

Abuso Sexual contra crianças: evidências para o cuidado de enfermagem

Child sexual abuse: evidences for nursing care

Amanda Peres Lustosa¹, Aline de Souza Pereira², Deborah Pedrosa Moreira³,
Anna Paula Sousa da Silva⁴, Livia de Andrade Marques⁵, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira⁶

Resumo

Objetivo: A Revisão Integrativa da literatura propôs analisar as evidências disponíveis sobre o abuso sexual contra crianças e a atuação da enfermagem diante desses casos. **Método:** Para a seleção dos artigos utilizou-se três bases de dados, Lilacs, Medline e Bdenf, constituindo-se uma amostra de onze artigos, a partir dos descritores controlados: Violência Sexual, Abuso sexual na infância e Enfermagem. **Resultado:** Após análise dos artigos incluídos na revisão, os resultados foram apresentados em forma de categorias que mostraram evidências relacionadas às características de crianças vítimas de abuso sexual, dificuldades dos enfermeiros ao prestar assistência de enfermagem, os obstáculos que emergem da prática de notificação e os cuidados de enfermagem que englobam a temática abordada. **Conclusão:** Consideramos que a realização do tra-

balho promoveu o desenvolvimento de conhecimentos que poderão contribuir para a prática de enfermagem, possibilitou uma visualização mais ampla referente a temática e alertou para uma reflexão crítica e discussões que reafirmem e promovam mais visibilidade do problema.

Palavras – chave: Abuso sexual na infância. Violência sexual. Enfermagem.

Abstract

Objective: The Supplementary Literature Review has proposed to analyze the available evidences of child sexual abuse and nursing procedures in such cases. **Method:** The selection of articles was based on three databases, namely Lilacs, Medline and Bdenf, which constitute a sample of eleven articles related to the following controlled descriptors: Sexual Violence, Childhood Sexual Abuse, and Nursing. **Results:** After the analyses of articles included in the review, results were presented in the form of categories showing evidences of characteristics of children that suffered sexual abuse, constraints faced by male nurses at providing nursing assistance, obstacles arising from notification practice, and nursing care, which comprise the topic at issue. **Conclusions:** We consider that the work has promoted the development of skills that could contribute to nursing practice, allowed

1. Graduação em enfermagem pela Faculdades Nordeste – FANOR. Cursando Residência Integrada em Saúde na ênfase de Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará.
2. Graduação em enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Docente da FANOR. Doutorado em andamento em Saúde Coletiva – Universidade Estadual do Ceará – UECE.
3. Graduação em enfermagem pela UNIFOR. Doutorado em andamento em Saúde Coletiva – UECE.
4. Graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente da FANOR. Doutora em Enfermagem pela UFC.
5. Graduação em enfermagem pela UNIFOR. Mestrado em andamento em Saúde Pública pela UFC.
6. Graduação em enfermagem pela Universidade Católica do Salvador – UCSAL. Doutora em Enfermagem pela UFC.

a broader visualization of the matter and called the attention to a critical reflection and discussions that would reaffirm and promote a greater visibility of the problem.

Keywords: Childhood sexual abuse. Sexual violence. Nursing.

Introdução

A infância é uma etapa de grandes transformações que influenciam na formação psicossocial, configurando uma fase de importante atuação por parte da família e da sociedade em geral. Entretanto, essa fase pode ser marcada por acontecimentos negativos como o abuso sexual¹.

O abuso sexual contra crianças é um problema de saúde pública, uma vez que este acontecimento pode trazer risco para a alteração do estado psicológico, físico e social desse grupo societário. Por se tratar de um assunto delicado e que envolve vários sujeitos, como a família, a justiça, o agressor e principalmente a vítima, torna-se difícil a identificação desses casos por parte dos profissionais de saúde, necessitando de uma atenção criteriosa¹.

Nesse contexto, o abuso sexual, consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança. O agressor estimula a criança ou adolescente para obter satisfação sexual, através de práticas eróticas e sexuais impostas pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual com ou sem penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros como é o caso da prostituição e da pornografia².

Nessa perspectiva, esforços foram exercidos a fim de proporcionar uma atenção holística para as crianças brasilei-

ras. Como exemplo, destaca-se a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, dispositivo legal que trouxe grandes mudanças no que se refere à atenção integral à saúde da criança e do adolescente, garantindo legalmente os direitos desse grupo³.

A criação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências através da Portaria nº 737/GM 16 de Maio de 2001 também se configura como marco que subsidia e amplia o olhar sobre a presente temática. A mesma trabalha com foco na priorização de medidas preventivas, incluindo desde as medidas ligadas a promoção da saúde até aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes; e tem como objetivo fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país, através de desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas, com o intuito de contribuir para a qualidade de vida da população⁴.

Embora tenham acontecido avanços no que diz respeito à atenção integral a saúde da criança, dados preliminares do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde mostram que a violência sexual contra crianças até os 9 anos de idade representa 35% das notificações e é o segundo maior tipo de violência mais característico nessa idade, ficando pouco atrás apenas para as notificações de negligência e abandono⁵. Isso mostra que a violência sexual é tema preocupante e relevante para as políticas públicas de saúde.

Os dados preliminares do VIVA mostram também que a violência sexual ocupa o segundo lugar na faixa etária de 10 a 14 anos (10,5%), enquanto a violência física ocupa o primeiro lugar (13,3%). Na faixa de 15 a 19 anos, esse tipo de agressão ocupa o terceiro lugar, com 5,2%, atrás da violência física (28,3%) e da psicológica (7,6%). Esses resultados são de um levantamento do Ministério da Saúde, que,

em 2011, registrou 14.625 notificações de violência doméstica, sexual, física e outras agressões contra crianças menores de dez anos⁵.

Mediante as informações apresentadas, observa-se que a presente temática configura-se como um desafio, devido à sua complexidade, mas desperta para a necessidade de fortalecimento das políticas públicas instaladas, assim como, implementar ações que proporcionem o fortalecimento e visibilidade do assunto.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura acerca do abuso sexual contra crianças e o papel da enfermagem diante desses casos.

Método

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é definida como a relação das melhores evidências científicas baseadas em estudos prévios que avaliam ações de saúde. Envolve a definição de um problema clínico, a identificação das informações necessárias, o direcionamento da busca de estudos na literatura e seu julgamento crítico, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente⁶. São aplicadas por meio da revisão sistemática, meta-análise e revisão integrativa (RI) da literatura⁷.

Com base na relevância da PBE utilizou-se da RI como método de pesquisa. A RI busca dados secundários relacionados a um determinado assunto, onde são sumarizados, permitindo obter conclusões gerais devido à união de vários estudos. É uma ampla abordagem metodológica referente às revisões que permite a adesão de estudos experimentais e não experimentais para o entendimento integral do fenômeno em estudo⁶.

A RI tem como base a análise de pesquisas relevantes que dão suporte a um amplo conhecimento da área pesquisada, e auxilia na tomada de decisão e no aperfeiçoamento da prática clínica, permitindo a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto. Indica lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a formação de diversos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo⁸.

Nesse sentido, a presente pesquisa foi elaborada seguindo seis etapas⁸:

1ª etapa: identificação do tema, objetivos e identificação dos descritores

A primeira etapa configura-se pela escolha e definição do tema a ser pesquisado, possibilitando a formulação dos objetivos da pesquisa e a identificação de palavras-chave para a busca em bancos de dados. Nesse sentido, o tema foi definido a partir de uma pergunta norteadora: Quais as evidências disponíveis na literatura sobre o abuso sexual contra crianças e qual o papel da enfermagem diante desses casos? Os descritores foram selecionados a partir de consultas ao DECS (Descritores em Ciências da Saúde), sendo selecionados os seguintes: Violência Sexual, Abuso Sexual na Infância e Enfermagem.

2ª etapa: Amostragem ou busca na literatura, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, uso de base de dados e seleção dos estudos

A segunda etapa consistiu em realizar a busca na literatura (amostragem) seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão da presente pesquisa foram: artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola que abordem a temática “Abuso sexual em crianças e o papel da enfermagem” publicados

entre os períodos 1990 a 2011 (agosto de 1990 a dezembro de 2011). Este período foi delimitado pela criação do Estatuto da Criança e Adolescente em 1990. Foram excluídos da pesquisa artigos que se referem ao tema, mas desvia-se do objeto de estudo, texto incompleto, bem como, teses, dissertações, monografias, artigos de reflexão, revisões narrativas, bibliográficas e cartas ao editor.

A coleta de dados foi realizada através de consulta nos bancos de dados eletrônicos: LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde e BDNF – Base de dados de Enfermagem, no mês de agosto de 2012 e o estudo compreendeu os meses de agosto a novembro de 2012.

Ao refinar ano, idioma e artigos completos foram encontrados 58 referências no LILACS, 23 no BDNF e 74 no MEDLINE. Após leitura de título e resumo foram excluídos 43 referências do LILACS, 21 do BDNF e 70 do MEDLINE devido à duplicidade e por não adequarem-se aos objetivos do estudo. Foram pré-selecionadas 21 referências para leitura na íntegra. Após leitura do texto completo foram selecionados nove artigos da base de dados LILACS, um do BDNF e um do MEDLINE, totalizando onze referências para compor os resultados da pesquisa.

3ª etapa: Categorização dos estudos

A terceira etapa caracteriza-se pela definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações principais. Nesse sentido, os dados foram agrupados em um instrumento proposto por Ursi⁹ composto por: título do artigo, periódico, ano de publicação, nome dos autores, base de dados, objetivos, metodologia utilizada, resultados e conclusão. Ressalta-se que o instrumento utilizado nesta pesquisa não contempla todos os tópicos do instrumento de Ursi⁹.

4ª etapa: Avaliação dos estudos incluídos nos resultados

Na quarta etapa os dados coletados foram analisados de forma sistemática, depois de interpretados através de leitura exaustiva e as evidências apresentadas em forma de categorias temáticas. As categorias que emergiram no decorrer da análise referem-se às evidências relacionadas às características de crianças vítimas de abuso sexual, a necessidade de qualificação profissional para que haja melhor atuação diante dos casos, os obstáculos que emergem da prática de notificação e os cuidados de enfermagem que englobam a temática abordada.

5ª etapa: Discussão dos resultados

Realizou-se a discussão dos dados com rigor metodológico, identificando as limitações e vieses que possam causar lacunas nos estudos, possibilitando futuras pesquisas.

6ª etapa: Apresentação da revisão integrativa

A apresentação da revisão integrativa está disposta no item de resultados e discussão.

Resultados e Discussão

Apresentamos os resultados distribuindo onze artigos inclusos para análise, descrevendo suas principais características analisadas e desdobramentos das categorias a partir dos resultados encontrados. No quadro 1 verifica-se uma análise preliminar dos artigos, possibilitando conhecimento prévio do assunto que poderá ser aprofundado na leitura das categorias temáticas que versam sobre as características que evidenciam os personagens de um episódio drástico na vida, dificuldades dos enfermeiros na assistência às crianças vítimas de abuso sexual, obstáculos que emergem da prática de notificação e o cuidado holístico de enfermagem como ferramenta primordial na atenção à criança vítima de abuso sexual.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos segundo autores, periódico, base de dados, ano, título e resultados (1990-2011).

Autores, Periódico, Base de dados, Ano	Título	Resultados
Guimarães JAT, Villela WV. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. LILACS, 2011.	Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil.	O estudo mostra que a violência contra crianças e adolescentes, no local de pesquisa concentra-se nas camadas sociais mais baixas e tem as meninas como as principais vítimas. Os agressores foram, na maioria, pessoas conhecidas da família. Predominaram casos de violência sexual entre as crianças e, física entre os adolescentes. A casa da vítima foi o local mais comum para a prática da violência.
Woiski ROS, Rocha DLB. Esc Anna Nery Rev Enferm. LILACS, 2010.	Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar.	O estudo descreve a percepção da equipe de enfermagem, mostrando através dos pesquisados que o cuidado vai além da técnica, envolvendo o emocional da criança, equipe e família, considerando o cuidado humanizado, porém sem a sistematização da assistência por meio do processo de enfermagem.
Vasconcelos KL, Ferreira AGN, Oliveira EN, Siqueira DD, Pinheiro PCN. Revista Rene Fortaleza. LILACS, 2010.	Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio.	A amostra da pesquisa foi composta de 50 vítimas de abuso sexual e mostrou que a maioria dos agressores é do sexo masculino (78%). No ambiente extrafamiliar estes são conhecidos ou amigos da família (14%); no ambiente intrafamiliar o padrasto está identificado como o agressor mais frequente (18%).
Penso MA, Costa LF, Almeida TMC, Ribeiro MA. Aletheia. LILACS, 2009.	Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares.	Verificou-se três categorias que se construíram no estudo – Cuidar é abusar; Antes mal acompanhada do que só e Depois de tudo o que aconteceu continuo amando meu pai. O estudo alerta para a necessidade do estudo das relações familiares no âmbito do abuso sexual, na perspectiva de um triângulo formado pelo pai, pela mãe e pela vítima.
Ciuffo LL, Rodrigues BMRD, Cunha JM. Online brazilian journal of nursing. LILACS, 2009.	O enfermeiro na atenção à criança com suspeita de abuso sexual: uma abordagem fenomenológica.	Verifica-se que o trabalho traz categorias que versam sobre: interagir com outros profissionais para o atendimento à criança; estabelecer um diálogo e uma escuta aberta; cuidar na perspectiva do outro e assistir a criança sem deixar de cumprir as rotinas da unidade.
Monteiro CFS, Teles DCBS, Castro KL, Vasconcelos NSV, Magalhães RLB, Rocha MCB. Rev Bras Enferm, Brasília. LILACS, 2008.	Caracterizar casos de violência sexual intrafamiliar em crianças atendidas no SAMVVIS, em Teresina/Piauí, no período de 2004 a 2007.	A pesquisa realizada com 229 registros indica que a idade das crianças que sofreram violência vai de menores de um ano até os 12 anos. A identificação do agressor apresenta o vizinho (29,7%), padrasto (11,4%), pai (9,4%) e tio com 8,4%.

Silva LMP, Galvão MTG, Araújo TL, Cardoso MVML. Online Brazilian Journal of Nursing. LILACS, 2007.	Cuidado à família de crianças em situação de abuso sexual baseado na teoria humanística.	O estudo mostra que as cuidadoras demonstraram pouco preparo para enfrentar os desdobramentos da revelação, pouco conhecimento sobre os efeitos do abuso sexual sobre as crianças, bem como a maneira de ajudá-las. Assim, os cuidadores devem ser alvo da atenção dos profissionais de saúde.
Silva MAI, Ferriani MGC. Rev Latino Americana de Enferm. BDEFN, 2007.	Violência doméstica: do visível ao invisível.	A pesquisa constatou predominância dos casos de negligência em 45% das notificações, 26% de violência física e 14% de suspeita de violência sexual. Quem mais notificou foram os assistentes sociais, sendo responsáveis por 46% das notificações.
Machado HB, Lueneberg CF, Regis EI, Nunes MPP. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. LILACS, 2005.	Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento.	Mostrou-se que a maioria das crianças era do sexo feminino. Grande parte das violências sexuais ocorreu no ambiente familiar sendo que, 39,4% dos abusos sexuais aconteceram dentro de casa, tendo o pai como autor, predominando atos libidinosos, praticados várias vezes, envolvendo crianças de 7 a 10 anos. Os achados mostram que esse tipo de violência vem aumentando, daí a relevância desse diagnóstico para a identificação precoce de fatores de risco e para a implantação de programas preventivos.
Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. MEDLINE, 2004.	Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares.	Identificou-se 234 agressões cometidas por 217 agressores contra 210 famílias e 226 vítimas. Foram vitimizadas 131 crianças (48,7%) e 95 adolescentes (41,2%) com predomínio do sexo feminino. Crianças com idade entre dez anos e um mês e 12 anos incompletos foram as mais atingidas (19,5%) e nos adolescentes, entre 12 e 14 anos completos (17,3%). A maioria das vítimas reside com famílias que possuem três (19,9%) ou quatro filhos (17,7%), sendo os primogênitos os mais agredidos (33,6%). Agressores únicos vitimizaram em sua maioria apenas uma vítima (86,7%). Pais (34,2%) e padrastos (30,3%) foram os que mais agrediram, com os primeiros vitimizando mais crianças (19,7%) e os segundos, adolescentes (17,1%).
Ferriani MGC, Garbin LM, Ribeiro MA. Acta Paulista de Enfermagem. LILACS, 2004.	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.	A maioria das vítimas é do sexo feminino, com idade entre 14 e 18 anos, de cor branca, cursa o ensino fundamental, e na maioria dos casos não se tem informação quanto às conseqüências psicológicas e orgânicas que sofreu frente ao abuso, sendo que na maior parte dos casos há "suspeita de abuso sexual". Dentre os agressores, a maioria é do sexo masculino.

Características que evidenciam os personagens de um episódio drástico na vida

As evidências observadas no tocante às características de crianças vítimas de abuso sexual mostram que a maioria das vítimas são crianças do sexo feminino, os

principais abusadores vivem no ambiente intrafamiliar e são do sexo masculino e o abuso está concentrado nas camadas sociais mais baixas.

Estudiosos que analisavam os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes mostraram que o maior número

de casos envolvia crianças, constatando-se o predomínio de vítimas do sexo feminino em ambos os grupos etários. Os pais, padrastos e tios foram os responsáveis pelo maior número de vitimizações¹⁰.

Ao descrever as características da violência contra crianças e adolescentes atendidos no Instituto Médico-Legal de Maceió (IML/Maceió), Alagoas, Brasil evidenciou-se que a violência contra crianças e adolescentes que chegam ao IML/Maceió está concentrada nas camadas sociais mais baixas e tem nas meninas e jovens do sexo feminino as principais vítimas. Os agressores foram, na maioria, pessoas conhecidas da família. Predominaram casos de violência sexual entre as crianças e, física entre os adolescentes. A casa da vítima foi o local mais comum para a prática da violência¹¹.

Ao caracterizar casos de violência sexual intrafamiliar em crianças atendidas no Serviço de Atendimento às mulheres Vítimas de Violência Sexual (SAMVVIS), em Teresina/Piauí, verificou-se que dados levantados em 229 registros indicam que a idade das crianças vitimizadas vai de menores de um ano até os 12 anos com predomínio do sexo feminino. Os agressores na sua maioria foram vizinho, padrasto, pai e tio¹².

Ao caracterizar 50 vítimas de abuso sexual assistidas pelo Programa Sentinela e o perfil do agressor em Sobral-Ceará, também se verificou que a maioria das vítimas eram do sexo feminino, e a predominância do abuso estava concentrada na faixa etária entre 8 e 12 anos incompletos. A maioria dos agressores é do sexo masculino. Dentro do ambiente intrafamiliar foi identificado o padrasto como o agressor mais frequente, já no ambiente extrafamiliar os agressores eram conhecidos ou amigos da família¹³.

Os casos de violência infanto-juvenil, envolvendo abuso sexual, notificados no Conselho Tutelar e no Programa Sentinela, do município de Itajaí – SC mostrou que a maioria das vítimas eram crianças do sexo feminino e o maior percentual de casos aconteceu no ambiente intrafamiliar. Os abusadores por sua vez eram pessoas conhecidas, sendo o pai o principal autor do abuso¹⁴.

Ao conhecer e caracterizar os casos de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual que foram notificadas da região sudeste da cidade de Ribeirão Preto, cadastradas no Centro de Referência da Criança e do Adolescente, na central de atendimento básico, através do disque denúncia no ano 2000, observou-se que a maioria das vítimas é do sexo feminino, com idade entre 14 e 18 anos. Dentre os agressores, a maioria é do sexo masculino, com menos de 20 anos, é pai ou padrasto da vítima e reside com a mesma e com a mãe da vítima¹⁵.

Outros estudos apresentam resultados similares às evidências dos artigos consultados, mostrando que as crianças do sexo feminino são as mais acometidas pelo abuso sexual, e que os abusadores são pessoas conhecidas que muitas vezes fazem parte da família¹⁶. Em outros estudos observou-se que a maioria dos abusadores eram membros da família ou conhecidos próximos. Poucos foram os casos de abuso por pessoas desconhecidas^{11,17}.

Corroborando com estes autores, outras literaturas também retratam que o abuso sexual na maioria das vezes é cometido por pessoas adultas próximas, que convivem com a criança, geralmente o pai, padrasto, irmãos, tio, tia, mãe, cuidadores e vizinhos. Adolescentes abusam na minoria dos casos^{11,17,18}.

Dificuldades dos enfermeiros na assistência às crianças vítimas de abuso sexual.

A qualificação profissional é um importante mediador na assistência prestada às crianças vítimas de abuso sexual^{19,20}, entretanto as evidências encontradas na literatura consultada revelam que há uma grande necessidade de qualificação profissional para que haja melhor atuação dentro do contexto do abuso sexual.

Destaca-se que os aspectos relacionados à falta de visibilidade do problema e à falta de preparo dos profissionais para lidar com essa questão é um fator determinante para o sucesso ou insucesso durante a abordagem de vítimas de violência Intrafamiliar¹⁹.

Uma grande provocação para se efetivar a assistência às crianças vítimas de violência doméstica está na dificuldade dos profissionais em identificar os casos com exatidão e a falta de formação e capacitação dos profissionais da saúde para atuarem frente a esse assunto. A equipe sente a necessidade de receber treinamentos específicos para este tipo de atendimento, tanto tecnicamente como psicologicamente, já que este cuidado toca no emocional de todos^{19,20}.

Diante das dificuldades apresentadas, em um dos estudos, os enfermeiros afirmam que não estão preparados para este atendimento e que a equipe realiza os cuidados de forma aleatória, conforme percebem na necessidade do momento²⁰.

Ciuffo, Rodrigues e Cunha²¹ apontam para a necessidade de profissionais treinados que saibam investigar e tenham ferramentas adequadas para aplicar e resolver situações de violência. Ressaltam ainda que é preciso levar as denúncias a sério, pois elas são de responsabilidade do profissional²¹.

Os enfermeiros assim como outros profissionais atuantes na saúde precisam conhecer as características que envolvem a violência sexual, pois ela vem sendo um dos mais relevantes fatores de risco para desordens na saúde pública. Para tanto, precisam ser capacitados através de treinamentos que possibilitem sua atuação em emergências, clínicas traumáticas e cirúrgicas, atendimento pré-hospitalar, gerenciamento de serviços de saúde e preparação para lidar com os aspectos psicossociais que envolvem os casos de violência⁴.

Verifica-se ainda em um dos artigos que a equipe realiza o cuidado sem um método específico, ou seja, sem seguir o processo de enfermagem, o qual é de responsabilidade legal do enfermeiro, a fim de direcionar as ações de cuidado da equipe de enfermagem²⁰. Assim, a carência de qualificação profissional pode ser observada na abordagem com o paciente, realizada sem sistematização, o que poderá comprometer a assistência de enfermagem.

Em relação à aplicação do processo de enfermagem, destaca-se que a não execução de algumas etapas cria lacunas no atendimento, causando uma desconexão das informações relacionada ao paciente e que a sua ausência no cuidado de crianças vítimas de abuso sexual pode ser uma grande falha cometida pelo enfermeiro²².

É fundamental que os profissionais de enfermagem sejam preparados para atuarem, tanto no que se refere à promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das crianças vítimas deste tipo de abuso, assim como passarem a utilizar métodos que sistematizem a assistência prestada, composta por itens como histórico, exame físico, suporte aos envolvidos com a problemática e notificação dos casos confirmados e suspeitos²³.

Obstáculos que emergem da prática de notificação

O medo foi observado em um dos artigos como um dos obstáculos para a não notificação dos casos de abuso sexual. Ele emerge durante a abordagem de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, em especial o abuso sexual, e mostra-se como um fator que influencia na ação dos sujeitos, determinando o que fazem ou no que pensam poder ou não fazer. Observa-se que apesar da obrigatoriedade da notificação, os profissionais têm dificuldades em adotá-la como conduta padrão, conduta essa ainda carregada de muitas incertezas, dúvidas e medo¹⁹.

Outros estudos também apontam o medo como um obstáculo para a não notificação, mostrando que esse fator muitas vezes é decorrente do medo das consequências que a mesma pode trazer ao profissional, como a quebra do sigilo profissional, prestação de depoimentos advindos da notificação, ausência de medidas legais para a proteção dos profissionais e medo do próprio agressor^{24,25}.

Em um dos estudos analisados, observou-se que a família respondeu pela grande maioria das notificações e os profissionais de saúde e educação ficaram em plano secundário¹¹. Mediante essas observações ressalta-se que a notificação ainda faz parte de pequena parte da rotina dos profissionais, cabendo uma maior vigilância diante desse fato, pois é de responsabilidade profissional a notificação de suspeita ou casos confirmados de violência contra crianças e adolescentes¹¹.

Ao analisar a notificação de violência doméstica segundo categoria profissional, foi visto que quem mais notificou foi o assistente social, sendo responsável por 46% das notificações, seguido pelos psicólogos (12%) e os enfermeiros

foram responsáveis por apenas 3% das notificações e um percentual significativo, 21% das notificações, não apresentou a categoria profissional notificante¹⁹.

Com relação aos dados do estudo observa-se que dentre as categorias profissionais que se identificaram, os enfermeiros foram responsáveis pelo menor número de notificações, o que evidencia a necessidade de maior envolvimento dessa categoria, que se mostra como área primordial para essa tarefa de notificar¹⁹.

Dois estudos chamam a atenção para a não identificação da categoria profissional nas fichas de notificação, fato que pode estar associado a fatores como o medo, carência de qualificação profissional e a própria opção de não envolver-se no caso. Outros fatores são observados como obstáculos na prática de notificação, como a não uniformidade de termos empregados para designar o fenômeno e a expressiva ausência de dados a respeito do agressor^{10,19}.

Diante desses dados é importante ressaltar que eles não são uma totalidade dos fatos, pois uma pesquisa realizada em Fortaleza-CE com uma amostra significativa de 359 profissionais mostrou que os enfermeiros, comparados com os profissionais médicos e dentistas, eram os que mais conheciam a ficha de notificação e foram os que mais identificaram maus-tratos nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas²⁶.

Nesse sentido, os dois artigos que trazem dados sobre os profissionais que mais notificam, mostram vieses, necessitando de pesquisas adicionais para firmar evidências consistentes que possam ser utilizadas como subsídio na prática dos profissionais de saúde.

Já as fichas de notificação com lacunas no seu preenchimento e a ausência de

termos acessíveis aos outros profissionais, observada em dois estudos, pode ser resultado da carência de qualificação assim como o medo de identificar-se, já pensando nas consequências que tal prática poderá acarretar na vida profissional.

Com isso, campos incompletos, ou mesmo nenhuma informação além da identificação da vítima, comprometem a análise de algumas variáveis, particularmente as referentes ao agressor¹⁷.

Nesse contexto, embora a notificação seja questionável em seus diversos aspectos, ressalta-se a responsabilidade do enfermeiro, destacando que ele não deve ser omissos nesses casos, pois isso é um fator para o agravamento da situação de violência sexual. O mais importante e correto a ser feito é a notificação junto aos órgãos responsáveis como o conselho tutelar e em cidades onde não tenha esse órgão, faz-se a denúncia junto à polícia ou diretamente ao órgão judicial^{1,17}.

O problema do abuso sexual na infância é temática relevante, que, embora pouco diagnosticado e notificado, em decorrência da negação da família, ou desconhecimento dos profissionais de saúde dos sinais e sintomas apresentados pelas crianças vitimizadas, precisa ser discutido em seus diversos aspectos²³.

O enfermeiro pode e deve ter ação decisiva frente à realidade diária de abuso sexual, pois o mesmo além de reconhecer e identificar os sinais do abuso deve estar ciente da legislação de proteção à criança e ao adolescente e as atitudes que devem ser assumidas diante desses casos²¹.

O cuidado holístico de enfermagem como ferramenta primordial na atenção à criança vítima de abuso sexual

As evidências disponíveis na literatura mostram que os cuidados de enfermagem

permeiam ações que vão desde os aspectos físicos, psicológicos e sociais sofridos pela vítima até os envolvidos nessa situação, como a família, o abusador e a sociedade em geral.

Os cuidados permeiam atitudes como respeito, diálogo, respostas às dúvidas que surgirem com abertura para que a criança conheça e discuta suas percepções. Faz-se importante ainda, a extensão desses cuidados à família da criança abusada sexualmente, fornecendo orientação acerca das necessidades da criança em decorrência do abuso e como elas devem ser cuidadas²⁷.

Existem abordagens diversas no tocante ao apoio psicossocial, que podem ajudar as crianças e suas famílias a planejarem suas vidas a partir da situação vivenciada, proporcionando uma percepção ampliada da situação ocorrida. Os familiares de crianças abusadas sofrem e necessitam de suporte terapêutico para enfrentarem a situação²⁷.

O abuso sexual infanto-juvenil deve ser profundamente abordado, uma vez que as intervenções neste contexto não se estendem somente a vítima, mas perpassa outras pessoas, devendo o profissional de saúde realizar o cuidado na perspectiva da existência do triângulo: criança(s), mãe, pai, além de incluir irmãos e familiares que testemunham e/ou foram co-partícipes da trama incestuosa²⁸.

A partir do que se observa nos dois artigos, faz-se necessário que a atenção prestada às vítimas de abuso sexual não se estenda apenas a criança abusada, mas que haja também uma aproximação dos profissionais com os familiares ou cuidadores da vítima. Os familiares devem ser tomados como alvo dos cuidados de saúde, a fim de proporcionar um bem-estar para quem cuida e para quem está sendo cuidado.

Ressalta-se que a enfermagem é uma área que está intimamente envolvida de forma direta e indireta com a saúde da criança, cabendo-lhe a responsabilidade do enfrentamento da violência, sobretudo o abuso sexual, a fim de enfrentar o problema que não somente atinge a criança, mas a família e a sociedade em geral¹³.

O ambiente, os vínculos afetivos e os mitos interferem nos cuidados que as famílias prestam as crianças vitimizadas. O sofrimento decorrente deste acontecimento causa na vítima e em toda família sentimentos que se apresentam de várias formas, interferindo na estruturação da personalidade da criança²⁷.

O abuso sexual possui diferentes significados que poderão desenvolver diferentes consequências psicológicas e psicossociais ao longo da vida da vítima, isso pode ser observado na maneira de agir e nos sentimentos diante das experiências de vida na fase adulta. As diferenças nas reações ao abuso sexual estão condicionadas à idade, à duração do ato do abuso, às consequências físicas decorrentes da agressividade do agressor, à idade do agressor, à relação do agressor com a vítima, ou ausência de uma figura protetora. A maioria dessas reações traz danos psicológicos graves à vítima, como sentimentos de inferioridade, baixa auto-estima, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, medo, angústia e dificuldade de se relacionar com outras pessoas, fragilidade que muitas vezes resulta em ser vítima de violência nos ambientes sociais^{18,29,30,31,32}.

Na perspectiva do cuidado holístico, percebe-se que a equipe de enfermagem, apesar do primeiro impacto ao receber a criança vítima de violência sexual, tenta controlar suas emoções e sentimentos

para poder transmitir segurança e confiança para a criança. Ao observar o comportamento dos familiares que acompanham a criança, os profissionais questionam o fato de estes omitirem a ação de violência praticada contra a criança e até protegerem o abusador. Este fato gera muita revolta na equipe, pois não consegue entender como aqueles que por natureza deveriam proteger a criança podem realizar um ato de violência contra ela²⁰.

A equipe ainda demonstra compreender a importância de realizar o cuidado humanizado, que não se limita a ações técnicas, mas envolve emocionalmente a criança e a própria equipe. Reconhece a importância de estar preparada psicologicamente neste momento, pois percebe que também se envolve emocionalmente. O enfermeiro tem atuação importante na orientação e apoio da equipe de enfermagem, ajudando-a a enfrentar as dificuldades emocionais apresentadas no momento do cuidado, além de direcionar o preparo técnico da equipe para este momento delicado e doloroso para a criança²⁰.

O enfermeiro e a equipe de enfermagem têm um importante papel na atenção à criança vítima de abuso sexual, pois eles podem, por meio do cuidado, apoiar a criança, transmitir o amor e a segurança de que ela precisa para enfrentar essa situação. Fica evidente também que, apesar desta gama de emoções e sentimentos, a enfermagem busca o conforto, a proteção, o zelo pela criança, superando sentimentos negativos e visando o seu bem-estar. A fé foi relatada em um artigo como fonte de força, refúgio e alento, pois a equipe de enfermagem acredita que Deus, um ser superior, pode mudar esta situação, trazer justiça, dar forças para a criança e para a equipe que cuida e até trazer arrependimento ao malfeitor²⁰.

Conclusão

As evidências observadas no tocante às características de crianças vítimas de abuso sexual mostram que a maioria das vítimas são crianças do sexo feminino, os principais abusadores vivem no ambiente intrafamiliar e são do sexo masculino e o abuso está concentrado nas camadas sociais mais baixas.

As evidências encontradas também revelam que há uma grande necessidade de qualificação profissional para que haja melhor atuação dentro do contexto do abuso sexual. Os obstáculos que emergem para a prática de notificação foram observados no medo que o profissional possui de notificar e nas lacunas observadas nas fichas de notificação, mostrando que há necessidade de meios que sistematizem a assistência a fim de incentivar a notificação de qualidade.

Com relação aos cuidados de enfermagem utilizados frente às situações de abuso sexual, verifica-se que a literatura aponta para a necessidade de cuidados que englobem ações que vão desde os aspectos físicos, psicológicos e sociais sofridos pela vítima até os envolvidos nessa situação, como a família, o abusador e a sociedade em geral.

Consideramos que a realização do trabalho promoveu o desenvolvimento de conhecimentos que poderão contribuir para a prática de enfermagem no tocante ao cuidado prestado às crianças vítimas de abuso sexual. Possibilitou uma visualização mais ampla referente à temática, incitando para o desenvolvimento de estudos que tratem do abuso sexual em crianças. Ainda, visualiza-se a pequena quantidade de artigos encontrados, onze artigos, que alerta para uma reflexão crítica e reforça esse assunto como um desafio, passível de melhor observação e, consequente-

mente, discussões que reafirmem e promovam mais visibilidade do problema.

Referências

1. Wong DL. Fundamentos de enfermagem pediátrica. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. - Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF,; 2010.
3. Brasil. Lei n 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, p. 13563, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. 2. ed. Brasília, DF, 2005. 64 p. – (Série E. Legislação de Saúde).
5. Ministério da Saúde. Abuso sexual é o segundo maior tipo de violência. Brasília, DF, 2011. Atualizado em 20 ago. 2012; [acesso em 13 set. 2012]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5242/162/abuso-sexual-e-o-segundo%3Cbr%3E-maior-tipo-de-violencia.html>.
6. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto - Enferm.* 2008 [acesso em 20 set.2012];17(4):771-778. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400020>.
7. Dornelas AA, Dean E. Aligning physical therapy practice with Brazil's leading health priorities: a "call to action" in the

- 21st century. *Rev. Bras. Fisioter.* 2008 [acesso em 13 out. 2012];12(4):260-267. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000400003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552008000400003>.
- 8 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto - Enferm.* 2008 [acesso em 05 Out. 2012];17(4):758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- 9 Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. [Dissertação de Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
- 10 Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad. Saúde Pública* 2004 [acesso em 07 out. 2012];20(2):456-464. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200013>.
- 11 Guimarães JAT, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad de Saúde Pública* 2011 [acesso em 28 out. 2012];27(8):1647-1653. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800019>.
- 12 Monteiro CFS, Teles DCBS, Castro KL, Vasconcelos NSV, Magalhães RLB, Deus MCBR. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. *Rev. Bras. Enferm.* 2008 [acesso em 27 out. 2012];61(4):459-463. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400010>.
- 13 Vasconcelos KL, Ferreira AGN, Oliveira EM, Siqueira DD, Pinheiro PNC. Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio. *Rev. Rene.* 2010 [acesso em 15 out. 2012];11(1):38-47. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027969020.pdf>.
- 14 Machado HB, Luenneberg CF, Régis EI, Nunes MPP. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. *Texto Contexto - Enferm.* 2005 [acesso em 15 set. 2012];14(supl.):54-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000500007>.
- 15 Ferriani GC, Garbin LM, Ribeiro MA. 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. *Rev Acta Paul. Enferm.* 2004 [acesso em 12 set. 2012];17(1):45-54. Disponível em: <http://bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-11854>.
- 16 Souto RQ, Lucena B, Paiva AA, Cavalcanti AL. Violência sexual em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Ciênc Méd Biol* 2010;9(2):172-178.
- 17 Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, Barbosa MAM, Gerk MAS, Freitas SLF. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011 [acesso em 19 set. 2012];32(4):781-787. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400020>.
- 18 Cogo KS, Mahi AC, Oliveira LA, Hoch VA. Consequências psicológicas do abuso sexual infantil. *Unoesc & Ciên – ACHS.* 2011 [acesso em 21set. 2012];2(2):130-139. Disponível em: http://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/667/pdf_215.
- 19 Silva MAI, Ferriani MGC. Violência doméstica: do visível ao invisível. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007 [acesso em 24 set. 2012];15(2):275-281. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.pdf.
- 20 Woiski ROS, Rocha DLB. Cuidado de enfermagem à criança vítima de

- violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Esc. Anna Nery*. 2010 [acesso em 26 out. 2012];14(1):143-150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100021&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100021>.
- 21 Ciuffo LL, Rodrigues BMRD, Cunha JM. O enfermeiro na atenção à criança com suspeita de abuso sexual: uma abordagem fenomenológica. *Online Braz. J. Nurs.* 2009 [acesso em: 21 set. 2012]; 8(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2665/572>.
- 22 Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- 23 Nunes PA, Escobar EMA. Assistência de enfermagem à criança vítima de abuso sexual. *Rev Enferm UNISA*. 2001 [acesso em: 22 set. 2012]; 2: 84-87. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-18.pdf>.
- 24 Santos SS, Dell'Aglio DD. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicol. Soc.* 2010 [acesso em 22 out. 2012]; 22(2):328-335. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/13.pdf>.
- 25 Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública* 2007 [acesso em: 27 out. 2012]; 41(3):472-477. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>.
- 26 Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2010 [acesso em: 22 out. 2012];15(2):481-491. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200025>.
- 27 Silva LMP, Galvão MTG, Araújo TL, Cardoso MVLML. Cuidado à família de crianças em situação de abuso sexual baseado na teoria humanística. *Online Braz. J. Nurs.* 2007 [acesso em: 19 out. 2012]; 6(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/715/162>.
- 28 Penso MA, Costa LF, Almeida TMC, Ribeiro MA. Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares. *Aletheia* 2009 [acesso em 14 out. 2012];30: 142-157. Disponível em: <http://www.redalyc.org/Articulo.oa?id=115013591012>.
- 29 Silva OM, Oliveira FNG. A interferência da violência sexual no âmbito familiar e no desenvolvimento infantil. *Rev. LEVS*. 2008 [acesso em 13 out. 2012];2: 48-58 Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/viewFile/1083/971>.
- 30 Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. Saúde Pública* 2011 [acesso em 9 out. 2012];27(5):843-854. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500003&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500003>.
- 31 Oliveira MPC. Abuso sexual de meninos: estudo das conseqüências psicossociais na adolescência. 2010. [Dissertação de Mestrado em Fisiopatologia Experimental] - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
- 32 Balbinotte CA. Violência sexual infantil intrafamiliar: a revitimização da criança e do adolescente vítimas de abuso. *Direito e Justiça* [online]. 2009 [acesso em 8 out. 2012]; 35(1): 5-21. Disponível em: http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2008_1/claudia_balbinotti.pdf.

Endereço para correspondência:

Amanda Peres Lustosa
Rua Francisca Nogueira Ramos, n.º 266
Bairro Cajazeiras - CEP 60864-435
Fortaleza - Ceará - Brasil
E-mail: amandaperesfanor@live.com