enfermeiro em sua convivência social e, principalmente, as ações de natureza intersubjetiva.

Na óptica de Schutz (1962), a intersubjetividade se dá à medida que os homens se relacionam, levando-os às influências comuns, compreendendo os outros e sendo compreendido por eles.

Para a orientação compreensiva que se preocupa com a face subjetiva dos fenômenos sociais, o instrumental eficaz que ela utiliza é a análise intencional proposta pela fenomenologia. (CAPALBO, 1996).

O caráter subjetivo da ação deve ser dotado de propósito para que o ator concretize uma determinada conduta. Para tanto, Schutz traz os conceitos do motivo para e motivo porque.

O motivo **para** da ação é “entender o processo da ação em curso com a perspectiva do futuro. O motivo **porque** são as ações que estão pautadas em experiências passadas, que determinam a atuação do ator” (SCHUTZ, 1962, p.70).

Rodrigues (1998) entende que a orientação da ação para o futuro constitui o “motivo para” e o que se relaciona a vivências passadas do sujeito da ação é o “motivo porque”.

Capalbo (1997) nos diz que os motivos, os interesses e os objetivos vivenciados por outras pessoas em situações particulares têm um significado que orienta suas ações e, por sua vez, não são os mesmos vividos por mim, pois não é possível viver a experiência vivida pelo outro em sua unicidade.

Compreender os motivos que estão impulsionando a ação humana é a meta do pesquisador social, e ainda assim cada unidade da ação humana é só um corte que se extrai do contexto social como um todo. (POPIM; BOEMER, 2005).

Capalbo (1997) também ressalta que a ação humana é fruto da intencionalidade que coloca os motivos em ação no curso da experiência do senso-comum.

A realidade social pesquisada envolve os enfermeiros e as crianças com suspeita de ter sofrido abuso sexual. Portanto, é essencial considerar o contexto no qual estão inseridos para apreender o significado das suas ações como algo intencionado para alcançar um determinado fim.

2.2 Trajetória do estudo

Os sujeitos desse estudo são enfermeiros de um Hospital Municipal que é referência em atendimento à criança vítima de abuso sexual. Ao iniciar a captação das entrevistas na instituição escolhida (com a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, protocolo nº 207/07 – Anexo), visitei o espaço do ambulatório e das enfermarias com o intuito de fazer um reconhecimento do cenário do estudo, os turnos do serviço e fazer uma aproximação com os profissionais de saúde. Além disso, busquei entender a dinâmica de trabalho diário com a preocupação de melhor interagir com os profissionais e não interromper a assistência prestada e o funcionamento do serviço.

Schutz (1962) nos diz que é importante caracterizar as construções do senso-comum utilizadas pelos homens na sua vida cotidiana. O homem se encontra em qualquer momento da sua vida diária numa situação biograficamente determinada, com um envolvimento físico e sociocultural definido por ele. Por esse motivo, entendo ser necessária a compreensão do contexto nos quais os enfermeiros estão inseridos, já que influencia no seu modo de ser e agir.

A aproximação com os sujeitos se deu a partir da apresentação do presente estudo e seu objetivo à chefia de enfermagem, que me sinalizou os enfermeiros que possivelmente atenderam crianças com suspeita de abuso sexual. Ao procurá-los, me identifiquei, falei sobre o estudo que estava desenvolvendo na referida instituição e os questioneei sobre a possibilidade de entrevistá-los.

Os sujeitos foram convidados a participar de forma voluntária do estudo, sendo garantido o anonimato na apresentação dos resultados. A cada sujeito foi distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), estando de acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos), do Ministério da Saúde, para atender os compromissos

éticos da pesquisa seja como indivíduo, seja como comunidade, principalmente no que diz respeito ao anonimato. (BRASIL, 1996).

A escolha do ambiente para as entrevistas foi um aspecto observado para o conforto e concentração do entrevistado. Para isto, os locais selecionados estavam bem iluminados, arejados, desprovidos de ruídos e limpos, o que facilitou uma melhor interação entre entrevistador e entrevistado.

A entrevista fenomenológica foi a técnica que possibilitou captar os significados das ações dos sujeitos. Citando Oliveira (2004, p.58), a entrevista fenomenológica é “desprovida de pré-julgamentos, preconceitos e sem hipóteses, descreve as experiências vivenciadas para apreender os significados”. Por isso, ao realizar as entrevistas tentei reduzi os meus pressupostos para que pudesse entender o que estava sendo colocado pelos sujeitos.

Acredito que o entrevistador, antes de iniciar a entrevista propriamente dita, deve lançar mão da empatia a fim de favorecer um clima amistoso com o entrevistado, possibilitando, desta forma a criação de uma relação de confiança. Por isso, procurei estabelecer uma conversa informal com cada um dos sujeitos antes de iniciar a entrevista propriamente dita.

Na visão de Lakatos e Marconi (2006), a entrevista é um encontro entre duas pessoas, afim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, sendo muito utilizada na investigação social. Portanto, quando é estabelecido uma relação de confiança entre o entrevistador e o entrevistado, existe a possibilidade de se obter informações que de outra forma não seriam possíveis.

De acordo com Santana (1998), para entender o outro, no caso, os sujeitos entrevistados, é preciso aproximar-se de suas razões a fim de entender as emoções que são representadas através de atitudes e pensamentos. Para que esse movimento aconteça, o investigador deve se despir de pré-conceitos, ranços e tabus não só em relação às pessoas, mas também em relação a si mesmo.

Foi elaborado um roteiro de entrevista não estruturada (Apêndice B), que contempla as questões norteadoras e a caracterização dos sujeitos do estudo. *A priori*, não foi determinado o número de entrevistados; no entanto, a partir do momento em que as respostas às perguntas elaboradas no roteiro de entrevista tornaram-se repetitivas e não havia mais uma variação das respostas coletadas, ocorrendo saturação dos achados expressos nas similaridades das falas, as entrevistas foram encerradas.

As falas dos sujeitos foram gravadas com a autorização dos mesmos e tiveram como perguntas norteadoras:

- Quando você atende uma criança com suspeita de abuso sexual, o que você faz?
- O que você tem em vista com as ações de enfermagem desencadeadas neste tipo de atendimento? Por quê?

Ao final da captação das entrevistas, participaram do estudo, 11 enfermeiros, sendo 5 diaristas e 6 plantonistas. Vale ressaltar que 2 deles trabalhavam no ambulatório de pediatria e os outros 9 nas enfermarias pediátricas. Em cada encontro foram utilizados cerca de 20 a 45 minutos.

À medida que fui transcrevendo as entrevistas, tive um contato mais íntimo com os significados das ações, expressos nas falas dos sujeitos que remetem para um modo de agir no atendimento à criança suspeita de ter sofrido um de abuso sexual.

Antes de proceder à transcrição propriamente dita, ouvia novamente cada entrevista gravada, com a preocupação precípua de compreender a mensagem do sujeito. Além disso, tive a oportunidade de reviver aquele momento singular de encontro da subjetividade pesquisador-sujeito do estudo daquele momento particular da entrevista. Depois transcrevi as entrevistas com muita atenção e cautela. Foi obtida, desta forma, a descrição do significado da ação e expressas pelos sujeitos pesquisados.

Os sujeitos do estudo receberam codinomes para manter o sigilo de sua identidade, sendo respeitado, assim, o caráter ético da pesquisa.

Pensei muito acerca da escolha do codinome, pois estava procurando por algo que caracterizasse o enfermeiro que atende uma criança que sofreu violência. Foi quando eu me recordei de uma experiência muito rica e marcante que tive numa aula da disciplina de Saúde Mental ministrada na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, onde a professora pediu que imaginássemos que figura da natureza representaria o enfermeiro. Naquele momento veio em minha tela mental uma grande árvore com muitas crianças em baixo brincando despreocupadas. Daí, entendi que a figura das árvores de copa grande ilustra e simboliza na minha concepção, o abrigo, o aconchego, a acolhida e a proteção que o enfermeiro deve ser capaz de dar ao cuidar de uma criança, deixando-a a salvo de qualquer ato de crueldade, covardia, discriminação e violência. Dentre as diversas espécies de árvores de copa grande, selecionei aleatoriamente 11 árvores, sendo elas: Jacarandá, Ipê-roxo, Flamboyant, Sete-copas, Sibipiruna, Oiti, Jequitibá, Magnólia amarela, Abóbada, Quaresmeira, Tipuana.

A partir do conteúdo das falas, que emergiram dos sujeitos do estudo, foi possível construir as categorias, que foram analisadas em congruência com o referencial estudado. O

passo seguinte foi a análise das falas buscando apreender as ações desenvolvidas e a compreensão dos enfermeiros a respeito da importância de suas ações no contexto de atendimento à criança com suspeita de abuso sexual.

3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: COMPREENDENDO OS MOTIVOS “PARA” DO ENFERMEIRO QUE ATENDE UMA CRIANÇA COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL

Neste momento, buscando compreender as mensagens implícitas e explícitas contidas nas falas dos enfermeiros na perspectiva de apreensão das ações realizadas no contexto de atendimento à criança com suspeita de abuso sexual, vale ressaltar que essas ações dão a idéia de desenvolvimento de algo intencionado com o objetivo de lograr um determinado fim. Neste sentido, o significado se refere ao que é de valor, ou seja, perpassa pela sensibilidade de cada indivíduo em captar e interpretar o mundo ao seu redor. Assim sendo, o conteúdo das falas permitiu a apreensão não apenas das ações, mas também do seu significado ao atender uma criança que sofreu esse tipo de violência.

Desse modo, a partir das falas dos sujeitos emergiram 4 categorias que possibilitaram apreender os motivos “para” da ação do enfermeiro no atendimento à criança com suspeita de ter sofrido abuso sexual, ou seja, a intencionalidade dos enfermeiros entrevistados. De acordo com Oliveira (2004), no momento em que compreendemos os motivos de uma pessoa ao realizar uma atuação, estamos descobrindo o significado subjetivo de sua ação.

Interagir com outros profissionais no atendimento à criança

Durante as entrevistas percebi que muitos sujeitos enfatizaram nas suas falas que uma providência de grande relevância na assistência à criança que sofreu abuso sexual é interagir com outros profissionais no atendimento à criança. Para eles, encaminhar para o médico para que seja fechado um diagnóstico de abuso sexual, para a assistente social que é responsável por notificar e acionar ao Conselho Tutelar o caso e para a psicologia que faz um acompanhamento das questões de saúde mental, são caminhos percorridos no atendimento da criança.

[...] encaminhar para conversar com o pediatra para que ele consiga trabalhar essa questão e saber se é uma coisa mais fechada. Na hora que a gente encaminha para a DIP, ou para o serviço social... A partir daí a gente não se envolve. - JACARANDÁ

[...] se encaminha para a saúde mental, que é composta por psicólogos, entendeu? – SIBIPIRUNA

Existe um encaminhamento, que quem faz esse encaminhamento é o médico. Então, a gente conversa e eles fazem um encaminhamento ou para a saúde mental [...]. - JEQUITIBÁ

Em nível de ações de enfermagem se pode fazer encaminhamento para a psicologia e chamar essa mãe, ou um responsável para conversar e saber o que está acontecendo. - ABÓBADA

[...] vamos pedir para o psicólogo e para o assistente social ajuda. Acho que é importante fazer reuniões para cada profissional ver, dentro da sua possibilidade o que pode fazer para ajudar...

se temos profissionais que tem esse caminho mais delineado, tem que solicitar a eles... - QUARESMEIRA

Se ficar comprovado que o pai era abusador, aí entra uma outra etapa: você tem que notificar e acionar o Conselho Tutelar através do serviço social e também em outros casos de maus-tratos. - IPÊ-ROXO

[...] a enfermagem já tem um olhar voltado para os casos de abuso e faz um cuidado junto com a equipe da psicologia, serviço social e com as médicas e depois, infelizmente, quando o caso vai ser resolvido na questão legal a gente já perde esse elo com a criança. - FLABOYANT

[...] a triagem é feita pelo enfermeiro e depois a gente encaminha para o médico. - SETE-COPAS

Assim, eu acho que a gente tem que estar encaminhando para o serviço social porque é o serviço social que faz os encaminhamentos para o Conselho Tutelar e no meu ponto de vista é importante esse tipo de encaminhamento, né. - OITI

Estar discutindo as causas do abuso sexual... criar mecanismos, estratégias para poder notificar e saber trabalhar com realidades de um hospital, mas também de um PSF, de uma unidade básica. - MAGNÓLIA AMARELA

Estabelecer diálogo e uma escuta aberta

Ter sensibilidade ao se aproximar, respeitando o momento da criança favorece o estabelecimento de uma conversa saudável entre o enfermeiro e a criança. Os profissionais deixam claro que interagir e deixar a criança o mais confortável possível para se expressar, seja através da fala ou de brincadeiras e desenhos, possibilita uma comunicação mais aberta e, por consequência, uma receptividade melhor para as orientações. Vejamos alguns exemplos:

[...] as orientações de como tomar as medicações, de como não tomar... então a gente tem uma auxiliar de enfermagem que vai dizer pra ela e perguntar: “Já entendeu? Tem alguma dúvida? Quer aprender de novo? Diz para mim o que você entendeu?” Para saber se ela vai fazer tudo corretamente. - JACARANDÁ

As ações de enfermagem desencadeadas... é ... você tem que estar ouvindo, mas existem vários tipos de situações que você tem que perceber qual é a postura da mãe. - SETE- COPAS

[...] o enfermeiro tem como orientar [...] Saber escutar aquela criança, aquela mãe sem pré-julgamentos [...]. – MAGNÓLIA AMARELA

[...] respeitar o momento da criança, porque automaticamente ele vai se sentindo mais confortável para você deve falar.... deve-se ir explicando para ela o que vai ser feito fazer brincadeiras e deixar bem claro, que você está ali para ajudar... é importante ter um diálogo. Interagir e brincar é fundamental para se lidar com a criança que sofreu abuso. - TIPUANA

[...] é importante ter contato com a família da criança e discutir a situação com cautela. - ABÓBADA

[...] brincar com a criança, porque na brincadeira a criança revela muita coisa, nos desenhos a criança fala muita coisa [...]. - QUARESMEIRA

[...] Você deve procurar estabelecer um vínculo com ela (a criança), de amizade no dia-a-dia para ela desabafar com você, conversar com você ou confidenciar alguma coisa [...]. - JEQUITIBÁ

[...] então ela (criança) criou um vínculo muito grande comigo [...]. - IPÊ-ROXO

Então, eu tenho que dar uma atenção mais individual à criança, tenho que tranquilizar a criança, porque geralmente a criança está nervosa e com medo de tudo [...]. - SIBIPIRUNA

[...] mas agora também tem o Estatuto da Criança e do Adolescente que diz que tem que aprender a ouvir e dar crédito para as crianças. - FLAMBOYANT

Como eu falei, dar apoio à criança, tentar diminuir o trauma que ela teve...e também ao familiar que está acompanhando. - OITI

Cuidar na perspectiva do outro

Os enfermeiros, neste estudo, reconhecem que o cuidar está ancorado em um acolhimento direcionado tanto para a criança quanto para sua família. Preservar o paciente evitando sua exposição na enfermaria, tentar minimizar o trauma sofrido e ter sensibilidade e um olhar especial para a família fazem parte desse cuidar em enfermagem segundo as falas a seguir:

[...] o nosso grande objetivo é a gente tentar dar um acolhimento para a criança e para a mãe [...]. - SETE-COPAS

[...] as ações de enfermagem têm que estar voltadas para o acolhimento à criança, né? O que eu fiz com essa criança foi um acolhimento.... o que eu tentei fazer foi diminuir o trauma dessa criança, acolher e dar carinho.... o mais importante é esse apoio tanto para a criança que sofreu quanto o familiar que está acompanhando a criança. - OITI

O cuidar dessa criança é o que existe de mais importante até para a criança aceitar o tratamento dela ... o primordial é o acolhimento dessa criança, a forma como você se dirige a ela, o vínculo estabelecido entre profissional – paciente no caso de uma violência dessa [...]. - JEQUITIBÁ

A gente tem que lembrar também do cuidar, tem que observar o comportamento auto-agressivo, se fazem sexo sem proteção... não é super-proteger, mas sim, fazer um acolhimento sem aquela coisa maternal, sabe? Fazer um acolhimento de uma forma profissional, preservar para a enfermaria toda não ficar sabendo. - MAGNÓLIA AMARELA

[...] dar apoio para a mãe, para a família, ter muita paciência numa situação dessas para poder ajudar, realmente. - ABÓBADA

A minha expectativa é que a ação de enfermagem, obviamente, é cuidar, mas do que cuidar da criança, é uma ousadia pensar que a gente vai conseguir aconchegar tanto que a criança vai esquecer aquilo, que ela vai superar [...]. - IPÊ-ROXO

[...] então é uma ajuda específica para a criança, acalmando a criança. -SIBIPIRUNA

[...] é necessário a questão do acolhimento e você se fazer conhecer – “Eu sou enfermeira e estou aqui para ajudar você”. - QUARESMEIRA

No atendimento a essa criança você vai demonstrar para ela que você está tratando o que ela tem, porque se em algum momento, ela percebe que você está tentando descobrir alguma coisa sobre o que aconteceu para ela estar ali, ela se fecha. Então a primeira coisa que eu, particularmente faço é dar um apoio emocional, dar o conforto necessário naquele momento [...]. - TIPUANA

Assistir a criança sem deixar de cumprir as rotinas da unidade

O enfermeiro, segundo os relatos, deve procurar assistir a criança, sem, no entanto, deixar de cumprir das rotinas da unidade como administrar as medicações prescritas nos horários aprazados, o procedimento do exame físico e a observação minuciosa no momento

da higiene corporal são ações de enfermagem que também foram destacadas pelos enfermeiros como constatamos nas falas:

[...] quando se está dentro de uma unidade, de uma enfermaria, você tem que cumprir toda a questão da assistência de enfermagem propriamente dita dos horários, das medicações, identificação de DSTs e fazer o tratamento prescrito [...] você observar não só a questão do abuso propriamente dito, mas os maus- tratos de uma forma geral. - IPÊ ROXO

Geralmente a enfermagem é no primeiro momento e quando a criança está internada aqui no hospital, entendeu... é... fazer as medicações, cuidados e tudo... é... o exame físico... principalmente quando vai tomar banho. A gente acaba vendo mais a parte física da criança, verificamos se a criança tomou o Kit anti- HIV, se tomou os antibióticos[...]. - SIBIPIRUNA

[...] as rotinas da enfermaria quando se recebe a criança... é... o exame físico e o tratamento medicamentoso. Trato (as crianças) da mesma forma de acordo com a prescrição e com as condutas a serem feitas. JEQUITIBÁ

Então, a criança primeiro tomou a vacina (anti-hepatite B) [...]. - ABÓBADA

É... administração de medicamentos conforme prescrição, observar se está em depressão e dependendo do que a criança apresentar você vai fazer a sua ação de enfermagem voltada para aquele problema, né?... Eu segui o que havia na prescrição médica, fui fazer o que tinha de medicações para ela. - OITI

A enfermagem vai fazer os procedimentos. - QUARESMEIRA

[...] e quando a gente tem a oportunidade de fazer o exame físico a gente faz [...].Aí quando ela já está toda acompanhada e já passou o primeiro mês e tomou todas as medicações. - SETE-COPAS

[...] você vai examinar e de acordo com o que ela (criança) tiver apresentando. - OITI

[...] a gente trata com cautela, com respeito [...]. A gente observa, nós ficamos de olho! - FLAMBOYANT

[...] a gente já abre o prontuário e ela é atendida no dia. Então quando se tem uma criança vítima de VVS, ela é atendida no dia. A questão da enfermagem ficou muito pela questão da observação, da ausculta. - JACARANDÁ

[...] Quando eu estou na enfermaria, eu fico atenta a determinadas situações em que eu suspeito de abuso Então tem que estar percebendo, nos casos crônicos, os comportamentos auto-destrutivos, e ter esse olhar diferenciado para você atuar. - MAGNÓLIA AMARELA

O típico da ação

Deste modo, as características comuns a todas as falas permitiu a apreensão de que ao atender à criança com suspeita de abuso sexual, o enfermeiro busca **interagir com outros profissionais para o atendimento à criança** e ao mesmo tempo **estabelecer um diálogo e uma escuta aberta** possibilitando um **cuidar na perspectiva do outro**, visando **assistir a criança sem deixar de cumprir as rotinas da unidade**.

4 COMPREENDENDO E INTERPRETANDO AS AÇÕES DOS ENFERMEIROS

Durante as entrevistas, percebi a ênfase que muitos sujeitos deram na questão da necessidade de interagir com outros profissionais para o atendimento à criança vitimizada. Somar esforços com outros profissionais no sentido de prestar um atendimento mais global, completo, voltado para as necessidades sociais, emocionais e psicológicas possibilita uma assistência de melhor qualidade, caracterizando, assim, a contribuição de profissionais de formações diversas no atendimento, como pode ser observado nas seguintes falas.

Se está escrito lá... (A gente aqui a gente não fala violência sexual, a gente fala VVS). Então chegou para a gente com VVS a gente já encaminha para a DIP, ele é atendido na DIP. - JACARANDÁ

No momento que você recebe uma informação, você avalia e vê se tem mais algum dado, mais alguma coisa que possa colaborar com a conclusão final, ou seja, tem que estar sempre ali interagindo com a equipe. - IPÊ -ROXO

[...] quando a gente mandou para psicologia. - SETE-COPAS

Acredito que a disponibilidade de uma equipe interdisciplinar que garanta o apoio médico, psicológico e social necessário às vítimas e suas famílias constitui uma medida importante para assegurar o direito de uma assistência adequada. Para o atendimento aos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2001) aponta que deverão ser estabelecidos serviços de referência, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias.

Valorizar as ações interdisciplinares e multiprofissionais é vital para o oferecimento de um suporte adequado, cujos esforços deveriam centrar-se não apenas no exame físico e diagnóstico, mas também no apoio emocional e psicológico com vistas ao bem-estar da criança. O abuso sexual por si só impõe a necessidade de um atendimento diferenciado, acionando o sistema de referência e contra-referência deve funcionar de forma organizada para atender o fluxo do atendimento.

Os enfermeiros expõem nas falas a necessidade da interação com outros profissionais na assistência, buscando encontrar melhores soluções para seu agir e, com isso, ganhando um suporte e adquirindo novos conhecimentos a partir dessa interação com os outros profissionais.

A assistência multidisciplinar deve potencializar a ação de cada profissional e ao mesmo identificar o que cada um deve fazer nas diversas etapas do atendimento. Por isso, são importantes as reuniões rotineiras para as discussões em equipe e o estabelecimento de um sistema de referência visando uma atenção digna, com qualidade e resolutividade. (SILVA; SILVA, 2003).

Pierantoni (2007) dá destaque especial para as ações de enfermagem enquanto parte das intervenções da equipe multidisciplinar, sendo desenvolvidas em várias etapas do atendimento, dentre elas: prevenção; identificação de novos casos; suporte para evitar novas agressões; promoção da saúde da criança; capacitação da equipe e estudantes e a educação em saúde dos familiares.

Em relação à prestação do atendimento às vítimas, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2001) acrescenta ainda a necessidade de reestruturação e organização dos serviços do SUS, buscando diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher as demandas prestando-lhes uma atenção de qualidade, com resolutividade e dignidade em todos os níveis de atenção.

As ações desenvolvidas pelo enfermeiro deixam em evidência o *motivo para* a ação, que, para Schutz (1962), é a intenção de realizar um projeto com o objetivo de atingir uma meta.

Os enfermeiros entrevistados referem que o abuso sexual é algo traumatizante na vida de uma criança e que, para se aproximar dela é fundamental buscar um clima de confiança e respeito pela difícil situação que a mesma passou. Na minha percepção, ao estabelecer uma conversa com a presença da criança e familiares, é aconselhável que o enfermeiro mantenha uma atitude de isenção, no sentido de não haver qualquer conotação de censura ou acusação. Portanto, um passo importante é ouvir sem pré-julgar as colocações, procurando deixar as pessoas confortáveis e à vontade para se expressar, proporcionando, assim um ambiente terapêutico.

Também ficou claro, em algumas falas, que o enfermeiro está preocupado em promover um ambiente acolhedor para a criança, pois desta forma, ela se sentirá segura para se expressar. Em minha opinião, isso demonstra a responsabilidade e sensibilidade do profissional ao atender crianças em situação de abuso sexual, como expresso nas falas a seguir.

[...] nesse primeiro momento da internação é você ambientar essa criança com a unidade principalmente quando você suspeita disso [...]. - IPÊ-ROXO

Quando ela se conscientiza que você está ali para ajudar, aí, você não faz mais pergunta a ela, porque ela começa a fazer pergunta para você para começar a entender aquilo que aconteceu. - TIPUANA

É essencial que o enfermeiro oriente a família da criança ao lidar com uma situação difícil como o abuso sexual infantil. Para isso, deve ser explicado que quando a criança tem a presença do familiar, ela sente-se mais segura. Assim sendo, Assis et al. (2006) acreditam que

em situações graves ou difíceis, a existência de pessoas dando apoio durante o processo de superação dos problemas ajuda a reduzir o seu impacto sobre a criança.

Nas falas dos profissionais compreendi que existe uma preocupação quando se trata em se aproximar da criança para que ela não se sinta desconfortável ou desconfiada com a presença do enfermeiro. O favorecimento de uma relação de confiança se dá, segundo os relatos, quando o profissional demonstra respeito por aquela criança e a situação por ela vivenciada. Assim, o agir do enfermeiro se torna progressivamente potencializado pelos direcionamentos fornecidos pela própria criança, seja pela comunicação verbal ou não-verbal.

No diálogo com a criança, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2001) recomenda que o profissional tenha o cuidado para que sua abordagem acerca do assunto não cause mais sofrimento à vítima. A abordagem à família deve ser empática, uma vez que, na maioria das vezes, a intervenção terá como um dos objetivos a reorganização dos vínculos familiares. Para os sujeitos entrevistados, a criança precisa reconhecer na equipe, pessoas amigas, que estão ali para cuidar delas e não maltratá-las.

Devemos estar atentos para o relato espontâneo da criança “[...] seu depoimento deve merecer toda a credibilidade, pois dificilmente ela seria capaz de elaborar uma falsa história de abuso sexual”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

Penso que depois de ouvir com atenção os relatos, orientar a criança e sua família, utilizando-se de vocabulário apropriado de acordo com o contexto social e cultural apresentados, colocando-se de modo franco e respeitoso é uma das possibilidades a serem adotadas pelo enfermeiro. Entendo que agindo desta forma, há uma possibilidade maior de fazer um acompanhamento, assegurando a continuidade e a sistematização da assistência de enfermagem.

Para Grudtner (2005), uma das ações do enfermeiro é o ouvir atento, expressando que se importa com a pessoa que está diante de si, valorizando-o e respeitando seus direitos e decisões, o que pode ajudá-lo a crescer. Ainda acrescenta que para sua recuperação e reinserção tornam-se fundamentais os cuidados ofertados pela enfermagem.

Alguns enfermeiros entrevistados procuram interagir com a criança utilizando-se do lúdico para favorecer a aproximação. Desta forma, a conversa flui do modo mais natural, possibilitando as explicações acerca dos procedimentos a serem realizados, de que forma seu corpo vai ser tocado no exame físico e como ela pode colaborar no trabalho desses profissionais.

Vale ressaltar que, em suas conversas, o enfermeiro exerce também sua ação de educador, ultrapassando, assim, os limites daqueles educandos sujeitos da ação, permitindo

que a ação de enfermagem possa mediar conhecimentos para além do espaço da instituição de saúde. (PIERANTONI, 2007).

A deteriorização das relações afetivas devido à violência vem comprovar que o desenvolvimento moral da criança é afetado. Para Assis (2002), as crianças expostas a situações de violência deixam de adquirir valores éticos básicos, especialmente a não valorização da vida humana.

A criação e o estabelecimento de vínculos de afeto, carinho e as manifestações espontâneas de apoio e compreensão são de grande valia na construção de laços do enfermeiro com a criança, segundo os relatos dos enfermeiros. As brincadeiras parecem ser um dos caminhos de escolha para uma aproximação amigável e divertida, possibilitando a expressão de sentimentos que podem estar velados na comunicação verbal, como está explícito na fala destacada.

[...] então, como enfermeira você pode conversar sobre o que ela está sentindo, mas não sobre o que aconteceu, pois para isso é melhor ir ganhando a confiança dela primeiro. -
TIPUANA

Assis et al. (2006) também nos dizem que o afeto e o contato físico ajudam a fortalecer a criança e a curar muitos males do corpo e do coração. Além disso, deixar a criança externar seus sentimentos através de brincadeiras, jogos, ou falando com as pessoas sobre a tristeza que está sentindo constitui-se medida terapêutica com resultados bastante positivos.

Essa interação do enfermeiro com seu paciente reflete seu cuidar, seja no acolhimento, nos gestos de carinho e compreensão, na palavra amiga que traz consigo, no conforto ao coração, no olhar que transmite paz e tranquilidade.

Quando uma vítima de violência busca um serviço de saúde e nele encontra uma enfermeira pró-ativa e empática, que se compromete com a sua dor, pode-se dizer que além do cuidado amoroso do enfermeiro, também se aclara a dimensão social e política da profissão (GRÜDTNER 2005). Nesta perspectiva, à medida que as necessidades da criança e sua família são descortinadas, o enfermeiro lança mão de um cuidado mais focado no caso, promovendo uma ação voltada para as necessidades apresentadas.

O cuidar em enfermagem abriga amplo significado para os seres humanos, pois envolve o relacionamento e interação entre as pessoas. No momento em que um indivíduo está disposto a ajudar o outro a crescer, a sentir-se melhor, ensinando-o a tornar-se independente está cuidando.

O momento de cuidar envolve uma ação da enfermeira quanto do outro que está sendo cuidado. Um momento onde se tem a oportunidade de alcançar um nível mais avançado através dos potenciais de cada pessoa. (WATSON, 2002).

Para Waldow (1999), o termo cuidar está associado a uma ação dinâmica, pensada, refletida. Através do cuidado pode-se compreender a realidade e sentimentos do outro, sendo um instrumento de crescimento mútuo. Dessa forma, o cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa.

A compreensão do cuidado humano, no qual a enfermagem tem papel fundamental, consiste em contribuir para o bem-estar físico, mental, espiritual e social. A intenção de cuidar perpassa por aspectos importantes para o indivíduo, pois promove o alívio da dor, o conforto através da palavra, o restabelecimento das condições de saúde e, sobretudo, a doação de amor. Warne e McAndrews (2005) afirmam que as enfermeiras devem estar preparadas para prover um cuidado holístico a partir das necessidades dos clientes.

Grudtner (2005) entende que as vítimas de violência intrafamiliar, sejam elas crianças ou adolescentes, carregam consigo cicatrizes emocionais que, muitas vezes, provocam uma dor maior do que as feridas externas e interferem no estabelecimento de suas relações interpessoais. Essa ferida invisível, segundo a autora, possui uma crosta de sofrimento que pode ser amolecida e removida pelo cuidado amoroso da enfermeira.

Watson (2002) acredita que uma relação de cuidado e um ambiente de cuidar preservam a dignidade humana, o todo e a integridade, oferecendo uma escolha autêntica e que o cuidar promove processos e possibilidades de auto-conhecimento, auto-crescimento, auto-recuperação, auto-controle, auto-recomposição e auto-restituição. O comprometimento moral, a intencionalidade e a consciência de promover o bem do outro, potencializa a dignidade humana, permitindo que a pessoa crie e recrie o seu próprio significado da existência. Para tanto, é relevante considerar a contextualização do indivíduo e as relações que este estabelece com as pessoas e com o mundo. Isso fica evidenciado na fala abaixo.

[...] não podemos nos esquecer também de que a enfermagem tem a formação voltada para o cuidar do ser humano, então isso engloba uma assistência diferenciada dos outros profissionais. - ABÓBADA

Todos os enfermeiros entrevistados deixam claro que a assistência de enfermagem deve ser norteadada para o bem-estar da criança e sua família. Muitas vezes, a violência contra a criança, além de atingir a própria vítima, traz consigo sentimentos que se estendem aos familiares. Para tanto, o acolhimento é ferramenta preciosa para o enfermeiro lidar com o sofrimento e ansiedades alheias, tendo em vista que permite uma interação mais favorável e amistosa. Ferreira (2005) revela que as possibilidades pessoais de cada profissional e de cada

serviço influenciam na forma de acolhimento e exigem adaptações específicas para conduzir os casos.

A meu ver, o acolhimento é um processo de estabelecimento de relação positiva com a família, sendo necessário, na maioria das vezes, alguns contatos para se descobrir o problema. O passo seguinte é identificar os problemas a serem discutidos, priorizar as ações e esclarecer o que o serviço pode oferecer. Nas falas que seguem o enfermeiro inclui o acolhimento em suas ações.

[...] a gente procura atender a criança tentando confortá-la, dando o acolhimento necessário, dar um apoio também para a família, ao responsável por essa criança. -OITI

[...] é necessário a questão do acolhimento e você se fazer conhecer – “Eu sou enfermeira e estou aqui para ajudar você” A gente tem que se apresentar a essa família. - QUARESMEIRA

Percebi nas falas que alguns enfermeiros explicitaram o cuidado com a saúde física e mental da criança com a suspeita de ter sofrido o abuso sexual, mas ao mesmo tempo fica claro o olhar voltado para a família. Esse olhar é respeitoso e não julgador, pois a família pode estar sofrendo frente àquela difícil situação e precisando de orientações que apontem para possíveis caminhos a serem percorridos para tentar amenizar o trauma sofrido.

Proteger essa criança contra a revitimização e outras formas de violência e proporcionar a sensação de confiança da criança e sua família no profissional de enfermagem é um foco primordial para um bom atendimento. Na opinião de Ferreira (2005), essa visão ajuda o profissional a acolher a família e adotar atitude empática para com os pais.

Além de tudo que foi exposto, penso que o corpo físico precisa dos tratamentos medicamentosos para se reabilitar e, muitas vezes, de procedimentos empregados pelos enfermeiros para proporcionar conforto e alívio. No entanto, está claro que a tônica da assistência de enfermagem deve comportar muito mais do que o cumprimento de medicações prescritas para cada caso. O enfoque de um exame físico aprofundado e detalhado na investigação não somente de evidências corporais, mas também de pistas que apontam para modificações sociais, torna-se precioso para estabelecer um diagnóstico apropriado.

Fica claro nos relatos dos enfermeiros que participaram desse estudo que as ações desenvolvidas por eles são dotadas de intencionalidade. Schutz (1962), apoiado nas concepções de Hurssel, esclarece todas as nossas ações possuem um caráter intencional.

Os enfermeiros entrevistados relatam que a descoberta do abuso sexual, geralmente se dá no momento do exame físico, quando se detecta a presença de DSTs ou a presença de lacerações, hematomas, eritemas, dentre outros. Quando é constatada a presença de DSTs, a criança é encaminhada para a DIP (Doenças Infecto-Parasitárias), onde é feito o tratamento

medicamentoso para o problema e, caso haja indicação, é feito o tratamento cirúrgico (principalmente em casos de exérese de condilomas). A fala abaixo mostra a atitude do enfermeiro quanto à questão do tratamento.

Vai ser feito todas as medicações [...]. - SETE-COPAS

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2001) aponta que, na maioria dos casos de abusos sexual, não são encontradas lesões físicas evidentes. O exame físico deve abranger áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: mamas, boca, genitais, região perianal, nádegas e ânus. Deve-se observar sempre as conseqüências de ordem social, como comportamentos auto-destrutivos, isolamento, fobias, comportamentos sexualizados, fugas de casa, aversão ou desconfiança de adultos dentre outros.

A partir das falas, pude compreender que o trabalho do enfermeiro ultrapassa as técnicas e os procedimentos, tendo em vista que o foco está voltado para as necessidades do indivíduo, sejam elas físicas, sociais, emocionais ou espirituais. Grudtner (2005), com muita propriedade, nos lembra que apesar da importância de procedimentos, é indispensável o estabelecimento de uma relação com o outro para cuidá-lo em sua fragilidade exposta, tomando em consideração a visão do ser humano como um todo, não se esquecendo de que ele é um cidadão do universo.

Os familiares devem ser esclarecidos quanto à grande ajuda do Conselho Tutelar nos casos de violência contra a criança. Entendo que falta a compreensão por parte desses familiares de que o Conselho Tutelar existe para garantir os direitos das crianças e adolescentes através de soluções sérias, ágeis e consistentes. Cabe ao enfermeiro aclarar o papel desse órgão, explicitando sua importância na formação de políticas públicas voltadas para a proteção da criança e do adolescente e dissolver possíveis dúvidas afim de que os casos suspeitos ou confirmados sejam notificados. Como se observa a seguir.

Eu banco a notificação Notificar de uma forma que a mãe entenda que é uma proteção e não uma acusação entendeu? - MAGNÓLIA AMARELA

Silva e Silva (2003) referem que além de ser um direito de cidadania, a notificação de maus-tratos à criança e ao adolescente é um instrumento importante no enfrentamento da violência.

A notificação compulsória, ainda de acordo com Silva e Silva (2003, p.72), pode ser entendida como: “informação emitida pelo setor de saúde ou qualquer órgão ou pessoa, para os serviços de saúde e conselho tutelar com a finalidade de promover os cuidados sócio-sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente vítimas de maus-tratos”.

Segundo Assis et al. (2006), esforços devem estar voltados no sentido de evitar que esse tipo de violência marque a vida da criança. Pais e familiares devem rever o jeito da família se relacionar, repensando os rumos a seguir e, principalmente, devem buscar ajuda em serviços especializados como o de saúde.

Silva e Silva (2003) reforçam que o trabalho junto à família deve ser acompanhado num período que permita avaliar a possibilidade de retorno da criança à sua casa ou a outra situação qualquer.

O plano de ação de combate ao abuso sexual infantil deve ser pensado a partir de vínculo familiar e suas relações para que a intervenção seja bem-estruturada. No entanto, a interlocução da família com o serviço de saúde nas situações de abuso sexual contra a criança é um processo de inclusão que tem sido demorado e ainda possui lacunas a serem preenchidas pela atuação dos enfermeiros e profissionais de saúde.

Ciuffo, Cunha e Rodrigues (2008) afirmam que a assistência aos pais volta-se para a orientação a fim de estabelecer um relacionamento de confiança e apoio, buscando elucidar as questões através de exemplos e demonstrações. Para tanto, é fundamental uma escuta aberta, ações integradas de cuidado e atenção à saúde e proteção às crianças e famílias submetidas à situações de violência e abuso sexual.

Quanto à abordagem da família, Pierantoni (2007) acredita que deve ser humanizada, levando em conta que a família é detentora de um saber construído pela sua prática, no senso comum, que deve ser valorizado, considerado e respeitado.

Nas falas dos enfermeiros, nos relatos abaixo, é possível perceber que a assistência é direcionada para a criança e sua família, pois muitas vezes os familiares precisam de apoio, orientações e sentir-se em um ambiente seguro para externar seus sentimentos, tirar suas dúvidas e até mesmo contribuir na assistência.

[...] A gente tentou dar apoio para essa mulher porque ela chorava o tempo todo e se sentia culpada porque quando ela saiu para prestar queixa (abuso contra ela), ele pegou a menina eu acho importante ter contato com a família da criança e discutir a situação com cautela. - ABÓBADA

[...] entender que o pai e a mãe são acompanhantes. - IPÊ-ROXO

Mas assim, a gente tentou entender, conhecer aquela família [...]. - QUARESMEIRA

A população deve ter a certeza de que pode encontrar nos serviços, enfermeiros engajados na busca das melhores soluções para as diversas situações de abuso sexual apresentadas e que terão a garantia de um atendimento digno e de qualidade. Para tanto, é necessário que os enfermeiros estejam prontos para lidar com situações que demandam sensibilidade e tomada acertada de decisões. O treinamento e a capacitação de enfermeiros

que atendem crianças em situação de violência se tornam imprescindíveis, já que o conhecimento e o estudo acerca da violência, aliado ao preparo psicológico são fatores que podem contribuir para uma boa atuação. Lisboa et al. (2006) destacam que os profissionais que lidam com situações de violência apresentam uma tendência de pensamentos, sentimentos e sensações que podem prejudicar a saúde física e mental.

Segundo Pereira, Ferriani e Hirata (2001), a capacitação nos serviços de saúde devem incluir toda a equipe de saúde, em especial a enfermagem, para a identificação dos sinais de abuso sexual agudo e repetitivo e também as orientações e cuidados nos agravos à saúde física e psicológica das vítimas e na prevenção de DSTs, AIDS e gravidez.

Nos relatos, para alguns enfermeiros a questão do preparo, tanto técnico quanto psicológico, é extremamente valioso e pode ser de grande valia em distintas problemáticas envolvendo o atendimento às vítimas de qualquer tipo de violência. Lisboa et al. (2006) ainda nos deixa claro que as questões referentes às diversas formas de violência demandam reflexão e ação, tendo em vista que esta problemática repercute na vida do cidadão, da família, da sociedade, assim como na saúde dos profissionais de saúde, ganhando destaque a enfermeira, pois estão mais vulneráveis aos riscos derivados do contexto social e institucional.

Na ação de enfermagem, na opinião de Grudtner (2005), os enfermeiros precisam se perceber como agentes integrantes do sistema de cuidado às vítimas dessa cruel realidade. A referida autora, ainda acrescenta que essa incumbência apenas se faz possível através da interação entre o domínio de conhecimento sobre o fenômeno e sua complexidade, aplicando apropriadas ações cuidativas.

Reforçando a idéia da autora supracitada de que os enfermeiros devem ter conhecimento sobre o fenômeno da violência para um agir apropriado, o estudo de Warne e McAndrews (2005) aponta que a educação e a prática do enfermeiro podem ser mudadas a partir de estratégias que permitam o real reconhecimento das dificuldades e sofrimentos que fazem parte do mundo em que vivemos.

No meu ponto de vista, percebo que, como cidadãos e profissionais, os enfermeiros precisam estar engajados nas mais diversas questões do cotidiano que afetam a vida e a saúde do ser humano. Para que isso aconteça, é necessário que haja um “despertar da consciência” desses profissionais através de estudos, treinamentos e da prática que a cada dia nos lança novos desafios a serem superados. Penso que a própria vida nos convida a aprendermos novas lições a cada obstáculo, possibilitando, assim, a reflexão, a (des)construção de antigos conceitos não mais aplicáveis à prática, e a construção de novos saberes pautados nas inexoráveis transformações da sociedade e nos avanços da ciência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo me proporcionou reflexões acerca da atuação do enfermeiro frente ao abuso sexual infantil, o que me conduziu a entender que esse fenômeno é complexo e tem raízes sociais, políticas, econômicas e afeta a ordem natural dos acontecimentos da vida do ser humano, deixando marcas invisíveis que o indivíduo carrega por toda a vida.

O contato que tive com os enfermeiros entrevistados me deixou muito feliz, pois fui recebida com carinho acolhedor e todos demonstraram interesse pela temática escolhida. Assim, durante as entrevistas pude captar mais do que suas experiências, mas também suas frustrações e dificuldades ao lidar com a suspeita de abuso e suas inquietações por se tratar de uma questão que geralmente suscita tristeza e até a revolta de familiares, amigos e profissionais que trabalham com crianças. Nesse momento, percebi que foi estabelecida uma relação empática entre pesquisado e pesquisador, visto que ao discorrer sobre o assunto proposto as emoções fluíram naturalmente.

Nas falas, os enfermeiros expuseram ações muito importantes como estabelecer um diálogo e escuta aberta, acionar de outros profissionais de saúde, cuidar com a perspectiva de acolhimento e cumprir de rotinas da unidade, deixando transparecer que as ações são pautadas na proteção e na prevenção da criança e sua família. A notificação ao Conselho Tutelar não é vista como de responsabilidade e obrigação do enfermeiro como parte da equipe de saúde, os casos suspeitos são encaminhados para o serviço social, que coloca a questão diante do Conselho Tutelar e acompanha as providências tomadas a partir daí. O registro diário do comportamento da criança no prontuário não foi referido pelos Enfermeiros, o que ajudaria a clarear as ações de enfermagem voltadas para os aspectos psicossociais envolvidos em cada caso.

Diante das possibilidades que a profissão oferece no atendimento a essas crianças, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) deveria ser instrumento de consulta constante nas enfermarias e ambulatórios, pois esclarece ao enfermeiro e outros profissionais os artigos que garantem os direitos das crianças, respaldam a atuação profissional e ao mesmo tempo, apresenta a responsabilidade em notificar e as penas impostas para aqueles que se omitirem. Mas, infelizmente, ainda está arraigada de uma forma geral na sociedade a idéia de que casos suspeitos de abuso devem ser “resolvidos” internamente no seio do lar, por se tratar de um assunto muito íntimo e delicado.

A identificação e notificação dos casos de violência e maus-tratos, a comunicação e referência de todos os casos, sejam suspeitos ou confirmados, além do acolhimento,

assistência, tratamento e encaminhamento necessários às redes de apoio são de responsabilidade das equipes de saúde. (BRASIL, 2005).

A prestação de uma assistência de enfermagem sistemática, em ambiente terapêutico, partindo de um planejamento onde não só o enfermeiro, mas também toda a equipe de enfermagem que execute ações visando contemplar as necessidades daquela criança é um ponto de partida interessante e prudente. A busca de respostas concretas possibilita a credibilidade do profissional e direciona melhor a criança e sua família para a reconstrução do vínculo doméstico.

As ações de enfermagem podem ser pensadas como mola propulsora que impulsiona os enfermeiros ao campo da pesquisa na área da saúde da criança e das interferências no seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

É aconselhável que o enfermeiro adote uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar possíveis soluções para os problemas que lhes são apresentados. Para a melhor adequação das ações de enfermagem, a percepção, a responsabilidade profissional e a continuidade da assistência são ponto-chaves, bem como a visão de integralidade e equidade propostas pelo SUS.

A restituição da auto-estima da criança, a resignificação dos valores morais da criança e da família e uma profunda reflexão sobre a formação do indivíduo na sociedade em que vivemos são pontos a serem observados, estudados e analisados por todos nós, enquanto seres humanos.

Além da necessidade de profissionais treinados que saibam investigar e tenham ferramentas adequadas para aplicar na resolução desse tipo de violência, é preciso levar as denúncias a sério. Acredito que são necessárias unidades especiais nos departamentos de polícia, promotorias públicas especiais, para alertar os profissionais da escola para que estejam atentos aos indícios de identificação dos casos.

Tentar compreender a violência no contexto em que ela se enquadra, procurando trabalhar com a criança e com o agressor e entender onde se aplica a lei de proteção à Criança para evitar novos casos e/ou novas tentativas de abuso é responsabilidade do profissional em questão.

Entendo que o abuso sexual infantil e os diversos tipos de violência familiar podem ser evitados se os profissionais da saúde, da educação, a polícia, funcionários do governo souberem reconhecer os sinais sugestivos e façam um trabalho conjunto.

O desenvolvimento de ações multisetoriais e multidisciplinares com o objetivo de ter um olhar mais atento para os fatores de risco da violência sexual infantil e na prevenção de recorrência dos casos é um caminho a ser trilhado nessa problemática.

Claramente, os governos têm papel importante a desempenhar nas campanhas públicas educativas, campanhas nacionais levando a mensagem de que as crianças que estão sendo maltratadas têm direitos e que há formas de prevenir e evitar não apenas o abuso sexual, mas também todas as formas de violência.

Os governos e a sociedade têm uma parcela importante na responsabilidade dos casos de violência. Os investimentos em creches, escolas de horário integral, e de boa qualidade, áreas de lazer nas comunidades e a ausência do narcotráfico e armas nas comunidades para que as famílias possam criar seus filhos de uma forma mais saudável são medidas a serem estudadas. (ASSIS et al., 2006).

A abordagem preventiva para esta temática deve ser incluída nos currículos dos profissionais de saúde durante a graduação, onde merecem destaque os fatores que permeiam os casos de abuso sexual, a epidemiologia, as causas e conseqüências relacionadas a esse tipo de violência dentre outros. Além disso, acredito que esse tema deve estar presente nos debates e discussões dos estudantes nas escolas, para crianças das faixas etárias mais acometidas.

São importantes os esforços no sentido de incentivar os estudantes a desenvolver a consciência das forças sociais que afetam a vida e a saúde e o despertar do reconhecimento de seu papel na comunidade que se opõe à violência. Além disso, na formação e capacitação dos profissionais é válido reforçar a prevenção e a intervenção da violência intrafamiliar de maneira coletiva, cooperativa, interdisciplinar e intersetorial com a finalidade de ampliar conhecimentos e habilidades, estabelecendo parcerias e contando com o apoio da comunidade. (SOUZA et al., 2008).

É fato a escassez de pesquisas nacionais que invistam sobre esse assunto tão assustador para muitas pessoas. Tornam-se necessários estudos para estabelecer parâmetros nacionais e desenhos mais precisos dos fatores de risco e de prevenção no Brasil. Acredito que dentro da Enfermagem, são importantes estudos dessa natureza, pois cada vez que deixamos de agir ao suspeitar de um abuso sexual, estamos sendo coniventes com as possíveis recidivas e, muito provavelmente com outros tipos de maus-tratos que podem estar potencializando esse tipo de violência.

No que diz respeito à Área da Saúde da Criança, o presente estudo colabora com futuras pesquisas servindo como referência e provoca a reflexão acerca da atuação e postura

do enfermeiro ao atender e cuidar da criança que sofreu abuso sexual, incluindo sempre a assistência à sua família.

Espero que este estudo possa sensibilizar e contribuir com a equipe de enfermagem norteando seu cuidar, exercitando, sobretudo, a escuta atenta e um olhar mais apurado para a violência sexual infantil e buscando compreender as atitudes, posturas, a linguagem verbal e a não verbal da criança e seus familiares, que nos revelam significados importantes para a atuação do enfermeiro.

Enfim, ao atender a criança e sua família, seja no hospital, no ambulatório, na escola, nas ruas, nas comunidades ou em qualquer lugar do Brasil e do mundo, as ações do enfermeiro que permeiam o cuidado à criança com suspeita de abuso sexual perpassam por suas experiências profissionais, sua bagagem de conhecimentos adquiridos ao longo da vida, os procedimentos e técnicas apreendidos na sua formação profissional, os treinamentos e capacitações na área, o cuidado dedicado e sensível, o olhar atento e criterioso, a escuta compreensiva e as orientações adequadas. Mas o ingrediente soberano sobre todas as ações do enfermeiro é o amor ao próximo e a brilhante pergunta que nos faz mergulhar no íntimo da nossa alma:

Se fosse eu no lugar dessa criança e sua família, como gostaria de ser atendido?

REFERÊNCIAS

ABRAPIA. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes**. 3. ed. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados, 2002.

ALGERI, S.; SOUZA, L..M. de. Intrafamiliar violence against the child: a reflexive analysis. **Online Braz. J. Nurs**, v. 4, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/40/16>>. Acesso em: 12 maio 2007.

ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, São Paulo, v.7, n.2, jul.-dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000200002&lng=pt&nrm=iso->>. Acesso em: 03 out. 2005.

ASSIS, S.G. et al. **Por que é importante ajudar os filhos a “dar a volta” por cima?:** Conversando com pais de crianças e adolescentes sobre dificuldades da vida. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 44p.

ASSIS, S.G. Crescendo em meio à violência. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M.C. S.; SOUZA, E.R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da intemporeidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 49-81.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39.

BARNETT, O.W.; MILLER-PERRIN, C.L.; PERRIN, R. **Family violence across the lifespan: an introduction**. London: SAGE Publication, 1997.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Texto Reduzido. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.15p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2005.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 2006.

CANO, I. Violência estrutural e suas repercussões na juventude. In: TAQUETTE, S.R (Org.). **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007, 208p.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências humanas**. 3. ed. Londrina: UEL, 1996. 133p.

_____. Fenomenologia e senso-comum. In: SEBENEICHLER, F. B. (Org.). **Ética, filosofia e estética**. Rio de Janeiro: Central da Universidade Gama Filho, 1997. 420p.

CIUFFO, L.; CUNHA, J.; RODRIGUES, B. The nurse face childhood sexual abuse diagnosis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n.1, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1261/306>>. Acesso em: 29 ago. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN-240/2000**. Disponível em: <<http://www.pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/79.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196/96, sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v. 4, n.2, 1996.

CUNHA, J. M. **Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: impasses e desafios**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

_____. **A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2007.

DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

DREZETT, J. Violência sexual como problema de saúde pública. In: TAQUETTE, S.R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. 208p.

FARINATTI, F. et al. **Pediatria social: a criança maltratada**. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. 313p.

FERREIRA, A.L. Acompanhamento das crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.1, n.5, p.173 -180, 2005.

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

FIGUEIREDO, K. Violência sexual: um fenômeno complexo. In: OLIVEIRA, Helena (Coord.). **Direitos negados: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil**. 2. ed. Brasília: UNICEF, 2006.

GELLES, R.J. **Intimate violence in families**. London: SAGE Publications, 1997.

GOMES, R. Prostituição infantil: Uma questão de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 58-66, jan.-mar. 1994.

GRÜDTNER, D.I. **Violência Intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras**. 2005. 208f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2005.

HABIGZANG, L. F. et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n.3, p.341-348, dez. 2005.

KRUG, E. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa e análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LISBOA, A.M. J. **A primeira infância e as raízes da violência**. Brasília, DF: LGE, 2006.

LISBOA, M.T.L. et al. Violência do cotidiano e no trabalho de enfermagem: apreensões e expectativas de alunos de um curso de graduação em enfermagem do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery. R. Enferm**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.81-86, abr. 2006.

LUNARDI, V.L. et al. Nursing ethics and its relation with the power and work organization. **Rev Latino-am Enfermagem**, n.15, v.3 p. 493- 497, maio-jun. 2007.

MACMILLAN, H.L. et al. Development of a policy - relevant child maltreatment research strategy. **The Milkbank Quaterly**, v. 85, n. 2, p. 337- 374, 2007.

MAGALHÃES, A.P. **Abuso sexual incestuosos**: um tema centrado na criança e na família. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2005.

MARTINS, C.S.; FERRIANI, M.G.C. Reintegração da criança e do adolescente vitimizados na percepção dos pais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 6, n.56, p. 651-654, nov.-dez. 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 269p.

_____. (Org.). **Violência sob olhar da saúde**: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 284p.

_____. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S (Orgs.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p.10-33.

_____. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

MONTEIRO, C.F.S. et al. Violência sexual contra a criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 459-63, jul.-ago. 2008.

MOURA, F. J. M. et al. A violência, mundo do trabalho e a enfermeira de saúde pública. **Esc. Anna Nery. R. Enferm**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.108-115, abr. 2005

OLIVEIRA, T.J. **O cuidar de enfermagem a criança vítima de violência intra-familiar**: uma análise fenomenológica. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

PEREIRA, S. M.; FERRIANI, M.G.C.; HIRATA, M.C. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher/Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEn, 2001. 304p.

PIERANTONI, L.M.M. **(Des) caminhos do protetor da criança em situação de violência**: subsídios para a ação da enfermagem na equipe de saúde. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

POPIM, R.C.; BOEMER, M.R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schutz. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n.5, p.677 – 685, set.-out. 2005.

RODRIGUES, B.M.R.D. **O cuidar de crianças em creche comunitária**: redimensionando o treinamento numa perspectiva compreensiva. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

_____. **O cuidar de crianças em creche comunitária**: contribuição da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Londrina: UEL, 1998. 74p.

_____. A bioética na atenção materno-infantil: contribuições para a enfermagem. **Rev. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v.3, n.1, p. 5-7, jul. 2003.

SANTANA, J.S.S. **Saúde-doença no cotidiano de meninos e meninas de rua**: ampliando o agir da enfermagem. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SANTIAGO, M.M. A.; PALÁCIOS, M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.3, p.349-353, mai-jun. 2006.

SCHUTZ, A. **The problem of social reality**: collected papers 1. London: Martinus Nijhoff publishers, 1962. 361p.

SILVA, L.M.P. et al. Taking care of children's on sexual abuse situation considering the humanistic theory. **Online Braz. J. Nurs.**, v.6, n.1, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/715/162>>. Acesso em: 24 mar. 2008.

SILVA, M.C. M.; SILVA, L.M.P. **Guia de Assistência Integral à saúde da Criança e do Adolescente em Situação de Violência**: abordagem multidisciplinar. Recife: EDUPE, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência**. 2.ed. Rio de Janeiro: SBP, 2001.

SOUZA, A.B.G. et al. O enfermeiro frente aos maus-tratos na infância e adolescência: proposta de um protocolo. **Revista Nursing**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 8, p. 462-467, out. 2005.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. **Violência sexual no Brasil**: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2005. 188p.

SOUZA, E.R. et al. Tendências de produção científica brasileira sobre violências e acidentes da década de 90. In: MINAYO, M.C. S.; SOUZA, E.R. (Org). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da intemporeidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 49-81.

_____. O Tema Violência Intrafamiliar em Currículos de Graduação em Enfermagem e Medicina. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, jan.-mar. 2008.

SOUZA, M.K.B.; SANTANA, J.S.S. Concepções de Enfermeiros Gestores Municipais de Saúde sobre a Violência. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.94-99, jan.-mar. 2007.

TOCANTINS, F. R. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde**: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schütz. 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.

WARNE, T.; MCANDREW, S. The shackles of abuse: unprepared to work at the edges of reason. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, n.12, p. 679–686, 2005.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura**: um novo paradigma para a enfermagem. Portugal: Lusociência, 2002.

WHALEY, L.; WONG, D. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2.ed. Tradução de Hildegard Thie Mann Buckey. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.



APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 – Identificação do responsável pela execução da pesquisa:

Título do Projeto: “Ações de enfermagem que permeiam o atendimento à criança vítima de abuso sexual”
Responsáveis pelo Projeto: Mestranda Lia Leão Ciuffo e Prof ^a Dra. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (orientadora)
Telefones de contato dos Responsáveis pelo Projeto: Lia – cel.88171816 – email: leaociuffo@yahoo.com.br e Benedita (orientadora) –cel.88875766 - email: benedeusdara@gmail.com
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro – Tel: 25032024 – E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

2 – Informações ao participante:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral analisar as ações do enfermeiro no contexto de atendimento à criança vítima de abuso sexual.

Sua participação na pesquisa é voluntária, não acarretará nenhuma despesa pessoal e nada lhe será cobrado, e a qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento sem prejuízo a você. A pesquisa será conduzida pela técnica de entrevista não-estruturada, contendo três perguntas abertas. Sua participação consistirá em responder às perguntas, que serão gravadas e transcritas posteriormente, e só a pesquisadora e a orientadora terão acesso.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão tratadas de forma confidencial e será assegurado sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Para tanto, utilizaremos um nome fictício, que garantirá seu anonimato.

Os benefícios relacionados à sua participação estarão relacionados com a contribuição para uma assistência de melhor qualidade à saúde da criança com diagnóstico suspeito de abuso sexual e na geração de novos conhecimentos sobre as estratégias de detecção e planejamento da assistência.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta endereço, telefone e e-mail a pesquisadora e orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

Participante: _____

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

UNIVERSIDADE DE ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**Roteiro de Entrevista**

- 1- Quando você atende uma criança com suspeita de abuso sexual, o que você faz?
- 2- O que você tem em vista com as ações de enfermagem desencadeadas neste tipo de atendimento? Por quê?

ANEXO – Autorização do Comitê de Ética

RIO**Comitê de Ética em Pesquisa**

Parecer nº 242A/2007

Rio de Janeiro, 17 de dezembro de 2007.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 207/07

TÍTULO: Aspectos éticos e legais que permeiam o atendimento à criança vítima de abuso sexual*.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Lia Leão Ciuffo.

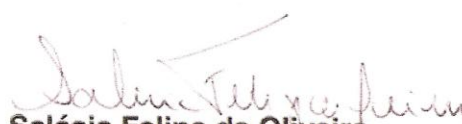
UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Municipal Jesus.

DATA DA APRECIÇÃO: 17/12/2007.

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

* Após o Exame de Qualificação na Faculdade de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro houve substituição do título por "Assistência do enfermeiro à criança com suspeita de abuso sexual".

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)