

O ENFERMEIRO FRENTE À PROBLEMÁTICA DA CRIANÇA E A ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Ana Carolina de Camargo Ferreira¹, Ana Regina de Carvalho Pinto¹, Denecir de Almeida Dutra², Adilson Lopes dos Santos³, Suellen Abib³

RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes é tão antiga como a própria história da humanidade, sendo um grave problema de saúde que se apresenta no cotidiano do profissional de Enfermagem. Discutir os cuidados do Enfermeiro frente ao atendimento à criança e o adolescente que sofre de violência sexual e abordar alguns aspectos legais que envolvem esta problemática. Realizou-se revisão de literatura nas bases de dados da Scielo e outras Revistas Eletrônicas de Saúde, em dois Trabalhos de Conclusão de Curso, no período de 2000 a 2011, nas legislações sobre o assunto e também coletou-se dados nos relatórios de programas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba-Pr. Utilizou-se os seguintes descritores: "abuso", "violência", "sexual", "criança", "adolescente", "papel do Enfermeiro", "maus tratos" sob a forma combinada ou isoladamente. Para que haja uma melhor compreensão sobre a temática da violência sexual que acomete a criança e o adolescente no cotidiano da equipe de Enfermagem, apresentamos neste artigo os seguintes tópicos: as formas de violência intrafamiliar; os aspectos legais da violência sexual contra a criança e o adolescente descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente; o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; o papel do Enfermeiro frente à criança/adolescente vitimados sexualmente e a importância da inclusão do tema violência sexual na grade curricular de Enfermagem. Percebe-se que mesmo com a crescente atenção em relação ao atendimento à criança/adolescente vitimados sexualmente, ainda há dificuldades a serem sobrepostas pelos profissionais de Enfermagem para que haja um atendimento efetivo a este público.

Palavras-chave: Abuso Sexual; Violência Sexual; Criança e Adolescente; Enfermeiro; Maus tratos.

ABSTRACT

Violence against children is as old as the history of mankind, is a serious health problem that presents itself in the daily professional nursing. Discuss the nurse's care before the care of children and adolescents who suffer from sexual violence and address some legal issues that surround this issue. We conducted a literature review in the databases SciELO and other Electronic Health Sources in two work Completion of course in the period 2000 to 2011, the laws on the subject and also collected data in reports to the Program Municipal Health Service (SMS) from Curitiba-Pr. We used the following descriptors: "abuse", "violence", "sex," "child", "teen", "role of the nurse," "abuse" under the combined form or separately. To have a better understanding on the issue of sexual violence that affects children and adolescents in everyday nursing team, this article presents the following topics: the forms of family violence, the legal aspects of sexual violence against children and adolescents described the Statute of children and Adolescents; the Code of Ethics of Professional Nursing, the role of the nurse of the child / adolescent sexually victimized and the importance of including the theme of sexual violence in the nursing curriculum. It is noticed that even with the increased attention in relation to meeting the child / adolescent sexually victimized, there are still problems to be overlaid by nursing professionals so there is an effective service to this audience.

Key-words: Sexual Abuse; Sexual Violence; Child and Adolescent; Nurse; Mistreatment.

1. Enfermeira. Centro Universitário Campos de Andrade. Curitiba-PR. E-mail:

anacarolina.camargoferreira@gmail.com

2. Doutor em Geografia. Centro Universitário Campos de Andrade. Curitiba-PR.

3. Profissional de Enfermagem. Curitiba-PR

INTRODUÇÃO

A violência tem se feito presente de forma crescente no mundo, sendo enfocada pelos meios de comunicação sob diferentes representações: desde a domiciliar até os grandes conflitos armados¹.

Quanto mais regressamos na história, maiores as chances de depararmos com a falta de proteção jurídica à criança, aumentando as probabilidades de que tivessem sido abandonadas, assassinadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas física e sexualmente².

O infanticídio era considerado um meio para eliminar todos aqueles pequenos que por desgraça nasciam com defeitos físicos. Crianças eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões como: equilíbrio de sexos, medida econômica nos grandes flagelos, por não aguentarem longas caminhadas, por motivos religiosos, por ser direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho¹.

Na Inglaterra, em 1780, as crianças podiam ser condenadas por qualquer um dos mais de duzentos crimes cuja pena era o enforcamento. Entre 1730 e 1779, metade das pessoas que morreram em Londres tinha menos de cinco anos de idade. Somente no século XIX, o filho passa a ser objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial².

A chegada das primeiras crianças ao Brasil, mesmo antes do seu descobrimento oficial, foi marcada por situações de vulnerabilidade. Na condição de órfãs do Rei, como grumetes ou pajens, eram enviadas com a incumbência de casarem com os súditos da Coroa. Poucas mulheres vinham nas embarcações, e as crianças eram obrigadas a aceitar abusos sexuais de marujos rudes e violentos².

O reconhecimento da morbimortalidade em decorrência da violência como um grave problema para a saúde fez com que surgissem os movimentos de prevenção e atenção especializada, na década de 1980³.

Neste sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁴, foi sancionado pela Lei nº 8.069, de 13/07/1990, inspirado pelas diretrizes fornecidas pela Constituição Federal de 1988, constituindo-se no instrumento de garantia da cidadania de crianças e adolescentes, criando obrigações legais aos profissionais de saúde quanto à notificação; dando prioridade absoluta à criança e ao adolescente na

sua proteção contra a negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, opressão e todos os atentados, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais; e criando o Conselho Tutelar, órgão responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção (proteção da criança, afastamento da vítima do agressor, punição do agressor, tratamentos)⁵.

Desde então, o conhecimento sobre essa forma de violência vem sendo ampliada e sua gravidade reconhecida, ainda que os dados globais sobre sua magnitude não estejam devidamente dimensionados⁶.

Na cidade de Curitiba para uma maior dimensão e obtenção de dados oficiais, no ano de 2000 implantou-se a Rede de Proteção, sendo esta um conjunto de ações integradas e intersetoriais para prevenir a violência, principalmente a intrafamiliar e a sexual e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência⁷.

De acordo com Day *et al*⁸ os casos registrados em todo o país, em delegacias, conselhos tutelares, hospitais e institutos médico-legais são apenas um alerta; não revelam a verdadeira dimensão do problema. Os levantamentos oficiais sobre o fenômeno são precários e os dados obtidos são uma pequena parte do real, a “ponta de um Iceberg”. A cifra negra – número de casos não notificados – será maior ou menor conforme seja mais ou menos amplo o “complô de silêncio” de que muitas vezes participam os profissionais, os vizinhos, os parentes, familiares e até a própria vítima.

Muitos serviços de saúde têm aumentado o atendimento a crianças vítimas de violência, contudo o despreparo dos profissionais para lidar com tais circunstâncias é imenso. Não é fácil dar visibilidade ao problema da violência, pois depende dos aspectos emocionais dos profissionais, estruturais, legais, da existência de órgãos de apoio, além da oferta de capacitações para a identificação dos sinais. Além disso, os profissionais temem a represália dos agressores, razão pela qual, muitas vezes, deixam de identificar casos de violência⁸.

Obter informações e cuidar de uma criança doente requer do profissional, além do cuidado técnico, imprescindível, o cuidado subjetivo, que envolve a singularidade e a individualidade de cada criança e a forma como esta expressa seus sentimentos e emoções. Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de maus tratos requer, além de habilidade, sensibilidade e compromisso com esta

causa⁹.

Esse fato sugere medidas sociopolíticas urgentes e, especialmente, na formação de profissionais com a compreensão de que a violência é um problema de saúde e que requer atitudes comprometidas com o enfrentamento desse fenômeno⁸.

O objetivo do presente artigo é discutir os cuidados do Enfermeiro frente ao atendimento à criança e o adolescente que sofre de violência sexual e abordar alguns aspectos legais que envolvem esta problemática.

METODOLOGIA

Realizou-se revisão de literatura nas bases de dados da Scielo e outras Revistas Eletrônicas, em dois Trabalhos de Conclusão de Curso, no período de 2000 a 2011, nas legislações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Constituição Federal de 1988 e coletou-se dados nos relatórios de programas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e atividades realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) disponíveis no site da SMS de Curitiba.

A revisão é direcionada a estudos de violência sexual contra crianças e adolescentes, destacando os cuidados do Enfermeiro frente ao atendimento desta problemática. Utilizou-se os seguintes descritores: “abuso”, “violência”, “sexual”, “criança”, “adolescente”, “papel do Enfermeiro”, “maus tratos” sob a forma combinada ou isoladamente.

Localizou-se oitenta e oito (88) artigos indexados no banco de dados da SciELO, realizou-se a leitura do título e do resumo para verificar critérios de elegibilidade pré-determinados no que tange ao tema da violência sexual contra a criança e o adolescente e/ou atuação do profissional de Enfermagem dentro desse contexto. Selecionou-se destes, setenta e um (71) artigos que foram analisados na íntegra, dos quais vinte e um (21) correspondiam aos critérios de elegibilidade, os demais artigos por não corresponderem aos critérios foram descartados do estudo. Pertinente ao tema encontrou-se cinco (05) publicações no Google Acadêmico que foram válidas para a presente revisão, estas indexadas também em Revistas eletrônicas de Saúde. Coletou-se dados em nove (09) relatórios de programas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e atividades realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) de Curitiba-PR. Utilizou-se dos Relatórios da SMS de Curitiba para a

elaboração da Figura 1 – Casos Suspeitos de Violência Contra a Criança e o Adolescente Notificados de 2002 a 2010 e Figura 2 – Total de Casos Suspeitos de Violência na Infância e Adolescência Notificados Segundo tipo de Violência e Natureza da Violência de 2007 a 2010.

HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

A violência sexual vem sendo perpetrada desde a antiguidade em todos os lugares do mundo, em todas as classes socioeconômicas, sendo fenômeno complexo, com multiplicidade tanto de causas quanto de consequências para a vítima¹⁰.

Em todos os tempos, o domínio do mais forte sob o mais fraco foi exercido sob as diversas formas de poder, nas diferentes esferas da sociedade, desde as políticas e estatais, às sociais e familiares. A essa relação de poder, de busca dos excessos, do diferente e até mesmo do anormal, soma-se a pouca importância dada às crianças e aos adolescentes e às consequências dos maus-tratos dos adultos sobre eles¹¹.

Quanto mais regressamos na história, maiores as chances de depararmos-nos com a falta de proteção jurídica à criança, aumentando as probabilidades de que tivessem sido abandonadas, assassinadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas física e sexualmente. Exemplos são colhidos ao longo da história, assinalando-se que, no Oriente Antigo, o Código de Hamurábi (1728/1686 a.C.), em seu art. 192, previa o corte da língua do filho que ousasse dizer aos pais adotivos que eles não eram seus pais, assim como a extração dos olhos do filho adotivo que aspirasse voltar à casa dos pais biológicos, afastando-se dos pais adotantes (art. 193). Punição severa era aplicada ao filho que batesse no pai. Segundo o Código de Hamurábi, a mão do filho, considerada o órgão agressor, era decepada (art. 195). Em contrapartida, se um homem livre tivesse relações sexuais com sua filha, a pena aplicada ao pai limitava-se à sua expulsão da cidade (art. 154)².

O infanticídio era considerado um meio para eliminar todos aqueles pequenos que por desgraça nasciam com defeitos físicos. Crianças eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões como: equilíbrio de sexos, medida econômica nos grandes flagelos, por não

aguentarem longas caminhadas, por motivos religiosos, por ser direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho¹.

Na Inglaterra, em 1780, as crianças podiam ser condenadas por qualquer um dos mais de duzentos crimes cuja pena era o enforcamento. Entre 1730 e 1779, metade das pessoas que morreram em Londres tinha menos de cinco anos de idade. Somente no século XIX, o filho passa a ser objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial. É neste período que passa a ocupar a posição central dentro da família que, por sua vez, passa a ser um lugar de afetividade, onde se estabelecem relações de sentimento entre o casal e os filhos, lugar de atenção (bom ou mau)².

Violência Sexual Infanto-Juvenil no Brasil

Segundo Day *et al*³, na descoberta do Brasil, as crianças viviam sobre o poderio do reinado, em condições de desproteção, pois seu destino era marcado pela incumbência de se casarem com os súditos do rei, mas as violações contra as mesmas já aconteciam no decorrer do trajeto, uma vez que eram abusadas sexualmente pelos tripulantes das embarcações.

Nunes¹² relata que no Brasil foi somente na década de 80 que os casos de violência contra a criança e o adolescente tornaram-se tão explícitos que foram tidos como um problema de saúde pública. Frente a esta situação as autoridades criaram legislações específicas para a garantia de direitos que visem proporcionar e atender as necessidades básicas de crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil de todo território nacional.

Apesar das determinações legais, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil e a identificação da violência sexual é ainda carregada de muitas incertezas. Além disso, esta questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação, logo, muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la¹³.

Curitiba para uma maior dimensão e obtenção de dados oficiais de notificação de casos suspeitos de violência sexual contra a criança e o adolescente, no ano de 2000 implantou a Rede de Proteção, sendo esta um conjunto de ações integradas e intersetoriais para prevenir a violência, principalmente a intrafamiliar e a sexual e

proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência. Com o critério de obter dados oficiais e qualitativos sobre violência, foi a partir de 2007 que as parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Municipal da Educação (SME) e Fundação de Ação Social (FAS), contemplou-se de um sistema de notificação através das unidades de saúde, hospitais, centros de educação infantil e serviços da FAS para a alimentação do banco de dados da Rede de Proteção⁷.

Com os dados coletados através deste sistema de notificação da SMS elaborou-se a Figura 1, que apresenta de forma sistemática os números de notificações de suspeitas de violência na infância e adolescência dos anos de 2002 a 2010. Durante estes nove anos atingiu-se um total de 28.567 casos notificados à Rede de Proteção à Criança e Adolescente em Situação de Risco para a Violência da cidade de Curitiba, mostrando claramente que a violência se fez crescente de 2002 até o ano de 2008, tendo um pequeno declínio nos dois anos subsequentes. Fato este que pode ter se dado pela falta de comprometimento e ou despreparo por parte dos profissionais envolvidos nesta Rede para a notificação desta problemática.

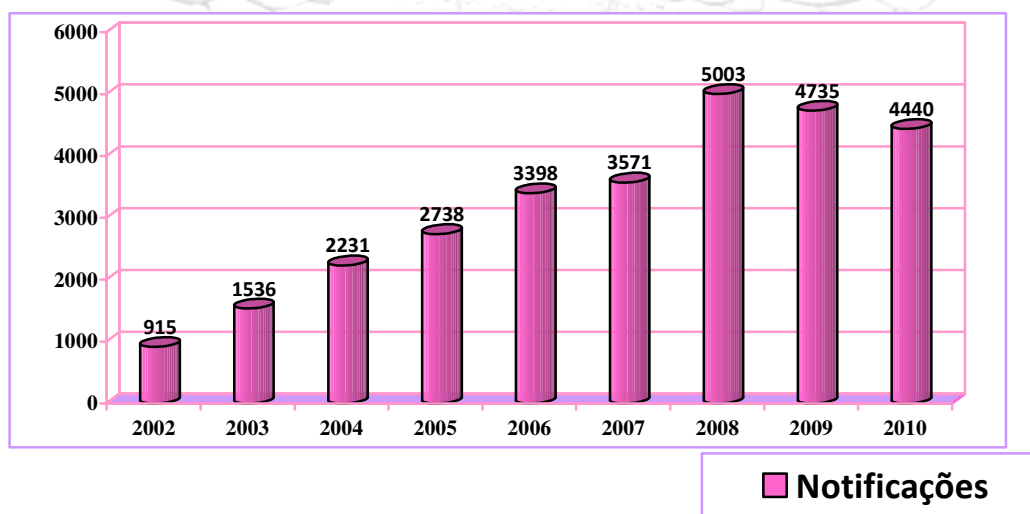


Figura 1. casos suspeitos de violência contra a criança e o adolescente notificados de 2002 a 2010 no município de Curitiba – PR. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-Paraná-Brasil

Na opinião de Habigzang LF *et al*¹³ o despreparo da rede no que diz respeito ao Brasil como um todo, ainda é constatado, envolvendo desde os profissionais da área de saúde, educadores e juristas até as instituições escolares, hospitalares e jurídicas, em manejar e tratar adequadamente os casos surgidos. Os profissionais e

instituições que constituem a rede de apoio social para crianças e famílias vítimas de violência sexual encontram-se diante do desafio de evitar as formas traumáticas de intervenção sem resvalar.

Faz-se lembrar aqui que o profissional de Enfermagem pode ser penalizado no exercício de sua profissão caso não obedeça ao que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹⁴, o Estatuto da Criança e do Adolescente⁴, a Constituição Federal¹⁵, assim como as legislações que são regulamentadas em todo o território nacional, como também não há uma lei dentro do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹⁴ que ampare este mesmo profissional frente às situações de repúdio do agressor ou até mesmo do agredido e sua família.

Formas de Violência Intrafamiliar

Violência intrafamiliar designa a violência que ocorre na família, envolvendo parentes que vivem ou não sob o mesmo teto, embora a probabilidade de ocorrência seja maior entre parentes que convivem cotidianamente no mesmo domicílio¹⁶.

Existem quatro formas mais comuns de violência intrafamiliar: física, psicológica, negligência e sexual², onde nesta revisão daremos ênfase ao abuso sexual.

Abuso sexual é a situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, baseado em uma relação de poder. Inclui manipulação da genitália, mamas ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo e o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência. Uma característica importante do abuso sexual é a falta de consentimento em relação à vítima e o perpetrador, faltando muitas vezes à capacidade emocional ou cognitiva à vítima para permitir ou julgar o que está acontecendo^{17,18,11}.

Estudos têm exaustivamente demonstrado que a violência sexual contra crianças e adolescentes ocorrem em todos os estratos sociais, não se limita a determinada etnia ou credo, independe de regimes políticos e econômicos, pode atingir crianças e adolescentes em todas as faixas etárias¹⁹.

A antiga idéia de que o delinquente era um estranho que se esconderia numa rua escura vem mudando sua face, e à luz observam-se feições bastante

conhecidas, familiares, a hipótese de que o ambiente familiar, pelas ligações afetivas, protegeria seus membros mais vulneráveis, tem se mostrado bastante falha².

A participação do padrasto, outros parentes, vizinhos, pais e amigos da família, como agressores nos casos de abuso sexual, é amplamente divulgada pelas pesquisas, desde as mais antigas até as mais atuais, revelando que o agressor sexual é, na maioria das vezes, alguém próximo à criança. Além da proximidade, que facilita a abordagem, estas pessoas contam com a confiança das vítimas, usando a relação de confiança para se aproximar cada vez mais, num processo insidioso, sem que a criança perceba o ato abusivo do adulto^{20,8}.

Fundamentando o que foi relatado no parágrafo anterior, utilizamos como parâmetro os dados obtidos na SMS do município de Curitiba para elaboração da Figura 2, este apresenta de forma comparativa os casos de suspeitas de violência, violência intrafamiliar com ênfase na violência sexual notificados na Rede de Proteção à criança e o adolescente em situação de risco para a violência. Na Figura 2, a primeira coluna representa todos os casos de violência notificados no período de 2007 a 2010, a segunda coluna apresenta a violência intrafamiliar, esta ocupando em média 80% de todos os tipos de violência e a terceira coluna destaca a violência sexual que está inserida na violência intrafamiliar, assumindo uma média de 10 a 15% dos casos notificados segundo a natureza da violência.

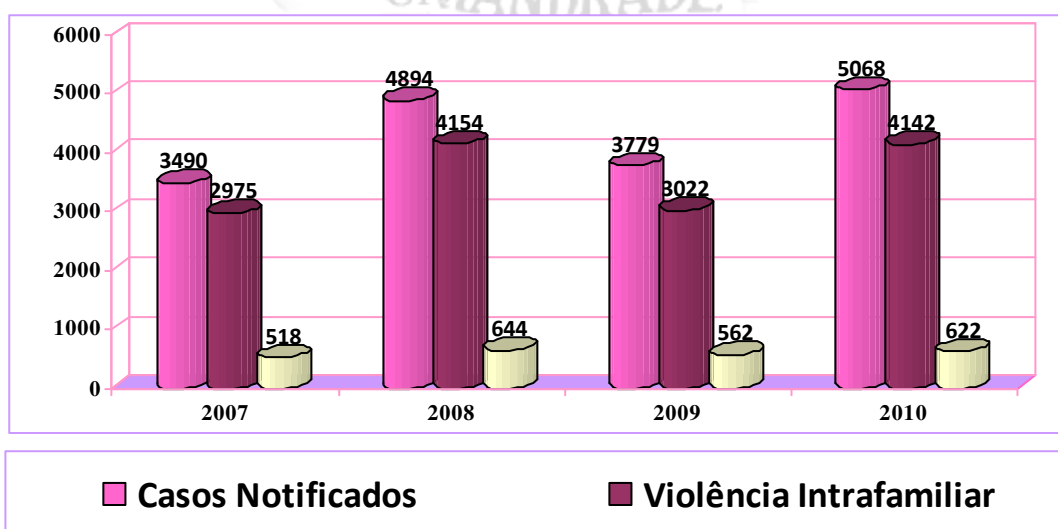


Figura 2. Total de casos suspeitos de violência na infância e adolescência notificados segundo tipo de violência e natureza da violência de 2007 a 2010 no município de Curitiba – PR. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-Paraná-Brasil

A partir deste comparativo evidencia-se que esses tipos de violência assumem destaques significativos e assustadores perante a sociedade, reafirmando aqui o grande problema de saúde pública que merece maior atenção e preparação dos profissionais envolvidos nesta problemática.

Martins e Jorge⁵ reafirmam: “que o lar é o local privilegiado para a prática da violência contra a criança, o que tem íntima ligação com os limites impostos pela privacidade que acabam por isolar a família da visão social, propiciando um ambiente encoberto pela cumplicidade familiar”.

Em outro momento Martins e Jorge²⁰ discutem o papel de convivência que a mãe assume diante da violência sexual intrafamiliar. Para manter a estabilidade e a segurança, a mãe passa a corroborar com a prática do abuso não reconhecendo o incesto, pois revelá-lo representaria reconhecer o fracasso de seu papel como mãe e esposa. Talvez estas questões justifiquem a tímida participação da mãe como notificadora. A maior proporção de agressão sexual cometida dentro de casa suscita a reflexão de que o lar, muitas vezes, não constitui um local seguro para as crianças.

Na análise desta revisão verificamos que alguns autores definem a violência intrafamiliar não apenas como sendo uma ação que acontece dentro do lar e por pessoas com laços de consanguinidade, este fenômeno também pode ser cometido em ambiente externo desde que os perpetradores possuam laços de afetividade e mantenham uma relação de autoridade sobre a vítima. A criança e em especial o adolescente sente-se desprotegido diante dos membros de sua própria família, pois estes que deveriam figurar-se como alicerce para o seu desenvolvimento são coniventes e muitas vezes os próprios perpetradores da violência sexual. Quando colocamos serem coniventes tentamos mostrar que o silêncio dos familiares diante ao incesto é mais comum do que imaginamos, fazendo com que a incidência da subnotificação atinja proporções ainda maiores do que as apresentadas. Com relação ao que abordamos neste tópico evidenciamos a necessidade da legislação que assegure os direitos da criança e do adolescente.

Aspectos Legais da Violência Sexual Contra a Criança e o Adolescente Descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente

No Brasil, a temática do abuso sexual de crianças e adolescentes adquire

maior expressão política na década de 1990, com a instituição – Estatuto da Criança e do Adolescente⁴ – ECA - Lei nº 8.069/90, retratando uma maior maturidade e engajamento por parte da sociedade brasileira. O Estatuto da Criança e do Adolescente⁴ passa a ser o novo paradigma para o sistema de Justiça, para a sociedade como um todo, visando a “garantia de atendimento integral e especializado” a essa faixa etária da sociedade. É uma das legislações mais avançadas do mundo, que pouco a pouco começa a ser implementada¹⁹.

Sendo indivíduos em desenvolvimento, o que os submetem a tutela de um responsável, a criança e o adolescente são sujeitos passíveis de proteção. No Art. 2º, do ECA: “Considera-se criança, para efeito dessa lei, as pessoas até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade⁴”.

A partir da presente revisão de literatura evidenciamos que para garantir os direitos da criança e do adolescente, faz-se necessário que haja compromisso e participação do poder público e da sociedade, priorizando assim um atendimento que abranja as verdadeiras necessidades a que essa clientela está exposta, através de elaboração e execução em quaisquer aspectos, conforme descrito na Constituição Federal¹⁵, capítulo VII - Da família, da criança, do adolescente e do idoso, Art.º227 e dando ênfase à criança e o adolescente é elencado no Título I : Das Disposições Preliminares do ECA através do:

Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude⁴.

No Título II do ECA são elencados os Direitos Fundamentais (artigos 7º ao 69º).

Art. 7º - A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal. [...] ⁴

Nos artigos 17º e 18º do ECA assegura-se sobre respeito e dignidade:

Art. 17º - O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais. Art. 18º É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor⁴.

Ainda, de acordo com o ECA, no seu Art.13º: “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais⁴”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente⁴ prioriza a identificação e notificação dos casos, criando o Conselho Tutelar que seria o responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção (proteção da criança, afastamento da vítima do agressor, punição do agressor, tratamentos)¹.

Não existindo esse órgão, a notificação deverá ser feita à autoridade judicial, dado que a comunicação constitui justa causa para o rompimento do sigilo profissional. Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção²¹.

Frente ao Art. 245º do ECA, verificamos que há pena aplicada ao ato infracional administrativo, responsabilizando e punindo os profissionais quanto à omissão da notificação:

Art. 245º - Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:
Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência⁴.

Os artigos acima citados fundamentam a proteção dos direitos à criança e o adolescente, que implementado por todos os Estados, torna-se marco histórico no reconhecimento dos direitos humanos.

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Entende-se por código de ética o conjunto de normas e princípios morais que devem ser observados no exercício de uma profissão. Baseado nele, o profissional pode tomar decisões e adotar condutas para o desenvolvimento do seu trabalho²².

A Resolução COFEN - 311/2007 reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹⁴ e dá outras providências. Diante do contexto da violência sexual ressaltamos alguns artigos.

Capítulo I, Das Relações Profissionais – Direitos: “Art. 2º - Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional¹⁴”.

No artigo supracitado, destaca-se a importância do profissional de Enfermagem em buscar novos conhecimentos e/ou aprimoramentos através de capacitações para que o mesmo exerça suas atividades com segurança e total autonomia.

Capítulo I, Das Relações Profissionais – Responsabilidades e Deveres: “Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade¹⁴.”

Seção I, Das relações com a pessoa, família e coletividade - Responsabilidades e deveres: “Art. 15º - Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza¹⁴.”

São ressaltados nesses artigos, fundamentos primordiais para a execução precisa das práticas dos profissionais de Enfermagem.

Seção I, Das relações com a pessoa, família e coletividade - Proibições: “Art. 34º - Provocar, cooperar, ser conivente ou omisso com qualquer forma de violência¹⁴.”

Seção III, Das relações com as organizações da categoria - Responsabilidades e deveres: “Art. 48º– Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão¹⁴.”

Nesses artigos fica evidente que a classe profissional de Enfermagem deve dispor de um real comprometimento com seu exercício profissional. Se isto não acontece é porque muitas vezes o profissional é ignorante perante as deliberações

que aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹⁴ que entrou em vigor a partir de 12 de maio do ano de 2007, revogando a Resolução COFEN 240/2000.

Seção IV, Das relações com as organizações empregadoras - Direitos:

Art. 61º - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições dignas para o exercício profissional ou que desrespeite a legislação do setor saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente por escrito sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem¹⁴.

Assim sendo o profissional tem autonomia em recusar-se a exercer sua função na instituição em que presta serviços, caso a mesma não lhe ofereça um suporte compatível para com o exercício de sua profissão.

No artigo 2º do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹⁴ está claro que o profissional de Enfermagem deve ter conhecimento pleno sobre o código citado, podendo requerê-lo junto ao COREN de sua jurisdição ou acessando os sites que são destinados a estes, para que possa desenvolver as funções atribuídas a sua profissão.

O Papel do Enfermeiro Frente à Criança e o Adolescente Vitimado Sexualmente

Cuidar de uma criança/adolescente doente requer do profissional, além do cuidado técnico, imprescindível, o cuidado subjetivo, que envolve a singularidade, individualidade e a forma como estes expressam seus sentimentos e emoções⁹.

O enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítimas de violência sexual vem auxiliar no combate a este crime²³, somada as competências e habilidades específicas que lhe são atribuídas, a capacidade de inserido em uma equipe multiprofissional e de intervir estrategicamente, no que diz respeito à promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos indivíduos, conseqüentemente, o faz assumir um dever social, ético e humanístico²⁴.

Sabe-se que, apesar de beneficiar muitas crianças, adolescentes e familiares em situação de abuso sexual, o atendimento especializado ainda demanda, tanto na área social como na da saúde, maiores investimentos e reestruturações para o preenchimento das lacunas ainda existentes. Sendo assim, reforça-se a necessidade no que diz respeito às capacitações dos profissionais da saúde, para

uma padronização de atendimento das vítimas de abuso sexual. No âmbito da Saúde, poucos são os serviços estruturados com equipes habilitadas para fornecer este tipo de atendimento¹⁹.

A necessidade da abordagem multiprofissional no atendimento às vítimas que sofrem abuso sexual está diretamente relacionada à complexidade da situação e à multiplicidade de consequências impostas às vítimas²⁵.

Muitos serviços de saúde têm aumentado o atendimento a crianças vítimas de violência, contudo o despreparo dos profissionais para lidar com tais circunstâncias é imenso⁸, pois estes, mantêm uma posição de desinformação, indiferença, negação, preconceito e temor no que diz respeito a este problema². Além disso, os profissionais temem a represália dos agressores, razão pela qual, muitas vezes, deixam de identificar os casos⁸.

Como o diagnóstico está limitado mais ou menos ao aqui-agora, do encontro com a mãe e a criança, poucos profissionais investigam dados familiares da história pregressa ou informações de outros profissionais, que poderiam facilitar o diagnóstico de maus-tratos¹.

Cabe ao enfermeiro, independente da sua área de atuação, tentar reconhecer uma vítima de maus-tratos nos atendimentos e conscientizar os demais membros da equipe de assistência à criança ou adolescente, utilizando-se do princípio de que a omissão pode representar uma opção pela violência¹².

Assim, ressalvadas as exceções, o enfermeiro precisa participar de cursos de formação/capacitação na área da assistência infanto-juvenil, dado que são poucos os recursos humanos qualificados envolvidos com o cuidado a pessoas nessa fase da vida²¹.

De acordo com o exposto ressaltamos três aspectos de relevância que devem ser executados pelo Enfermeiro: o acolhimento da vítima e sua família, identificação e a notificação.

O acolhimento de um modo geral é o amparo em vários aspectos a alguém que procura ajuda/auxílio/solução de algum problema, e no contexto da violência sexual contra a criança e o adolescente o enfermeiro tem que dar uma resposta a esta procura/demanda, tendo atitudes capazes de satisfazer o atendimento como um todo, estabelecendo uma relação de confiança com a vítima e/ou sua família, de forma a proporcionar transparência acerca das informações obtidas para organizar o

atendimento conforme ele se apresente. Após este primeiro momento, o profissional deverá ser convicto/preciso em sua decisão de como vai proceder, encaminhar a vítima e/ou a família a serviços de apoio social ou outras instituições, como Conselho Tutelar, Delegacia, Promotoria ou Juizado da Infância e da Juventude, ressaltando a importância dos profissionais destas instituições, de maneira a buscar soluções para o problema²³.

Por isso, é moralmente correto afirmar que os profissionais que se ocupam de abusos sexuais contra menores devem proteger o menor e, na medida do possível, seu entorno familiar, visto que se trata de um ser em construção, aparentemente frágil e vulnerável, sujeito de um processo de socialização que, aos poucos, o tornará (caso não haja traumas sérios) um indivíduo autônomo²⁶.

Em segundo momento, para a identificação é importante que se dê destaque aos dados obtidos durante a entrevista de enfermagem, exame físico e ginecológico. Sendo o primeiro atendimento de um caso evidente de abuso sexual é importante não fazer a higienização, nem remover roupas e secreções (a não ser que estes coloquem em risco a vida da vítima), pois estes podem ser indícios que venham a ajudar no exame pericial. A existência de roupas íntimas rasgadas ou com manchas de sangue, são sugestivos a violência sexual, assim deve-se registrar tudo no prontuário do paciente que, posteriormente pode ser solicitado judicialmente²³.

Uma característica singular do abuso sexual refere-se ao fato de que é realizado, frequentemente, sem o uso de força física, pelo poder, coação e/ou sedução, e por isso não deixa marcas físicas nas vítimas, dificultando a sua identificação²⁷.

A confirmação, implicará ao profissional, notificar às autoridades competentes os casos de abuso, como forma de preservar o direito do menor ao seu desenvolvimento, até ele poder decidir, livremente, qual tipo de sexualidade assumir²⁶.

A notificação é o ato de denunciar, levar ao conhecimento da autoridade competente sobre tal situação. Importante aqui é fazer a interpretação do significado “denúncia” como revelar, conhecer e, não acusar, delatar. Percebe-se que não se trata de uma denuncia policial. Logo, a notificação é uma informação de uma pessoa, setor de saúde ou outro órgão ao Conselho Tutelar, sobre maus-tratos de criança e/ou adolescente, onde este conselho promoverá atenção, voltadas a

proteção desses indivíduos. Assim, quem notifica/informa/denuncia está dizendo ao Conselho Tutelar que esta criança ou adolescente precisa de ajuda²³.

Diante dos três aspectos abordados percebemos que estes estão diretamente interligados, ao mesmo tempo em que o profissional Enfermeiro precisa ser o porto seguro dessas vítimas para diminuir o impacto diante do trauma, ele também precisa unir as peças de um quebra cabeça, onde este pode apresentar fatos evidentes como também não explícitos. A vítima pode ser apresentada ao profissional com relatos de outras queixas e não relativas ao abuso que foi acometida, assim o profissional em sua visão holística ao perceber e tentar questionar sobre o fato, poderá passar de acolhedor a ser visto como uma ameaça ao que diz respeito a quebra de sigilo familiar, desta forma este precisa estar seguro em relação à situação apresentada e encaminhar para os órgãos competentes para que este fato seja investigado e assim tomada as atitudes cabíveis.

As vítimas da violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos. Esperam receber um atendimento digno, respeitoso e acolhedor, que as protejam da revitimização. Cabe aos profissionais de saúde o reconhecimento de seu importante papel, com um exercício ético e responsável de medidas protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos²⁸.

Além disso, deve o profissional engajar-se firmemente na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a fim de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária, pois se entende que assim ampliará e resgatará a função social do enfermeiro²⁹.

Tendo como função social e primordial neste tema discutido, em qualquer situação o enfermeiro deverá divulgar a ideologia de proteção aos direitos da criança/adolescente, desempenhar sua função de facilitador junto à comunidade, podendo assim com êxito desenvolver os grupos de autoajuda, oficinas, sistemas de apoio à sociedade, palestras educativas para pais (sobretudo os dependentes químicos), a fim de incentivar e fortalecer vínculos saudáveis entre pais e filhos, pois só desta forma haverá uma tentativa mais ampla com relação à prevenção do fenômeno da violência.

É preciso lembrar que os provedores de serviços de saúde também podem ter sido vítimas de violência ou ainda podem ter sido agressores. Portanto, nem todos os membros da equipe terão condições de prestar este tipo de atendimento e só

aqueles adequadamente treinados devem ser alocados para cumprir estas funções²⁸.

A Importância da Inclusão do Tema Violência Sexual na Grade Curricular de Enfermagem

A Constituição de 1988¹⁵, em seu artigo 205, define: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.”

Esse artigo contempla a noção de que o ensino e a produção de conhecimento se fazem a partir da aproximação à diversidade de situações sociais. Tal definição explicita a valorização da extensão como um dos pilares da universidade, reafirmada pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, previsto no artigo 207 da Carta Magna³⁰.

Acredita-se que compete à universidade, enquanto *lócus* de formação, levantar a questão e levar até os profissionais que forma, o conhecimento da problemática da violência, tornando-os aptos a interagir quando diante de sua ocorrência. Entende-se, portanto, que ela deveria possibilitar o preparo dos profissionais que forma, habilitando-os a lidar com as situações diversas, e, sobretudo as mais recorrentes, como é o caso, por exemplo, da questão da violência intrafamiliar em nosso cotidiano. A formação educacional de ação deve consistir em possibilitar formação de consciências individuais e grupais, capazes de agir quando for necessário. Educar consiste, então, mais do que nunca, em oportunizar o preparo do profissional, habilitando-o a agir quando necessário, trazendo para fora aquilo que internalizou durante o período de aprendizado²⁹.

Para tanto, faz-se necessário promover a formação de pessoal especializado e capacitado para atender e oferecer suporte às suas principais demandas. A capacitação deve incluir, além de conhecimentos técnicos, reflexões sobre o problema da violência sexual, crenças pessoais e o contato direto com as vítimas de agressão³¹.

Nesse sentido, reafirma-se a carência que os mesmos têm em sua formação acadêmica em contemplar o problema da violência nas disciplinas que abrangem a

criança, o adolescente e a família. Um dos grandes motivos para a falta dessa abordagem na academia deve-se ao fato de que a violência doméstica/intrafamiliar é um problema/condição de saúde que não compreende conceitos fisiopatológicos, não constando explicitamente no Código Internacional de Doenças - CID-10. A inserção curricular do assunto prepararia o enfermeiro para o diagnóstico desse grave problema de saúde coletiva, apresentando-se, assim, como fator relevante na intervenção precoce dos cuidados e prevenção desse fenômeno. Além disso, capacitaria os enfermeiros a enfrentarem o fenômeno da violência com 'outros olhos', adotando uma abordagem holística, não focando seu cuidado exclusivamente nas consequências físicas³².

O aprimoramento e a educação permanente são elementos essenciais para a capacitação, que refletem positivamente na atuação profissional. A intervenção em situações de violência sexual exige a atuação de profissionais sensibilizados e preparados tecnicamente para prestar uma assistência adequada³¹, essa assistência poderá ser contemplada nas instituições formadoras que incluam em seus projetos pedagógicos o tema violência naqueles componentes que tratam da assistência materno-infantil, da saúde coletiva e do exercício da enfermagem, de modo a preparar o enfermeiro para o diagnóstico da violência intra e extrafamiliar, assim capacitando-os para cuidar da criança, do adolescente e de seus familiares²¹.

Diante do que foi relatado neste item, constatamos que a universidade constitui o pilar fundamental e primordial na formação de profissionais envolvidos no fenômeno contra a violência sexual, dado que esse tipo de violência requer educação continuada, deverá a Universidade estar continuamente aberta ao ingresso de novas demandas e desafios.

A indagação, então, passa a ser a de como a Universidade, na figura dos docentes, como órgão formador de profissionais de saúde está preparado para discutir e apontar estratégias ao falarmos em todo o contexto sócio-político-cultural que envolve a violência à criança/adolescente²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao que foi revisado e coletado, evidencia-se que cabe ao Enfermeiro acreditar que ele é um dos agentes transformadores na questão da violência sexual

contra a criança/adolescente. Esta problemática é mais um dos desafios a serem sobrepostos pelos profissionais de Enfermagem. Sabe-se que a área da saúde depara-se com inúmeras dificuldades para avaliar e constatar esta questão, também nota-se a carência de capacitações oferecidas pelas instituições de saúde, a falta de conhecimento por parte de alguns profissionais às legislações que regem o tema abordado, as universidades que em grande maioria não atendem as expectativas e necessidades deste tema e a posição de indiferença que o familiar e ou responsável assume em não notificar esta problemática.

A maioria das instituições formadoras destes profissionais de Enfermagem, não abordam durante o período acadêmico com tal importância a autonomia que estes profissionais têm de evidenciar “semiologicamente” a suspeita do abuso sexual entre crianças e adolescentes, para o tratamento adequado e o encaminhamento para os meios de proteção legal para a adequada assistência às vítimas.

Conclui-se que mesmo com os dados alarmantes da crescente violência em meio à sociedade, esta não têm se direcionado para que estes dados tornem-se decrescentes, visando à eficácia na prevenção, tratamento, reabilitação e na prevenção da revitimização, possibilitando à criança/adolescente um atendimento que proporcione as necessidades básicas para o bom crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil.

REFERÊNCIAS

1. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2000 Ago [citado 2011 Mar 19]; 8(4): 22-29.
2. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB et al . Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [periódico na Internet]. 2011 [citado 2011 Mar 19].
3. Viodres ISR, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. Estud. psicol. [periódico na Internet].2008 Mar [citado 2011 Out 18]; 25(1): 11-21.
4. Secretaria Estadual de Saúde. 20 Anos do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990). Edição Comemorativa 2010. Curitiba, PR: Departamento de Imprensa Oficial do Estado do Paraná; 2010.

5. Martins CBG, Jorge MHPM. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2009 Dez [citado 2011 Out 11]; 18(4): 315-334.
6. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2005 Mar [citado 2011 Mar 19]; 10(1): 143-149.
7. Prefeitura Municipal de Curitiba [homepage na internet]. Relatórios de Programas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Atividades Realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) [acesso em 2011 Out 27]. Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/relatorios.htm>
8. Cocco M, Silva EB, Jahn AC. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev. Eletr. Enf.* [periódico na Internet]. 2010 [citado 2011 Abr 03]; 12(3): 491-7.
9. Woiski ROS, Rocha DLB. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Esc. Anna Nery* [periódico na Internet]. 2010 Mar [citado 2011 Mar 27]; 14(1): 143-150.
10. Serafim AP, Saffi F, Rigonatti SP, Casoy I., Barros DM. Perfil psicológico e comportamental de agressores sexuais de crianças. *Rev. psiquiatr. clín.* [periódico na Internet]. 2009 [citado 2011 Out 12]; 36(3): 101-111.
11. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J. Pediatr. (Rio J.)* [periódico na Internet]. 2005 Nov [citado 2011 Out 15]; 81(5): s197-s204.
12. Nunes ES. Violência contra a criança e o adolescente: tipos mais frequentes e papel do enfermeiro. 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/violencia-contra-a-crianca-e-o-adolescente-tipos-mais-frequentes-e-papel-do-enfermeiro/21602/>. Acessado em 26 de março de 2011.
13. Habigzang LF et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicol. Reflex. Crit.* [periódico na Internet]. 2006 [citado em 2011 Set 29]; 19(3): 379-386.
14. Brasil. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. *Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde e Principais Legislações de Enfermagem* por Carlos Roberto Lyra da Silva, Roberto Carlos Lyra da Silva, Dirce Laplaca Viana. 4. ed. rev. e atual. São Caetano do Sul-SP: Yendis Editora Ltda; 2009.
15. Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília : Senado Federal; 1988.
16. Araujo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicol. estud.* [periódico na

Internet].2002 [citado 2011 Set 29]; 7(2): 3-11 .

17. Laranjeira RAP. Abuso sexual na infância [Monografia]. Niterói: Universidade Federal Fluminense;2000.

18. Rodrigues JL, Brino RF, Wilians LCA. Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. Paidéia [periódico na Internet]. 2006 Ago [citado em 2011 Out 20]; 16(34): 229-240.

19. Paixão ACW, Deslandes SF. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. Saude soc., [periódico na Internet]. 2010 Mar [citado 2011 Mar 19]: 19 (1): 114-126.

20. Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2010 Jun [citado 2011 Mar 20] ; 19(2): 246-255.

21. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. Acta paul. enferm. [periódico na Internet]. 2008 [citado 2011 Out 17] ; 21(4): 602-608.

22. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJL., Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2007 Jun [citado 2011 Out 15] ; 41(3): 472-477.

23. Parraga EE. O papel do enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítima da violência sexual [Monografia]. Uruguaiana: Universidade Federal do Pampa; 2010.

24. Maia JKF, Moraes GSN. Considerações ético-legais envolvendo o profissional de enfermagem diante de uma criança vítima de violência. Rev. Eletr. Enf. 2010: 325-336.

25. Mattar R, Abrahão AR, Andalaft NJ, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR et al . Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2007 Fev [citado 2011 Mar 26] ; 23(2): 459-464.

26. Morales ÁE, Schramm FR. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2002 [citado 2011 Set 29] ; 7(2): 265-273.

27. Santos SS, Dell'Aglio DD. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. Estud. psicol. [periódico na Internet]. 2008 Dez [citado em 2011 Out 21]; 25(4): 595-606.

28. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [periódico na Internet]. 2006 Fev [citado 2011 Out 20] ; 28(2): 126-135.

29. Algeri S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. Rev Gaúcha Enferm. 2005; 26(3): 308-315.
30. Cavalcanti LF, Zucco LP, Silva MMVA. A extensão universitária na prevenção da violência sexual. Rev. Para a Saúde. [periódico na Internet]. 2005 Jun [citado 2011 Out 11]; 6(2): 23-28.
31. Monteiro CFS, Morais SCR, Ferreira MTA, Carvalho RXC, Canuto MAO, Moreira ICC. Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual. Rev. bras. enferm. [periódico na Internet]. 2008 Ago [citado 2011 Set 18] ; 61(4): 454-458.
32. Algeri S, Souza LM. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2006 Ago [citado 2011 Out 11] ; 14(4): 625-631.

